

การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริหารผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะท้าย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Development of a daily quality of life assessment tool by patients or caregivers for
end-stage cancer patient.



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Health Research and Management

Department of Preventive and Social Medicine

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดย
	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริหารผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
โดย	น.ส.พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์)	
.....	กรรมการ
(อาจารย์ ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญรวงศ์ชัย)	
.....	กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกงศ์)	
.....	กรรมการ
(นายแพทย์ภรเอก มั่นสวานิช)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร. นายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ)	

พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์ : การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. (Development of a daily quality of life assessment tool by patients or caregivers for end-stage cancer patient.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือการรายงานผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PROMs-TCP) และทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ PROMs-TCP 2) การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

การศึกษาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาเครื่องมือใช้เทคนิคการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประชุมกลุ่มย่อย ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และทดสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 2) การทดสอบความตรงและความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ โดยเก็บข้อมูลนาน 10 วัน ในอาสาสมัคร จำนวน 169 ราย ตรวจสอบความถูกต้องตามเกณฑ์ ความตรงเชิงจำแนก ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง และความน่าเชื่อถือภายในและภายนอก 3) การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหรือเครื่องมือการรายงานผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PROMs-TCP) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ความถูกต้องของเนื้อหาหรือรายการข้อคำถาม (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1 และความถูกต้องของแบบสอบถามทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.97 ความสัมพันธ์ระหว่าง PROMs-TCP และ Palliative care Outcome Scale (POS) อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ($r = -0.7$ ถึง -0.8) เครื่องมือ PROMs-TCP มีจุดตัดที่ 4 คะแนน คัดกรองสถานะสุขภาพไม่ดีขึ้น ภายใต้พื้นที่ใต้โค้ง Receiver Operating Characteristic (ROC) เท่ากับ 0.91 (95% CI 0.90, 0.93) ความไวร้อยละ 76.91 ความจำเพาะร้อยละ 88.67 การทดสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือพบว่ามีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี ค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.85 ความสอดคล้องภายนอกระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล อยู่ในระดับปานกลางถึงดี (Cohen's Weighted Kappa = 0.76 ถึง 0.83) และการเปลี่ยนแปลงของคะแนนในแต่ละช่วง T0-T1 ระหว่าง PROMs-TCP กับ POS มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง โดยมีค่า r ระหว่าง 0.5 - 0.7 และมีขนาดของการเปลี่ยนแปลงทั้งแบบประเมิน PROMs-TCP และ POS อยู่ในระดับต่ำ Effect size (ES) = 0.36 และ 0.33 ตามลำดับ การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจะเสียชีวิตเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล แต่มีคุณภาพชีวิตดีกว่า สรุป เครื่องมือ PROMs-TCP มีความเหมาะสมสำหรับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สาขาวิชา การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2564 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5874757830 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORD: palliative care, patient reported outcome, validity, reliability

Porntip Preechachaiyawit : Development of a daily quality of life assessment tool by patients or caregivers for end-stage cancer patient.. Advisor: Assoc. Prof. JIRUTH SRIRATANABAN, M.D., Ph.D.

The purpose of this study was to developed and validated a simple Patient-Reported Outcome Measures for Terminally ill Cancer Patients Receiving Palliative Care (PROMs-TCP) and forecasting health status with the Markov model.

The study consists of three steps as follows: 1) The development of a tool using literature review techniques together with focus groups among experts. and a group of nurses working in a palliative care clinic and testing content validity by expert's assessment 2) testing the validity and reliability by conducting longitudinal study for ten days on 169 participants, confirm with criterion-related validity, Discriminant validity, sensitivity to change and internal and external reliability 3) predicting health status with the Markov model.

The study results showed A new PROMs-TCP 6-item quality-of-life questionnaire was developed. The CVI of the instrument at the item-level (I-CVI) were between 0.8 to 1 and at the scale-level average agreement (S-CVI) was 0.97. Patients' responses to the PROMs-TCP revealed moderate-to-high correlations with Palliative care Outcome Scale (POS) ($r = -0.7$ to -0.8). Moreover, PROMs-TCP cross cutting score is 4 for unwell health status by Area under the Receiver Operating Characteristic curve (AUC) shown 0.91 (95% CI 0.90, 0.93) with sensitivity of 76.91%, specificity of 88.67%. Good internal consistency reliability (Cronbach's $\alpha = 0.85$) was shown. External consistency between patient and caregiver and between the patient and the nurse providing care, it was moderate to good agreement (Cohen's Weighted Kappa = 0.76 to 0.83). Finally, score changing at T0-T1 between PROMs-TCP and POS found in low level with effect size (ES) score at 0.36 and 0.33 respectively. Forecasting health status with the Markov model found that those with advanced cancer who received palliative care at home died faster than those who received hospital care. but had better quality of life. CONCLUSIONS: The PROMs-TCP tool is appropriate for the health screening of terminally ill cancer patients receiving palliative care.

Field of Study: Health Research and Management Student's Signature

Academic Year: 2021 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ผู้ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ การฝึกให้คิดวิเคราะห์ ตลอดจนช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำวิจัย นายแพทย์ภรเอก มั่นสวานิช หัวหน้าศูนย์ชีวเภสัชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ ด้วยดีเสมอมา ศาสตราจารย์ ดร.นพ. พรชัย สิทธิศรีณย์กุล ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ดร.นพ.ปิยะ หาญรวงศ์ชัย ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ดร.นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ ที่ปรึกษากรรมการแพทย์ ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ นายแพทย์ธนเดช สินธุเสก อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรี ผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและเป็นกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และ ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยทุกท่าน ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรี โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลเขาย้อย โรงพยาบาลท่ายาง และโรงพยาบาลไทรน้อย ที่ร่วมในการวิจัย ให้ความร่วมมือ ให้การช่วยเหลือด้วยดี โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ทุกท่านในศูนย์ชีวเภสัชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้ความเอาใจใส่ แก่ผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านในภาควิชาฯ ที่ให้ความช่วยเหลือเสมอมา

ขอขอบคุณ กรรมการแพทย์ ที่ให้ทุนการศึกษาแก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ๆ น้องๆ ที่ให้การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุน ตลอดจนเพื่อนๆ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางตรง และทางอ้อม จนทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วง

พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์

สารบัญ

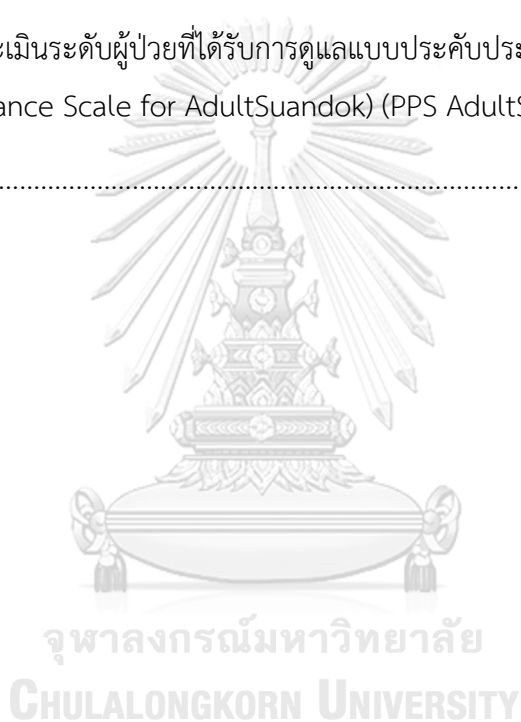
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	3
คำถามการวิจัยหลัก.....	3
คำถามการวิจัยรอง.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	4
วัตถุประสงค์เฉพาะ	4
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิด.....	6
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	7
คำสำคัญ.....	7
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ความหมายของ palliative care และ Hospice care	10
โรคมะเร็ง.....	12
การแพร่กระจายของมะเร็ง.....	12
อาการสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	12
สภาพการณ์ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต.....	13
ความหมายของคุณภาพชีวิต	13
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	14
ประโยชน์ของการวัดคุณภาพชีวิต.....	14
เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต	15
เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	15
เครื่องมือที่มีการแปลและใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย	19
การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	26
รูปแบบการวิจัย	26
ระเบียบวิธีวิจัยในขั้นตอนที่ 1 และ 2.....	26
ระเบียบวิธีวิจัยในขั้นตอนที่ 3	28
เกณฑ์ในการคัดเลือกสถานที่ศึกษา	28
การคัดเลือกตัวอย่างในกรณีศึกษา เกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออกของตัวอย่าง	28
เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria).....	28
เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)	28
วิธีการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	28
การรวบรวมข้อมูล	29
ขนาดตัวอย่าง	30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การวิเคราะห์ข้อมูล	31
ระเบียบวิธีวิจัยในขั้นตอนที่ 4	32
ขนาดตัวอย่าง	32
กรอบเวลา	33
อัตราปรับลด	33
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (outcome).....	33
การคัดเลือกตัวอย่างในกรณีศึกษา	33
เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย	33
เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
กระบวนการสร้างแบบจำลองและการทดสอบด้วยแบบจำลอง	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	37
4.1 ผลการศึกษาส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาเนื้อหา และการสร้างเครื่องมือ	38
4.1.1 ผลการทบทวนวรรณกรรม (Literature review)	38
4.1.2 ผลการประชุมกลุ่มย่อย	39
4.1.2.1 ผลการประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	39
4.1.2.2 ผลการประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	41
4.2 ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบ Pre-testing	45
4.2.1 ผลการทดสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity)	45
4.3 ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไป ระหว่างวัน.....	48

4.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	48
4.3.2 ผลการทดสอบความสอดคล้องระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (item total correlation).....	53
4.3.3 ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ ความสอดคล้องภายนอก (Weighted Kappa coefficient)	58
4.3.4 ผลการทดสอบความถูกต้องเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (criterion-related validity).....	60
4.3.5 ผลการประเมินจุดตัดคะแนนจากแบบประเมิน (Discriminant validity).....	60
4.3.6 ผลการทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน.....	64
4.4 ส่วนที่ 4 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov	66
4.4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
4.4.2 การทดสอบด้วยแบบจำลอง markov.....	70
4.4.3 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov.....	73
บทที่ 5 อภิปรายและสรุปผล	76
อภิปรายผลการวิจัย.....	76
ประเด็นที่ 1 การพัฒนาแบบประเมิน PROMs-TCP	76
ประเด็นที่ 2 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ	79
ประเด็นที่ 3 ความถูกต้องของเครื่องมือ.....	80
ประเด็นที่ 4 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov.....	82
ประเด็นที่ 5 การนำแบบประเมิน PROMs-TCP ไปใช้ประโยชน์	83
สรุปผล	84
ปัญหาอุปสรรค	85
ข้อเสนอแนะ	86
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	87
บรรณานุกรม.....	88

ภาคผนวก.....	95
ภาคผนวก ก ร่างประเด็นคำถาม	96
ภาคผนวก ข แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	97
ภาคผนวก ค แบบประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคอง.....	98
ภาคผนวก ง แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale) ฉบับใช้ถามผู้ป่วย	100
ภาคผนวก จ แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for AdultSuandok) (PPS AdultSuandok)	103
ประวัติผู้เขียน	105



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงอัตราตายต่อ 100,000 ประชากร จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2556 – 2560 ..	11
ตาราง 2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของ Albers และคณะ	16
ตาราง 3 สรุปที่มาของข้อความในเครื่องมือ PROMs_TCP.....	43
ตาราง 4 แบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย (PROMs-TCP) ฉบับที่ 1.....	44
ตาราง 5 คะแนนและข้อเสนอแนะ	45
ตาราง 6 แบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย (PROMs-TCP) ฉบับสมบูรณ์	47
ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 169).....	49
ตาราง 8 แสดงจำนวนอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม PROMs-TCP ในแต่ละวัน (n = 169).....	50
ตาราง 9 แสดงจำนวนอาสาสมัครตามเหตุผลที่ตอบข้อมูลจากการแบบสอบถาม PROMs-TCP ไม่ ครบถ้วน.....	51
ตาราง 10 แสดงค่าสัมพันธภาพระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (data = 1,707 ข้อมูล).....	54
ตาราง 11 ความเชื่อถือได้ของการตอบแบบประเมิน PROMs- TCP ระหว่างผู้ประเมินระหว่างผู้ป่วย กับผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล	58
ตาราง 12 ความเชื่อถือได้ของการตอบแบบประเมิน PROMs-TCP ระหว่างผู้ประเมินระหว่างผู้ป่วย กับผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล รายข้อความ	58
ตาราง 13 ความตรงเชิงสอดคล้องจากคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน PROMs-TCP กับ POS ในวันที่ 0, 5 และ 10 (n = 132).....	60
ตาราง 14 จำนวนข้อมูลที่ผู้ป่วยตัดสินใจว่าเป็นวันที่แย่ หรือวันที่ดี ตามรายคะแนนของการตอบ ประเมิน PROMs-TCP	61

ตาราง 15 ความไว ความจำเพาะ และโค้ง ROC ของการคัดกรองคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน PROMs-TCP (data = 1,709) 63

ตาราง 16 ขนาดการเปลี่ยนแปลงระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 5 และ ระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 10..... 65

ตาราง 17 ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ โรงพยาบาล (n = 32) และที่บ้าน (n = 33) 67

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพที่ดี และมีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี ใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลและที่บ้าน..... 71

ตาราง 19 แสดงจำนวนของผู้ป่วยในแต่ละสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล 71

ตาราง 20 แสดงสัดส่วนของการเปลี่ยนสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล..... 72

ตาราง 21 แสดงจำนวนของผู้ป่วยในแต่ละสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน 72

ตาราง 22 แสดงสัดส่วนของการเปลี่ยนสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน..... 72

ตาราง 23 ความแตกต่างของสัดส่วนในการเปลี่ยนสถานะของอาสาสมัครที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองที่โรงพยาบาล และที่บ้าน 72

ตาราง 24 แสดงตัวอย่างของ cohort stimulation ด้วยแบบจำลอง Markov 75

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูป 1 กรอบแนวคิด	6
รูป 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยแบ่งตามระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่	22
รูป 3 แนวทางการเก็บข้อมูล	29
รูป 4 แบบจำลอง Markov	35
รูป 5 กรอบแนวคิดการพัฒนาแบบประเมิน PROMs_TCP	38
รูป 6 แสดงจำนวนอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม PROMs-TCP เป็นคะแนนรายวันในแต่ละข้อ คำถาม.....	52
รูป 7 รูปแบบคะแนนรวมของอาสาสมัครที่ตอบแบบประเมินในแต่ละวัน	53
รูป 8 คะแนนรายวันจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วย 132 ราย	55
รูป 9 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วยรายวัน เริ่มจากวันที่ 0 ที่มีคะแนน 0 - 1 จำนวน 45 ราย	56
รูป 10 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วยรายวัน เริ่มจากวันที่ 0 ที่มีคะแนน 2 - 4 จำนวน 48 ราย	56
รูป 11 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วยรายวัน เริ่มจากวันที่ 0 ที่มี คะแนน 5 คะแนนขึ้นไป จำนวน 39 ราย	57
รูป 12 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของอาสาสมัครที่เสียชีวิต จำนวน 13 ราย	57
รูป 13 ความสัมพันธ์ของความต่างของคะแนนระหว่าง D5 กับ D0 จากแบบประเมิน PROMs-TCP กับ POS (n = 132)	64
รูป 14 ความสัมพันธ์ของความต่างของคะแนนระหว่าง D10 กับ D0 จากแบบประเมิน PROMs-TCP กับ POS (n = 132)	65
รูป 15 แสดงคะแนนจากแบบประเมิน PROMs_TCP ของกลุ่มผู้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองที่โรงพยาบาล (n = 8).....	69

รูป 16 แสดงคะแนนจากแบบประเมิน PROMs_TCP ของกลุ่มผู้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองที่บ้าน (n = 7).....	69
รูป 17 แสดงระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระหว่างที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน	70
รูป 18 ร้อยละของอาการรบกวนที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	78
รูป 19 ช่วงของค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ที่รายงานในวารสารการศึกษาทางวิทยาศาสตร์	79
รูป 20 โอกาสที่จะมีผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ จากการศึกษานี้ของ Lau, 2009.....	83



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่เข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ (Aging Society) การสำรวจประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 พบมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.7 และในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18 คาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือมีผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศในระยะเวลายี่สิบปี^(1, 2) เมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแนวโน้มการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น การเตรียมรับมือกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและการดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตเป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังให้ความสนใจ เมื่อการดำเนินของโรคมายังจุดที่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ การใช้วิธีการรักษาที่ยื้อชีวิตผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป้าหมายหลักคือการลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ⁽³⁾ รายงานสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่ต้องการการดูแลท้ายแบบประคับประคองประมาณ 40 ล้านคน ร้อยละ 78 อยู่ในประเทศ low- and middle-income และมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 400,000 คนขึ้นไป⁽⁵⁾ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากโรคเรื้อรัง โดยโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอันดับ 1 คือ โรคมะเร็ง ปีละประมาณ 70,000 ราย และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี^(6, 7) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป้าหมายคือการเปลี่ยนทิศทางการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จากการยื้อชีวิตไปสู่การดูแลจิตและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (Home Palliative care)⁽⁸⁾ ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ได้สนับสนุนนโยบายนี้ จัดให้มีการเบิกจ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เป็นแบบเหมาจ่ายตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการ

ดูแลที่บ้านก่อนเสียชีวิต เช่น กรณีผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านและเสียชีวิตภายใน 30 วัน เหม่าจ่ายรายละ 4,000 บาท กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 60 วัน เหม่าจ่ายรายละ 5,000 บาท กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 90 วัน เหม่าจ่ายรายละ 6,000 บาท และภายใน 120 วัน รายละ 7,000 บาท เป็นต้น⁽⁹⁾ การดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับชีวิตในระยะท้ายได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะท้ายนี้เป็นเรื่องท้าทายเนื่องจากสภาพการเจ็บป่วย การรับรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วยอาจจะไม่ดีนึก และต้องเผชิญกับความเศร้าโศกของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิต

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายมีการพัฒนาและใช้งานกันอย่างแพร่หลายประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ถูกพัฒนามาเพื่อผู้ป่วยระยะท้ายทั่วไป ได้แก่ The McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) และ 2) เครื่องมือที่ถูกพัฒนามาเพื่อผู้ป่วยระยะท้ายเฉพาะโรคมะเร็ง ซึ่งเครื่องมือส่วนใหญ่มักจะถูกพัฒนามาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในการวิจัยเชิงคลินิก (clinical trial research) ได้แก่ Functional Assessment of cancer therapy-General scale (FACT-G), หรือ The Functional Living Index-Cancer (FLIC), และ The European Organization for Research and Treatment of Cancer (The EORTC QLQ-C30) ซึ่งในแต่ละเครื่องมือมีจำนวนข้อคำถามเป็นจำนวนมาก ได้แก่ 27, 22 และ 30 ข้อคำถามตามลำดับ จะพบว่าจำนวนข้อคำถามที่มีมากเกินไปหรือบางเครื่องมือที่มีความซับซ้อน การนำมาใช้ประเมินภาวะสุขภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับการปฏิบัติงานประจำวันหรือให้ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านทำการประเมินบ่อยๆ ก็เป็นเรื่องยาก อย่างไรก็ตามมีเครื่องมือที่มีข้อคำถามไม่มากประมาณ 10 ข้อคำถาม ไม่เป็นภาระต่อผู้ป่วยมากนัก และมักถูกนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำ ได้แก่ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)⁽¹⁰⁾ และ Palliative care Outcome Scale (POS) ซึ่งมีการแปลไปในหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย^(11, 12) ถึงแม้ POS จะเป็นเครื่องมือมาตรฐานสากล ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และมีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ ซึ่งตรงกับความต้องการของผู้วิจัยที่ต้องการใช้แบบประเมินที่ไม่เป็นภาระกับผู้ป่วย แต่ยังคงพบปัญหาของการใช้เครื่องมือ POS ได้แก่ มีความซับซ้อนเกินไปสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง บางคำถามไม่เข้าใจ ซึ่งมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความยากลำบากของผู้ป่วยในการทำความเข้าใจคำถามบางข้อและความต้องการความช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม⁽¹³⁾ เช่นเดียวกันเมื่อผู้วิจัยได้สอบถามผู้ใช้งานที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเกี่ยวกับการนำเครื่องมือ POS มาใช้เพื่อการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้ปฏิบัติงานเสนอว่า “การใช้ภาษาในแบบประเมินผู้ป่วยยังมีความไม่เข้าใจ สับสนในข้อคำถามบางข้อ” “เช่นมีข้อคำถามที่ว่า ท่านรู้สึกว่าคุณเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน แต่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล หรืออยู่บ้าน ในช่วงที่ตอบคำถามนั้นทำให้เกิดความ

สืบสนในการตอบข้อคำถามนี้” และสอบถามเกี่ยวกับว่า การใช้แบบประเมินแบบใดสะดวกต่อการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ผู้ปฏิบัติงานเสนอว่า “แบบสอบถามไม่ควรเยอะนัก และการประเมินแบบมาตราส่วนคะแนนอาจง่ายแต่ไม่เหมาะสม เพราะคนไข้จำได้ว่าต้องได้กี่คะแนนก่อนได้รับยาเพิ่ม” ดังนั้นเครื่องมือ ESAS ที่เป็นเครื่องมือที่มีการวัดแบบ visual analog scale อาจจะยังไม่เหมาะสมสำหรับคนไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ประจำวัน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ใช้งานง่าย จำนวนข้อคำถามไม่มาก สามารถใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพได้จริงในการปฏิบัติงาน ไม่เป็นภาระสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล สามารถทำการประเมินผ่านช่องทางการให้บริการการแพทย์ทางไกลหรือทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาปรับปรุงคุณภาพการดูแล รวมทั้งช่วยในการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล กับผู้ป่วยและครอบครัว

คำถามการวิจัย

คำถามการวิจัยหลัก

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อประกอบการวางแผนหรือปรับแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก สะดวกไม่เป็นภาระต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ควรเป็นอย่างไร

คำถามการวิจัยรอง

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความถูกต้อง (validity) เพียงใด เมื่อทดสอบโดยการดูความสัมพันธ์ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันกับแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับผู้ป่วย (POS-P)
2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความน่าเชื่อถือ (Reliability) เพียงใด เมื่อทดสอบโดยเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง และประเมินโดยผู้ดูแลหลัก หรือพยาบาล (Inter-rater reliability)
3. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) เท่าใด ในการประเมินวันที่มีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดี
4. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความสามารถในการประเมินความแตกต่างของสถานะคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน (sensitivity to change) ได้หรือไม่

5. คุณภาพชีวิตหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างการได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กับที่โรงพยาบาล แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อใช้ประกอบการวางแผนหรือปรับแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก สะดวกไม่เป็นภาระต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความถูกต้อง โดยดูความสัมพันธ์ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กับแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับผู้ป่วย (POS-P)
2. เพื่อศึกษาความน่าเชื่อถือ ความสอดคล้องของการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพประจำวัน ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยตัวผู้ป่วยเอง ญาติ/ผู้ดูแลหลัก และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
3. เพื่อศึกษาความไว และความจำเพาะ ของการจำแนก (cut-point) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือ ไม่ดี ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
4. เพื่อศึกษาความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ระหว่างวันของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
5. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความถูกต้องเชิงสอดคล้อง (Criteria-related validity) กับแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับผู้ป่วย (POS-P) โดยจะมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ≥ 0.5

การแปลผล⁽¹⁴⁾

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ น้อยกว่า 0.30 หมายความว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.31-0.70 หมายความว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.71- 0.90 หมายความว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สูงกว่า 0.90 หมายความว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

สมมติฐานที่ 2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความสอดคล้อง (Inter-rater reliability) โดยมีค่าความสอดคล้อง ≥ 0.60 ระหว่างการใช้เครื่องมือ ของตัวผู้ป่วย กับ ญาติ/ผู้ดูแลหลัก และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย

การแปลผล^(15, 16)

0.00 - 0.20	ไม่มีความสอดคล้องกันของผู้ประเมิน
0.21 - 0.39	ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับต่ำมาก
0.40 - 0.59	ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับต่ำ
0.60 - 0.79	ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับปานกลาง
0.80 - 0.90	ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดี
0.90 - 1.00	ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก

สมมติฐานที่ 3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีความถูกต้องเชิงการจำแนก (discriminant validity) จุดตัดของเครื่องมือในการบอกว่าเป็นวันที่ดี หรือ ไม่ดี โดยมีค่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC (Receiver Operating Characteristic) $ROC \geq 0.7$

การแปลผล⁽¹⁷⁾

AUC	การแปลผล
AUC=0.5	ไม่สามารถจำแนก
$0.6 \geq AUC > 0.5$	ความสามารถในการจำแนกต่ำ
$0.7 \geq AUC > 0.6$	ความสามารถในการจำแนกอยู่ในระดับที่ยอมรับได้
$0.8 \geq AUC > 0.7$	ความสามารถในการจำแนกในระดับดี
AUC>0.9	ความสามารถในการจำแนกในระดับดีมาก

สมมติฐานที่ 4 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย สามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงระหว่างวันไปในทางเดียวกันกับแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฉบับผู้ป่วย (POS-P) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ≥ 0.5

สมมติฐานที่ 5 เมื่อใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กับที่โรงพยาบาล พบว่าคุณภาพชีวิตหรือภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้านดีกว่าที่โรงพยาบาล

กรอบแนวคิด



รูป 1 กรอบแนวคิด

ข้อตกลงเบื้องต้น

- เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นเพียงเครื่องมือที่ช่วยประเมินการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ (Health status) ระหว่างวัน เพื่อให้ผู้ให้บริการเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นการช่วยใน

การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล กับผู้ป่วยและครอบครัว และช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- การดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งทีมงานผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองมาแล้ว ถือว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเท่าเทียมกัน
- การให้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน หมายถึง สัดส่วนของการพักอยู่ที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งเสียชีวิต มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ของจำนวนวันที่อยู่ในการศึกษา
- การให้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่โรงพยาบาล หมายถึง สัดส่วนของการพักอยู่ที่โรงพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งเสียชีวิต มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ของจำนวนวันที่อยู่ในการศึกษา

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือที่จะพัฒนาขึ้นใหม่เป็นครั้งแรก และวัตถุประสงค์ของการศึกษา Discriminant validity เพื่อแยกวันที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี กับ วันที่มีสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้มีข้อจำกัดสำหรับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่สามารถเป็น gold standard ในการคัดแยกวันที่ดี กับวันที่ไม่ดี ได้ ฉะนั้นผู้วิจัยจึงใช้การตัดสินใจของผู้ป่วยเองในการบอกว่าวันที่ผู้ป่วยทำแบบประเมินเป็นวันที่ดีหรือไม่ดี

คำสำคัญ

- ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (Terminal Cancer Patients) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม หรือ ระยะท้าย ไม่มีแผนการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อการหายของโรค โดยมีการดูแลเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- PROMs-TCP หมายถึง เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตหรือประเมินภาวะสุขภาพประจำวัน โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
- การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล (Inpatient Hospice care, IH) หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป โดยมีเพียงการจัดมุม หรือเตียงเฉพาะสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย โดยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

- การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน (Home Hospice care, HH) หมายถึง การบริการของทีมสุขภาพ ที่มีการจัดทีมสหสาขาวิชา ในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โดยให้การดูแลแบบองค์รวม (ดูแล กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) และเพื่อจัดการอาการทุกข์ทรมาน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) คือ ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายประสานโรงพยาบาล เพื่อเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลที่สนใจได้ส่งแบบตอบรับกลับมายังผู้วิจัย ในการเก็บข้อมูลโดยตรงจากอาสาสมัคร ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเป็นผู้ชี้แจงแนะนำโครงการและขอความยินยอมจากอาสาสมัคร พร้อมทั้งให้คำรับรองว่าการเข้าร่วมโครงการจะไม่เกี่ยวข้องกับการรับบริการหรือการรักษาที่ได้รับการให้ข้อมูลเป็นไปโดยสมัครใจ ข้อมูลและความคิดเห็นส่วนบุคคลจะได้รับการปกปิด ไม่ระบุตัว พร้อมทั้งแจกเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย เพื่อขอความยินยอมจากอาสาสมัครก่อนการวิจัย

หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) คือ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการขอความร่วมมือโดยสมัครใจ สำหรับโรงพยาบาลกรณีศึกษา ในการให้ข้อมูลหรือการทบทวนผู้ให้บริการ ซึ่งโรงพยาบาลและทีมผู้ดูแลได้ประโยชน์เกี่ยวกับ การศึกษาปัจจัยหรือดัชนีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย อาสาสมัครได้รับค่าตอบแทนสำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 300 บาท เพียงครั้งเดียวเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ทั้งนี้อาสาสมัครแต่ละคนจะอยู่ในโครงการทั้งสิ้น 10 วัน และ 31 วัน ขึ้นกับขั้นตอนของการศึกษา (ถ้าอาสาสมัครเสียชีวิตก่อนการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง ค่าตอบแทนให้ผู้ดูแล/ญาติ เป็นผู้รับแทน) และผู้ป่วยได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตรายวันซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแล และการรักษาพยาบาล หากมีประเด็นใดที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก/ญาติ ในขณะที่เก็บข้อมูล สามารถแจ้งทีมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นผู้ดำเนินการการเก็บข้อมูลได้ทันที เพื่อขอละเว้นการให้ข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ไม่มีการนำข้อมูลที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยหรือระบุสถานพยาบาลมาวิเคราะห์และนำเสนอในรายงานของการวิจัย และมีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยในแบบบันทึกข้อมูลมีเฉพาะหมายเลข หรือรหัสที่ใช้แทนบุคคลในโครงการเท่านั้น

หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิได้รับการคัดเลือกให้เข้าโครงการโดยเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- เครื่องมือประเมินสภาวะสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนหรือที่บ้าน
- เป็นข้อมูลสนับสนุนเพื่อการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของ palliative care และ Hospice care

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย⁽³⁾ ในปี ค.ศ. 2002 ว่า Palliative Care หรือการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป้าหมายหลักคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ ทั้งนี้ควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย องค์การอนามัยโลก ไม่ได้มีการกำหนดนิยามของ Hospice ไว้อย่างเป็นทางการ แต่กล่าวว่า Hospice หรือ Hospice care เกี่ยวข้องกับรูปแบบการให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดไว้เหมาะสม ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมช่วงระยะท้ายของชีวิต (Terminal phase) รวมถึงในช่วงเวลาระยะแรกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement phase) และพบว่าการจัดบริการด้านนี้มักจะมีมิติด้านสังคม เช่น บริบทของชุมชน ความเชื่อ และวัฒนธรรม เข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้แต่ละประเทศมีการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการที่สะท้อนรูปแบบของการจัดบริการที่แตกต่างกันไป⁽³⁾

National Hospice Organization ให้ความหมายไว้ว่า Hospice care คือ การให้การดูแลไม่ใช่การรักษา เป็นการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ในสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อช่วยจัดการอาการรบกวนที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ทั้งทางกาย จิต และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความต้องการ หรือความหวังสุดท้ายของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายที่สุดเท่าที่จะทำได้⁽¹⁸⁾

ในประเทศไทย รศ. ดร. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ได้ให้ความหมายของ Hospice care หรือการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย ไว้ดังนี้ “การให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตด้วยรูปแบบการดูแลรักษาแบบองค์รวม ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดไว้เหมาะสม โดยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมช่วงระยะท้ายของชีวิต รวมถึงในระยะแรกหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย”⁽¹⁹⁾

กรมการแพทย์ ได้กำหนดโรคที่คุกคามต่อชีวิต List disease (Life threatening disease) สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย⁽²⁰⁾ ไว้ดังนี้

- Cancer
- Neurological disease: Stroke
- Renal replacement therapy
- Pulmonary and Heart disease
- Multiple trauma patient
- Infectious disease: HIV/AIDS
- Pediatric
- Aging/Dementia

ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต⁽²¹⁾ ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงอัตราตายต่อ 100,000 ประชากร จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2556 – 2560

กลุ่มสาเหตุ	2556	2557	2558	2559	2560
มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (C00-D48)	104.8	107.9	113.7	119.3	120.5
โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99)	84.1	90.3	95.1	107.2	103.7
โรคของระบบทางเดินหายใจ (J00-J98)	52.4	61.0	61.4	64.7	64.0
สาเหตุตายภายนอกของการป่วยและการตาย (V01-Y89)	61.0	59.2	59.4	60.8	59.7
โรคติดเชื้อและปรสิต (A00-B99)	65.7	63.9	66.4	57.3	56.7
โรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (N00-N99)	26.0	30.3	32.5	37.2	35.2
โรคระบบย่อยอาหาร (K00-K92)	25.8	26.9	28.5	31.4	29.7
โรคของต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตะบอลิซึม (E00-E88)	17.8	20.5	22.4	24.4	23.9
โรคระบบประสาท (G00-G98)	11.4	13.1	15.3	18.4	17.6

กลุ่มสาเหตุ	2556	2557	2558	2559	2560
โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกของภูมิคุ้มกัน (D50-D89)	1.2	1.1	1.4	1.6	1.7

โรคมะเร็ง⁽²²⁻²⁴⁾

มะเร็ง (Cancer) คือ กลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่สารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต และมีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็ว และมากกว่าปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติขึ้น ถ้าเซลล์พวกนี้เกิดอยู่ในอวัยวะใดก็จะเรียกชื่อ มะเร็ง ตามอวัยวะนั้น

การแพร่กระจายของมะเร็ง

มะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastatic cancer) หมายถึง มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นในร่างกายรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในบริเวณที่ไกลจากอวัยวะที่ก่อให้เกิดมะเร็ง โดยผ่านทางกระแสเลือด หรือทางเดินน้ำเหลืองที่มีอยู่ทั่วร่างกาย อวัยวะที่มักพบการแพร่กระจายของมะเร็ง ได้แก่ ปอด กระดูก ตับ และสมอง ซึ่งมะเร็งแต่ละชนิดมักมีลักษณะของการแพร่กระจายแตกต่างกันออกไป มีการศึกษาพบว่ามีการแพร่กระจายหรือสารบางอย่างบนผิวของเซลล์มะเร็งที่เป็นตัวกำหนดว่าเซลล์มะเร็งนั้นจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะใด เช่น มะเร็งปอดมักแพร่กระจายไปที่สมองหรือกระดูก มะเร็งลำไส้ใหญ่มักแพร่กระจายไปที่ตับ มะเร็งต่อมลูกหมากมักแพร่กระจายไปที่กระดูก และมะเร็งเต้านมมักแพร่กระจายไปที่กระดูก ปอด ตับ และสมอง เป็นต้น ในกรณีที่มีอาการจากมะเร็งระยะแพร่กระจาย อาการมักขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งที่มีการแพร่กระจาย เช่น มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูกมักทำให้มีอาการปวดและกระดูกหัก มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังสมอง อาจทำให้มีอาการปวดศีรษะ ชัก หรือมีเนื้องอก มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังปอดอาจทำให้มีอาการหายใจลำบาก มะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังตับ อาจทำให้มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องบวมได้ เป็นต้น

อาการสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

อาการสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีดังนี้

- อาการปวด
- อาการหายใจลำบาก
- อาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด
- อาการอ่อนเพลีย

- อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- อาการผิดปกติในการนอน
- อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล
- อาการสับสน

สภาพการณ์ของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต

ระยะ 3 - 1 เดือนก่อนเสียชีวิต ร่างกายจะพยายามลดการใช้พลังงาน ทำให้การรับประทานอาหารและน้ำลดน้อยลง ต้องการรับประทานอาหารเหลวนมากกว่าอาหารที่ต้องเคี้ยว รวมถึงการขับถ่ายจะลดลง ปัสสาวะน้อยลง ร่วมกับร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวทำให้มีอาการท้องผูก ผู้ป่วยจะถดถอยจากโลกหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากขึ้น ไม่สนใจผู้คนรอบตัวมากนัก ยกเว้นการรอคอยบุคคลอันเป็นที่รัก พฤติกรรมการนอนจะมากขึ้น จนบางครั้งไม่รู้ว่าเป็นเวลากลางวัน หรือกลางคืน ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว สับสน วิตกกังวล

ระยะ 2 - 1 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิต ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองเริ่มน้อยลง ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย การเคลื่อนไหวไร้ทิศทาง เริ่มจำบุคคลและสถานที่ไม่ได้ นอนทั้งวัน ซึ่พจรอาจเร็วขึ้น หรือช้าลง การหายใจผิดปกติ

ระยะ 2 - 1 วันก่อนเสียชีวิต ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดน้อยลง การหายใจช้าลง หรือมีการหยุดหายใจเป็นพักๆ มีการคั่งค้างของของเหลวในระบบทางเดินหายใจ จนเกิดเสียงครืดคราด ขณะหายใจทำให้หายใจไม่สะดวก มีอาการรับอากาศหายใจ

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของการดำรงอยู่ของชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุข คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ใช้กันจนคุ้นชินในทุกบริบท แต่อย่างไรก็ตามการมองคุณภาพชีวิตจากคนต่างกลุ่ม ต่างสังคม ต่างวัฒนธรรม ต่างเศรษฐกิจ และต่างเป้าหมายก็มีความต่างกัน องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตบางประเด็นก็จะต่างกันไปด้วย

Calman, 1989 กล่าวว่า คุณภาพชีวิตขึ้นกับแต่ละบุคคล จากประสบการณ์ที่ผ่านมา สภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ความหวัง ความฝันและความทะเยอทะยาน ในอนาคต คุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกด้านของชีวิต อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีคือ ความหวังของแต่ละคนที่ได้ถูกเติมเต็ม⁽²⁵⁾

Zhan, 1992 อธิบายถึงคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงระดับที่บุคคลมีความพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันมาจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ผ่านการรับรู้ตามประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตว่าพึงพอใจมากน้อยเพียงใด⁽²⁶⁾

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่าเป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิต โดยจะสัมพันธ์กับ ความคาดหวัง เป้าหมายของบุคคล วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม รวมถึงการเมืองการปกครอง ส่วนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ด้วย⁽²⁷⁾

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ สถานะความสัมพันธ์ทั้งในสังคมและครอบครัวของตน โดยผ่านการรับรู้ตามประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่กรอบแนวคิดของ Ferrell, Hassey-Dow & Grant, 1995 นำเสนอ The City of Hope Quality-of-Life Model เพราะเชื่อว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต ทำให้บุคคลแต่ละคนให้ความสำคัญกับมิติแต่ละด้านไม่เท่ากัน โดยกำหนดมิติที่สำคัญ 4 ด้าน⁽²⁸⁾ ได้แก่

1. Physical well-being and symptoms คือ การมีอิสระทางกายภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่พื้นฐาน และการควบคุมหรือการบรรเทาอาการ
2. Psychological well-being คือการควบคุมการเจ็บป่วย ความกลัว ต่อชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์
3. Social well-being คือ ความสัมพันธ์ที่ดี
4. Spiritual well-being คือ ความต้องการของแต่ละคน เกิดจากความหวังและประสบการณ์ที่ผ่านมา

ประโยชน์ของการวัดคุณภาพชีวิต⁽²⁹⁾

1. Preparing for treatment experience ช่วยในการเตรียมตัวสำหรับการให้การดูแลผู้ป่วย
2. Identifying and prioritizing problems ช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของผู้ป่วย
3. Facilitating communication ช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแล และผู้ป่วย ให้มีความเข้าใจในทางเดียวกัน สามารถค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย
4. Screening for hidden problems ช่วยค้นหาปัญหาที่ซ่อนอยู่ เช่น ภาวะซึมเศร้า
5. Facilitating shared clinical decision making ช่วยให้ผู้ให้การดูแลและผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันได้
6. Monitoring changes or responses to treatment เป็นข้อมูลในการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตมีมุมมองตามกรอบแนวคิดของผู้พัฒนาที่แตกต่างกัน ทำให้เครื่องมือได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีความหลากหลาย ถึงแม้จะมีองค์ประกอบหลักของการวัดคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกันมากนัก มีการแบ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ประเภท

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป เป็นการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกโรค และเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-QOL) แบบวัดคุณภาพชีวิตของ RAND-36 Item Health survey (SF-36) และ แบบวัดคุณภาพชีวิต Euro-QoL 5-Dimensions (EQ-5D) แม้ว่ามาตรการเหล่านี้จะเป็นการวัดคุณภาพชีวิตที่ดี แต่สำหรับการวัดที่ต้องการวัดดูประสงค์เฉพาะก็อาจยังมีความกว้างเกินไป
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค เช่น Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), Quality of life in Epilepsy (QOLE), Diabetic Quality of Life (DQOL), Functional Assessment of cancer therapy-General scale (FACT-G), The European Organization for Research and Treatment of Cancer (The EORTC QLQ-C30) และแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะ Palliative care เช่น A short form individual quality of life questionnaire (SEIQOL), The McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL), The Missoula / vitas quality of life index, Palliative care Outcome Scale (POS) เป็นต้น

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

Albers และคณะ, 2010 ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีทั้งสิ้น 29 เครื่องมือ ซึ่งพบว่าเครื่องมือที่มีจำนวนข้อคำถามไม่มากประมาณ 10 ข้อคำถาม สามารถใช้เวลาในการประเมินไม่มากนัก เพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนผู้ป่วย พบว่ามี 6 เครื่องมือ ได้แก่ Cambridge Palliative Assessment Schedule (CAMPAS-R), The Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT), The Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), McGill Quality of Life Questionnaire-Cardiff Short Form (MQOL-CSF), Patient Autonomy Questionnaire (PAQ) และ The palliative care outcome scale (POS) ทั้งนี้มีเพียง ESAS และ POS ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว⁽³⁰⁾ แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของ Albers และคณะ

เครื่องมือ	กลุ่มเป้าหมาย	มิติสุขภาพ	ข้อ คำถาม	ความถี่ในการวัด
BHI	ผู้ป่วยระยะท้าย	อาการทางกาย	17	ไม่กึ่งวัน/สัปดาห์
CAMPAS-R	ผู้ป่วยทุกโรค	อาการรบกวนทางกาย และทางจิตใจ	10	7 วัน
DS	ผู้ป่วยมะเร็ง	สูญเสียความหมาย; กังวลใจ; อดอยาก	24	7 วัน
EFAT	ผู้ป่วยมะเร็ง	อาการและการทำหน้าที่ทางกาย	11	ไม่ระบุ
Emanuel and Emanuel Medical Directive	ผู้ป่วยหนัก	ทั่วไป	48	ไม่ระบุ
EORTC QLO-OES18	มะเร็งหลอดอาหาร	กลิ่นลำบาก ข้อจำกัดในการกิน และอาการปวด	18	7 วัน
EORTC QLO-STO22	มะเร็งกระเพาะอาหาร	กลิ่นลำบาก ข้อจำกัดในการกิน อาการปวดและความวิตกกังวล	22	7 วัน
ESAS	ทั่วไป	เฉพาะอาการ	10	ไม่ระบุ
FACIT-Pal	ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคาม	อาการ; ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเพื่อน การตัดสินใจในชีวิตและความสามารถในการสื่อสาร	19	7 วัน
HQLI	ผู้ป่วยระยะท้าย	หน้าที่ทางกาย ด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ	28	ไม่ระบุ
LCS	ผู้ป่วยระยะท้าย	การปรับตัว	20	ไม่ระบุ
LEQ	ผู้ป่วยมะเร็ง	การมีอิสรภาพ การยอมรับในชีวิต และด้านสังคม	44	ไม่ระบุ

เครื่องมือ	กลุ่มเป้าหมาย	มิติสุขภาพ	ข้อ คำถาม	ความถี่ในการวัด
MQLS	ทั่วไป	ทางกายภาพ ความรู้ความเข้าใจ ด้านสังคม และอารมณ์	32	1 วัน
MQOL	ผู้ป่วยระยะท้าย	อาการทางจิตวิทยา การเป็นอยู่ที่ดี อาการทางกายภาพ	16	2 วัน
MQOL-CSF	ผู้ป่วยระยะท้าย	อาการทางกาย และทางจิต	8	2/7 วัน
MIRDI	ผู้ป่วยระยะท้าย	กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ	28	ไม่ระบุ
MSAS	ผู้ป่วยมะเร็ง	วิตกกังวล อาการทางกาย และทางจิต	32	7 วัน
CMSAS	ผู้ป่วยมะเร็ง	อาการทางกาย และทางจิต	14	7 วัน
MSAS-GD	ผู้ป่วยมะเร็ง	อาการทางกาย และทางจิต	11	7 วันสุดท้ายของชีวิต
MVQOLI-R	ผู้ป่วยระยะท้าย	อาการและการทำหน้าที่ทางกาย การเป็นอยู่ที่ดี	25	ไม่ระบุ
NA-ACP	ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	การสื่อสาร อาการทางกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ	132	4 เดือน
PAQ	ผู้ป่วยมะเร็ง	การเป็นอิสระ	4/9	ไม่ระบุ
PDI	ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	อาการทุกข์ทรมาน ความสงบทางจิต ทางสังคม	25	ไม่ระบุ
PNPC	ทั่วไป	อาการทางร่างกาย บทบาทกิจกรรม การเงิน สังคม จิตวิทยา จิตวิญญาณ ด้านคุณภาพของการดูแล	138	ไม่ระบุ
PNPC-sv	ทั่วไป	อาการทางร่างกาย บทบาทกิจกรรม การเงิน สังคม จิตวิทยา จิตวิญญาณ ด้านคุณภาพของการดูแล	33	ไม่ระบุ

เครื่องมือ	กลุ่มเป้าหมาย	มิติสุขภาพ	ข้อ คำถาม	ความถี่ในการวัด
POS	ผู้ป่วยมะเร็ง และ เจ้าหน้าที่	กาย จิต จิตวิญญาณ	10/12	3 วัน
QODD	ครอบครัวผู้ป่วย และ เจ้าหน้าที่	อาการและการดูแลส่วนบุคคล การจัดเตรียมช่วงเวลาแห่งความ ตาย ความกังวลของครอบครัว	31	ถามหลังการ เสียชีวิต
QUAL-E	ผู้ป่วยระยะท้าย	ความสมบูรณ์ของชีวิต ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	26	ไม่ระบุ
SNI	ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต	การสร้างแรงบันดาลใจ กิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่นทางศาสนา	17	ไม่ระบุ

เครื่องมือที่มีการแปลและใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย

Palliative care Outcome Scale (POS)⁽³¹⁾ พัฒนาโดย The Palliative Care Core Audit Project Advisory Group ในปี ค.ศ. 1999 ประกอบด้วย 12 ข้อ คำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย (1) อาการปวด (2) อาการไม่สุขสบายที่กระทบความรู้สึก (3) หงุดหงิด กังวลใจ (4) สมาชิกในครอบครัว กังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย (5) สมาชิกในครอบครัวทราบอาการป่วย (6) ท่านระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัว (7) อาการเศร้าใจ (8) รู้สึกดีกับตัวเอง (9) เสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน และ (10) ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม

ลดารัตน์ สาภินันท์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลเป็นภาษาไทย พบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.9) และความสอดคล้องภายนอกระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (weighted kappa) อยู่ระหว่าง 0.31-0.73 ทั้งนี้ มีค่า Content Validity CVI = 0.96⁽³²⁾

The Missoula / quality of life vitas index (MVQOLI)⁽³³⁾ พัฒนาในปีค.ศ. 1995 โดย Ira Byock และคณะ (เจ้าหน้าที่การแพทย์ของ VITAS Healthcare Corporation) และปรับปรุงในปี ค.ศ. 2004 แนวคิดที่สำคัญเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยระยะท้าย MVQOLI ประกอบด้วย 5 มิติ 26 ข้อ ได้แก่ 1) อาการไม่สุขสบาย 5 ข้อ 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 5 ข้อ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5 ข้อ 4) การประเมินตนเองเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี 5 ข้อ และ 5) จุดมุ่งหมายในชีวิต 5 ข้อ และข้อสุดท้ายคือการประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวม

ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ ได้มีการแปลเป็นภาษาไทย ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของเครื่องมือโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 60.88 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 49.9% ไม่ได้ยืนยันความตรงเชิงโครงสร้าง และความสอดคล้องภายในของแต่ละด้านค่อนข้างต่ำ the inter-item correlation coefficients อยู่ระหว่าง -0.386 ถึง 0.537 Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.68 ทั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า คุณสมบัตินี้ของเครื่องมืออาจไม่เหมาะสมนัก ในบริบทวัฒนธรรมไทยสำหรับการประเมินผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต⁽³⁴⁾

The European Organization for Research and Treatment of Cancer's Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)⁽³⁵⁾ ถูกพัฒนาโดย The European Organization for

Research and Treatment of Cancer's (EORTC) เริ่มพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมิน QoL ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการทดลองทางคลินิกที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง หลังจากนั้นจึงพัฒนาเป็น EORTC QLQ-C30 ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ

1. ด้านสภาวะสุขภาพโดยรวม (global health status) 2 ข้อ
2. ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (functional scales) 15 ข้อ
3. ด้านกลุ่มอาการ (symptom scales) 13 ข้อ

ธิติยา สิริสิงห์ และคณะ ได้แปลเป็นภาษาไทย มีค่า Cronbach's α coefficients = 0.7 มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือ FACT-G อยู่ในระดับกลาง ค่า correlation อยู่ระหว่าง (r=0.44 - 0.56)⁽³⁶⁾

Functional Assessment of cancer therapy-General scale (FACT-G)⁽³⁷⁾ ได้รับการพัฒนาโดย Dr. David Cella การพัฒนาเริ่มต้นในปีค.ศ. 1987 มี 33 ข้อ ได้รับการปรับปรุงหลายรุ่นล่าสุด Fact-G Version 4 ทำให้ง่ายขึ้น และลดรายการเหลือเพียง 27 ข้อ และมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิด องค์กรวิชาชีพในสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลียได้ใช้ FACT-G เป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพชีวิตในการทดลองทางคลินิกของโรคมะเร็ง

ประกอบด้วย 4 มิติ คำถาม 27 ข้อ

มิติที่ 1 ด้านความผาสุกด้านร่างกาย

มิติที่ 2 ด้านความผาสุกด้านสังคม ครอบครัว

มิติที่ 3 ด้านอารมณ์และจิตใจ

มิติที่ 4 ด้านการปฏิบัติกิจกรรม

แต่ละข้อให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ 0) ไม่เลย, 1) เล็กน้อย, 2) ปานกลาง, 3) ค่อนข้างมาก , 4) มากที่สุด

นพ.วรชัย รัตนธราธร และคณะ แปลเป็นไทย โดยพบค่าความสอดคล้องภายใน Cronbach's α coefficient เท่ากับ 0.75 – 0.90⁽³⁸⁾

McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL)⁽³⁹⁾ พัฒนามาเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อาการเจ็บป่วยคุกคามชีวิต เป้าหมายของการสร้างเครื่องมือคือการเอาชนะข้อบกพร่องบางอย่างของมาตรการแบบดั้งเดิมที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ได้แก่ (1) ใช้เวลานานเกินไปสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (2) ไม่ได้วัดด้านจิตวิญญาณ และ (3) มีทั้ง

ด้านบวกและด้านลบในการวัดคุณภาพชีวิต เนื่องจากอาการทางกายภาพมีความสำคัญต่อผู้ป่วยระยะท้าย จึงมีการใช้ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ที่ใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เข้าไปรวมด้วย รวมถึง QOOL ยังสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้ภายใน 2 วัน แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ด้าน 16 ข้อคำถาม (1) อาการทางจิต 4 ข้อ (2) อาการทางกาย 3 ข้อ (3) ความผาสุกทางกาย 1 ข้อ (4) ความเป็นอยู่ 6 ข้อ และ (5) ความช่วยเหลือ 2 ข้อ

Palliative Performance Scale for adult Suandok (PPS)⁽⁴⁰⁾ ได้สร้างขึ้นมาครั้งแรกตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1986 Associate Professor Michael G. Downing และคณะ จาก Victoria Hospice ประเทศแคนาดา ได้แก้ไขปรับปรุงแบบประเมินเป็น version 2 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินสถานะของผู้ป่วยหรือความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แปลเป็นภาษาไทย (Palliative Performance Scale Adult Suandok หรือ PPS-Adult Suandok) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ใน 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (serious illness) และ 3) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) การให้คะแนน ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ 1) การเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค 3) การทำกิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร 5) ระดับความรู้สึกตัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อใช้ประเมินพยากรณ์โรค และติดตามผลการดูแลรักษา และใช้บอกความยากของภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีคะแนน 10 - 30 หมายถึงว่าผู้ป่วยจะนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง คะแนน 40 หมายถึงว่าผู้ป่วยจะนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน คะแนน 50 หมายถึงว่าผู้ป่วยจะนั่งๆ นอนๆ การเคลื่อนไหวลดลง คะแนน 60 - 70 หมายถึงว่าผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้อาจต้องการความช่วยเหลือเป็นบางเรื่อง คะแนน 80 - 100 หมายถึงว่าผู้ป่วยจะสามารถทำงานได้ตามปกติ ประกอบอาชีพได้⁽⁴¹⁾

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)⁽⁴²⁾ ใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งหมด 9 อาการ ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกาย

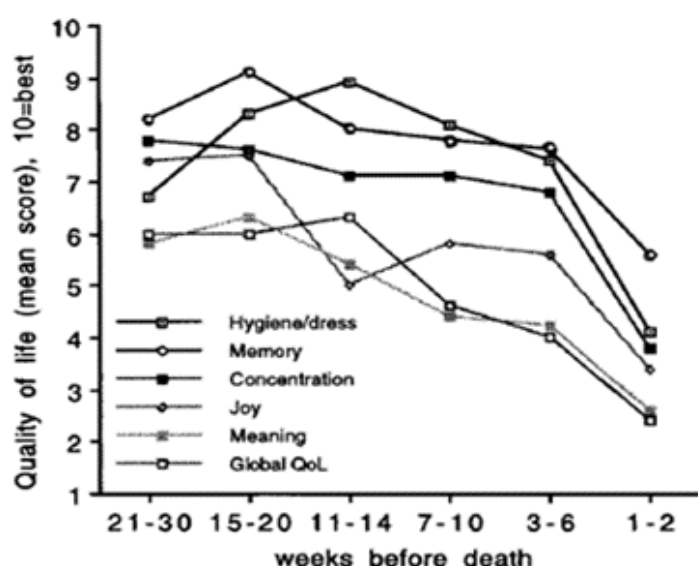
และใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0 - 10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

อ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล แนะนำการใช้ ESAS ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย โดยสืบค้นได้จาก

<https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative2th>.

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

Axelsson, 1998 ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ the assessment of quality of life at the end of life (AQEL) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบ่งอาสาสมัครตามเวลาการเสียชีวิตออกเป็น 1 - 2 สัปดาห์ (n = 10), 3 - 6 สัปดาห์ (n = 13), 7 - 10 สัปดาห์ (n = 18), 11 - 14 สัปดาห์ (n = 11), 15 - 20 สัปดาห์ (n = 14) และ 21 - 30 สัปดาห์ (n = 18) พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในระยะท้าย จะเริ่มลดลงในช่วงหกสัปดาห์สุดท้าย ในปัจจัยดังต่อไปนี้: การต้องการความช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกาย, ความจำ, ความสามารถที่จะรู้สึกถึงความสุข ความหมายและคุณภาพของชีวิต สำหรับปัจจัย ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล การแบ่งปันความกังวลกับครอบครัว และการดูแลของเจ้าหน้าที่ ค่าเฉลี่ยในทุกระยะมีแนวโน้มที่จะลดลงเมื่อใกล้เสียชีวิต⁽⁴³⁾



รูป 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยแบ่งตามระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่

Peters, 2006 เปรียบเทียบประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้าน กับที่โรงพยาบาล ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันด้านประชากรศาสตร์ อาการที่พบมากที่สุดคือความอ่อนแอความเมื่อยล้า ปัญหาการนอนหลับ และอาการปวด ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอาการรุนแรงน้อยกว่า และสามารถควบคุมอาการ และความทุกข์ทรมานได้ดีกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีคุณภาพชีวิตดีกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล⁽⁴⁴⁾

Ahlner-Elmqvist และคณะ, 2008 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่าง hospital based advanced home care (AHC) กับ conventional care (CC) ในประเทศสวีเดน พบปัจจัยที่สำคัญคือ ผู้ป่วยไม่เต็มใจที่จะรับการดูแลที่บ้านจนกว่าจะมีความจำเป็น หรือใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมกลุ่ม AHC ต่ำกว่ากลุ่ม CC เช่นเดียวกับการศึกษาของ Leppert และคณะ, 2014^(45, 46)

Elmqvist, 2009 ทำการสำรวจความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกาย และอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย โดยใช้เครื่องมือ EORTC QLQ-C30 คัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบ่งกลุ่มความต้องการการดูแล home care (intervention) 53 ราย หรือ conventional care (controls) 63 ราย ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วย และตอบกลับทางไปรษณีย์ทุกเดือน พบว่าก่อนการเสียชีวิตทั้ง 2 กลุ่ม ระดับความเหนื่อยล้า, หายใจลำบาก และการสูญเสียความอยากอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁷⁾

Färkkilä, 2014 ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม, ต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้เครื่องมือทั่วไป 2 ตัว คือ 15D และ EQ-5D และใช้เครื่องมือเฉพาะมะเร็ง EORTC QLQ-C30 (15D ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเห็น การได้ยิน การหายใจ การนอน การกิน การพูด การขับถ่าย การทำกิจกรรมตามปกติ การทำงานของจิตใจ รู้สึกไม่สบาย อาการซึมเศร้า และเรื่องกิจกรรมทางเพศ คำตอบมี 5 ระดับ EQ-5D มีคำถาม 5 ข้อ คำตอบ 5 ระดับ และ EORTC QLQ-C30 มีคำถาม 30 ข้อ คำนวณเป็นค่าคะแนน 0 – 100) ผู้ป่วยได้รับคัดเลือกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเฮลซิงกิ และจากบ้านพักดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในท้องถิ่นระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 นับจากวันที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 15D พบว่า ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตใน 3 เดือนหลังจากการทำแบบสอบถาม จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 15D เท่ากับ 0.69 ถ้าภายใน 3 – 6 เดือน ค่าเฉลี่ย 15D เท่ากับ 0.76 ถ้ามากกว่า 6 เดือน เท่ากับ 0.75 จากแบบสอบถาม EQ-5D ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.47, 0.57 และ 0.68 ตามลำดับ จากแบบสอบถาม EORTC QLQ-C30 พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่โดดเด่นที่สุดในมะเร็งแต่ละชนิด ตามด้วยความเจ็บปวด อาการนอนไม่หลับ และอาการซึมเศร้า⁽⁴⁸⁾

Jocham, 2006 ทำการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ EORTC-QLQ-C30 เพื่อการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลที่แตกต่างกัน ได้แก่ การดูแลที่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วย

121 ราย ได้รับการคัดเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย 250 คน (ผู้ป่วยนอก 57 ราย ผู้ป่วยใน 64 ราย) ประเมินคุณภาพชีวิตครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือติดต่อกับทีม "ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง" หลังจากนั้นผ่านไปประมาณหนึ่งสัปดาห์ มีการประเมินซ้ำ พบว่าการควบคุมอาการ (ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า อาเจียน และอาการหอบหืด) เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยนอก⁽⁴⁹⁾

Stark, 2012 สํารวจประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 298 ราย โดยการใช้แบบสอบถาม Short Portable Mental Status Questionnaire และ Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ในคลินิกผู้ป่วยนอกของ H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute พบว่า มีอาการปวด ร้อยละ 100 (n = 298, 100%) อาการอื่นที่พบมากได้แก่ energy/fatigue (n = 272, 91.3%) ง่วงซึม (n = 199, 66.8%) นอนหลับยาก (n = 196, 65.8%) และวิตกกังวล (n = 193, 64.8%)⁽⁵⁰⁾

Clark, 2017 การทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับประสบการณ์อาการในผู้เสียชีวิต 18,975 ราย พบว่าอาการที่น่าเป็นห่วงที่สุดคือ อาการปวด ส่วนอาการที่พบบ่อยอื่นๆ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าและการหายใจลำบาก มีส่วนน้อยที่มีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร หรือท้องผูก⁽⁵¹⁾

Yang, 2013 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาใช้การรายงานผลลัพธ์ด้วยตนเองเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ร้อยละ 54.6 และ 49.69 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งมีภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ร้อยละ 18.37 และ 17.50 ตามลำดับ⁽⁵²⁾

การศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาของกัญญารัตน์ ชูชาติและคณะ พ.ศ. 2553 ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกระยะลุกลามที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาทินร่วมกับรังสีรักษา เปรียบเทียบระหว่างการรับการรักษา กับหลังการรักษา จำนวน 50 ราย ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ขณะรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาทินร่วมกับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยรวมลดลง และดีขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษา ครบแล้ว 1 เดือน ในขณะที่คุณภาพชีวิตอื่นๆ ไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน อาจเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น เจ็บปาก เจ็บคอ เป็นไข้ น้ำลายเหนียว และมีแผลบริเวณคอ⁽⁵³⁾

ศรีรัตน์ มากมายและคณะ ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลประคับประคอง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 จำนวน 66 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มตามระยะการดำเนินโรค ซึ่งพิจารณาตามความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Palliative Performance Scale V2; PPS V2) ได้แก่ ระยะคงที่หมายถึงผู้ป่วยที่มี PPS V2 ระดับ 70 - 100% ระยะเปลี่ยนผ่านหมายถึงผู้ป่วยที่มี PPS V2

ระดับ 40 - 60% และระยะวาระสุดท้ายหมายถึงผู้ป่วยที่มี PPS V2 ระดับ 0 - 30% พบว่าอาการที่พบบ่อย 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล ผู้ป่วยระดับประคองในระยะคงที่ หรือเปลี่ยนผ่าน อาการปวด อ่อนเพลีย และการเบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบบ่อยและทำให้รู้สึกไม่สบายกายและใจ เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง และรู้สึกเป็นภาระแก่ผู้ดูแล⁽⁵⁴⁾

พรพิมล เลิศพานิชและคณะ พ.ศ. 2560 ศึกษาประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อระดับประคอง จำนวน 156 ราย ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต FACT-G เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนรับเคมีบำบัด ระหว่างรับเคมีบำบัด และเมื่อสิ้นสุดการรับเคมีบำบัด พบว่าผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ส่งผลให้ความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁽⁵⁵⁾

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หนึ่งในการวัดผลลัพธ์เพื่อสะท้อนถึงความเป็นจริงนี้คือ มาตรการที่ผู้ป่วยรายงานผลลัพธ์โดยตัวผู้ป่วยเอง Patient Reported Outcome Measure (PROM) เป็นการใช้เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพ หรือคุณภาพชีวิต ตามการรับรู้ของผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการให้ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์ด้วยตนเองเป็นประจำ พบว่า ช่วยให้มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ช่วยปรับปรุงการติดตามการตอบสนองการรักษาและการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยในการตรวจหาปัญหาของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ⁽⁵⁶⁾

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเป็นการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่มีทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนาเนื้อหา และการสร้างเครื่องมือ รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วยทบทวนวรรณกรรม (Literature review) ร่วมกับการสนทนากลุ่ม Focus group

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนทดสอบ Pre-testing สอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคอง (content validity) และทดลองใช้ในอาสาสมัคร จำนวน 20 ราย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการทดสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบ Longitudinal Studies

ขั้นตอนที่ 4 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

ระเบียบวิธีวิจัยในขั้นตอนที่ 1 และ 2

ประกอบด้วย

1. ทบทวนวรรณกรรม จากรายงานการวิจัย หนังสือ บทความ เกี่ยวกับ นิยาม หรือคำจำกัดความ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อกำหนดประเด็นเนื้อหาของเครื่องมือ
2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ดำเนินการ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวนกลุ่มละ 10 คน ทำการอภิปรายกลุ่มแบบเจาะประเด็น ในเวลา 2 ชั่วโมง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานดังนี้ 1) ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาล 2) ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ส่วนคุณสมบัติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แก่ 1) แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาล และมีประสบการณ์การดูแลที่บ้าน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 4) นักสังคมสงเคราะห์ 5) แพทย์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (ดูแลบุคคลในครอบครัว) ทั้งนี้แนวข้อคำถามในการสนทนา ประกอบด้วย 1) การวัดผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายควรเป็นอย่างไร 2) องค์ประกอบ ที่ต้องการสำหรับการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้ายควรประกอบด้วยอะไรบ้าง 3) ความต้องการการดูแลเป็นพิเศษสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน 4) รูปแบบและวิธีการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

3. วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่ม เพื่อหาประเด็นที่สำคัญของผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยสามารถรายงานได้ตามความเหมาะสม แล้วจึงนำมาสร้างเป็นแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (version I)
4. ทดสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการตรวจสอบเชิงเหตุผลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Logical by Expert) จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล และมีประสบการณ์การดูแลที่บ้าน จำนวน 3 ท่าน 2) พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน พิจารณาร่างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (version I) เกี่ยวกับขอบเขตของเนื้อหาที่ต้องการประเมิน ความเหมาะสมของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษาของข้อคำถาม คำตอบ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินข้อคำถามแต่ละข้อ โดยให้ประเมินเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ

คะแนน 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง

คะแนน 2 หมายถึง สอดคล้องน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข

คะแนน 3 หมายถึง สอดคล้องพอสมควรแต่ต้องปรับแก้ไข

คะแนน 4 หมายถึง สอดคล้องมาก

ตลอดจนให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้อย่างอิสระ

คำนวณค่าดัชนีความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) 2 แบบ คือ ค่าดัชนีความถูกต้องเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level CVI, I-CVI) โดยมีเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้คือ $I-CVI \geq 0.78$ และค่าดัชนีความถูกต้องเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยเฉลี่ย (Scale-level CVI/Ave, S-CVI/Ave) โดยมีเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้คือ $S-CVI \geq 0.9$ ⁽⁵⁷⁾

5. ปรับปรุงจนได้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย PROMs-TCP (version II)
6. นำเครื่องมือ PROMs-TCP ทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 20 ราย เพื่อประเมินเกี่ยวกับความเข้าใจแบบประเมิน ข้อคำถามที่ทำให้สับสนหรือไม่ชัดเจนในเชิงเนื้อหา และความรู้สึกหลังการทดสอบ
7. ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ PROMs-TCP ฉบับสมบูรณ์

ระเบียบวิธีวิจัยในขั้นตอนที่ 3

เกณฑ์ในการคัดเลือกสถานที่ศึกษา

ประกอบด้วย

1. มีการดำเนินงาน palliative care ในโรงพยาบาล
2. ให้การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะท้าย
3. มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
4. มีการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยทีม palliative care/ ทีม home care
5. ผู้รับผิดชอบงาน palliative care ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย

โรงพยาบาลกรณีศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชภรณ์ ๓ วิทยาลัยพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลน่าน

การคัดเลือกตัวอย่างในกรณีศึกษา เกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออกของตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งระยะท้ายที่มีอายุระหว่าง 18 - 70 ปี
2. ผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งระยะท้ายและรับการดูแลแบบประคับประคอง
3. สามารถอ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง
4. ผู้ป่วยและญาติ ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria)

1. เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคสมองเสื่อม
2. เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคซึมเศร้า
3. ผู้ป่วยหรือญาติต้องการออกจากการศึกษา
4. ไม่สามารถติดต่อได้ หรือย้ายที่อยู่ระหว่างการศึกษ

วิธีการวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประสานผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ติดต่อทีมที่ให้การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล เพื่อหาผู้ช่วยวิจัย
3. อบรมทีมผู้ช่วยวิจัยทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และการเก็บข้อมูล
4. ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกอาสาสมัครจากผู้ป่วยระยะท้ายที่ถูกส่งมาปรึกษาทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

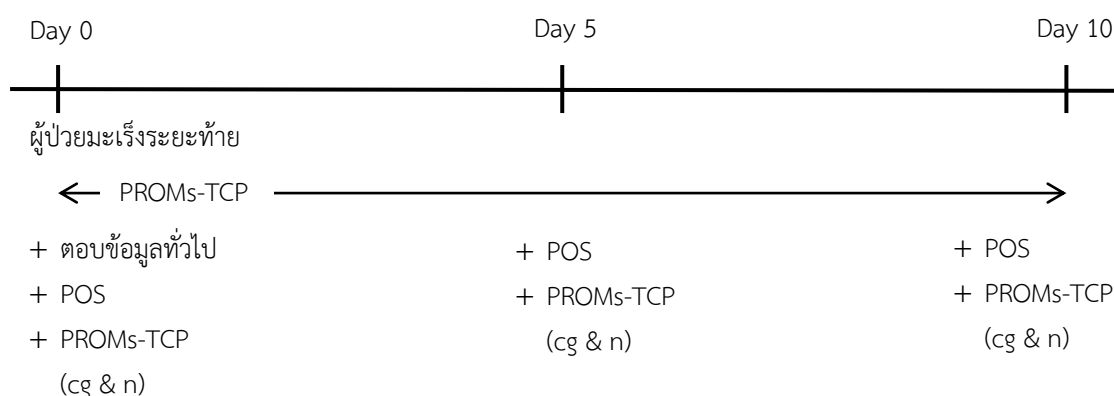
5. ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาแก่อาสาสมัครและผู้ดูแลหลัก/ญาติ วิธีการเข้าถึงอาสาสมัคร (Approach to participant) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทุกคนที่ส่งปรึกษาทีมที่ให้การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในทีมดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือก
6. กระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ผู้วิจัยอบรมให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงการดำเนินงานวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อธิบายข้อมูลให้กับอาสาสมัคร แจกเอกสารข้อมูลและแบบขอความยินยอมให้อาสาสมัครพิจารณาเมื่ออาสาสมัครตัดสินใจ ผู้ช่วยวิจัยขอลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม

การรวบรวมข้อมูล

แนวทางการเก็บข้อมูล แสดงดังรูป 3

วันที่อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย อาสาสมัครตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ทำแบบประเมิน PROMs-TCP พร้อมทั้ง 1 คำถามท้ายแบบประเมิน โดยให้สรุปใน 1 วันที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร รู้สึกดี/รู้สึกแย่ และทำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale, POS) หลังจากนั้นอาสาสมัครจะตอบแบบประเมิน PROMs-TCP พร้อมทั้ง 1 คำถามท้ายแบบประเมินติดต่อกันทุกวันเป็นเวลา 10 วัน ทั้งนี้อาสาสมัครจะต้องทำการประเมินด้วยแบบประเมิน POS ซ้ำ ในวันที่ 5 และ 10 หลังจากประเมินครั้งแรก

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลัก และ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย จะทำแบบประเมิน PROMs-TCP ในวันแรกพร้อมอาสาสมัคร หลังจากนั้นจะทำซ้ำ ในวันที่ 5 และ 10 หลังจากประเมินครั้งแรก



หมายเหตุ POS (Palliative care Outcome Scale), cg หมายถึง caregiver, n หมายถึง nurse

รูป 3 แนวทางการเก็บข้อมูล

ขนาดตัวอย่าง⁽⁵⁸⁾

$$n = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)}{c} \right]^2 + 3$$

โดย Z_α คือ ค่า Z เมื่อกำหนดขนาดของ type I error เมื่อ $\alpha = 0.01$, $Z_\alpha = 2.57$

Z_β คือ ค่า Z เมื่อกำหนดขนาดของ type II error เมื่อ $\beta = 0.10$, $Z_\beta = 1.28$

$$C = 0.5 \times \ln \left[\frac{(1+r)}{(1-r)} \right]$$

เมื่อ $r =$ The expected correlation coefficient = 0.3

$$n = \left[\frac{(2.57+1.28)}{0.31} \right]^2 + 3$$

$$= 158 \text{ ราย}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก 1)
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริหารผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP) (ภาคผนวก 2)
3. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) (ภาคผนวก 3) ซึ่งมีคะแนนรวมเท่ากับ 40 คะแนน การแปลผลคะแนนถ้าคะแนนเข้าใกล้ 0 แสดงว่ามีผลลัพธ์ที่ดี ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ซึ่งคำถามข้อ 11 ไม่นำมาคิดเป็นคะแนนโดยรวม

POS ถูกใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางคลินิกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง มีการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ พบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha เท่ากับ 0.9) ความถูกต้องของการแบ่งกลุ่มสถานะสุขภาพสูง กับ ต่ำ พบว่ามีค่า Z อยู่ในช่วง -9.95 ถึง -7.80; $P < 0.001$ เช่นเดียวกับการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของ T1 - T2 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล พบความสอดคล้อง weighted kappa range ระหว่าง 0.31 - 0.73⁽³²⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA software version 16.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA)

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา จำนวนผู้ดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายงานด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)
2. การหาความน่าเชื่อถือ ทำการวัด 2 แบบ คือ
 - 2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวม (item total correlation) พิจารณาคะแนนรวมของข้อคำถามอื่นๆ ที่ไม่รวมข้อคำถามนั้น หาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ดีที่สุด
 - 2.2 ผู้ประเมินที่แตกต่างกัน ใช้การวิเคราะห์ (Inter-rater reliability) ด้วย Weighted Kappa coefficient
3. การหาค่าความถูกต้อง ทำการวัด 3 แบบ คือ
 - 3.1 ความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity) หมายถึง เครื่องมือมีเนื้อหาที่ครอบคลุมคุณสมบัติของตัวแปรที่ต้องการวัด โดยใช้การตรวจสอบเชิงเหตุผลโดยผู้เชี่ยวชาญ (Logical by Expert)
 - 3.2 ความถูกต้องเชิงสอดคล้อง (Criteria-related validity) หมายถึง การใช้เครื่องมือคนละชนิดวัดคุณลักษณะเดียวกันจะมีความสอดคล้องกัน เป็นการหาความสัมพันธ์ของคะแนนที่วัดได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตประจำวัน กับคะแนนที่วัดได้จากเครื่องมือมาตรฐาน (Palliative outcome scale POS) โดยใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient)
 - 3.3 ความถูกต้องเชิงการจำแนก (Discriminant validity) ประเมินจุดตัดของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวัน กับคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดในการพิจารณาให้การดูแลโดยเร็ว โดยการวิเคราะห์ Receiver-Operating Characteristic: ROC เพื่อหาจุดตัดที่ให้ค่าความไวและความจำเพาะที่เหมาะสม โดยพิจารณาพื้นที่ใต้กราฟ⁽⁵⁹⁾ (area under curve: AUC) เลือกจุดตัดที่อยู่บนซ้ายสุดของเส้นโค้ง ROC การศึกษานี้เลือกใช้จุดตัดที่มีค่าความจำเพาะสูง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะท้าย การประเมินอาการที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือ ควรจะเกิดขึ้นน้อยที่สุด
4. ความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือในการประเมิน ความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาถัดไป คือวัดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา ของเครื่องมือ PROMs-TCP ในวันที่ 0 กับ

วันที่ 5 และ ในวันที่ 0 กับวันที่ 10 เทียบกับคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม POS ว่าทิศทางการเปลี่ยนแปลง และมีความสอดคล้องกันหรือไม่ วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เนื่องจากคำแนะนำในการใช้แบบสอบถาม POS ใช้วัดห่างกันอย่างน้อย 3 วัน ผู้วิจัยจึงกำหนดให้มีการวัดซ้ำในวันที่ 5 และวันที่ 10 เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งวัดขนาดของการเปลี่ยนแปลง โดยมีรูปแบบการวิเคราะห์⁽⁶⁰⁾ ดังนี้

Effect size (ES) คำนวณโดยนำค่าความแตกต่างก่อน - หลังของค่าเฉลี่ย (Mean change)หารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของค่าเริ่มต้น

Standardized response mean (SRM) คำนวณโดยการนำค่า change scores หารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ที่ได้จาก change scores

กำหนดค่าที่	น้อยกว่า 0.2	ไม่มีการตอบสนอง
	ระหว่าง $\geq 0.20 < 0.50$	มีการตอบสนองเล็กน้อย
	ระหว่าง $\geq 0.50 < 0.80$	มีการตอบสนองปานกลาง
	มากกว่า ≥ 0.80	มีการตอบสนองมาก

ระเบียบวิธีวิจัยในขั้นตอนที่ 4

ประกอบด้วย

ศึกษาการใช้แบบประเมิน PROMs-TCP เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนสถานะสุขภาพ ด้วยแบบจำลอง Markov ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล

ขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดย Z_{α} คือ ค่า Z เมื่อกำหนดขนาดของ type I error เมื่อ $\alpha = 0.05$, $Z_{\alpha} = 1.96$

Z_{β} คือ ค่า Z เมื่อกำหนดขนาดของ type II error เมื่อ $\beta = 0.20$, $Z_{\beta} = 0.84$

อ้างอิงจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน และที่โรงพยาบาลของ Peters, 2006⁽⁴⁴⁾

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้าน 4.38

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่โรงพยาบาล 3.13

σ คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 1.772

$$n = \frac{2(1.96+0.84)^2 \times 1.772^2}{(4.38-3.13)^2} = \frac{2(7.84)(3.1329)}{1.5625}$$

$$= 32 \text{ ราย/กลุ่ม}$$

เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างหายไประหว่างการศึกษ จึงพิจารณาเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 การศึกษานี้จึงเลือกใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จำนวน 36 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล จำนวน 36 คน ทั้งหมด 72 คน

กรอบเวลา

1. โอกาสในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเข้าสู่แบบจำลอง Markov และเปลี่ยนสถานะไปจนเข้าสู่สถานะเสียชีวิต หรือ ครบ 30 วัน นับจากวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
2. แบบจำลองจะประเมินสถานะของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทุกวัน

อัตราปรับลด

ไม่มีการคิดอัตราปรับลด เนื่องจากเป็นการศึกษาระยะสั้น

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (outcome)

การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้เครื่องมือ PROMs-TCP

การคัดเลือกตัวอย่างในกรณีศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. มีอายุระหว่าง 45 - 65 ปี
2. ผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งระยะท้ายและขึ้นทะเบียนเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคองครั้งแรก
3. มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล
4. มีคะแนน Palliative Performance Scale PPS = 40 - 60 ณ วันที่เข้าร่วมการศึกษา
5. ณ วันที่เข้าร่วมโครงการผู้ป่วยสามารถอ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง
6. ผู้ป่วยและญาติ ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย

1. ในระหว่างการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเสียชีวิตด้วยสาเหตุฉุกเฉินอื่นๆ นอกจากโรคมะเร็ง
2. เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคสมองเสื่อม
3. เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคซึมเศร้า
4. ผู้ป่วยหรือญาติต้องการออกจากการศึกษา
5. ไม่สามารถติดต่อได้ หรือย้ายที่อยู่ในช่วงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก 1)
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริหารผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP)
3. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale Adult Suandok หรือ PPS) (ภาคผนวก 4) แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria Hospice Society, Canada โดย ผศ.พญ.บุษยามาส ชิวสกุลยง และ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ใช้เกณฑ์วัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 5 ด้านของผู้ป่วย คือความสามารถในการเคลื่อนไหว (Ambulation) การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค (Activity & Extent of disease) การดูแลตนเอง (Self-care) การรับประทานอาหาร (intake) และระดับความรู้สึกรู้ตัว (conscious level) เพื่อกำหนดระดับผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองเพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลรักษาหรือใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะคงที่ (stable) มีค่า PPS 70 – 100% ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) มีค่า PPS 40 – 60% ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life) มีค่า PPS 10 – 30%⁽⁴¹⁾

หมายเหตุ ดำเนินการขออนุญาตใช้แบบประเมิน POS และ PPS Adult Suandok ฉบับภาษาไทย เพื่อการศึกษาวิจัยนี้ จากคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (ภาคผนวก 5)

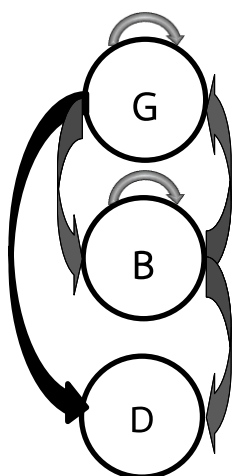
การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล

2. คัดเลือกอาสาสมัครจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นครั้งแรกของโรงพยาบาล
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งให้เซ็นชื่อใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวិจัย สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
4. ดำเนินการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะตอบทำแบบประเมิน (PROMs-TCP) ทุกวันเป็นเวลา 30 วัน นับจากการประเมินครั้งแรก

กระบวนการสร้างแบบจำลองและการทดสอบด้วยแบบจำลอง

กำหนดสถานะสุขภาพ G = Good day, B = Bad day, D = Death



Good day (G) state หมายถึงสถานะที่ผู้ป่วยประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน PROMs-TCP ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน

Bad day (B) state หมายถึงสถานะที่ผู้ป่วยประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน PROMs-TCP ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-10 คะแนน

Death (D) state หมายถึงสถานะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

รูป 4 แบบจำลอง Markov

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ตามสัดส่วนการอยู่บ้าน : อยู่โรงพยาบาล ตามจำนวนวันที่อยู่บ้าน/โรงพยาบาล โดยกำหนดจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน/โรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนวันทั้งหมดที่อยู่ในการศึกษา ถ้าอาสาสมัครรายใดมีจำนวนวันน้อยกว่าร้อยละ 70 จะตัดข้อมูลของอาสาสมัครรายนั้นทิ้ง
2. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป ข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent) ได้แก่ เพศ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา ชนิดของโรคมะเร็ง จำนวนปีที่ป่วย จำนวนผู้ดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และวันที่ดี ไม่ดี ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ อายุ ผลการประเมินคุณภาพชีวิต รายงานด้วย

ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range: IQR)

3. วิเคราะห์การอยู่รอด (survival analysis) จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการศึกษา เปรียบเทียบระยะเวลาการอยู่รอด (survival time) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลด้วยวิธี Log-rank test
4. คำนวณค่าเฉลี่ยสถานะสุขภาพรายวันของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
5. คำนวณหาความน่าจะเป็นของคุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มที่จะมีวันที่ดี หรือวันที่ไม่ดีของการเปลี่ยนผ่านสถานะคุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่ม เช่น

กลุ่ม Home	เปลี่ยนไปเป็นสถานะ			รวม
	วันที่ดี (G)	วันที่แย่ (B)	เสียชีวิต (D)	
จากสถานะ				
วันที่ดี (G)	P11	P21	P31	1
วันที่แย่ (B)	P12	P22	P32	1
เสียชีวิต (D)	0	0	1	1

6. ในแต่ละกลุ่ม คำนวณคะแนนสถานะสุขภาพสะสมในทุก cycle รายวัน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการบริหารผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs_TCP) พร้อมทั้งทดสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน ของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น 2) การนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งนี้การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาเนื้อหา และการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย

- ผลการทบทวนวรรณกรรม (Literature review)
- ผลการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group)
- ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบ Pre-testing

- ผลการทดสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity)

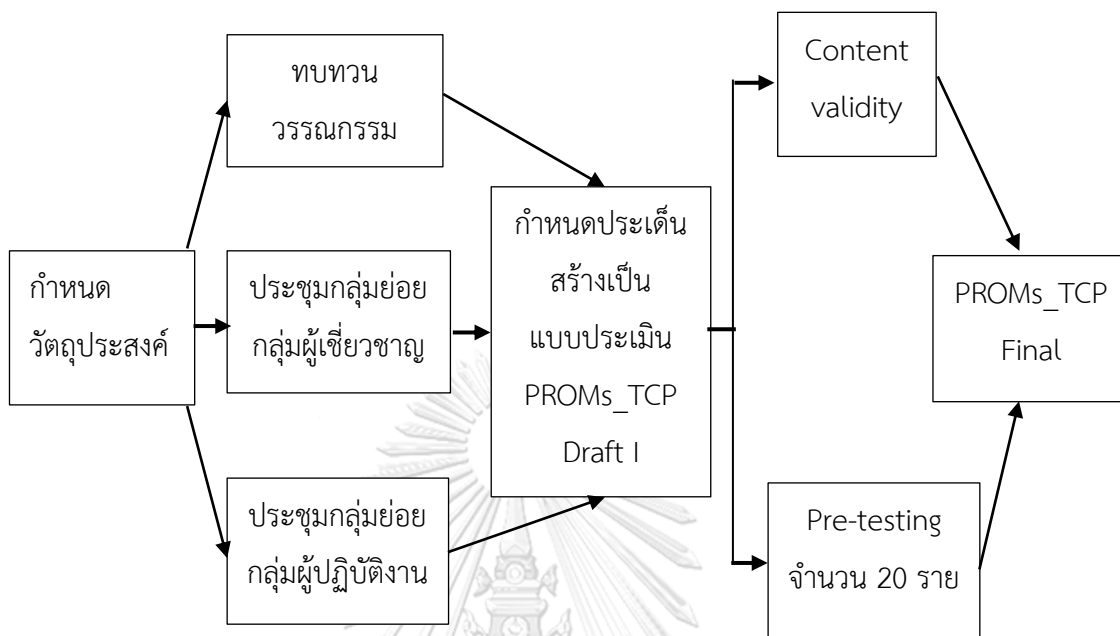
ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- ผลการทดสอบความสอดคล้องระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (item total correlation)
- ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ ความสอดคล้องภายในของผู้ประเมิน (Inter-rater reliability)
- ผลการทดสอบความถูกต้องเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (Criterion-related validity)
- ผลการประเมินจุดตัดคะแนนจากแบบประเมิน (Discriminant validity)
- ผลการทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน

ส่วนที่ 4 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- กระบวนการสร้างแบบจำลองและการทดสอบด้วยแบบจำลอง

4.1 ผลการศึกษาส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาเนื้อหา และการสร้างเครื่องมือ



รูป 5 กรอบแนวคิดการพัฒนาแบบประเมิน PROMs_TCP

4.1.1 ผลการทบทวนวรรณกรรม (Literature review)

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยนี้ เพื่อทำการศึกษาเบื้องต้นและทำความเข้าใจในเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหรือภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อนำมาเป็นประเด็นในการกำหนดข้อความของเครื่องมือที่จะพัฒนา โดยผลการทบทวนวรรณกรรมได้แสดงไว้ในบทที่ 2 และได้สรุปประเด็นสำคัญเป็น 4 องค์ประกอบ⁽¹⁹⁾ ประกอบด้วย

- 1) องค์ประกอบด้านร่างกาย ได้แก่ การไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการของโรค โดยอาการที่พบบ่อย คือ อาการปวด อ่อนล้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ อาการเหล่านี้มักจะมี ความรุนแรงในระดับปานกลางถึงมาก
- 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ มีการรายงานเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
- 3) องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ ต้องการการเติมเต็มในสิ่งที่เป็นตัวตนและความสุขของชีวิต
- 4) องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

4.1.2 ผลการประชุมกลุ่มย่อย

4.1.2.1 ผลการประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

คำถามที่ 1 การวัดผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายควรเป็นอย่างไร

ข้อคิดเห็น S1: “การวัดผลลัพธ์ของการให้บริการยังเป็นปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และอยู่ในช่วงที่มีแต่ความเศร้าโศก แต่อย่างไรการวัดผลก็ยังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงอาจเป็นผลลัพธ์ที่เหมาะสม”

S2: “การดูแลผู้ป่วยที่ดี ควรจะวัดผลได้ หรือมีการกำหนดเป็น KPI”

S3: “การวัดผล แบ่งเป็น process กับ quality of care ควรต้องกำหนดให้ชัด”

S4: “การจะวัดผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต้องสร้างการดูแลให้เห็นเป็นภาพรวมของคนไข้ในระยะยาว สร้างความเข้าใจในงาน ควรมีการทำงานเป็นทีม มี authorize ในการจัดการดูแลคนไข้ในระยะยาว ดังนั้นไม่ควรให้การรักษาคอนไซ้เป็นครั้งคราว”

คำถามที่ 2 องค์กรประกอบ ที่ต้องการสำหรับการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

ข้อคิดเห็น S5: องค์กรประกอบสำหรับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ประกอบด้วย ด้านกาย เช่นอาการปวด หอบเหนื่อย อาการรบกวนต่างๆ ด้านจิตอารมณ์ เช่น ท้อแท้ ซึมเศร้า มีอาการใหม่ เช่น delirium, agitate, dyspnea ในช่วงระยะสุดท้าย หรืออาการเก่าแต่อาการรุนแรงขึ้น การบรรลุ advance care plan ที่กำหนดไว้ รวมถึง last wish ของคนไข้ และการเสียชีวิตตาม care plan ที่ได้เตรียมไว้

S6: “การจัดการเกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหากับคนไข้ ประกอบด้วย ด้านกาย เช่นการจัดการอาการปวดของคนไข้ ด้านอารมณ์ และการบรรลุวัตถุประสงค์ last wish ของคนไข้”

S7: “การควบคุมอาการรบกวนทางกาย นอนไม่หลับ ซึ่งถ้าเราควบคุมได้ไม่ดีจะมีผลต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน”

S8: “การควบคุมอาการรบกวน เป็น dynamic อาการเปลี่ยนแปลงชนิดน้อยอาจจะไม่ได้เปลี่ยนแปลงการดูแลเท่าไร ต้องมีการตั้งระบบในการดูแลเช่นในบางประเทศ เช่น ถ้า zone prognostic ระดับนี้ ให้การดูแลแบบนี้ ถ้ามี zone prognostic อีกระดับหนึ่ง ให้การดูแลอีกแบบหนึ่ง”

S9: “ผลลัพธ์ก็มี Symptom นี้แหละ เป็นตัวหลัก”

S10: “อาการ Dyspnea เป็นอาการที่ suffer กับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลมาก เพราะเป็นอาการที่เห็นได้ชัด ส่วนอาการปวดเป็นอาการที่ขึ้นกับความทนของผู้ป่วย บางคนก็ทนได้มาก”

คำถามที่ 3 ความต้องการการดูแลเป็นพิเศษสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

ข้อคิดเห็น S11: “Critical crisis ที่สำคัญเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้แก่ อาการชัก และมีเลือดออก เช่น dyspnea crisis ปกติเหนื่อยอยู่แล้วแต่เหนื่อยมากขึ้นมาก ยาไม่สามารถควบคุมอาการได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อญาติที่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก”

S12: “ผลของการปฏิบัติระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติได้เช่น ผู้ป่วยจะร้องทั้งคืน ไม่นอน ไม่นอน หรือนอนนานขึ้นกว่าเดิม ซึมลง มีแผลกดทับที่เกิดขึ้นใหม่ และสุดท้ายจะถูกส่งมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะ burnout ของผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลอาจจะไม่ได้บอกเราโดยตรง”

S13: “การมี rapid response หรือ มี respite care ถ้าเป็นไปได้ เพื่อให้ญาติมีโอกาส leave ได้บ้าง”

คำถามที่ 4 รูปแบบและวิธีการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ข้อคิดเห็น S14: “มีเครื่องมือ POS เป็นเครื่องมือที่ง่ายสุด validate อะไรเรียบร้อยล่ะ ซึ่งมีจำนวนข้อที่ไม่มาก การใช้และการรวบรวมคะแนนไม่ยากเกินไป แต่การใช้เครื่องมือนี้ จะมีปัญหาในผู้สูงอายุ จะไม่เข้าใจในคำถาม และไม่เข้าใจทางเลือกของคำตอบ นั่นคือไม่ว่าเครื่องมืออะไรจะขึ้นกับระดับการศึกษา การใช้ภาษา ของผู้ตอบ”

S15: “Data collection tool ต้องปรับให้เหมาะกับประเภท หรือ ศักยภาพของคนไข้ และความเป็น qualitative เปลี่ยนเป็น verbal แทน เพื่อความเข้าใจ แต่ validation จะยาก”

S16: “Tool ควรจะเป็น global assessment มากกว่าจะเป็น tool ที่ specific ในแต่ละอัน ซึ่งจะเยอะในการใช้งาน และยากในการตัดสินใจว่าจะใช้ตัวไหน”

S17: “Simple tool ที่ใช้กับ primary care ควรจะเชื่อมไปยัง secondary และ tertiary ได้ ปัญหา คือ tool ที่ make simple เกินไป จะไม่ sensitive พอ ในการ

รับช่วงต่อ เพราะถ้าไม่ fit ดี ก็จะทำให้ไม่มีประโยชน์ ในการประเมิน เพราะ primary กับ secondary และ tertiary ประเมินต่างกัน ต้องมาเริ่มนับ 1 ใหม่”

4.1.2.2 ผลการประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

คำถามที่ 1 การวัดผลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายควรเป็นอย่างไร

ข้อคิดเห็น S18: “ผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การจัดการอาการของผู้ป่วยให้รู้สึกสุขสบาย ญาติมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ดูแลได้ รวมถึงสามารถจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายได้”

S19: “เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้ ต้องเพิ่มความรู้ ทักษะคติของผู้ดูแล และอุปกรณ์ที่ต้องมา serve”

S20: “ผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เรา concern เรื่องของ symptom control และที่สำคัญคือญาติต้องมีช่องทางในการติดต่อผู้ดูแลได้”

S21: “ผลลัพธ์ที่ตัวคนไข้ คนไข้ต้องไม่ทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่มารบกวน ประเด็นต่อมาความพร้อมของผู้ดูแล ผลลัพธ์ที่ตัวผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจจะได้อยู่”

คำถามที่ 2 องค์ประกอบ ที่ต้องการสำหรับการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

ข้อคิดเห็น S22: “ทางกาย เช่น อาการปวด รูปลักษณ์ของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทางสังคม เช่น รู้สึกเป็นภาระ ถูกออกจากงาน ทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทางจิตใจ เช่น การรักษาที่ล้มเหลว หรือไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ทำให้หมดกำลังใจ”

S23: “อาการที่ต้องประเมิน ปวด เหนื่อย เพลีย นอนไม่หลับ”

S24: “อาการสำคัญ เหนื่อย ปวด คลื่นไส้อาเจียน”

S25: “อาการรบกวนอันดับแรก คือ อาการปวด อาการอ่อนเพลีย ซึ่งเป็นอาการทางกาย และอาการที่เข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิตจริงๆ แล้วเนี่ย จะมีอาการที่ต้องประเมินอีกมาก ส่วนอาการด้านจิตใจ คือว่า ผู้ป่วยกลัวตาย รู้สึกท้อแท้ มักจะพบว่าผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นภาระต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้คุณค่าในตัวเองลดลง”

S26: “อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายคืออาการปวด ต้องมีการจัดการ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยา หรือไม่ใช้ยาก็ดำเนินการ ต่อมาคืออาการหอบเหนื่อย และอาการคลื่นไส้อาเจียน”

คำถามที่ 3 ความต้องการการดูแลเป็นพิเศษสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

ข้อคิดเห็น S27: “ปัญหาสำคัญคือ ผู้ดูแล/ญาติมีภาวะความเหนื่อยล้า (Caregiver burden) หรือถึงกับหมดไฟในการดูแลไปเลย (Caregiver burnout) ความรู้สึกของญาติจะถูกส่งผ่านไปให้ผู้ป่วย เช่น จากการดูแลผู้ป่วย ญาติมีภาวะความเหนื่อยล้าจะมีคำพูด หรือการแสดงออกที่จะมีผลต่อผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีระดับความรู้สึกตัวดีอยู่ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า และเป็นภาระคุณภาพการดูแลลดลง เช่น อาการปวด ถึงจะทำให้การดูแลดีแค่ไหน เมื่อเกิดภาวะนี้ คุณภาพจะไม่เป็นดังที่วางแผนไว้ เกิดภาวะต่อต้าน”

S28: “ความพร้อมของครอบครัวในการจัดการปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเรื่องของเศรษฐกิจ และการจัดการชุมชน”

คำถามที่ 4 รูปแบบและวิธีการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ข้อคิดเห็น S29: “เครื่องมือควรจะง่าย ไม่ต้องอบรมก็สามารถใช้ได้ บุคลากรที่มีประสบการณ์เพียงแค่ใช้การมองบางครั้งก็สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีไหม”

S30: “มีข้อจำกัดของการทำแบบประเมิน คือผู้ป่วยและญาติ ไม่เห็นความสำคัญ”

S31: “แบบประเมิน ควรจะมีตัวหนังสือเล็กๆ ไม่เกิน 3 บรรทัด”

S32: “การประเมินโดยบุคลากร ผู้ป่วย ผู้ดูแล สามารถใช้ร่วมกันได้”

S33: “ลักษณะของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย จำนวนข้อคำถามไม่เกิน 5 ข้อ มีลักษณะแบบใช่ ไม่ใช่ ก็จะได้ การใช้แบบเป็นระดับ ผู้ตอบมักจะเลือกตอบตรงกลาง หรือถ้ามีระดับให้เลือกมากเกินไป ผู้สูงอายุจะไม่เข้าใจ”

S34: “การประเมินในโรงพยาบาล กับเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านสู่ชุมชน สามารถใช้แบบเดียวกันเพื่อให้เป็นเรื่องเดียวกัน”

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาเป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มาวิเคราะห์ถึงอาการหลักที่สำคัญ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ และอาการรองได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องผูก คลื่นไส้อาเจียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำอาการที่สำคัญทั้ง 4 อาการมาตั้งเป็นข้อคำถาม แสดงดังตาราง 3 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใส่อาการอื่นๆ นอกเหนือจากอาการสำคัญหลัก ไม่ว่าจะเป็อาการท้องอืด ท้องเสีย มีไข้ มีแผล ส่วนข้อคำถามที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึก เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อคำถาม และนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP) ฉบับที่ 1 แสดงดังตาราง 4

ตาราง 3 สรุปที่มาของข้อคำถามในเครื่องมือ PROMs_TCP

ประเด็นคำถาม	ที่มาของข้อคำถาม			
	ทบทวน	อ้างอิง	ผู้เชี่ยวชาญ	ผู้ปฏิบัติงาน
อาการปวด	√	(32, 44, 54-57)	S5, S6	S22, S23, S24, S25, S26
อาการเหนื่อย	√	(53, 55, 57)	S5, S10, S11	S23, S24, S26
อาการอ่อนเพลีย	√	(32, 44, 53-57)	S5	S23, S25
เบื่ออาหาร	√	(32, 53)		
นอนไม่หลับ	√	(44, 54, 56)	S7	S23
ท้องผูก	√	(57)		
คลื่นไส้อาเจียน	√	(55)		S24, S26
วิตกกังวล	√	(32, 56, 61)		S22
ซึมเศร้า	√	(54, 61)	S5	
ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระ	√	(60)	S5	S22, S25
เศรษฐกิจ				S22
ซึ่ก			S11	
มีเลือดออก			S11	

ตาราง 4 แบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP) ฉบับที่ 1

คำถาม	คำตอบ
1 ท่านมีอาการปวดหรือไม่	0) ไม่ปวด หรือปวดเล็กน้อย ยาแก้ปวดช่วยบรรเทาอาการได้ ยังทำงานได้ตามปกติ ไม่ต้องใช้ยา
	1) ปวดมาก ยาแก้ปวดสามารถบรรเทาอาการได้ชั่วคราว
	2) ปวดมากที่สุด ยาแก้ปวดไม่ได้ช่วยให้ดีขึ้น
2 ท่านมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวกหรือไม่	0) ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือหอบเหนื่อยเพียงเล็กน้อย ไม่ส่งผลต่อการทำงาน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน
	1) มีอาการหอบเหนื่อยจนไม่สามารถทำอะไรได้
	2) มีอาการหอบเหนื่อยมากจนไม่สามารถ นั่ง หรือ นอน ได้
3 ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรือไม่	0) ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียหรือรู้สึกเพียงเล็กน้อย สามารถทำงานได้
	1) รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียมากทำงานได้น้อยลง
	2) รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียมากจนต้องนอนพักตลอดเวลา
4 การนอนของท่านเป็นอย่างไร	0) นอนหลับได้
	1) นอนหลับๆ ตื่นๆ
	2) นอนไม่หลับตลอดทั้งคืน
5 ท่านรู้สึก เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเอง หรือรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่นหรือไม่	0) รู้สึกเศร้าแต่เมื่อได้พูดคุยก็รู้สึกดีขึ้น
	1) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำอะไรไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น
	2) รู้สึกสิ้นหวังมากจนอยากจะตายให้แล้วไป
6 ท่านมีอาการอื่นๆ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ท้องผูก หรือไม่	0) ไม่มี
	2) มี กรุณาระบุ.....

4.2 ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบ Pre-testing

4.2.1 ผลการทดสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคอง ข้อคำถามและคำตอบทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้ร่างขึ้นมาได้ถูกส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 5 คน ผ่านทาง e-mail ได้รับคำแนะนำ และข้อเสนอแนะ แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนและข้อเสนอแนะ

ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อเสนอแนะ
ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1	คำตอบของข้อคำถามที่ 1
คะแนนในแต่ละข้อคำถาม	0) ตัดคำ “ยังทำงานได้ตามปกติ”
ข้อที่ 1 = 3	1) แก้ไขเป็น “ปวดปานกลาง หรือ ปวดจนต้องใช้ยาแก้ปวดช่วยบรรเทาอาการ ทุก 3 - 4 ชม.”
ข้อที่ 2 = 3	2) แก้ไขเป็น “ปวดมากที่สุด หรือ ปวดจนนอนไม่หลับ หรือ ปวดจนยาแก้ปวดช่วยให้ดีขึ้นไม่ได้”
ข้อที่ 3 = 3	คำตอบของข้อคำถามที่ 2
ข้อที่ 4 = 4	0) ตัดคำ “ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน”
ข้อที่ 5 = 3	1) แก้ไขเป็น “รู้สึกเหนื่อยหอบ ปานกลาง หรือ เหนื่อยหอบ จนทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก”
ข้อที่ 6 = 4	2) แก้ไขเป็น “มีอาการเหนื่อยหอบมาก หรือ เหนื่อยหอบจนไม่สามารถทำอะไรได้ ต้องอยู่เฉยๆ”
	คำตอบของข้อคำถามที่ 3
	0) แก้ไข “สามารถทำงานได้” เป็น “สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ”
	1) แก้ไขเป็น “รู้สึกอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานได้ แต่ยังพอทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง”
	2) ตัดคำ “เหนื่อยล้า”
	แก้ไขข้อคำถามที่ 5
	0) แก้ไขเป็น “ไม่รู้สึกเศร้า หรือรู้สึกเป็นบางครั้ง แต่ไม่รู้สึกสิ้นหวัง”
	2) แก้ไขเป็น “รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่”

ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อเสนอแนะ
<p>ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2</p> <p>คะแนนในแต่ละข้อคำถาม</p> <p>ข้อที่ 1 = 3 ข้อที่ 4 = 3</p> <p>ข้อที่ 2 = 4 ข้อที่ 5 = 4</p> <p>ข้อที่ 3 = 4 ข้อที่ 6 = 4</p>	<p>แก้ไขคำตอบของข้อคำถามที่ 1 0) เพิ่มคำ “ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด”</p> <p>คำตอบของข้อคำถามที่ 4</p> <p>0) แก้ไขเป็น “นอนหลับได้พอเพียง”</p>
<p>ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 3</p> <p>คะแนนในแต่ละข้อคำถาม</p> <p>ข้อที่ 1 = 4 ข้อที่ 4 = 4</p> <p>ข้อที่ 2 = 4 ข้อที่ 5 = 4</p> <p>ข้อที่ 3 = 4 ข้อที่ 6 = 2</p>	<p>แก้ไขข้อคำถามที่ 6 “ท่านมีอาการอื่นที่ทำให้รู้สึกเป็นกังวลหรือไม่”</p> <p>เพียงแค่มียาอาการอื่นๆ ได้คะแนนถึง 2 คะแนน บางครั้งอาจเป็นอาการที่ไม่รุนแรง</p>
<p>ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 4</p> <p>คะแนนในแต่ละข้อคำถาม</p> <p>ข้อที่ 1 = 4 ข้อที่ 4 = 4</p> <p>ข้อที่ 2 = 4 ข้อที่ 5 = 4</p> <p>ข้อที่ 3 = 4 ข้อที่ 6 = 4</p>	ไม่มีข้อเสนอแนะ
<p>ผู้เชี่ยวชาญคนที่ 5</p> <p>คะแนนในแต่ละข้อคำถาม</p> <p>ข้อที่ 1 = 4 ข้อที่ 4 = 4</p> <p>ข้อที่ 2 = 4 ข้อที่ 5 = 4</p> <p>ข้อที่ 3 = 4 ข้อที่ 6 = 4</p>	ไม่มีข้อเสนอแนะ

หมายเหตุ

คะแนน 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง

คะแนน 2 หมายถึง สอดคล้องน้อยหรือไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข

คะแนน 3 หมายถึง สอดคล้องพอสมควรแต่ต้องปรับแก้ไข

คะแนน 4 หมายถึง สอดคล้องมาก

แบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP) ผลการทดสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม PROMs-TCP ความ

ถูกต้องของแบบสอบถามทั้งฉบับ Scale-level CVI (S-CVI) เท่ากับ 0.97 อยู่ในระดับดีมาก และค่าสัมประสิทธิ์รายข้อคำถาม Item-level CVI (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 หลังจากนั้นทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จนได้แบบประเมิน PROMs-TCP ฉบับสมบูรณ์ แสดงดังตาราง 6 นำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 20 ราย เพื่อสอบถามในด้านความยาก - ง่ายในการใช้งาน ความครอบคลุมของคำถามด้านสุขภาพ การสื่อความหมายของคำที่ใช้ และการยอมรับแบบสอบถาม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกรู้สึกว่าการตอบคำถามเพียง 5 - 6 ข้อไม่มากเกินไป มีความเป็นไปได้และยอมรับที่จะทำแบบประเมิน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับคำตอบแบบที่มีให้เลือก เข้าใจในข้อคำถามและคำตอบ เช่น “อาการปวด ถ้าถามว่าปวดไหม ก็ปวดมากในตอนแรกแต่เมื่อกินยาแก้ปวดไปสักกระยะอาการปวดพอทุเลา จะให้คะแนนปวดในวันนั้นอย่างไร ก็จะตอบยาก แต่แบบนี้มีคำตอบให้เลือกว่ากินยาแก้ปวดแล้วช่วยได้แค่ไหน ก็น่าจะดี” ผู้ป่วยทุกคนคิดว่าคำถามทุกข้อมีความสำคัญต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่สามารถทำประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากวันที่ลงเยี่ยมที่บ้านเพื่อทดลองทำแบบประเมินผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก จึงให้ผู้ดูแลช่วยทำแบบประเมิน พบว่า “คำถามเพียง 5 - 6 ข้อคำถาม คิดว่าดีแล้ว เวลาอ่านข้อคำถามเข้าใจดี ไม่สับสนในการเลือกคำตอบ”

ตาราง 6 แบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP) ฉบับสมบูรณ์

คำถาม	คำตอบ
1 ท่านมีอาการปวดหรือไม่	0) ไม่ปวด หรือมีอาการปวดเล็กน้อย ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด
	1) ปวดปานกลาง หรือ ปวดจนต้องใช้ยาแก้ปวดช่วย บรรเทาอาการ ทุก 3 - 4 ชม.
	2) ปวดมากที่สุด หรือ ปวดจนนอนไม่หลับ หรือ ปวดจนยาแก้ปวดช่วยให้ดีขึ้นไม่ได้
2 ท่านมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวกหรือไม่	0) ไม่มีอาการเหนื่อยหอบเหนื่อย หรือเหนื่อยเพียงเล็กน้อย
	1) รู้สึกเหนื่อยหอบ ปานกลาง หรือ เหนื่อยหอบจนทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก
	2) มีอาการเหนื่อยหอบมาก หรือ เหนื่อยหอบจนไม่สามารถทำอะไรได้ ต้องอยู่เฉยๆ

คำถาม	คำตอบ
3 ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรือไม่	0) ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียหรือรู้สึกเพียงเล็กน้อย สามารถใช้ชีวิตได้ปกติ
	1) รู้สึกอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานได้ แต่ยังพอ ทำกิจกรรมประจำวันได้บ้าง
	2) รู้สึกอ่อนเพลียมากจนต้องนอนพักตลอดเวลา
4 การนอนของท่านเป็นอย่างไร	0) นอนหลับได้พอเพียง
	1) นอนหลับๆ ตื่นๆ
	2) นอนไม่หลับตลอดทั้งคืน
5 ท่านรู้สึก เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเอง หรือรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่นหรือไม่	0) ไม่รู้สึกเศร้า หรือรู้สึกเป็นบางครั้ง แต่ไม่รู้สึกสิ้นหวัง
	1) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำอะไรไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น
	2) รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่
6 ท่านมีอาการอื่นที่ทำให้รู้สึกเป็นกังวลหรือไม่	0) ไม่มี
	2) มี กรุณาระบุ.....

4.3 ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไป ระหว่างวัน

เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study) ติดตามและสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพ

4.3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP) ถูกนำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 169 ราย จากสถานพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เพศชาย 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 เพศหญิง 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.14 อายุเฉลี่ย 58.77 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.72 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.51 จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.74 สถานภาพโสด ร้อยละ 69.57 สิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 68.67 รองลงมาเป็นสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 21.08 ผู้ดูแลผู้ป่วยมี

ความสัมพันธ์เป็น สามีหรือภรรยา ร้อยละ 44.24 รองลงมาคือญาติหรือบุคคลในเครือญาติ ร้อยละ 32.12 แสดงดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 169)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง n (%)
อายุเฉลี่ย (n = 168), mean (SD)	58.77 (8.72)
เพศ (n=168)	
เพศชาย	72 (42.86)
เพศหญิง	96 (57.14)
ศาสนา (n = 164)	
พุทธ	155 (94.51)
คริสต์	1 (0.61)
อิสลาม	8 (4.88)
สถานภาพ (n = 161)	
โสด	112 (69.57)
คู่	27 (16.77)
หม้าย/แยก/หย่าร้าง	22 (13.66)
การศึกษา (n = 168)	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	139 (82.74)
ปริญญาตรี	25 (14.88)
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (2.38)
สิทธิการรักษา (n = 166)	
ชำระเอง	1 (0.60)
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	35 (21.08)
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	114 (68.67)
ประกันสังคม	15 (9.04)
อื่นๆ	1 (0.6)
จำนวนปีที่เจ็บป่วย (n = 159)	
น้อยกว่า 1 ปี	54 (33.96)
1 ปี	43 (27.04)
2 - 5 ปี	52 (32.70)
มากกว่า 5 ปี	10 (6.29)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง n (%)
จำนวนผู้ดูแล (n = 158)	
1 ผู้ดูแล	51 (32.28)
2 - 4 ผู้ดูแล	105 (66.46)
มากกว่า 4 ผู้ดูแล	2 (1.27)
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (n = 165)	
สามีหรือภรรยา	73 (44.24)
ญาติ/บุคคลในเครือญาติ	53 (32.12)
บุตร/ธิดา	36 (21.82)
คนรู้จัก	1 (0.61)
ผู้รับจ้าง	2 (1.21)
การมีโรคร่วม (n = 167)	
มี	77 (46.11)
ไม่มี	90 (53.89)

อาสาสมัครทั้ง 169 ราย ทำแบบสอบถามการประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (PROMs-TCP) ตั้งแต่วันที่ 0 จนถึงวันที่ 10 ผลการตอบแบบประเมินในแต่ละวัน พบว่ามีจำนวนอาสาสมัครที่ตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนจากการตอบแบบสอบถาม จากการสอบถามข้อมูลพบว่าอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนมีเหตุผลดังนี้ 1) มีการทำแบบสอบถาม แต่ตอบไม่ครบทุกข้อคำถาม 2) ไม่ทำแบบสอบถามเนื่องด้วย ไม่ต้องการทำแบบสอบถาม หรือไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการแล้ว 3) อาสาสมัครเสียชีวิต แสดงข้อมูลดังตาราง 8 และ 9

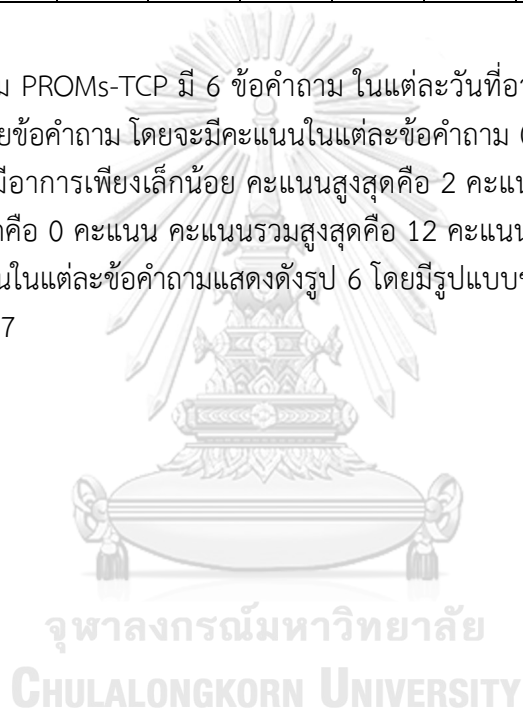
ตาราง 8 แสดงจำนวนอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม PROMs-TCP ในแต่ละวัน (n = 169)

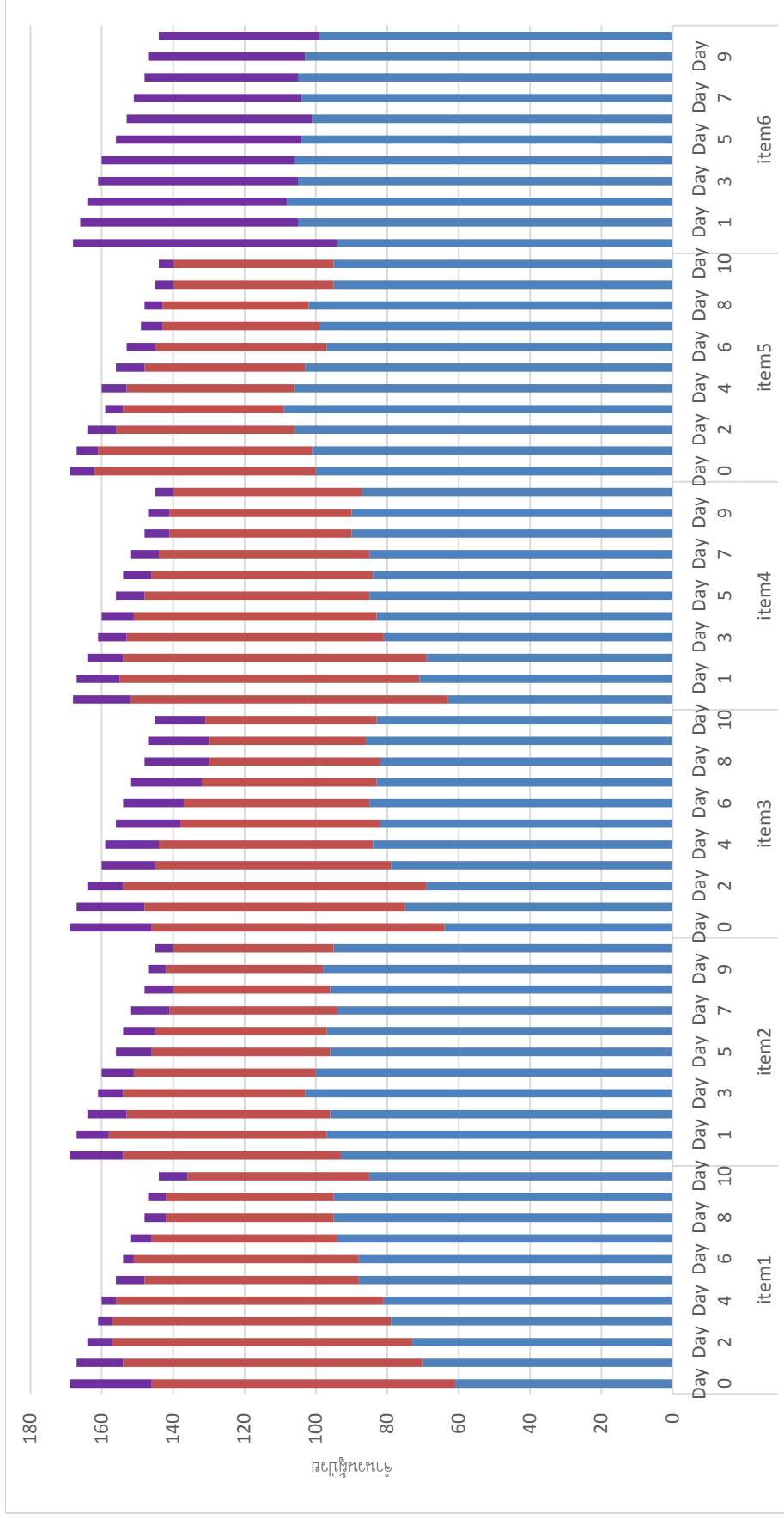
คำถาม	D0	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
item1	169	167	164	161	160	156	155	153	149	148	145
item2	169	167	164	161	160	156	155	153	149	148	146
item3	169	167	164	160	159	156	155	153	149	148	146
item4	168	167	164	161	160	156	155	153	149	148	146
item5	169	167	164	159	160	156	153	149	148	146	145
item6	168	166	164	161	160	156	153	151	148	147	144

ตาราง 9 แสดงจำนวนอาสาสมัครตามเหตุผลที่ตอบข้อมูลจากการแบบสอบถาม PROMs-TCP ไม่ครบถ้วน

เหตุผล	D0	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
ตอบไม่ครบข้อคำถาม	2	1		2	1		2	4	2	3	4
ไม่ตอบ		2	5	6	5	8	8	9	10	10	12
เสียชีวิต				2	2	1	1	1	3	2	1

แบบสอบถาม PROMs-TCP มี 6 ข้อคำถาม ในแต่ละวันที่อาสาสมัครได้ตอบแบบสอบถามจะนำมาคิดคะแนนรายข้อคำถาม โดยจะมีคะแนนในแต่ละข้อคำถาม 0 - 2 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 0 คือไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย คะแนนสูงสุดคือ 2 คะแนน คือมีอาการมากถึงมากที่สุด ทั้งนี้คะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดคือ 12 คะแนน จะพบว่าในแต่ละวันมีจำนวนอาสาสมัครที่ได้คะแนนในแต่ละข้อคำถามแสดงดังรูป 6 โดยมีรูปแบบของคะแนนรวมของอาสาสมัครแต่ละคน แสดงดังรูป 7

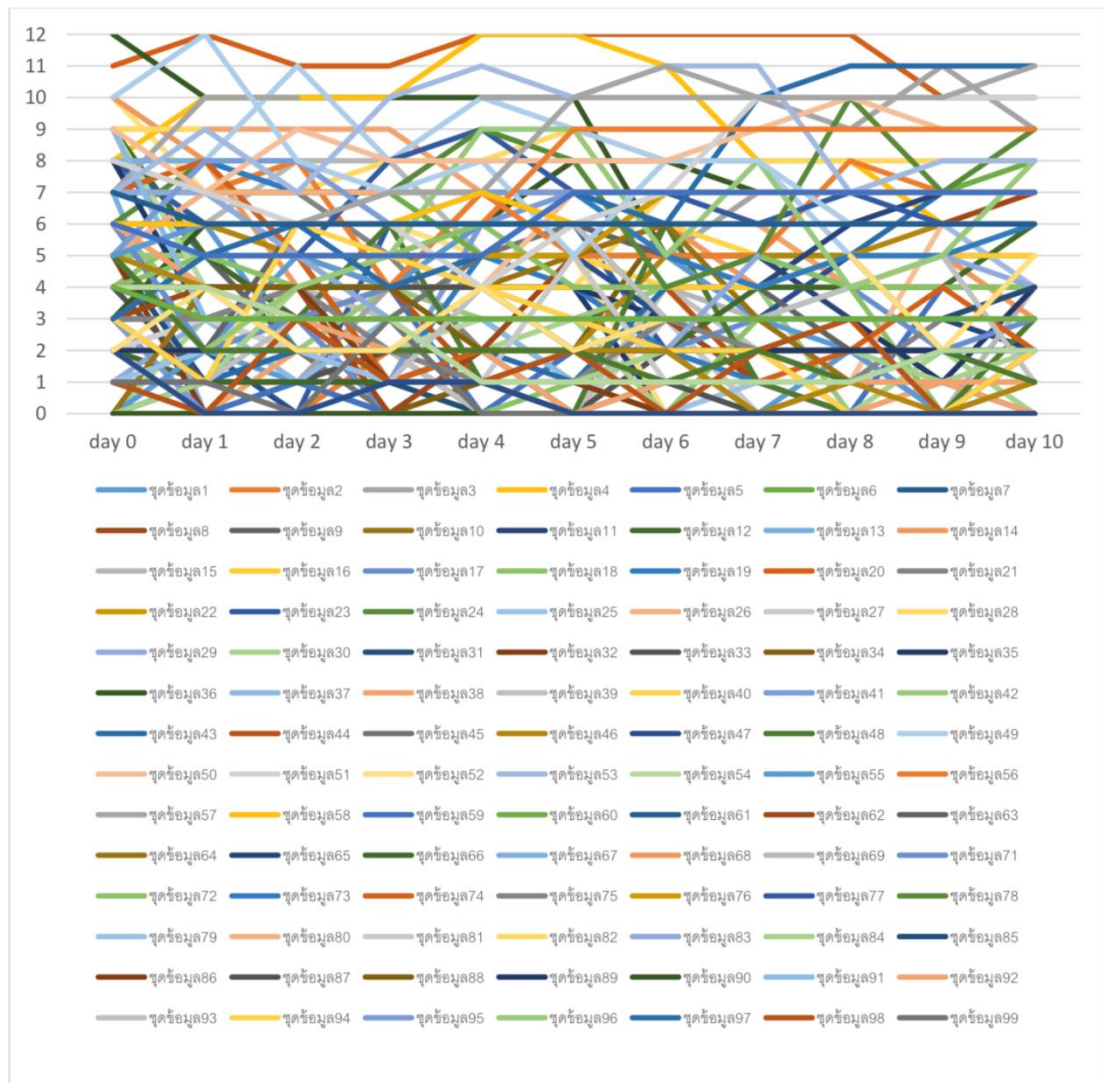




= 0 คน
 = 1 คน
 = 2 คน

รูป 6 แสดงจำนวนอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม PROMs-TCP เป็นคะแนนรายวันในแต่ละข้อคำถาม

คะแนน



CHULALONGKORN UNIVERSITY

รูป 7 รูปแบบคะแนนรวมของอาสาสมัครที่ตอบแบบประเมินในแต่ละวัน

4.3.2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (item total correlation)

จากรูป 6 ร่วมกับข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับข้อคำถามที่ 6 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลคะแนนทั้งหมดของอาสาสมัครในทุกวันมาวิเคราะห์ค่าสถิติความสัมพันธ์ของคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามที่ไม่รวมคะแนนของคำถามข้อนั้น ผลการวิเคราะห์ดังตาราง 10 พบว่าถ้าตัดข้อคำถามที่ 6 คือ มีอาการอื่นที่ทำให้รู้สึกเป็นกังวลออกจะทำให้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดีที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในระดับดี

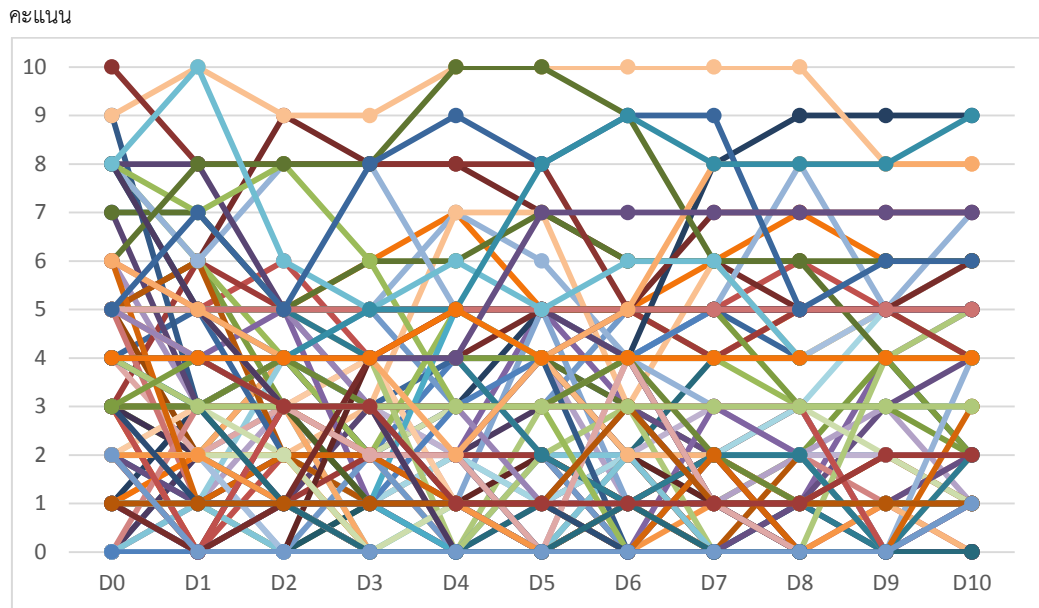
ตาราง 10 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (data = 1,707 ข้อมูล)

item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item 1	2.65	6.99	0.52	0.82
item 2	2.73	6.55	0.67	0.79
item 3	2.56	6.05	0.74	0.78
item 4	2.63	6.50	0.69	0.79
item 5	2.78	6.75	0.65	0.80
item 6	2.49	5.85	0.49	0.85

หมายเหตุ ข้อมูลทั้งหมด = 1,859 ข้อมูล missing = 152 ข้อมูล

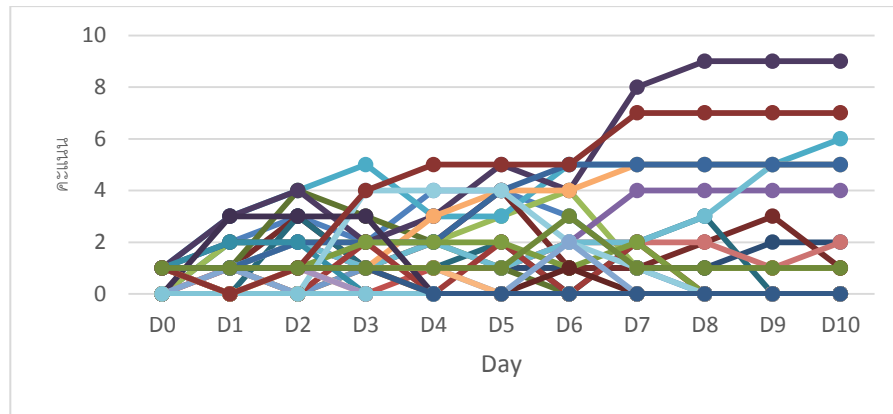
ดังนั้นแบบประเมิน PROMs-TCP ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อคำถาม การประเมินสภาวะสุขภาพจะมีการคิดคะแนนเพียง 5 ข้อคำถาม จะมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง มีสภาวะสุขภาพดี ไม่มีอาการรบกวน หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วน 10 คะแนน หมายถึง มีสภาวะสุขภาพไม่ดี มีอาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน ส่วนข้อคำถามในข้อที่ 6 จะไม่ได้นำมาคิดคะแนน แต่ช่วยในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยถึงการมีอาการอื่นๆ ที่จะต้องพิจารณาในการให้การดูแลรักษาต่อไป

ผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบการตอบแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 0 ถึงวันที่ 10 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบทั้ง 10 วัน จำนวน 132 ราย ทั้งนี้ในแต่ละวันผู้ป่วยมีการประเมินตนเองดังรูป 8

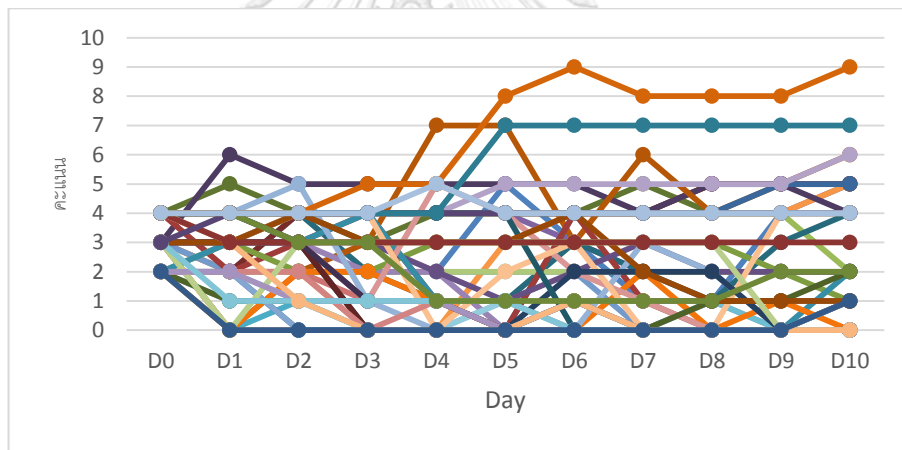


รูป 8 คะแนนรายวันจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วย 132 ราย

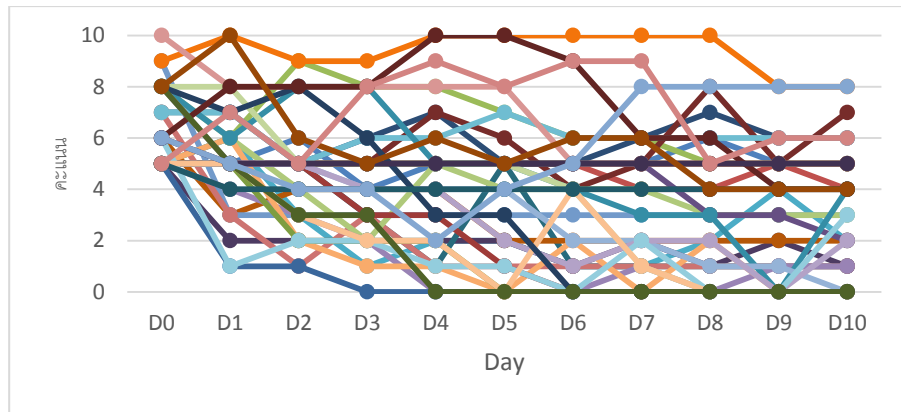
จากรูป 8 พบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยรายวัน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัย แบ่งจำนวนผู้ป่วยตามเปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนน ได้แก่ เปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 25 มีคะแนน 0 - 1 เปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 มีคะแนน 5 คะแนนขึ้นไป โดยดูจากคะแนนในวันที่ 0 ในวันที่ 0 ผู้ป่วยที่มีคะแนน 0 - 1 คะแนนมีจำนวน 45 ราย ผู้ป่วยที่มีคะแนน 2 - 4 คะแนนมีจำนวน 48 ราย และ ผู้ป่วยที่มีคะแนน 5 คะแนนขึ้นไป มีจำนวน 39 ราย รูปแบบของการตอบแบบประเมินรายวัน PROMs-TCP แสดงดังรูป 9 - 11 โดยกราฟดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าไม่ว่าวันที่ 0 ผู้ป่วยจะมีการประเมินตนเองว่ามีคะแนนเท่าใด คะแนนที่ประเมินได้ต่ำ 0 - 1 คะแนน คะแนนอยู่ในระดับกลาง 2 - 5 หรือคะแนนอยู่ในระดับสูง มากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป ในวันต่อๆ ไป คะแนนมีการเปลี่ยนแปลงทั้งคงที่ ลดลง และ เพิ่มขึ้น ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน



รูป 9 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วยรายวัน เริ่มจากวันที่ 0 ที่มีคะแนน 0 - 1 จำนวน 45 ราย

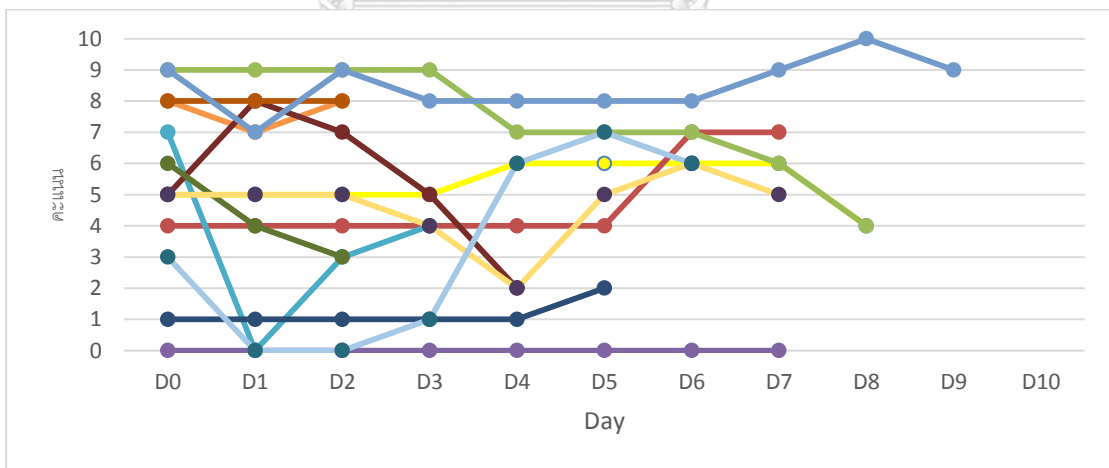


รูป 10 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วยรายวัน เริ่มจากวันที่ 0 ที่มีคะแนน 2 - 4 จำนวน 48 ราย



รูป 11 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของผู้ป่วยรายวัน เริ่มจากวันที่ 0 ที่มี คะแนน 5 คะแนนขึ้นไป จำนวน 39 ราย

อาสาสมัครทั้ง 169 ราย ในระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด จำนวน 13 ราย ทั้งนี้ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ได้ตอบแบบประเมิน PROMs-TCP แสดงดังรูป 12 ในช่วงใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยประเมินตนเองมีทุกช่วงคะแนน ตั้งแต่คะแนนต่ำ 0 คะแนน จนถึงคะแนนสูง 10 คะแนน นั่นหมายถึงในช่วงใกล้เสียชีวิตผู้ป่วยมีทั้งที่ไม่มีอาการรบกวน สามารถเสียชีวิตอย่างสงบ และมีผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทุกข์ทรมานในขณะใกล้เสียชีวิต อาจทำให้การเสียชีวิตอยู่ในภาวะทุกข์



รูป 12 คะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ของอาสาสมัครที่เสียชีวิต จำนวน 13 ราย

4.3.3 ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ ความสอดคล้องภายนอก (Weighted Kappa coefficient)

ความเชื่อถือได้ในส่วนของความสอดคล้องภายนอก ความสอดคล้องของการประเมินผลลัพธ์ระหว่างผู้ประเมิน ได้แก่ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล พบว่าผลจากการใช้แบบประเมิน PROMs-TCP ทำการประเมินในวันที่ 0, 5, 10 พบว่าความสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ในวันที่ 0 และวันที่ 10 ความสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเท่ากับ = 0.83 (95% CI 0.78, 0.87) และ 0.83 (95% CI 0.78, 0.89) ตามลำดับ ยกเว้นในวันที่ 5 ความสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ความสอดคล้องเท่ากับ 0.76 (95% CI 0.69, 0.83) ส่วนความสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแลอยู่ในระดับดี ในวันที่ 0, 5 และ 10 ความสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแลเท่ากับ 0.81 (95% CI 0.75, 0.85), 0.80 (95% CI 0.73, 0.86) และ 0.80 (95% CI 0.74, 0.85) ตามลำดับ ผลการทดสอบแสดงดังตาราง 11

ตาราง 11 ความเชื่อถือได้ของการตอบแบบประเมิน PROMs- TCP ระหว่างผู้ประเมินระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล

Rater	Day 0 (n = 158) K (95% CI)	Day 5 (n = 140) K (95% CI)	Day 10 (n = 133) K (95% CI)
PR:CR	0.83 (0.78, 0.87)	0.76 (0.69, 0.83)	0.83 (0.78, 0.89)
PR:NR	0.81 (0.75, 0.85)	0.80 (0.73, 0.86)	0.80 (0.74, 0.85)

n = จำนวนข้อมูล, PR = Patient Rater, CR = care giver Rater, NR = Nurse Rater

ตาราง 12 ความเชื่อถือได้ของการตอบแบบประเมิน PROMs-TCP ระหว่างผู้ประเมินระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล รายข้อคำถาม

Day	n	Rater	Item 1 K (95% CI)	Item 2 K (95% CI)	Item 3 K (95% CI)	Item 4 K (95% CI)	Item 5 K (95% CI)
D 0	158	PR:CR	0.84 (0.76, 0.90)	0.87 (0.80, 0.92)	0.78 (0.69, 0.86)	0.80 (0.70, 0.87)	0.73 (0.61, 0.81)
		PR:NR	0.85 (0.77, 0.92)	0.83 (0.75, 0.90)	0.76 (0.68, 0.84)	0.84 (0.76, 0.91)	0.74 (0.63, 0.85)

Day	n	Rater	Item 1 K (95% CI)	Item 2 K (95% CI)	Item 3 K (95% CI)	Item 4 K (95% CI)	Item 5 K (95% CI)
D 5	140	PR:CR	0.80 (0.69, 0.88)	0.74 (0.62, 0.84)	0.75 (0.64, 0.84)	0.69 (0.58, 0.79)	0.74 (0.63, 0.83)
		PR:NR	0.78 (0.68, 0.87)	0.81 (0.69, 0.89)	0.77 (0.67, 0.86)	0.79 (0.68, 0.87)	0.79 (0.69, 0.88)
D 10	133	PR:CR	0.87 (0.78, 0.94)	0.80 (0.71, 0.90)	0.85 (0.76, 0.92)	0.76 (0.66, 0.87)	0.75 (0.64, 0.87)
		PR:NR	0.85 (0.77, 0.92)	0.82 (0.72, 0.91)	0.81 (0.72, 0.89)	0.82 (0.73, 0.91)	0.75 (0.65, 0.87)

n = จำนวนข้อมูล, PR = Patient Rater, CR = care giver Rater, NR = Nurse Rater

ผลการทดสอบความเชื่อถือได้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมิน PROMs-TCP แยกตามวันที่ประเมิน วันที่ 0, 5 และ 10 ตามรายข้อคำถาม พบว่าในข้อคำถามที่ 1 - 2 (อาการปวด, อาการเหนื่อยหอบ) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสอดคล้องกันในระดับดี (K = 0.80 - 0.87) ยกเว้นในวันที่ 5 ในข้อคำถาม ที่ 2 (อาการเหนื่อยหอบ) ความสอดคล้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ความสอดคล้องเท่ากับ 0.74 (95% CI 0.62, 0.84) ข้อคำถามที่ 5 (ความรู้สึก เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเอง) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสอดคล้องกันในระดับปานกลาง (K = 0.73 - 0.75)

ส่วนผลการทดสอบความเชื่อถือได้โดยใช้แบบประเมิน PROMs-TCP ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล พบว่าในข้อคำถามที่ 1, 2 และ 4 (อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ การนอนหลับ) ผู้ป่วยและพยาบาลที่ให้การดูแลประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดี (K = 0.81 - 0.85) ยกเว้นในวันที่ 5 ข้อคำถามที่ 1 และ 4 (อาการปวด, การนอนหลับ) ความสอดคล้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ความสอดคล้องเท่ากับ 0.78 (95% CI 0.68, 0.87) และความสอดคล้องเท่ากับ 0.79 (95% CI 0.68, 0.87) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ 3 และ 5 (รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง และความรู้สึก เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเอง) ส่วนใหญ่การประเมินระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล พบความสอดคล้องกันในระดับปานกลาง (K = 0.74 - 0.79) ยกเว้นในวันที่ 10 พบความสอดคล้องในระดับดี ความสอดคล้องเท่ากับ 0.81 (95% CI 0.72, 0.89) แสดงดังตาราง 12 ทั้งนี้ข้อคำถามที่มีการประเมินระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยและพยาบาลที่ให้การดูแล มีความสอดคล้องกันมาก คืออาการปวด และอาการหอบเหนื่อย ซึ่งอาจจะเป็นเพราะอาการแสดงที่ผู้ดูแลหรือพยาบาลสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน

4.3.4 ผลการทดสอบความถูกต้องเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (criterion-related validity)

เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมิน PROMs-TCP และ POS ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ (Nonparametric statistics) วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation : r) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงสอดคล้องจากคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน PROMs-TCP กับ POS พบความสัมพันธ์ของคะแนนจากแบบประเมินทั้ง 2 แบบประเมิน มีความสัมพันธ์ทางบวกขนาดใหญ่ นั่นคือผลลัพธ์ของการให้คะแนน PROMs-TCP กับคะแนนจากแบบประเมิน POS เป็นไปในทิศทางเดียวกันด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน $r = 0.75$ มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (จำนวน 447 ข้อมูล) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์แยกตามวันที่ทำแบบประเมิน ประกอบด้วย วันที่ 0, วันที่ 5 และวันที่ 10 โดยข้อมูลของผู้ป่วยที่ทำแบบประเมินครบทั้ง 2 แบบประเมิน และครบทั้ง 3 วัน มีจำนวน 132 ราย พบว่าความสัมพันธ์ของคะแนนจากแบบประเมินทั้ง 2 แบบประเมิน มีความสัมพันธ์ทางบวกขนาดใหญ่ ในทั้ง 3 วัน ได้แก่ วันที่ 0, 5 และ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน เท่ากับ 0.71, 0.75 และ 0.80 ตามลำดับ มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 แสดงดังตาราง 13

ตาราง 13 ความตรงเชิงสอดคล้องจากคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน PROMs-TCP กับ POS ในวันที่ 0, 5 และ 10 (n = 132)

Spearman's rho		PROMs-TCP	PROMs-TCP	PROMs-TCP
		Day 0	Day 5	Day 10
POS Day 0	Correlation Coefficient	.71^{**}	.53 ^{**}	.48 ^{**}
	Sig.	<0.01	<0.01	<0.01
POS Day 5	Correlation Coefficient	.60 ^{**}	.75^{**}	.68 ^{**}
	Sig.	<0.01	<0.01	<0.01
POS Day 10	Correlation Coefficient	.48 ^{**}	.72 ^{**}	.80^{**}
	Sig.	<0.01	<0.01	<0.01

4.3.5 ผลการประเมินจุดตัดคะแนนจากแบบประเมิน (Discriminant validity)

การตรวจสอบว่าคะแนนที่ได้จากการตอบแบบประเมิน PROMs-TCP สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตหรือภาวะสุขภาพไม่ดี ออกจากกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี เพื่อค้นหาปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถ

พิจารณาให้การช่วยเหลือ ให้การดูแลเพิ่มเติม ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ รวมถึงการปรับขนาดยาเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น ในการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองว่าอาการโดยรวมในวันนั้นรู้สึกว่าเป็นวันที่ดี หรือวันที่แย่ หลังจากที่ทำแบบประเมิน PROMs-TCP เสร็จ ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาระบบความคิดรวบยอดว่าเป็นวันที่ดี หรือวันที่แย่ การดูแลสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต้องเคารพใน autonomy ของผู้ป่วย ซึ่งเป็น Relational theories of autonomy in end-of-life patients^(62, 63) แต่การตัดสินใจไม่ใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว ผู้วิจัยจึงให้อาสาสมัครทำการประเมินทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 10 วัน เพื่อป้องกันการตัดสินใจเพียงครั้งแรกของการทำแบบประเมินที่ไม่ว่าจะมีอาการรบกวนมากหรือน้อยมักจะให้ตอบว่าวันนี้เป็นวันที่แย่ สำหรับพวกเขา แต่เมื่อพวกเขาได้ทำการประเมินติดต่อกันทุกวันจะทำให้มีเวลาในการทบทวนอาการและความรู้สึกของตนเองว่ามีอาการรบกวนเท่าใดจึงคิดว่าเป็นวันที่แย่สำหรับพวกเขา แสดงดังตาราง 14 หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาหาจุด cutpoint ที่ดีที่สุดในการประเมินว่าที่คะแนนเท่าใดจึงเป็นวันที่ดี หรือวันที่แย่ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้ง ROC (area under the curve; AUC) ความไว และความจำเพาะ เพื่อหาจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสม พบว่าค่าคะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จะเป็นคะแนนที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี พื้นที่ใต้โค้ง AUC เท่ากับ 0.91 (95% CI 0.90, 0.93) ความไวร้อยละ 76.91 ความจำเพาะร้อยละ 88.67 และความถูกต้องร้อยละ 84.44 แสดงดังตาราง 15

ตาราง 14 จำนวนข้อมูลที่ผู้ป่วยตัดสินใจว่าเป็นวันที่แย่ หรือวันที่ดี ตามรายคะแนนของการตอบประเมิน PROMs-TCP

คะแนน PROMs-TCP	วันที่แย่ (ข้อมูล)	วันที่ดี (ข้อมูล)	รวม (ข้อมูล)
0	3	519	522
1	18	220	238
2	52	150	202
3	69	81	150
4	155	67	222
5	160	38	198
6	51	11	62
7	33	7	40
8	44	1	45

คะแนน PROMs-TCP	วันที่แย่ (ข้อมูล)	วันที่ดี (ข้อมูล)	รวม (ข้อมูล)
9	20	0	20
10	10	0	10
รวม (ข้อมูล)	615	1094	1709



ตาราง 15 ความไว ความจำเพาะ และโค้ง ROC ของการคัดกรองคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน PROMs-TCP (data = 1,709)

กราฟ ROC, พื้นที่ใต้โค้ง (95%CI)	Score cut off	sensitivity	Specificity	PPV	NPV	accuracy
AUC = 0.91 95% CI (0.90, 0.93)	≥ 0	100.00%	0.00%	35.99%		35.99%
<p>Area under ROC curve = 0.9142</p>	≥ 1	99.51%	47.44%	51.56%	99.43%	66.18%
	≥ 2	96.59%	67.55%	62.59%	97.24%	78.00%
	≥ 3	88.13%	81.26%	72.56%	92.41%	83.73%
	≥ 4*	76.91%	88.67%	79.23%	87.23%	84.44%
	≥ 5	51.71%	94.79%	84.80%	77.74%	79.29%
	≥ 6	25.69%	98.26%	89.27%	70.17%	72.15%
	≥ 7	17.40%	99.27%	93.04%	68.13%	69.81%
	≥ 8	12.03%	99.91%	98.67%	66.89%	68.29%
	≥ 9	4.88%	100.00%	100.00%	65.16%	65.77%
	≥ 10	1.63%	100.00%	100.00%	64.39%	64.60%

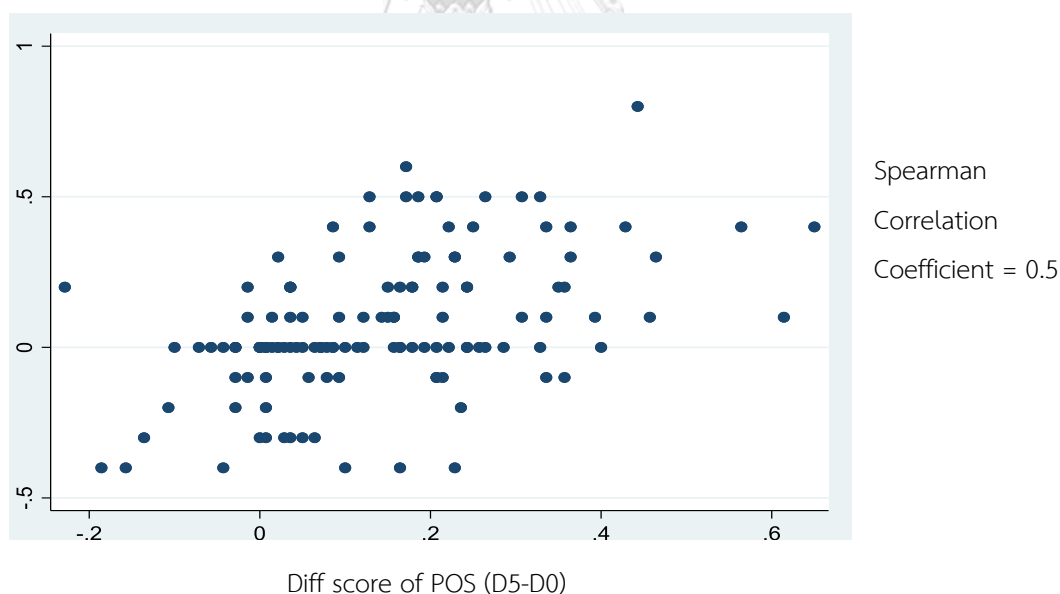
ROC (receiver operating characteristic curve), AUC (Area under the Curve), PPV (Positive Predictive Value), NPV (Negative Predictive Value)

* = จุด cut point

4.3.6 ผลการทดสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน

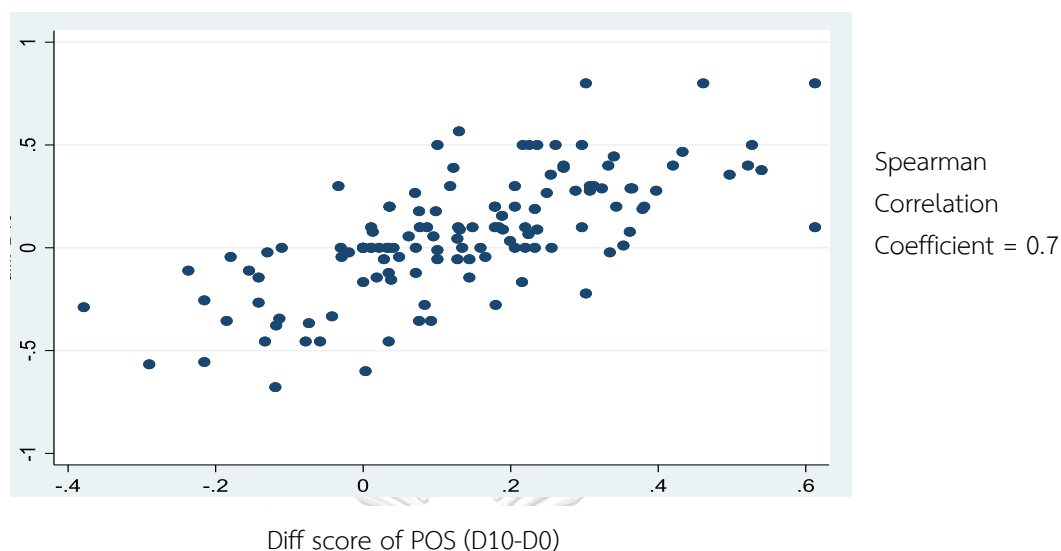
เพื่อศึกษาความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวันของเครื่องมือ PROMs-TCP คะแนนที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา วันที่ 0 กับวันที่ 5 และระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 10 ถ้าคะแนนของแบบสอบถาม POS มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนที่ได้จากแบบประเมิน PROMs-TCP มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กันอย่างไร เนื่องจากคำแนะนำในการใช้แบบสอบถาม POS ใช้วัดห่างกันอย่างน้อย 3 วัน ผู้วิจัยจึงกำหนดให้มีการวัดซ้ำในวันที่ 5 และวันที่ 10 เพื่อง่ายต่อการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมิน PROMs-TCP และ POS ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ (Nonparametric statistics) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน พบว่าความแตกต่างของค่าคะแนนจากการตอบแบบสอบถาม PROMs-TCP และ POS ในวันที่ 5 และ 10 กับวันเริ่มต้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5 และ 0.7 ตามลำดับ แสดงดังรูป 13-14

Diff score of PROMs-TCP (D5-D0)



รูป 13 ความสัมพันธ์ของความต่างของคะแนนระหว่าง D5 กับ D0 จากแบบประเมิน PROMs-TCP กับ POS (n = 132)

Diff score of PROMs-TCP (D10-D0)



รูป 14 ความสัมพันธ์ของความต่างของคะแนนระหว่าง D10 กับ D0 จากแบบประเมิน PROMs-TCP กับ POS (n = 132)

จากกราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินทั้ง 2 แบบประเมิน (PROMs-TCP กับ POS) อยู่ในระดับปานกลาง ขนาดของการเปลี่ยนแปลง (magnitude of the difference) ที่ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ Responsiveness statistic ด้วยวิธี Effect size (ES) และ Standardized response mean (SRM)^(60, 64) พบว่าแบบประเมินทั้ง 2 แบบประเมิน (PROMs-TCP กับ POS) มีขนาดของการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำ โดยแบบประเมิน PROMs-TCP มีขนาดการเปลี่ยนแปลงระหว่างวันที่ 0 กับ วันที่ 5 และ ระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 10 มีค่าเท่ากับ 0.33 และ 0.32 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมิน POS มีขนาดการเปลี่ยนแปลงระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 5 และ ระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 10 มีค่าเท่ากับ 0.45 และ 0.41 ตามลำดับ แสดงดังตาราง 16

ตาราง 16 ขนาดการเปลี่ยนแปลงระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 5 และ ระหว่างวันที่ 0 กับวันที่ 10

Day	Tool	Mean scale (S.D)	Mean scale (S.D)	Mean diff	S.D diff	ES	SRM
D0 – D5	PROMs-TCP	2.99 (2.4)	2.23 (2.5)	0.76	2.3	0.31	0.33
	POS	11.42 (7.10)	9.30 (7.2)	2.11	4.7	0.30	0.45
D0 – D10	PROMs-TCP	2.99 (2.4)	2.12 (2.4)	0.87	2.7	0.36	0.32
	POS	11.42 (7.10)	9.08 (7.7)	2.33	5.7	0.33	0.41

ES = Standardized Effect Size, SRM = Standardized Response Mean

4.4 ส่วนที่ 4 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบการศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) ติดตามและสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยทำแบบประเมิน PROMs-TCP ติดต่อกันในช่วง 30 วันนับจากวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ทำการบันทึกข้อมูลการพักรักษาตัวของผู้ป่วยว่าในแต่ละวันว่าผู้ป่วยได้พักอยู่ที่โรงพยาบาลหรืออยู่ที่บ้านโดยไม่รบกวนการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมกับการบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วง 30 วัน ของการศึกษา การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลพระนครหรือยูธยา โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลน่าน

4.4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครทั้งหมด 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลที่บ้าน จากบันทึกข้อมูลการพักรักษาตัวของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 70 ของจำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วยอยู่ในการศึกษา มีอาสาสมัครที่หายไปจากการศึกษา (ย้ายไปพักกับลูกคนอื่น) จำนวน 2 ราย และอาสาสมัครที่มีจำนวนวันที่พักที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านน้อยกว่าร้อยละ 70 จะถูกตัดออกจากการศึกษา พบว่ามีอาสาสมัครจำนวน 65 รายอยู่ในการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล 32 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน 33 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 60.50 ปี และ 61.33 ปี ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.38 จำนวนปีที่พบว่าเป็นมะเร็งร้อยละ 50 อยู่ในช่วง 2 - 5 ปี ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.52 จำนวนปีที่พบว่าเป็นมะเร็งร้อยละ 50 อยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี ทั้งนี้พบว่าสัดส่วนของการศึกษาของกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลและที่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร้อยละ 93.94 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี รวมทั้งสัดส่วนของสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลและที่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 78.79

ตาราง 17 ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล (n = 32) และที่บ้าน (n = 33)

คุณลักษณะ	โรงพยาบาล (32 ราย) n (%)	บ้าน (33 ราย) n (%)	P-value
เพศ			0.38 ^b
ชาย	19 (59.38)	16 (48.48)	
หญิง	13 (40.62)	17 (51.52)	
อายุ median (IQR)	63 (42-70)	63 (36-70)	0.86 ^a
จำนวนปีที่ป่วย			0.21 ^c
น้อยกว่า 1 ปี	8 (25.00)	15 (45.45)	
1 ปี	4 (12.50)	4 (12.12)	
2-5 ปี	16 (50.00)	9 (27.27)	
มากกว่า 5 ปี	1 (3.13)	2 (6.06)	
การศึกษา			< 0.05* ^c
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22 (68.75)	31 (93.94)	
ปริญญาตรี	10 (31.25)	2 (6.06)	
สถานภาพ			0.33 ^b
คู่	20 (62.50)	23 (69.70)	
โสด	5 (15.63)	5 (15.15)	
หม้าย	6 (18.75)	2 (6.06)	
จำนวนผู้ดูแล			0.84 ^b
1-2 คน	8 (25.00)	9 (27.27)	
มากกว่า 2 คน	20 (62.50)	20 (60.61)	
ความสัมพันธ์ผู้ดูแล			0.97 ^c
สามี/ภรรยา	10 (31.25)	10 (30.30)	
ญาติ	14 (43.75)	16 (48.48)	
บุตร/ ธิดา	6 (18.75)	6 (18.18)	
ผู้รับจ้าง	1 (3.13)	0	

คุณลักษณะ	โรงพยาบาล (32 ราย) n (%)	บ้าน (33 ราย) n (%)	P-value
สิทธิการรักษา			< 0.05* ^c
สวัสดิการข้าราชการ	14 (43.75)	5 (15.15)	
หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	18 (56.25)	26 (78.79)	
ประกันสังคม	0	1 (3.03)	
ศาสนา			
พุทธ	28 (93.33)	30 (93.75)	1.00 ^c
อิสลาม	2 (6.67)	2 (6.25)	
โรคร่วมอื่นๆ			0.29 ^b
มี	23 (71.88)	19 (59.38)	
ไม่มี	9 (28.12)	13 (40.63)	
จำนวนผู้เสียชีวิตใน ระหว่างการศึกษา			0.71 ^b
ผู้เสียชีวิต	8 (25.00)	7 (21.21)	

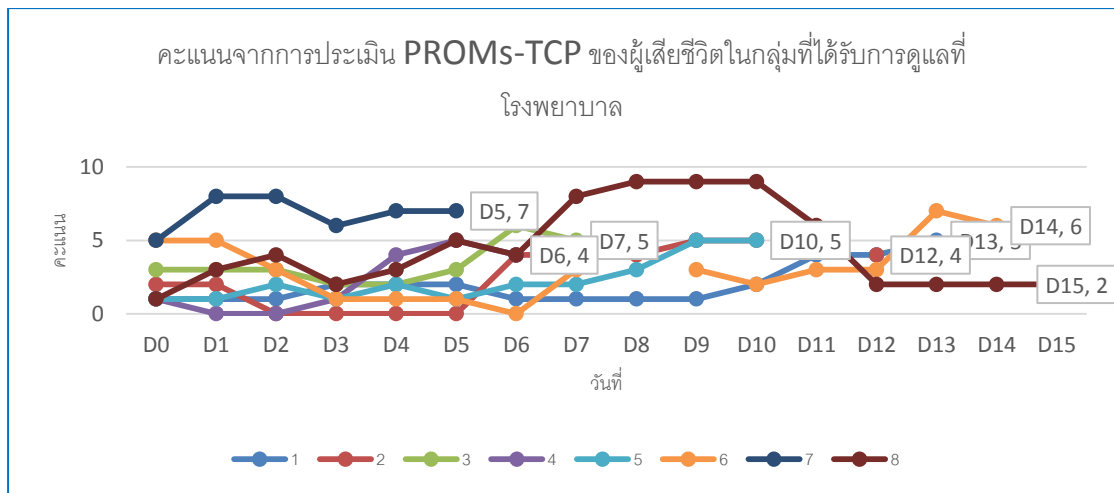
* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^a คำนวณโดยการใช้อภิธาน Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

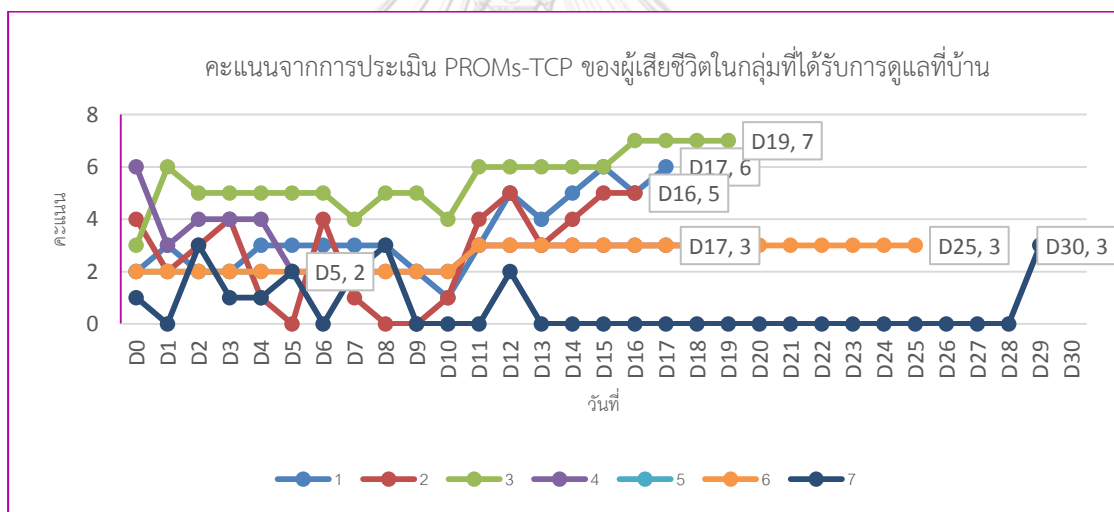
^b คำนวณโดยการใช้อภิธาน Chi-square test

^c คำนวณโดยการใช้อภิธาน Fisher's exact test

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือสถานะสุขภาพด้วยแบบประเมิน PROMs_TCP ของผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายกลุ่มที่เสียชีวิตในช่วงที่อยู่ในการศึกษา (30 วัน) กลุ่มผู้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองที่โรงพยาบาล และกลุ่มผู้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลที่บ้าน แสดงดังรูป 15 และ 16 ตามลำดับ ซึ่งให้เห็นว่าการได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตยังมีการ เปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพได้ตลอดทุกวัน

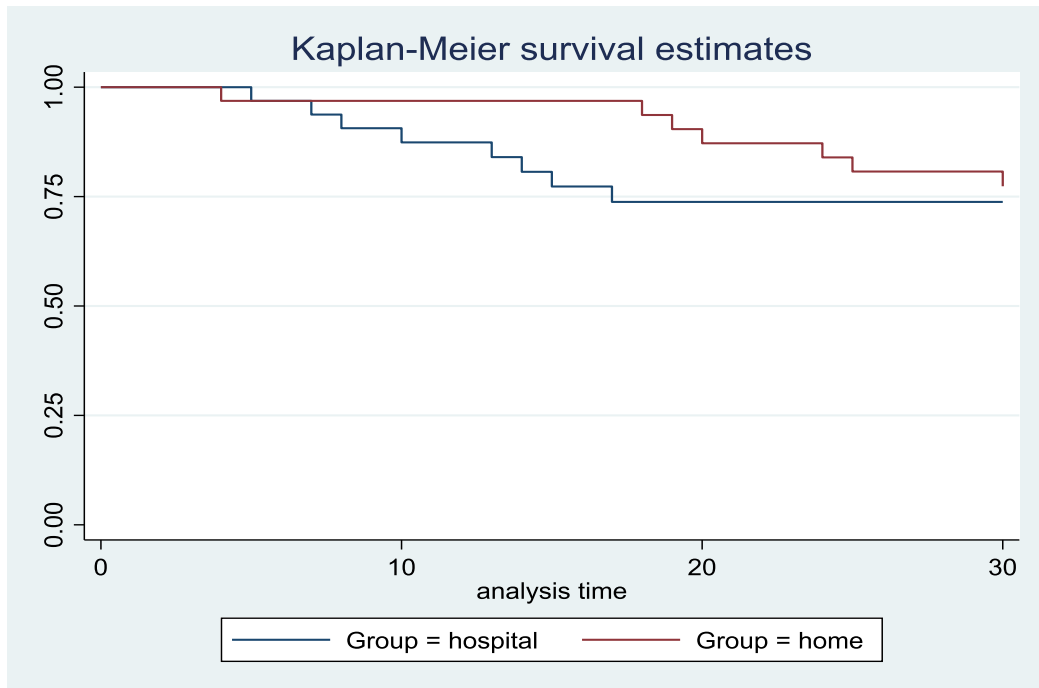


รูป 15 แสดงคะแนนจากแบบประเมิน PROMs_TCP ของกลุ่มผู้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองที่โรงพยาบาล (n = 8)



รูป 16 แสดงคะแนนจากแบบประเมิน PROMs_TCP ของกลุ่มผู้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองที่บ้าน (n = 7)

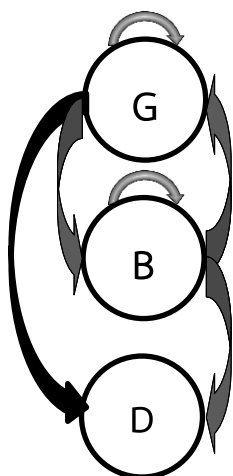
ทำการทดสอบด้วย Log-rank test อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการ
ดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลไม่แตกต่างกับการได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ $P=0.38$ แสดงดังรูป 17



รูป 17 แสดงระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระหว่างที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน

4.4.2 การทดสอบด้วยแบบจำลอง markov

กำหนดสถานะสุขภาพ G = Good day, B = Bad day, D = Death



Good day (G) state หมายถึงสถานะที่ผู้ป่วยประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน PROMs-TCP ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน

Bad day (B) state หมายถึงสถานะที่ผู้ป่วยประเมินตนเองด้วยแบบประเมิน PROMs-TCP ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-10 คะแนน

Death (D) state หมายถึงสถานะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

แบบประเมิน PROMs-TCP สามารถคัดกรองผู้ป่วยเป็น 2 สถานะสุขภาพ คือ มีสถานะสุขภาพที่ดี หรือ มีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี โดยใช้จุดตัดที่ 4 คะแนน (จากการศึกษาส่วนที่ 4.3.5) พบว่า

ณ วันที่เข้าสู่การศึกษาได้ทำการประเมินสถานะสุขภาพด้วย PROMs-TCP ทำการทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนของสถานะสุขภาพระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่าสัดส่วนของสถานะสุขภาพที่ดี และไม่ดี ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.34$) แสดงดังตาราง 18

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีสถานะสุขภาพที่ดี และมีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

สถานะสุขภาพ	โรงพยาบาล จำนวน (ร้อยละ)	บ้าน จำนวน (ร้อยละ)
Good day	23 (71.88)	20 (60.60)
Bad Day	9 (28.12)	13 (39.40)
Total	32	33

หมายเหตุ ทดสอบ Chi-square test

ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกวัน จำนวน 30 วัน ทำ แยกตามสถานะสุขภาพ G = Good day, B = Bad day, D = Death เพื่อหาสัดส่วนการเปลี่ยนสถานะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแยกตามกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล แสดงดังตาราง 19 - 20 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แสดงดังตาราง 21 - 22

ตาราง 19 แสดงจำนวนของผู้ป่วยในแต่ละสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล

จำนวน (ราย)	G state	B state	D state	รวม
G state	389	45	3	437
B state	36	246	5	287
D state	0	0	8	

ตาราง 20 แสดงสัดส่วนของการเปลี่ยนสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล

		ไปยังสถานะ			รวม
		G state	B state	D state	
จากสถานะ	G state	0.890	0.103	0.007	1
	B state	0.125	0.857	0.018	1
	D state			1	

ตาราง 21 แสดงจำนวนของผู้ป่วยในแต่ละสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

จำนวน (ราย)	G state	B state	D state	รวม
G state	580	29	4	613
B state	30	222	3	255
D state	0	0	7	

ตาราง 22 แสดงสัดส่วนของการเปลี่ยนสถานะสุขภาพในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

		ไปยังสถานะ			รวม
		G state	B state	D state	
จากสถานะ	G state	0.946	0.047	0.007	1
	B state	0.118	0.871	0.012	1
	D state			1	

ตาราง 23 ความแตกต่างของสัดส่วนในการเปลี่ยนสถานะของอาสาสมัครที่ได้รับการดูแลแบบ
ระดับประคองที่โรงพยาบาล และที่บ้าน

การเปลี่ยนสถานะ	โรงพยาบาล (724 ครั้ง)		บ้าน (868 ครั้ง)		Proportion diff	95% CI
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน		
G → G	389	0.890	580	0.946	- 0.056*	- 0.090, - 0.022
G → B	45	0.103	29	0.047	0.056*	0.023, 0.089
G → D	3	0.007	4	0.007		
รวม	437	1	613	1		

การเปลี่ยนสถานะ	โรงพยาบาล (724 ครั้ง)		บ้าน (868 ครั้ง)		Proportion diff	95% CI
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน		
B → G	36	0.125	30	0.118	0.008	- 0.047, 0.063
B → B	246	0.857	222	0.871	- 0.013	- 0.071, 0.044
B → D	5	0.018	3	0.011		
รวม	287	1	255	1		

*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.001$

จากสัดส่วนการเปลี่ยนสถานะสุขภาพที่แสดงในตาราง 23 พบว่า

การคงสถานะสุขภาพที่ดี ($G \rightarrow G$) กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีสัดส่วนการคงสถานะสุขภาพที่ดี มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$

การเปลี่ยนสถานะสุขภาพจากที่ดี เป็นสถานะสุขภาพที่ไม่ดี ($G \rightarrow B$) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล มีสัดส่วนการเปลี่ยนสถานะสุขภาพ จาก $G \rightarrow B$ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$

การคงสถานะสุขภาพที่ไม่ดี ($B \rightarrow B$) และการเปลี่ยนสถานะจากไม่ดี เป็น ดี ($B \rightarrow G$) ของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้การที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน มีการคงสถานะสุขภาพ $G \rightarrow G$ ดีกว่าที่โรงพยาบาล อาจเกิดจาก selection bias เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายมีอาการดีจึงดูแลตนเองที่บ้าน เมื่ออาการไม่ดี อาจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ด้วยกลุ่มที่อยู่บ้านส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา คือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลไม่นานนักจึงถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสิทธิสวัสดิการข้าราชการอาจสามารถพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้นานกว่าจึงถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล

4.4.3 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

แบบจำลอง Markov ใช้สำหรับการจำลองการดำเนินไปของสถานะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และใช้ข้อมูลความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (transition probability) ซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทุกวัน (cycle length เป็นจำนวนวัน) ทำ cohort simulation จนผู้ป่วยเสียชีวิตหมดทุกคน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมี cycle length เท่ากับ 529 วัน นั่นคือผู้ป่วยจะเสียชีวิตทั้งหมดภายใน 529 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมี

cycle length เท่ากับ 373 วัน นั่นคือผู้ป่วยจะเสียชีวิตทั้งหมดภายใน 373 วัน แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ได้นานกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน และพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายใน 63 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายใน 82 วัน แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมีชีวิตอยู่ได้ยาวกว่าอาจเป็นเพราะถ้าผู้ป่วยมีอาการรบกวนทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และมีโอกาสเสียชีวิตทำให้ร้อยละ 50 เสียชีวิตเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน แต่กลุ่มที่รอดชีวิตและยังรักษาตัวในโรงพยาบาลมีโอกาสที่จะถูกยื้อชีวิตออกไปทำให้ผู้ป่วยที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีชีวิตยืนยาวกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ถึงแม้กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีโอกาสที่จะเสียชีวิตเร็วกว่า แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในแต่ละ cycle ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีโอกาสที่จะมีวันที่เป็นวันที่ดี (good day) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล เช่น cycle ที่ 60 ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 45 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 29 หรือ cycle ที่ 90 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 35 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 20 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีโอกาสจะเสียชีวิตเร็วกว่า แต่มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล แสดงดังตาราง 24

ตาราง 24 แสดงตัวอย่างของ cohort stimulation ด้วยแบบจำลอง Markov

กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล				กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน			
Cycle	Good	Bad	Death	Cycle	Good	Bad	Death
0	1.000	0.000	0.000	0	1.000	0.000	0.000
1	0.890	0.103	0.007	1	0.946	0.047	0.007
2	0.805	0.180	0.015	2	0.901	0.086	0.014
3	0.740	0.237	0.024	3	0.862	0.117	0.022
4	0.688	0.279	0.033	4	0.830	0.143	0.029
5	0.648	0.310	0.042	5	0.802	0.164	0.037
6	0.615	0.333	0.052	6	0.778	0.181	0.044
60	0.286	0.224	0.487	60	0.449	0.175	0.397
61	0.282	0.221	0.493	61	0.445	0.173	0.402
62	0.279	0.219	0.498	62	0.442	0.172	0.407
63	0.276	0.216	0.504	63	0.438	0.171	0.413
กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล				กลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน			
Cycle	Good	Bad	Death	Cycle	Good	Bad	Death
64	0.273	0.214	0.510	64	0.435	0.169	0.418
65	0.270	0.211	0.515	65	0.431	0.168	0.423
80	0.227	0.178	0.591	80	0.382	0.149	0.494
81	0.224	0.176	0.596	81	0.379	0.148	0.499
82	0.222	0.174	0.600	82	0.376	0.147	0.503
83	0.219	0.172	0.605	83	0.373	0.145	0.507
89	0.204	0.160	0.631	89	0.356	0.139	0.533
90	0.202	0.158	0.635	90	0.353	0.137	0.537
91	0.200	0.156	0.639	91	0.350	0.136	0.541
372	0.008	0.006	0.978	372	0.037	0.014	0.999
373	0.008	0.006	0.978	373	0.036	0.014	1.000

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผล

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ด้วยตัวผู้ป่วยเอง การศึกษามีทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ด้วยตัวผู้ป่วยเอง ประจำวัน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อใช้ประกอบการวางแผนหรือปรับแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก สะดวก ไม่เป็นภาระต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน พร้อมทั้งการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง และความไวของการเปลี่ยนแปลงไประหว่างวัน

อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นในการอภิปรายมีดังนี้

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาแบบประเมิน PROMs-TCP

ประเด็นที่ 2 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

ประเด็นที่ 3 ความถูกต้องของเครื่องมือ

ประเด็นที่ 4 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

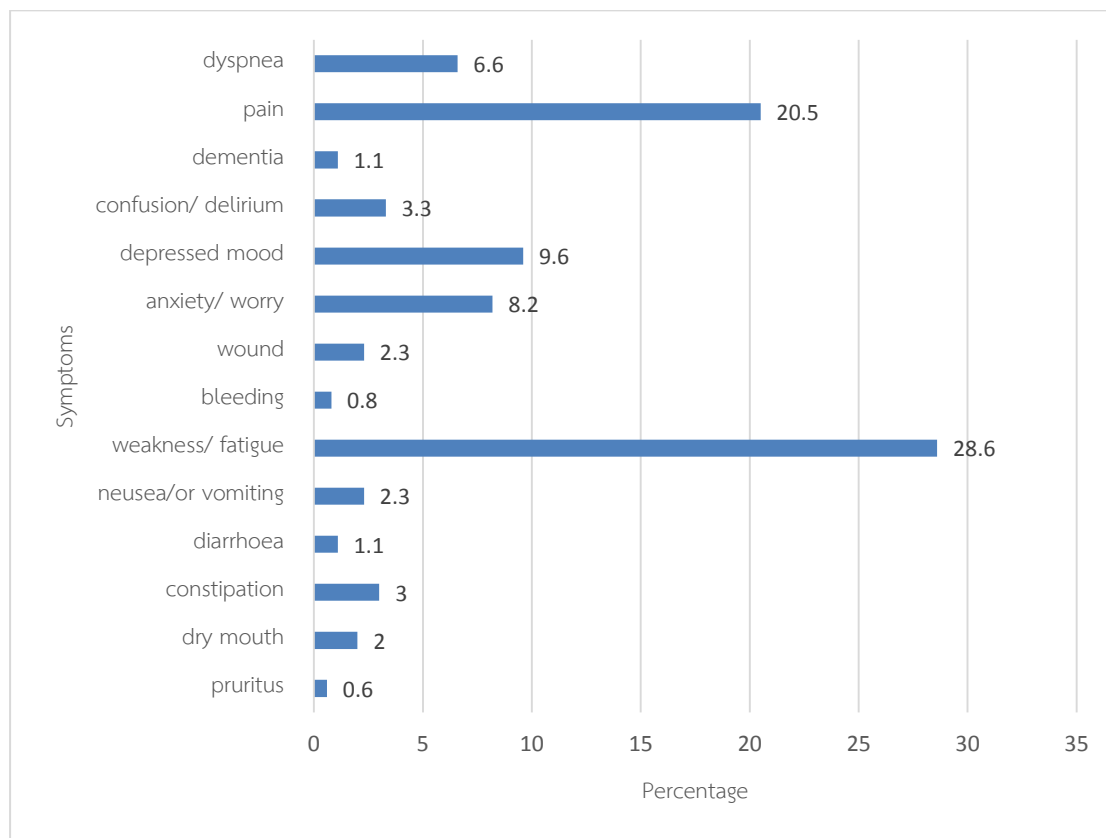
ประเด็นที่ 5 การนำแบบประเมิน PROMs-TCP ไปใช้ประโยชน์

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาแบบประเมิน PROMs-TCP

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หนึ่งในการวัดผลลัพธ์เพื่อสะท้อนถึงความเป็นจริงนี้คือ มาตรการที่ผู้ป่วยรายงานผลลัพธ์ด้วยตัวผู้ป่วยเอง Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) ซึ่งเป็นการใช้เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ตามการรับรู้ของตัวผู้ป่วย/ผู้ดูแล ช่วยให้มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ช่วยปรับปรุงการติดตามการตอบสนองการรักษาและการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย มีการศึกษานำร่องของ Abernethy et al⁽⁶⁵⁾ ด้วยการให้ผู้ป่วยรายงานข้อมูลอาการด้วยตนเอง พบว่ามีผลในเชิงบวกต่อความทุกข์และความสิ้นหวังสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และการศึกษาของ Barbera et al⁽⁶⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ทำการประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) เป็นประจำจะได้รับการรักษาในแผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำแบบประเมิน ข้อดีของการใช้ PROMs ที่สำคัญคือ การที่ผู้ให้บริการมีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยปรับปรุงคุณภาพของการดูแลและเป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจให้การรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการทำงานเชิงระบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

ท้ายในชุมชนหรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อุปสรรคที่สำคัญสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชุมชนในช่วงการเปลี่ยนผ่านนี้ คือเครื่องมือที่ช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลเยี่ยมบ้านมีทักษะในการทำงานในชุมชน แต่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ดังนั้นเราจึงตั้งใจในการพัฒนา PROMs-TCP ให้เป็นเครื่องมือที่ง่ายสำหรับประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ต้องการความช่วยเหลือ ข้อคำถามเพียง 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) อาการปวด 2) อาการหอบเหนื่อย 3) อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า 4) การนอนหลับ 5) ความรู้สึก เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเอง หรือรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่น ด้วยการใช้ภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ง่ายต่อการประเมินและการแปลผลของผู้ให้บริการโดยไม่ต้องมีการอบรมการใช้งาน ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชนหรือที่บ้าน ทั้งนี้การพัฒนาข้อคำถามได้พิจารณาประเด็นคำถามจากมุมมองทั้งจากผู้ป่วยและจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง ในส่วนมุมมองของผู้ป่วยมีการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาต่างๆ และจากการศึกษาก่อนหน้าของ รศ. ดร. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ ในปี พ.ศ. 2560⁽¹⁹⁾ เพื่อค้นหาความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย ด้วยการศึกษาแบบ Narrative research การบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง (อาสาสมัคร) ผ่านการพูดคุย การเขียนบันทึกประจำวัน และจากการถ่ายภาพ อาสาสมัครมาจากสถานบริการสุขภาพในสี่ภูมิภาคของประเทศไทยและกรุงเทพฯ ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดน่าน ภาคใต้ได้แก่ จังหวัดสงขลา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ จังหวัดสกลนคร ภาคกลางได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดและสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบความต้องการของผู้ป่วยดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านร่างกาย ได้แก่ การไม่เจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการของโรค 2) องค์ประกอบด้านจิตใจ ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากคนที่รัก เนื่องจากมีความกลัวและความกังวลต่างๆ 3) องค์ประกอบด้านจิตวิญญาณ ต้องการการเติมเต็มในสิ่งที่เป็นตัวตนและความสุขของชีวิต ต้องการมีตัวตนไม่ต้องการเป็นภาระของผู้อื่น 4) องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยเห็นความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในประเทศไทยร่วมกับประสบการณ์อาการหรือสิ่งรบกวนผู้ป่วยจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประชุมกลุ่มย่อยกลุ่มผู้ให้บริการ และนำข้อสรุปทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อสร้างเป็นประเด็นข้อคำถามโดยคัดเลือกประเด็นที่สำคัญและจำเป็นในการประเมินเบื้องต้น ทำให้มีข้อคำถามที่ไม่มาก แต่เพียงพอสำหรับการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน และมีความสะดวกในการใช้งานทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทำให้ได้ข้อคำถามที่สำคัญจำนวน 5 ข้อคำถาม ซึ่งเราพบว่าข้อคำถามในแบบประเมิน PROMs-TCP มีความสอดคล้องกับการสำรวจ

อาการรบกวนของ Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) ในปีค.ศ.2020 พบว่าอาการส่วนใหญ่คือ อาการปวด อาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ และความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า⁽⁶⁷⁾ ดังรูป 18



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

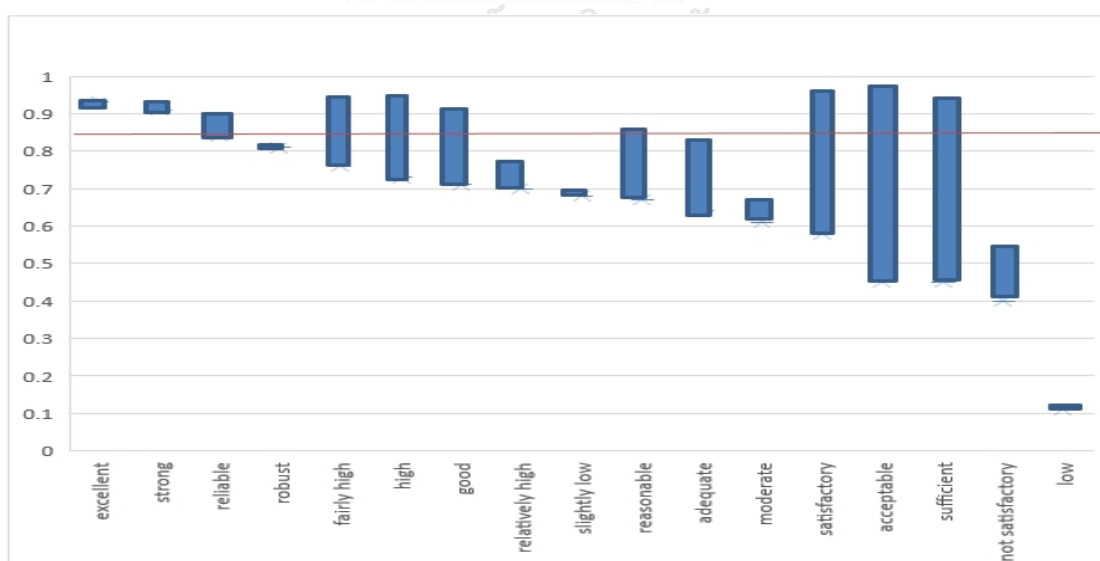
รูป 18 ร้อยละของอาการรบกวนที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองดัดแปลงจาก Global Atlas of Palliative Care⁽⁶⁷⁾

ทั้งนี้พบว่าแบบประเมิน PROMs-TCP มีการประเมินอาการรบกวนทางกายเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็เป็นตัววัดคุณภาพที่การศึกษาส่วนใหญ่กำหนดเป็นตัววัดที่สำคัญ Kamal, 2014⁽⁶²⁾ ที่ได้รวบรวมมาตรการการวัดคุณภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง จาก 284 ตัววัดคุณภาพ และ 13 ชุดตัววัด ซึ่งให้เห็นว่าตัววัดคุณภาพ ร้อยละ 35 เป็นตัววัดลักษณะทางกายภาพ ร้อยละ 23 เป็นตัววัดโครงสร้างและกระบวนการ มีเพียงร้อยละ 4 เป็นตัววัดเกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ และ ร้อยละ 1 เป็นตัววัดเกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งให้เห็นว่าไม่มีเครื่องมือใดที่จะมีทุกองค์ประกอบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการวัดผล อย่างไรก็ตามเครื่องมือ PROMs-TCP ที่ได้พัฒนาขึ้นมาขึ้นนั้นได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วย การทดสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา ความถูกต้อง

ของแบบสอบถามทั้งฉบับ Scale-level CVI (S-CVI) เท่ากับ 0.97 อยู่ในระดับดีมาก และค่าสัมประสิทธิ์รายข้อคำถาม Item-level CVI (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนั้นเครื่องมือ PROMs-TCP ที่พัฒนาขึ้นมามีเนื้อหาที่เหมาะสมตามบริบทของคนไทย

ประเด็นที่ 2 ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ

ความเชื่อถือได้ด้านความสอดคล้องภายใน การพัฒนาเครื่องมือส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามเพียงครั้งเดียว แต่ธรรมชาติของผู้ป่วยมักมีเปลี่ยนแปลงของอาการตลอดเวลา ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีการวัดซ้ำ ทำให้เครื่องมือ PROMs-TCP มีความน่าเชื่อถือด้านความสอดคล้องภายใน โดยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ของเครื่องมือในภาพรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 อยู่ในระดับที่เชื่อถือได้ ทั้งนี้ Taber⁽⁶⁸⁾ ชี้ให้เห็นถึงการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ว่ามีความหลากหลาย เช่น ระดับดีมาก excellent (0.93 – 0.94) ระดับดี strong (0.91 – 0.93) ระดับที่เชื่อถือได้ reliable (0.84 – 0.90) ระดับดี robust (0.81) ระดับค่อนข้างสูง fairly high (0.76 – 0.95) ระดับสูง high (0.73 – 0.95) ระดับดี good (0.71 – 0.91) แสดงดังรูป 19 ถึงแม้ช่วงของค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha จะแตกต่างกันในการแปลผล แต่เครื่องมือ PROMs-TCP มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในช่วงที่รายงานการศึกษาส่วนใหญ่ยอมรับได้ มีการศึกษาของ Albers⁽³⁰⁾ ได้ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง พบความน่าเชื่อถือด้านความสอดคล้องภายในของเครื่องมือจำนวน 29 เครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ตั้งแต่ 0.59 – 0.98



รูป 19 ช่วงของค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ที่รายงานในวารสารการศึกษาทางวิทยาศาสตร์

ความเชื่อถือได้ด้านความสอดคล้องภายนอก การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง เป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวัดคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยระยะท้ายมีความแตกต่างในการรับรู้ และส่วนใหญ่มีอายุมาก การที่ผู้ดูแล/ครอบครัวของพวกเขาและผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพสามารถประเมินผู้ป่วยได้โดยใช้แบบประเมิน PROMs-TCP จะเป็นตัวช่วยให้เกิดความเข้าใจกัน ระหว่างความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ⁽⁶⁹⁾ เราพบความสอดคล้องภายนอก (Inter-rater reliability) ระหว่างผู้ป่วย กับผู้ดูแล ค่าสัมประสิทธิ์ Weighted Kappa อยู่ระหว่าง 0.76 – 0.83 และระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ค่าสัมประสิทธิ์ Weighted Kappa อยู่ระหว่าง 0.80 - 0.81 ความเห็นที่สอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล ในข้อคำถามที่เป็นอาการทางกาย เช่น อาการปวด และอาการเหนื่อย จะมีความสอดคล้องในระดับดี แต่อาการเหนื่อยล้าและความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จะมีความสอดคล้องกันในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Horton, 2002 และ Bahrami et al, 2008^(70, 71) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ด้านความสอดคล้องภายนอกด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Weighted Kappa พบว่าความสอดคล้องรายข้อคำถาม และความสอดคล้องรวม จากการประเมินระหว่าง ผู้ป่วย กับผู้ดูแล และระหว่าง ผู้ป่วย กับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย มีความเชื่อถือได้ของผู้ประเมินในระดับปานกลางถึงดี นั่นคือ ค่าสัมประสิทธิ์ Weighted Kappa อยู่ระหว่าง 0.73 – 0.85 ดังนั้นจึงยอมรับได้ว่าเครื่องมือ PROMs-TCP ผ่านเกณฑ์ตามสมมติฐานที่ 2

ประเด็นที่ 3 ความถูกต้องของเครื่องมือ

ความถูกต้องเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (Criteria-related validity) โดยเปรียบเทียบคะแนนที่ได้จากเครื่องมือ PROMs-TCP กับคะแนนจากแบบประเมินหรือเกณฑ์ที่ได้มาตรฐาน ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน POS เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบ เนื่องจาก POS เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางคลินิกเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง มีการแปลไปหลายภาษา⁽³¹⁾ และเครื่องมือ POS ถูกนำไปทดสอบร่วมกับเครื่องมือ Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) และ Brief Pain Inventory (BPI) เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการควบคุมอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม⁽⁷²⁾ เครื่องมือ POS ถูกแปลเป็นภาษาไทย และได้มีการทดสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ พบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha เท่ากับ 0.9) พบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินผู้ป่วยกับพยาบาลที่ให้การดูแล พบความสอดคล้อง weighted kappa range ระหว่าง 0.31 - 0.73 การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของ T1 - T2 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽³²⁾ เมื่อนำเครื่องมือ PROMs-TCP ทดสอบความถูกต้องเชิงสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐาน POS พบว่าเครื่องมือทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน อยู่ระหว่าง 0.71 – 0.80 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

ความถูกต้องเชิงจำแนก (Discriminant validity) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Albers⁽³⁰⁾ เกี่ยวกับการประเมินเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่พบเครื่องมือที่มีการวิเคราะห์เกี่ยวกับการจำแนกคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยได้ทำการประเมินตนเอง 1 ข้อคำถาม เป็นข้อสรุปภาพรวมของคุณภาพชีวิตในวันนั้นว่าเป็นอย่างไร ดี หรือ ไม่ดี ทั้งนี้มีการศึกษาของ Cunny, 1991 ทำการวัดผลลัพธ์เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ 1 ข้อคำถามสามารถใช้แทนแบบประเมิน 20 ข้อคำถามได้ โดยพบความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.86$)⁽⁷³⁾ Hyland and Sodergren, 1996 พบความสัมพันธ์ของ 1 ข้อคำถาม กับ 12 ข้อคำถามของที่เกี่ยวข้องกับ self-reported quality of life ในระดับสูง ($r > 0.84$)⁽⁷⁴⁾ McKenzie and Marks, 1999 ประเมินภาวะซึมเศร้าแบบข้อคำถามเดียวพบว่าสามารถทดแทนแบบประเมิน 21 ข้อได้⁽⁷⁵⁾ และ de Boer, 2004 ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยคำถามหลักคำถามเดียวพบว่าสามารถเทียบเคียงกับเครื่องมือที่มีหลายข้อคำถามได้ โดยพบความสัมพันธ์ ($r = 0.70$ และ 0.72)⁽⁷⁶⁾ ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบข้อคำถามเดียวจึงเป็นวิธีการประเมินที่ยอมรับได้ แต่อย่างไรก็ตาม เครื่องมือที่มีหลายมิติหรือหลายข้อคำถามจะมีความถูกต้องและความเชื่อถือได้มากกว่า ฉะนั้นการเลือกใช้เครื่องมือจึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความต้องการของการศึกษา⁽⁷⁷⁾ การทดสอบความสามารถในการจำแนกของเครื่องมือ PROMs-TCP อาจจะมีข้อจำกัดในการเลือกเครื่องมือหรือวิธีการที่จะใช้เป็น Gold standard ในการตัดสินว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือไม่ดี เทียบกับคะแนนของ PROMs-TCP เพื่อหาจุดตัดของคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยออกเป็น กลุ่มที่มีสภาวะสุขภาพที่ดี และกลุ่มที่มีสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่า จุดตัดของคะแนนของ PROMs-TCP ที่ใช้ในการจำแนกมีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งมีพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.91 (95% CI 0.90, 0.93) มีค่าความไว 76.91% และ ความจำเพาะ 88.67% ผ่านเกณฑ์ตามสมมติฐานที่ 3 ความสามารถในการแบ่งกลุ่มของเครื่องมือ ทำให้ผู้ให้บริการสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนและต้องการความช่วยเหลือออกจากกลุ่มที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ เพื่อที่ผู้ให้บริการสามารถจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพชีวิตอีกประการหนึ่ง คือความสามารถในการหาความเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่เกี่ยวข้องการทำนายผลลัพธ์ที่สำคัญทางคลินิก นั่นคือการหาความต่างของคะแนนที่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิก จากทดสอบความไวของการเปลี่ยนแปลงพบว่า ความต่างของคะแนนจากการตอบแบบสอบถาม PROMs-TCP ระหว่างวันที่ 0 กับ 5 และวันที่ 0 กับ 10 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับเครื่องมือ POS โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5 และ 0.7

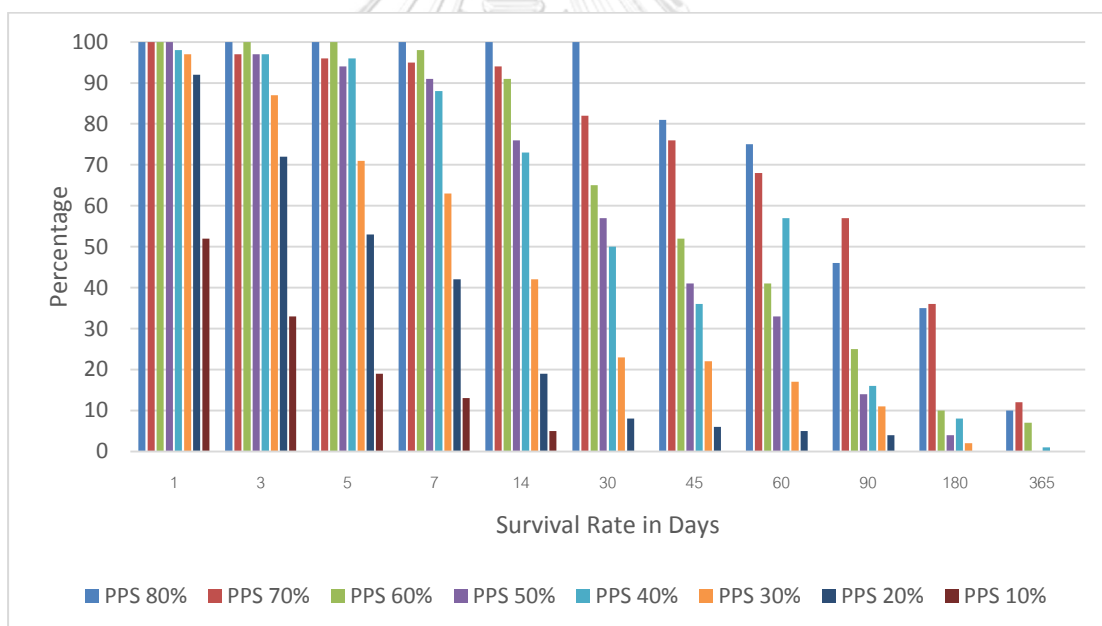
ตามลำดับ แต่ขนาดของการเปลี่ยนแปลงยังอยู่ในระดับต่ำ $ES = 0.3$ ซึ่งยังเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากการทดสอบความไวของการเปลี่ยนแปลงใช้เพียงระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง นั่นคือทำการทดสอบในวันที่ 0 วันที่ 5 และวันที่ 10 แต่อาการทางคลินิกอาจจะไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาดังกล่าว หรือถึงมีอาการเปลี่ยนแปลง อาการนั้นก็อาจจะดีขึ้นก่อนถึงวันที่ทำการทดสอบ ฉะนั้นความไวของการเปลี่ยนแปลงจึงยังมีขนาดต่ำ

ประเด็นที่ 4 การพยากรณ์สถานะสุขภาพด้วยแบบจำลอง Markov

จากข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลที่บ้าน พบคุณลักษณะที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาพยาบาล โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนกลุ่มที่รับการดูแลที่โรงพยาบาลจะมีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใกล้เคียงกัน ซึ่งให้เห็นว่าการเลือกที่จะได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน อาจมี selection bias เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลผู้ป่วยมีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากกว่าและมีสิทธิการรักษาเป็นสวัสดิการข้าราชการ ผู้ป่วยจึงสามารถพักรักษาในโรงพยาบาลได้ง่าย และมีระยะเวลาพักในโรงพยาบาลนานกว่าสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามในช่วงระยะเวลาศึกษา 30 วัน จำนวนผู้ป่วยในการศึกษาทั้งกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลและที่บ้าน มีผู้เสียชีวิต 8 และ 7 ราย ตามลำดับ ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.71$) สำหรับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่าสัดส่วนของสถานะสุขภาพที่ดี และไม่ดี ในวันที่เริ่มเข้าสู่อการศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.34$) แต่กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีสัดส่วนจำนวนวันของการคงสถานะสุขภาพดี มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมีสัดส่วนจำนวนวันของการเปลี่ยนสถานะสุขภาพจากดี เป็นไม่ดี มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < 0.001$) โดยที่สัดส่วนจำนวนวันของการเปลี่ยนสถานะจากวันที่ไม่ดี เป็นวันที่ดี หรือการคงสถานะเป็นวันที่ไม่ดี ในทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.78$ และ $P = 0.64$ ตามลำดับ) ซึ่งให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีสถานะสุขภาพที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล

การใช้แบบจำลอง Markov เพื่อทำนายจำนวนวันที่เสียชีวิต ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มี PPS อยู่ระหว่างร้อยละ 40 - 60 (มีการแบ่งระยะของผู้ป่วยระยะท้ายตามร้อยละของ PPS ได้แก่ ร้อยละ 10 - 30 ระยะสุดท้าย ร้อยละ 40 - 60 ระยะ

เปลี่ยนผ่าน ร้อยละ 70 - 100 ระยะคงที่ ตามการศึกษาของ Mei, 2013⁽⁷⁸⁾ ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลและที่บ้าน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลจะมีผู้ป่วยที่มีชีวิตจนถึง 529 วันจึงจะเสียชีวิตหมดทุกคน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลที่บ้านจะมีผู้ป่วยที่มีชีวิตจนถึง 373 วันจึงจะเสียชีวิตหมดทุกคน แสดงว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีโอกาสที่จะมีผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้มากกว่า 1 ปี ถึงแม้ผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลจะเสียชีวิตภายใน 63 วัน และมีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ได้รับการดูแลที่บ้านจะเสียชีวิตภายใน 82 วัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ใน 180 วัน ผู้ป่วยจะเสียชีวิตร้อยละ 80 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Lau, 2009⁽⁷⁹⁾ ที่พบว่าภายใน 30 - 45 วัน ผู้ป่วยระยะท้าย (ทั้งโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง) ยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 50 หรืออีกความหมายคือ ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายใน 30-45 วัน และผู้ป่วยร้อยละ 90 จะเสียชีวิตภายใน 180 วัน ดังรูป 20 ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นเพราะอายุของอาสาสมัครในการศึกษา การศึกษานี้ อายุเฉลี่ยของอาสาสมัครประมาณ 63 ปี แต่การศึกษาของ Lau อายุของอาสาสมัครร้อยละ 70 อยู่ระหว่าง 65-84 ปี ทำให้ในการศึกษาของ Lau ผู้ป่วยจึงเสียชีวิตเร็วกว่า แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้รอดชีวิตจนครบ 1 ปี (365 วัน) เช่นเดียวกัน



รูป 20 โอกาสที่จะมีผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ จากการศึกษานี้ของ Lau, 2009⁽⁷⁹⁾

ประเด็นที่ 5 การนำแบบประเมิน PROMs-TCP ไปใช้ประโยชน์

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีมุมมองตามกรอบแนวคิดที่แตกต่างกัน ทำให้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีความหลากหลาย⁽⁸⁰⁾ แบบประเมิน PROMs-TCP ถูกพัฒนามาจากแนวคิดที่ต้องการเครื่องมือที่สั้นง่ายและสะดวกในการใช้งานในชุมชน หรือสามารถประเมินผู้ป่วยที่บ้านได้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล

ความต้องการ ประสิทธิภาพการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั้งจากผู้ป่วย และผู้ให้บริการมา คัดเลือกประเด็นข้อคำถามที่สำคัญมากและน้อยที่สุดที่จะสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระยะท้ายได้โดยผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยจำนวนข้อ คำถามในแบบประเมิน PROMs-TCP เพียง 5 ข้อคำถาม ใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามประมาณ 3 - 5 นาที ข้อคำถามและคำตอบถูกพัฒนาเพื่อคนไทยโดยเฉพาะจึงทำให้มีการใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถใช้แบบประเมิน PROMs-TCP ได้โดยไม่ต้องผ่านการอบรมการใช้งานมาก่อน สำหรับแบบประเมินที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทยเป็นเครื่องมือที่แปลมาจาก ต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็น EORTC QLQ-C30, FACT-G, หรือ POS มีข้อคำถามจำนวนมาก ได้แก่ 30, 27 และ 10 ข้อคำถามตามลำดับ รวมทั้งการแปลมาจากภาษาอื่นอาจทำให้มีการใช้ภาษาที่มีความ เฉพาะสำหรับเครื่องมืออื่นๆ จึงมีความซับซ้อนเกินไป⁽¹³⁾ ในบางข้อคำถามจึงเข้าใจได้ยากในการใช้ ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากและอาศัยอยู่ในชุมชน

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ ผู้วิจัยได้ใช้มุมมองจาก 3 กลุ่ม (กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานของการดูแลแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ในการหาประเด็นที่สำคัญใน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จนได้ข้อคำถามที่จำเป็นสำหรับการประเมินผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ PROMs-TCP ด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) เครื่องมือนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์และพยาบาล) ในโรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็งที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และการที่ผู้ป่วยได้มีการทำ ประเมินซ้ำทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา 10 วัน จะทำให้มีเวลาในการทบทวนอาการและความรู้สึกของ ตนเองในการทำแบบประเมิน การตอบคำถามจะมีความถูกต้องมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นจาก ความสัมพันธ์ของคะแนนจากแบบประเมิน PROMs-TCP และ POS ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงขึ้น ในการ ประเมินทั้ง 3 วัน ได้แก่วันที่ 0, 5 และ 10 พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน เท่ากับ 0.71, 0.75 และ 0.80 ตามลำดับ

ข้อจำกัดของการศึกษา การนำแบบประเมิน PROMs-TCP ไปใช้ประโยชน์ เป็นเพียงการคัด กรองสภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน หรือที่บ้าน การนำไปใช้ประเมินในโรงพยาบาลอาจมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีความละเอียด มากกว่านี้ รวมทั้งข้อจำกัดที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การปรับแนวความคิดของบุคลากรทาง การแพทย์ที่มีความถนัดในการใช้งานเครื่องมือเดิมที่ใช้อยู่เป็นประจำ

สรุปผล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะ

ท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งควบคุมได้ยาก หรือมีปัญหาซับซ้อน หรือเมื่อต้องตัดสินใจในสถานการณ์ที่ยากลำบากเกี่ยวกับการดูแลรักษา ด้วยทีมการดูแลแบบประคับประคองที่มีบุคลากรจำกัด การประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกมิติ อาจจะเป็นไปได้ยากลำบาก การวางแผนหรือปรับแผนการดูแลวันต่อวัน จำเป็นต้องมีเครื่องมือที่มีความสะดวก ไม่ซับซ้อน

แบบประเมิน PROMs-TCP ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย และองค์ประกอบด้านจิตใจ มีทั้งหมด 5 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ท่านมีอาการปวดหรือไม่ 2) ท่านมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวกหรือไม่ 3) ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรือไม่ 4) การนอนของท่านเป็นอย่างไร และ 5) ท่านมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเองหรือไม่ จึงเป็นแบบประเมินที่สั้นและสะดวกต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้าน ทั้งนี้ได้มีการทดสอบความถูกต้อง และความเชื่อมั่นของแบบประเมิน พบว่าความถูกต้องเชิงเนื้อหา ของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ของเครื่องมือ เท่ากับ 0.85 อยู่ในระดับดี มีความไวร้อยละ 76.91 ความจำเพาะร้อยละ 88.67 ของการคัดกรองประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นกลุ่มที่มีสภาวะสุขภาพดี และไม่ดี โดยมีจุดตัดของคะแนนที่ 4 คะแนน ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 หมายถึงมีสภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ผู้ให้บริการควรพิจารณาในการประเมินอาการของผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อให้การช่วยเหลือ ทั้งนี้แบบประเมิน PROMs-TCP มีการทดสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือพบว่าระหว่างผู้ประเมินซึ่งเป็นผู้ป่วย กับ ผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์ Weighted Kappa อยู่ระหว่าง 0.76 – 0.83 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสามารถทำการประเมินแทนผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง และเพื่อใช้เป็นการวัดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการสุขภาพต่อไป

ปัญหาอุปสรรค

1. ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร่วมกับอาการจากการเจ็บป่วยทำให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาอันนานเป็นไปได้ยาก เมื่อผู้ป่วยเก็บข้อมูลไประยะหนึ่ง ก็จะหายไปจากการศึกษาหรือขอยกเลิก ต้องเริ่มหาอาสาสมัครใหม่ ต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ทำแบบประเมินในทุกวัน

2. ผู้ป่วยและญาติยังไม่คุ้นเคยกับการประเมินผลลัพธ์ด้วยตนเอง ทำการประเมินทุกวันแต่ก็ไม่ได้ให้ความสนใจต่อผลลัพธ์ของแบบประเมิน หรืออาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความทุกข์ จากอาการ การเจ็บป่วย หรือการเตรียมตัวก่อนการจากไป
3. มีการสูญหายของแบบประเมินถ้าผู้ช่วยวิจัยยังไม่ได้เข้าไปเก็บแบบประเมินกลับมาจากผู้ป่วย
4. การวิเคราะห์ด้วยแบบจำลอง Markov เนื่องจากผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลเปรียบเทียบกับที่บ้าน จึงคิดว่าสถานะสุขภาพจึงมีเพียงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี กับไม่ดี แต่ไม่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาโอกาสในการเปลี่ยนสถานะสุขภาพจึงใช้การคำนวณสัดส่วนจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูล จึงไม่มีข้อมูลอ้างอิง
5. เครื่องมือ PROMs-TCP ยังไม่มีการพัฒนาจนกระทั่งสามารถวัดเป็นค่า QALY ได้ จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ QALY ของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล และที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบกับวิธีการเก็บข้อมูลอาจจะยังไม่สะดวกแก่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ควรมีการพัฒนาวิธีการเก็บข้อมูล เช่น การพัฒนาเป็น App เพื่อความสะดวก และไม่สูญหาย พยาบาลสามารถเห็นการประเมินจากผู้ป่วยได้ทุกวัน สามารถวางแผนการดูแล ประเมินความเร่งด่วนของการเยี่ยมผู้ป่วย
2. พัฒนาเครื่องมือ PROMs-TCP ต่อเพื่อให้สามารถวัดค่า QALY ได้
3. จากข้อมูลการคาดคะเนว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 จะเสียชีวิตประมาณ 60 - 80 วัน และร้อยละ 80 จะเสียชีวิตใน 180 วัน คงเป็นข้อมูลให้ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล) ที่ส่วนใหญ่ยังมีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้เกณฑ์ PPS ที่ ร้อยละ 50 ได้พิจารณาถึงการเหมาะสมการดูแลแบบประคับประคองจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ที่ได้มีการเบิกจ่ายเป็นแบบเหมาะสมตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลที่บ้านก่อนเสียชีวิต เช่น กรณีผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านและเสียชีวิตภายใน 30 วัน เหมาะจ่ายรายละ 4,000 บาท กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 60 วัน เหมาะจ่ายรายละ 5,000 บาท กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 90 วัน เหมาะจ่ายรายละ 6,000 บาท และภายใน 120 วัน รายละ 7,000 บาท เป็นต้น⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาในส่วนของต้นทุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งในแต่ละกลุ่มคงจะมีต้นทุนในทั้ง 2 ส่วน คือทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน เนื่องจากมีเส้นทางการรับบริการสุขภาพมีทั้งที่โรงพยาบาล และที่บ้าน



บรรณานุกรม

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2564.
3. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002;24:91-6.
4. WHO Palliative care. key fact [cited 2018 10 May]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2554-2563 [cited 2018 10 May]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/index.aspx>.
6. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2537-2559 [cited 2018 10 May]. Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15.
8. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 [cited 2018 10 May]. Available from: [http://203.157.185.18/download/inspection/1-2560/C%20%E0%B8%84%E0%B8%93%E0%B8%B02\(PDF\)/205%20palliative%20care%E0%B8%84%E0%B8%93%E0%B8%B02%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5%2060%20.pdf](http://203.157.185.18/download/inspection/1-2560/C%20%E0%B8%84%E0%B8%93%E0%B8%B02(PDF)/205%20palliative%20care%E0%B8%84%E0%B8%93%E0%B8%B02%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5%2060%20.pdf).
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2561. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
10. Richardson LA, Jones GW. A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. Curr Oncol 2009;16:55.
11. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. Qual Health Care 1999;8:219-27.
12. ลดาร์ตัน สาณินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care

Outcome Scale : POS). เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด; 2556.

13. Bausewein C, Fegg M, Radbruch L, Nauck F, von Mackensen S, Borasio GD, et al. Validation and clinical application of the german version of the palliative care outcome scale. J Pain Symptom Manage 2005;30:51-62.

14. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. Anesth Analg 2018;126:1763-8.

15. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. Biochem Med (Zagreb) 2012;22:276-82.

16. Vanbelle S. A New Interpretation of the Weighted Kappa Coefficients. Psychometrika 2016;81:399-410.

17. Yang S, Berdine G. The receiver operating characteristic (ROC) curve. The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles 2017;5.

18. National Hospice and Palliative care Organization. Facts and figures hospice care in America 2017 [cited 2018 10 May]. Available from: https://39k5cm1a9u1968hg74aj3x51-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2019/04/2017_Facts_Figures-2.pdf.

19. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มั่นสวนิช, สุธีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, ณะภูมิ รัตนานพวงศ์, et al. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice care) ในประเทศไทย การศึกษาส่วนที่ 1 สถานการณ์ Hospice care ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

20. กรมการแพทย์. List disease for palliative care and functional unit. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ตควอลิตี้ จำกัด; 2559.

21. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

22. วิเชียร ศรีมุนินทร์นิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์, สุตสวาท เลหาวินิจ. ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะ: มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย; 2552.

23. รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โรคมะเร็งและการแพร่กระจาย [cited 2018 10 May]. Available from: <https://www.chulacancer.net/faq-list-page.php?id=334>.

24. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฤชง เทลารุจิสวัสดิ์, วีรมลต์ จันทร์ดี. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.

25. Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics* 1984;10:124-7.
26. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs* 1992;17:795-800.
27. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
28. Ferrell BR, Dow KH, Grant M. Measurement of the quality of life in cancer survivors. *Qual Life Res* 1995;4:523-31.
29. Research Advocacy Network. Quality of life and patient-reported outcomes in cancer: A guide for advocates [cited 2018 10 May]. Available from: <http://www.researchadvocacy.org/sites/default/files/resources/QualityofLife-PtReportedOutcomes-Final.pdf>.
30. Albers G, Echteld MA, de Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Linden MH, Deliens L. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. *Palliat Med* 2010;24:17-37.
31. Collins ES, Witt J, Bausewein C, Daveson BA, Higginson IJ, Murtagh FE. A Systematic Review of the Use of the Palliative Care Outcome Scale and the Support Team Assessment Schedule in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2015;50:842-53.e19.
32. Pukrittayakamee P, Sapinum L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2018;56:414-20.
33. Byock IR, Merriman MP. Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS quality of life index. *Palliat Med* 1998;12:231-44.
34. Pokpalagon P, Hanucharunkul S. Validity and Reliability of Thai Version of the Missoula-Vitas Quality-of-Life Index. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2015;19:58-68.
35. Kaasa S, Bjordal K, Aaronson N, Moum T, Wist E, Hagen S, et al. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. *Eur J Cancer* 1995;31a:2260-3.
36. Sirisinha T, Ratanatharathorn V, Jirajarus M, Sirilertrakul S, Silpakit C, Sirachainan

- E, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire: translation and reliability study of the Thai version. *J Med Assoc Thai* 2002;85:1210-9.
37. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993;11:570-9.
38. 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.
39. Cohen SR, Mount BM, Bruera E, Provost M, Rowe J, Tong K. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliat Med* 1997;11:3-20.
40. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care* 1996;12:5-11.
41. คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก 2551 [cited 2018 10 Jan]. Available from: <http://web.lpnh.go.th/lphc/file/pps.pdf>.
42. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:630-43.
43. Axelsson B, Sjöden PO. Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliat Med* 1998;12:29-39.
44. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs* 2006;53:524-33.
45. Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Bjordal K, Jannert M, Kaasa S. Characteristics and quality of life of patients who choose home care at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:217-27.
46. Leppert W, Majkovicz M, Forycka M, Mess E, Zdun-Ryzewska A. Quality of life assessment in advanced cancer patients treated at home, an inpatient unit, and a day care center. *Onco Targets Ther* 2014;7:687-95.
47. Elmqvist MA, Jordhøy MS, Bjordal K, Kaasa S, Jannert M. Health-related quality of life during the last three months of life in patients with advanced cancer. Support

Care Cancer 2009;17:191-8.

48. Färkkilä N, Torvinen S, Roine RP, Sintonen H, Hänninen J, Taari K, et al. Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. *Qual Life Res* 2014;23:1387-94.

49. Jocham HR. [Quality of life in palliative care--a comparison of hospital and home care]. *Pflege Z* 2006;59:suppl 2-8.

50. Stark L, Toftthagen C, Visovsky C, McMillan SC. The Symptom Experience of Patients with Cancer. *J Hosp Palliat Nurs* 2012;14:61-70.

51. Clark K. Care at the Very End-of-Life: Dying Cancer Patients and Their Chosen Family's Needs. *Cancers (Basel)* 2017;9.

52. Yang YL, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang XS, Wang JN, et al. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013;13:393.

53. Chuchart K, Pruegsanusak K, Dachapunkul T, Sunpaweravong P, Sangthawan D. Quality of life (QOL) in patients suffering from locally advanced-stage nasopharyngeal cancer before, during and after receiving carboplatin with concurrent chemoradiotherapy. *Songkla Med J* 2010;28:127-37.

54. Makmai S, Sirichayanugul C, Sirichayanugul T. Common Symptoms and Needs of Pre-Discharge Advanced-Stage Cancer Patients: A Case-Study at Phrae Hospital, Thailand. *Thai Cancer Journal* 2014;33:132-45.

55. พรพิมล เลิศพานิช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2560;6:45-55.

56. Chen J, Ou L, Hollis SJ. A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. *BMC Health Serv Res* 2013;13:211.

57. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007;30:459-67.

58. Bujang MA, Baharum N. Sample Size Guideline for Correlation Analysis. *World Journal of Social Science Research* 2016;3:37-46.

59. Kumar R, Indrayan A. Receiver operating characteristic (ROC) curve for medical

researchers. *Indian Pediatr* 2011;48:277-87.

60. Middel B, van Sonderen E. Statistical significant change versus relevant or important change in (quasi) experimental design: some conceptual and methodological problems in estimating magnitude of intervention-related change in health services research. *Int J Integr Care* 2002;2:e15.

61. Linnet K, Bossuyt PM, Moons KG, Reitsma JB. Quantifying the accuracy of a diagnostic test or marker. *Clin Chem* 2012;58:1292-301.

62. Kamal AH, Gradison M, Maguire JM, Taylor D, Abernethy AP. Quality measures for palliative care in patients with cancer: a systematic review. *J Oncol Pract* 2014;10:281-7.

63. Killackey T, Peter E, Maciver J, Mohammed S. Advance care planning with chronically ill patients: A relational autonomy approach. *Nurs Ethics* 2020;27:360-71.

64. Luiz RR, Almeida RMVR. On the Measurement of Change in Medical Research. *International Journal of Statistics in Medical Research* 2012;1:144-7.

65. Abernethy AP, Ahmad A, Zafar SY, Wheeler JL, Reese JB, Lyerly HK. Electronic patient-reported data capture as a foundation of rapid learning cancer care. *Med Care* 2010;48:S32-8.

66. Barbera L, Seow H, Sutradhar R, Chu A, Burge F, Fassbender K, et al. Quality of end-of-life cancer care in Canada: a retrospective four-province study using administrative health care data. *Curr Oncol* 2015;22:341-55.

67. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. *Global Atlas of Palliative Care*. 2 ed. London 2020.

68. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education* 2018;48:1273-96.

69. Sneeuw KC, Aaronson NK, Sprangers MA, Detmar SB, Wever LD, Schornagel JH. Comparison of patient and proxy EORTC QLQ-C30 ratings in assessing the quality of life of cancer patients. *J Clin Epidemiol* 1998;51:617-31.

70. Horton R. Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliat Med* 2002;16:488-94.

71. Bahrami M, Parker S, Blackman I. Patients' quality of life: a comparison of patient and nurse perceptions. *Contemp Nurse* 2008;29:67-79.
72. Pelayo-Alvarez M, Perez-Hoyos S, Agra-Varela Y. Reliability and concurrent validity of the Palliative Outcome Scale, the Rotterdam Symptom Checklist, and the Brief Pain Inventory. *J Palliat Med* 2013;16:867-74.
73. Cunny KA, Perri M, 3rd. Single-item vs multiple-item measures of health-related quality of life. *Psychol Rep* 1991;69:127-30.
74. Hyland ME, Sodergren SC. Development of a new type of global quality of life scale, and comparison of performance and preference for 12 global scales. *Qual Life Res* 1996;5:469-80.
75. McKenzie N, Marks I. Quick rating of depressed mood in patients with anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1999;174:266-9.
76. de Boer AG, van Lanschot JJ, Stalmeier PF, van Sandick JW, Hulscher JB, de Haes JC, et al. Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Qual Life Res* 2004;13:311-20.
77. Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Community Health* 2005;59:342-5.
78. Mei AH, Jin WL, Hwang MK, Meng YC, Seng LC, Yaw WH. Value of the Palliative Performance Scale in the prognostication of advanced cancer patients in a tertiary care setting. *J Palliat Med* 2013;16:887-93.
79. Lau F, Maida V, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C. Use of the Palliative Performance Scale (PPS) for end-of-life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Symptom Manage* 2009;37:965-72.
80. Hyland ME. A brief guide to the selection of quality of life instrument. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:24.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก ร่างประเด็นคำถาม

การศึกษาส่วนที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือ

คำชี้แจง

- ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำชื่อของตนเอง
- ให้ผู้ร่วมกลุ่มสนทนาแนะนำตนเอง
- ผู้นำการสนทนามอบอกถึงวัตถุประสงค์ของการสนทนา เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อประกอบการวางแผนหรือปรับแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก สะดวกไม่เป็นภาระต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้ดำเนินการสนทนาอธิบายว่า ขอให้ทุกคนเล่าประสบการณ์ ข้อมูลที่อาจจะแลกเปลี่ยนกันได้ เป็นข้อมูลที่ไม่มีผิดไม่มีถูก สามารถแลกเปลี่ยนตามอัธยาศัย หากไม่สบายใจ ไม่ต้องตอบก็ได้ หากต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมสามารถแจ้งผู้ดำเนินการสนทนาได้ทันที
- ถ้าจะมีการบันทึกเสียงด้วย ผู้ดำเนินการสนทนาขออนุญาตจากผู้ร่วมสนทนา หากยินดียินดีตอบด้วยว่า ยินดี หากไม่ยินดียินดีกรุณาตอบด้วยว่าไม่ยินดี
- เริ่มต้นสนทนา

ประเด็นคำถาม กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

- 1) ท่านคิดว่าจำนวนข้อคำถามที่สามารถใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงในการสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ควรเป็นเท่าใด
- 2) ท่านคิดว่าองค์ประกอบ และผลลัพธ์ที่ต้องการสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีอะไรบ้าง
- 3) ท่านคิดว่าถ้ามีอาการหรือภาวะใด ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ
- 4) ท่านคิดว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ประกอบด้วยอะไรบ้าง
- 5) รูปแบบและมาตรวัดของเครื่องมือควรมีลักษณะเป็นอย่างไร

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ID □□□□□□

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 – 70 ปี ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนตามความเป็นจริง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือจากท่านในครั้งนี้

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความที่ท่านเลือก และเติมข้อมูลในช่องว่าง

- 1 เพศ ชาย หญิง
- 2 อายุ _____ ปี (นับจำนวนเต็มถึงวันที่ตอบแบบสอบถามนี้)
- 3 ศาสนา พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่นๆ โปรดระบุ
- 4 จำนวนปีที่ป่วยเป็นมะเร็งตั้งแต่เริ่มทราบครั้งแรก _____ ปี
- 5 การศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
- 6 สถานภาพ คู่ โสด หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่
- 7 จำนวนผู้ดูแล 1 คน 2 - 4 คน มากกว่า 4 คน
- 8 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามี/ภรรยา บุตร/ธิดา
ญาติ/บุคคลในเครือญาติ คนรู้จัก ผู้รับจ้าง
- 9 สิทธิการรักษา ชำระค่าใช้จ่ายเอง ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน
ประกันสังคม อื่นๆ (ระบุ).....
10. มีโรคร่วมอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หรือโรคไต หรือไม่
(มีอย่างใดอย่างหนึ่ง ถือว่ามี)
 มี ไม่มี

ภาคผนวก ค

แบบประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง

แบบประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง			
ชื่อสถานพยาบาล.....		ID	
สถานที่ให้การดูแล <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล		วันที่.....	
กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย <input type="radio"/> รอบตัวเลข ที่ถูกต้องสำหรับท่านมากที่สุด			
สำหรับผู้ป่วย::	0	1	2
ใน 1 วัน ที่ผ่านมามีอาการปวดหรือไม่	ไม่ปวด หรือมีอาการปวดเล็กน้อย ไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด	ปวดปานกลาง หรือปวดจนต้องใช้ยาแก้ปวดช่วยบรรเทาอาการ ทุก 3 - 4 ชม.	ปวดมากที่สุด หรือ ปวดจนนอนไม่หลับ หรือปวดจนยาแก้ปวดช่วยให้ดีขึ้นไม่ได้
ใน 1 วัน ที่ผ่านมามีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวกหรือไม่	ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือเหนื่อยหอบบ้างเพียงเล็กน้อย	รู้สึกอ่อนเพลียปานกลาง หรือ อ่อนเพลียจนทำกิจวัตรประจำวันได้ลำบาก	มีอาการเหนื่อยหอบมากหรือเหนื่อยหอบจนไม่สามารถทำอะไรได้ ต้องอยู่เฉยๆ
ใน 1 วัน ที่ผ่านมามีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรือไม่	ไม่รู้สึกอ่อนเพลียหรือรู้สึกเพียงเล็กน้อยสามารถใช้ชีวิตได้ปกติ	รู้สึกอ่อนเพลียมากจนไม่สามารถทำงานได้แต่ยังพอทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง	รู้สึกอ่อนเพลียมากหรืออ่อนเพลียจนต้องนอนพักตลอดเวลา
ใน 1 วัน ที่ผ่านมามีการนอนหลับของท่านเป็นอย่างไร	นอนหลับได้พอเพียง	นอนหลับๆ ตื่นๆ	นอนไม่หลับตลอดทั้งคืน
ใน 1 วัน ที่ผ่านมามีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตัวเอง หรือรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่นหรือไม่	ไม่รู้สึกเศร้าหรือรู้สึกเป็นบางครั้งแต่ไม่รู้สึกสิ้นหวัง	รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำอะไรไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น	รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่
ใน 1 วัน ที่ผ่านมามีอาการอื่นที่ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายหรือไม่	0 ไม่มี	2 มี ระบุ.....	

<p>สำหรับผู้ดูแล (ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามไม่ต้องตอบคำถามนี้)::</p> <p>ท่านมีความรู้สึกเหมือนกำลัง รับผิดชอบทุกสิ่งทุกอย่างอยู่คนเดียว เหนื่อยล้าอ่อนแรง ไม่มีเวลาทำธุระส่วนตัว หงุดหงิดง่ายแม้กับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ หรือไม่</p>	<p>0</p> <p>ไม่รู้สึก ไม่คิดเช่นนั้น</p>	<p>1</p> <p>รู้สึกเป็นบางเวลา</p>	<p>2</p> <p>รู้สึกว่าความคิดเช่นนี้วนเวียนอยู่ในหัวตลอดเวลา</p>
<p>ผู้ตอบแบบสอบถาม</p>	<p>1 ผู้ป่วย</p>	<p>2 ผู้ดูแล</p>	<p>3 เจ้าหน้าที่</p>



ภาคผนวก ง

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
(Palliative care Outcome Scale) ฉบับใช้ถามผู้ป่วย

<p>แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale) ฉบับใช้ถามผู้ป่วย</p> <p>ID □□□□□□ วันที่ประเมิน.....สถานที่ให้การดูแล □ บ้าน □ โรงพยาบาล</p>
<p>กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบ ที่ถูกต้องสำหรับท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะช่วยให้เราได้ปรับปรุงการดูแลของท่านและผู้ป่วยรายอื่น ขอขอบพระคุณ</p> <p>1. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่มีอาการปวดเลย</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ปวดเล็กน้อย แต่ไม่รบกวน จึงไม่ต้องจัดการกับความปวด</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ปวดปานกลาง ความปวดทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ปวดรุนแรง จนมีผลกระทบอย่างมากต่อการใช้สมรรถิในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่างๆ</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ปวดอย่างมากมายท่วมท้น จนคิดอะไรไม่ออก</p> <p>2. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านมีอาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของท่าน เช่น รู้สึกไม่สบาย ไอ ท้องผูก หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่เลย</p> <p><input type="checkbox"/> 1 เล็กน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> 3 รุนแรง</p> <p><input type="checkbox"/> 4 มากมายท่วมท้น</p> <p>3. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือการรักษา หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่กังวลเลยหรือไม่หงุดหงิดเลย</p> <p><input type="checkbox"/> 1 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดนานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2 กังวลใจบ้างหรือหงุดหงิดเป็นบางครั้ง เป็นบ้าง ไม่เป็นบ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> 3 กังวลใจหรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลา ส่วนมากแล้วมีผลกระทบกับความคิดหรือสมรรถิของท่าน</p> <p><input type="checkbox"/> 4 กังวลใจหรือหงุดหงิดตลอดเวลา จนคิดอะไรไม่ออก</p> <p>4. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่าน หรือ เพื่อนของท่าน มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับท่านหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่วิตกกังวลเลย</p> <p><input type="checkbox"/> 1 นานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2 เป็นบางครั้ง มีผลกระทบบ้างต่อความคิดหรือสมรรถิของสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อน</p> <p><input type="checkbox"/> 3 วิตกกังวลเป็นส่วนมาก</p> <p><input type="checkbox"/> 4 วิตกกังวลตลอดเวลา</p>

5. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านและสมาชิกในครอบครัว หรือ เพื่อนของท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา มากน้อย เพียงใด

- 0 ได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมที่ รู้สึกสบายใจที่ได้ถามแพทย์หรือพยาบาลในสิ่งที่สงสัย
- 1 ได้รับทราบข้อมูล แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
- 2 ได้รับทราบข้อมูลก็ต่อเมื่อถามไปยังแพทย์และพยาบาล แต่จริงๆ แล้วอยากทราบข้อมูลมากกว่านี้
- 3 ได้รับทราบข้อมูลน้อยมาก และในบางคำถาม แพทย์หรือพยาบาลหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถาม
- 4 ไม่ได้รับทราบข้อมูลเลย

6. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านได้เล่าระบายความรู้สึกของท่านให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน หรือไม่

- 0 ใช้ได้เล่าทุกอย่างที่อยากจะพูด
- 1 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นส่วนมาก
- 2 ได้เล่าระบายความรู้สึกเป็นบางครั้ง
- 3 ไม่ค่อยบ่อย นานๆ ครั้ง
- 4 ไม่เคยเล่ากับใครเลย

7. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา เศร้าใจหรือไม่

- 0 ไม่เลย
- 1 ไม่ค่อยบ่อย
- 2 เป็นบางครั้ง
- 3 ค่อนข้างบ่อย
- 4 ตลอดเวลา

หมายเหตุ : ถ้าท่านตอบว่า เศร้าใจค่อนข้างบ่อย หรือ เศร้าใจตลอดเวลาให้ปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์

8. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเองหรือไม่

- 0 ใช้ รู้สึกดีกับตัวเองตลอดเวลา
- 1 ค่อนข้างบ่อย
- 2 เป็นบางครั้ง
- 3 ไม่ค่อยบ่อย
- 4 ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย

9. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าท่านเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน เช่น รอรถมาส่งที่โรงพยาบาล หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเจาะเลือดซ้ำ หรือ เสียเวลาในการรอคอยการเอ็กซเรย์ซ้ำ หรือไม่

- 0 ไม่เสียเวลาเลย
- 2 เสียเวลาเกือบครึ่งวัน
- 4 เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน

10. ในช่วงสามวันที่ผ่านมา ท่านได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ทั้งด้าน
ปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว หรือไม่

- 0 ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาตามที่ผู้ป่วยต้องการ
- 2 ปัญหากำลังได้รับการช่วยเหลือ
- 4 ปัญหายังมีอยู่และยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ
- 0 ไม่มีปัญหาอะไรเลย

11. อะไรคือปัญหาหลักหรือปัญหาสำคัญของท่านในช่วงสามวันที่ผ่านมา

- 1)
- 2)

12. ท่านทำแบบสอบถามนี้อย่างไร

- 0 ด้วยตัวเอง
- 1 ด้วยความช่วยเหลือของเพื่อน หรือญาติ
- 2 ด้วยความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่พยาบาล



ภาคผนวก จ

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก
(Palliative Performance Scale for AdultSuandok) (PPS AdultSuandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติ และ ไม่มีอาการ ของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ ตามปกติและมีอาการของ โรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากใน การทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบาง อาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ ตามปกติและมีอาการของ โรคอย่างมาก	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก หรืองานบ้านได้และมีอาการ ของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น บางครั้ง/บาง เรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือสับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีอาการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการลุกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตรประจำวัน	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
20	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการลุกลามของโรค	ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	รับประทานอาหารไม่ได้	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมีหรือไม่มีอาการ

วิธีการใช้ PPS

1. ให้เริ่มประเมินโดยอ่านตารางในแนวขวางไล่จากซ้ายไปขวา
2. เริ่มอ่านจากการเคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านคอลัมน์ถัดไป คอลัมน์ซ้ายสุดจะเป็นตัวกำหนดว่าไม่สามารถให้คะแนนในคอลัมน์ถัดไปสูงขึ้นกว่านี้ได้เช่น ถ้าผู้ป่วยได้คะแนนเรื่องการเคลื่อนไหว 40% แม้ว่าคะแนนช่องถัดมาทางด้านขวาของตารางจะเกิน 40% แต่คะแนนสูงสุดจะต้องเป็น 40% ตาม ช่องซ้ายสุดเท่านั้น
3. ไม่สามารถให้คะแนนระหว่างกลางเช่น 45% ได้ผู้ประเมินต้องเลือกว่า จะให้คะแนน 40% หรือ 50% ขึ้นกับว่าคะแนนใดใกล้เคียงกับความสามารถผู้ป่วยในเวลาประเมินมากที่สุด
4. ประโยชน์ของการประเมิน PPS คือ เพื่อใช้ติดตามผลการรักษา, ประเมินภาระงานของผู้ดูแลผู้ป่วย, และใช้ประเมินการพยากรณ์โรคโดยคร่าว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	น.ส.พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์
วัน เดือน ปี เกิด	09 กรกฎาคม 2515
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ
วุฒิการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี (พ.ศ. 2537) วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาพิษวิทยาทางอาหารและโภชนาการ สถาบันโภชนาการ (พ.ศ. 2546)
ที่อยู่ปัจจุบัน	85/45 ม.บางใหญ่ซี้ ซ. 12/11 ถ. กาญจนภิเษก ต.เสาชิงหิน อ. บางใหญ่ จ. นนทบุรี 11140
ผลงานตีพิมพ์	<ol style="list-style-type: none">สมเกียรติ โพรธิสตี, เนติมา คูณีย์, รัชนิบูลย์ อุดมชัยรัตน์, สุรีพร คนละเอียด, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, ศุภลักษณ์ มีรัตนไพโร, นางสาวเกตุแก้ว สายน้ำเย็น. คู่มือการบริหารจัดการเชิงระบบเพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับจังหวัด นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, เนติมา คูณีย์, รัชนิบูลย์ อุดมชัยรัตน์. การเปรียบเทียบการแปลผลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา ระหว่างบุคลากรที่ผ่านการอบรมและจักษุแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556; 22: 817-21.สมเกียรติ โพรธิสตี, เนติมา คูณีย์, รัชนิบูลย์ อุดมชัยรัตน์, สุรีพร คนละเอียด, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, ศุภลักษณ์ มีรัตนไพโร, นางสาวเกตุแก้ว สายน้ำเย็น. การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557จิรัตรม ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มั่นสวานิช, สุวีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์ สถานการณ์ Hospice care ในประเทศไทย นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2561จิรัตรม ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, สุวีรัตน์

งามเกียรติไพศาล, ภรเอก มนัสวานิช, ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, พิมพ์ณิชา เทพวัลย์. บทสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย แนวทางการพัฒนา Hospice care ในประเทศไทย : ทางเลือกของการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2561

6. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มนัสวานิช, สุวีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, พิมพ์ณิชา เทพวัลย์. ต้นแบบร่างข้อกำหนดของการจัดบริการขั้นต่ำที่จำเป็นและแนวทางการตรวจประเมินบริการในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561-04)

7. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุวีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, มโน มณีฉาย, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, ภรเอก มนัสวานิช, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์ และคณะ. การวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการวัด วิเคราะห์ ทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินการของระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในประเทศ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2564

8. สุวีพร คนละเอียด, พรทิพย์ปรีชาไชยวิทย์, นายนันท์มินัส นนทะภา, นางสาวจารุกุล เจริญศรี, ชนัญญมมงคล รายงานการศึกษาการประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) ในโรงพยาบาลชายขอบของไทย นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2564