

ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

นภา ทวีรทรงกุล* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม** Ph.D. (Nursing)

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และสภาวะอาการหลังได้รับการจัดการอาการ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการกับการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 83 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า ความชุก ความถี่ และความรุนแรงของการเกิดอาการสูงสุด ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ความทุกข์ทรมานของการเกิดอาการสูงสุด ได้แก่ อาการปวด การจัดการอาการแบบใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือ ยาบรรเทาอาการปวด และยาเสริมฤทธิ์ การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้างเพื่อให้เกิดความสบายใจ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า 1) ประสบการณ์อาการโดยรวม ด้านร่างกาย มิติของความถี่ และความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบใช้ยา 2) ประสบการณ์อาการโดยรวม มิติของความถี่ และความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านจิตใจและสังคม 3) ประสบการณ์อาการโดยรวม และมิติของความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านกาย-จิตและจิตวิญญาณ และ 4) ประสบการณ์อาการโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ มิติของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการประเมินประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ครอบคลุม และวางแผนการดูแล ค้นหาวิธีการจัดการอาการตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุข

คำสำคัญ: ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การดูแลแบบประคับประคอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคมะเร็งถือเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก จากรายงานสถิติโดยองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2555 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 13 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดซึ่งเป็นจำนวน 7.6 ล้านคน และได้มีการคาดการณ์ไว้ว่าอีก 21 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2578) จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ 24 ล้านคนทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นถึง 13.1 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2012) สำหรับประเทศไทยพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งติดต่อกันกว่า 13 ปี โดยมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ล่าสุดปีพ.ศ. 2554 เท่ากับร้อยละ 92.50 หรือจำนวน 61,082 คน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) โรคมะเร็งบางชนิดสามารถวินิจฉัยพบได้ในระยะเริ่มต้น แต่ส่วนมากจะพบเมื่อมะเร็งได้มีการลุกลามไปแล้ว (วงจันทร์เพชรพิเชษฐเชียร, 2554) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นทั้งจากการลุกลามของโรค และจากการรักษา ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพจึงต้องมีความเข้าใจสภาวะของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการจัดการเพื่อนำไปวางแผนดูแลผู้ป่วยในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ลดความทุกข์ทรมาน โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Chaiviboontham, Viwatwongkasem, Hanucharumkul, & McCorkle, 2011) ซึ่งการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคือ การดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมาย การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ว่าเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่แย่งลง หรือคงคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม โดยผ่านกระบวนการป้องกัน และลดความ

ทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหาอาการเจ็บป่วย ประเมินและให้การรักษาสภาวะเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่เริ่มต้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมของสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต และดูแลประคับประคองญาติ และครอบครัว (กิตติกร นิลมานัต, 2555; สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) โดยต้องมีการจัดการอาการปวด และอาการอื่น ๆ อย่างเหมาะสม

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีววิทยา จิตสังคม การรับรู้ หรือการรู้คิด (The University of California San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group, 1994) ประสบการณ์อาการ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในมิติของความถี่หรือพบบ่อย (frequency) ความรุนแรง (intensity or severity) ความทุกข์ทรมาน (distress) และการให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้น (meaning) (Armstrong, 2003) โดยการรับรู้ทั้ง 4 มิติ มีความสัมพันธ์กัน

จากการศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งแบ่งแยกตามการรับรู้ของผู้ป่วยตามมิติต่างๆ พบว่าอาการที่พบในทุกมิติดคล้ายคลึงกันและมีความสัมพันธ์กันสูง (Get-Kong et al., 2010) ซึ่งอาการเหล่านี้ ได้แก่ อาการปวด/เจ็บ (กิตติกร นิลมานัต, 2555; Chaiviboontham et al., 2011; Get-Kong et al., 2010; Simoff et al., 2013) อาการเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยล้า (รติรส แมลงภูทอง, 2552; Chaiviboontham et al., 2011) อาการริมฝีปากคอบ น้ำลายแห้ง (รติรส แมลงภูทอง, 2552; Get-Kong et al., 2010) อาการเบื่ออาหาร (กิตติกร นิลมานัต, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, วันธนีย์ วิรุฬห์พานิช, และสุรียพร กฤษเจริญ, 2551; รติรส แมลงภูทอง, 2552) อาการผอมร่าง (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2551) อาการกลืนลำบาก (Get-Kong et al., 2010; ศากุน ปวีณวัฒน์ และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช,

ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2552) อาการนอนไม่หลับ (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2551) การมองดูตนเองไม่เหมือนเดิม (Get-Kong et al., 2010) วิตกกังวล (กิตติกร นิลมานัต และคณะ, 2551) โดยอาการที่พบบ่อย มีความรุนแรง และเป็นความทุกข์ทรมานสูงสุดคือ อาการปวด (กิตติกร นิลมานัต, 2555; Get-Kong et al., 2010; Simoff et al., 2013) ซึ่งอาการเหล่านี้ต้องได้รับการจัดการเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การจัดการอาการ มีเป้าหมายหลักเพื่อลดความเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมานโดยอาจใช้วิธีการทางการแพทย์ วิชาชีพทางด้านสุขภาพ และวิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง การจัดการเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์อาการจากการรับรู้ของตัวบุคคล ตามด้วยวิธีการจัดการเพื่อบรรลุผลตามความต้องการหนึ่งหรือหลายผลลัพธ์ การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต มักจะต้องการการเปลี่ยนแปลงวิธีการตลอดเวลา (Dodd, Janson, & Facione., 2001) การจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีหลากหลายวิธีการทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา ยาที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบรรเทาอาการปวด และยาเสริมฤทธิ์ (รติรส แผลงภูทอง, 2552; Get-Kong et al., 2010; Kirou-Mauro, Hird, & Wong, 2009) สำหรับการดูแลแบบไม่ใช้ยา แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มด้านจิตสังคม (psychosocial group) กลุ่มด้านกาย-จิต และจิตวิญญาณ (mind-body intervention and spiritual group) กลุ่มด้านร่างกาย (physical group) และกลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และอาหาร (traditional medicine, herb and diet group) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการจัดการที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ ด้านจิตสังคม โดยวิธีที่พบมากที่สุดคือ การได้รับข้อมูล และคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการพูดคุยกับบุคคลที่ให้อารมณ์ดี และแรงสนับสนุน (Get-Kong et al., 2010; Pokpalagon et al., 2012)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรประเมิน

อาการการรับรู้ และการตอบสนองของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตลอดจนการจัดการอาการ การดูแลแบบประคับประคองที่ผู้ป่วยได้รับในทุก ๆ ด้าน เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อนำไปพัฒนาจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งบางชนิดและการศึกษาเพียงอาการเดียว แต่ยังไม่พบการศึกษาถึงประสบการณ์อาการในแต่ละมิติ และรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกายและด้านจิตใจ และยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์อาการในองค์ประกอบย่อยแต่ละด้านกับการจัดการอาการแบบประคับประคองในแต่ละกลุ่ม รวมถึงสภาวะอาการของผู้ป่วยหลังได้รับการจัดการ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์อาการการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการประเมินประสบการณ์อาการ และการจัดการแบบประคับประคองเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มีประสิทธิภาพตรงกับความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในแต่ละมิติ (ความชุก ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน) และรายด้าน (ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ)

2. เพื่อศึกษาการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งแบบใช้ยา และไม่ใช้ยา และสภาวะอาการหลังได้รับการจัดการอาการ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการแต่ละมิติ (ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน) และรายด้าน (ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ) กับการจัดการอาการแบบประคับประคองทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาในแต่ละกลุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 มิโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) วิธีการจัดการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการอาการ (outcomes) ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จากกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดจากการดำเนินของโรค และขั้นตอนการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น จากนั้นจะมีการประเมินอาการตามมิติของความถี่ ความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงหากกลวิธีในการจัดการกับอาการเพื่อลดความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการ โดยกลวิธีจัดการกับอาการมีมากมายหลายชนิด ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลวิธีคือ การจัดการอาการโดยการให้ยา และการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการจัดการอาการผู้ป่วยจะได้มาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง พยาบาลหรือทีมสุขภาพ ญาติหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และจะมีการประเมินผลของการใช้กลวิธีจัดการกับอาการนั้น หากกลวิธีที่ใช้ไม่สามารถบรรเทาอาการได้

ผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนไปใช้กลวิธีใหม่ หากกลวิธีที่ใช้สามารถบรรเทาอาการได้ผู้ป่วยจะใช้กลวิธีนั้นต่อไป การศึกษาครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์อาการในแต่ละด้าน และแต่ละมิติ กับกลวิธีจัดการกับอาการทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาในแต่ละด้าน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการ ให้ได้ประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแลต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 83 ราย ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยและรับรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความสมัครใจ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการแพทย์ สร้างโดยสุชีรา เกตุคง และคณะ (Getkong et al., 2010) เก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งหมด 15 ข้อ ส่วนข้อมูลทางการแพทย์ เป็นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย มีทั้งหมด 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS) เป็นแบบบันทึกอาการ สร้างโดย พอร์ทีนอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) แปลเป็นภาษาไทย

ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

โดยนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และคณะ (Suwisith et al., 2007) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการใน 4 มิติ ได้แก่ ความชุกของอาการ (symptom occurrence) ความถี่ของอาการ (symptom frequency) ความรุนแรงของอาการ (symptom severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน ครอบคลุมการดำเนินชีวิตจากอาการ (symptom distress) สำหรับมิติความถี่ของอาการจะประเมินเพียง 24 อาการแรก การประเมินความชุกของอาการ ประเมินโดย เกิดให้คะแนน 1 คะแนน ไม่เกิดให้คะแนน 0 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงเกิดอาการมาก การประเมินความถี่และความรุนแรงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ในด้านความถี่ 1 (เกิดน้อยมาก) ถึง 4 (เกิดตลอดเวลา) และความรุนแรง 1 (รุนแรงน้อย) ถึง 4 (รุนแรงมากที่สุด) ตามลำดับสำหรับการประเมินอาการที่รบกวนผู้ป่วยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีการรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน)

พอร์ทินอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) ได้มีการแบ่งประสบการณ์อาการเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มด้านร่างกาย และด้านจิตใจ โดยมีวิธีการคิดคะแนนรายด้านโดยคิดจากผลรวมของค่าเฉลี่ยในแต่ละมิติในกลุ่มด้านร่างกาย 12 อาการ และกลุ่มด้านจิตใจ 6 อาการ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ พอร์ทินอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) นำผลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง (reliability) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง แบ่งตามมิติของอาการทั้ง 4 มิติ เท่ากับ .76, .80, .81, และ .86 ตามลำดับ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการโดยการให้ยา และไม่ใช้ยา เป็นแบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองสร้างโดย สุชีรา เกตุคง และคณะ (Get-kong et al., 2010) ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองโดยการให้ยา เป็นข้อมูลการใช้ยา

จากบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย คำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับการให้ยาจากบันทึกทางการแพทย์ แบ่งเป็นกลุ่มยาต่าง ๆ ดังนี้ ยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมฤทธิ์ ยาแก้ปวดทางไขสันหลัง ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ยาบรรเทาอาการอึดอัดแน่นท้อง ยาเพื่อช่วยระบาย ยาเพื่อช่วยให้นอนหลับและยาอื่น ๆ โดยบันทึกเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ ชื่อยา ขนาดยา การใช้ยาตามกำหนดเวลา การใช้ยาเมื่อมีอาการ วิธีการให้คะแนน ให้ยาให้ 1 คะแนน ไม่ให้ยาให้ 0 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ใช้ยามาก และ 2) แบบประเมินการดูแลแบบประคับประคองโดยการไม่ใช้ยา ประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มด้านจิตใจและสังคม จำนวน 4 ข้อ กลุ่มด้านกาย จิต และจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ กลุ่มด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ และกลุ่มแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และอาหาร จำนวน 4 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามแบ่งออกเป็นคำตอบออกเป็น 5 ส่วน คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับตั้งแต่ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) ทุกเดือน (2 คะแนน) ทุกสัปดาห์ (3 คะแนน) ทุกวัน (4 คะแนน) แปลผลคะแนนโดย ถ้าคะแนนโดยรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีการใช้วิธีการดูแลและจัดการมาก และถ้าคะแนนโดยรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามมีการใช้วิธีการดูแลและจัดการน้อย

การประเมินภายหลังการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเป็นอย่างไร ระดับคะแนน 0-10 โดย 0 คะแนนหมายถึง ไม่รุนแรง คะแนน 10 หมายถึง รุนแรงมาก คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีระดับความรุนแรงมาก และความพึงพอใจภายหลังการจัดการ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ พอใจมาก พอใจ และไม่พอใจ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .46

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2556/625 และโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณฉะเชิงเทรา จังหวัดปทุมธานี รหัส 056 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะบอกรับหรือปฏิเสธได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับและถามความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเต็มใจจึงให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบบันทึก ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการแพทย์ ประสพการณ์การมีอาการ และวิธีการจัดการอาการโดยการเข้าและไม่เข้ายา โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) และความสัมพันธ์แต่ละประสพการณ์การมีอาการต่างๆ กับการจัดการอาการแบบเข้ายาและไม่เข้ายา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ได้แก่ การจัดการอาการแบบเข้ายา การจัดการอาการ

แบบไม่เข้ายาในกลุ่มด้านร่างกาย และการจัดการอาการแบบไม่เข้ายาในกลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และอาหาร ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ จึงใช้สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการแพทย์

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.60

เป็นเพศชาย มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 65.06 อายุเฉลี่ย 55.18 ปี (SD = 11.37) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59 ภูมิลำเนาอยู่ภาคกลาง ร้อยละ 59 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.6 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41 ไม่มีบุตรที่ต้องเลี้ยงดู ร้อยละ 62.70 มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 14,260 บาท (SD = 11,436.63) สถานภาพการเงินเพียงพอ ร้อยละ 51.80 ค่าใช้จ่ายในการรักษาใช้สิทธิ์โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 61.40 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.80 มีผู้ดูแล และเป็นคู่ชีวิต/บุตร/ธิดามากที่สุด ร้อยละ 74.70 การดูแลที่ได้รับมากที่สุดคือ การปลอบโยนและให้กำลังใจ ร้อยละ 95.20

ข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.30

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามชนิดศีรษะและคอ (cancer at head and neck) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 14.16 เดือน (SD = 19) ระยะของโรคส่วนมากพบระยะ 4 ร้อยละ 60.20 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.50 อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พบว่ามีมากที่สุดคือ สายให้อาหารทางสายยาง ร้อยละ 16.90 น้ำหนักเฉลี่ย 53.58 กิโลกรัม (SD = 11.76) ส่วนสูงเฉลี่ย 160.57 เซนติเมตร (SD = 8.44) ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 42.20 ค่าเฉลี่ย 20.84 (SD = 4.80)

ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย

1) ความชุกของอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 67.50 ปากแห้ง ร้อยละ 66.30 มองดูตนเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 65.10 ปวด ร้อยละ 61.40 และอาการอ่อนเพลีย เปลี่ยน ไม่มีแรง และน้ำหนักลด ร้อยละ 60.20 ตามลำดับ

2) ความถี่ของอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ($M = 1.88, SD = 1.44$) ปากแห้ง ($M = 1.82, SD = 1.48$) ปวด ($M = 1.70, SD = 1.54$) มองดูตนเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป ($M = 1.58, SD = 1.33$) และอาการอ่อนเพลีย เปลี่ยน ไม่มีแรง ($M = 1.55, SD = 1.46$) ตามลำดับ

3) ความรุนแรงของอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ($M = 1.48, SD = 1.18$) ปวด ($M = 1.43, SD = 1.34$) น้ำหนักลด ($M = 1.19, SD = 1.17$) ปากแห้ง ($M = 1.14, SD = 1.03$) และอาการอ่อนเพลีย เปลี่ยน ไม่มีแรง ($M = 1.13, SD = 1.10$) ตามลำดับ

4) ความทุกข์ทรมานของอาการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวด ($M = 1.23, SD = 1.37$) อาการนอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก ($M = 1.16, SD = 1.38$) อาการอ่อนเพลีย เปลี่ยน ไม่มีแรง ($M = 0.95, SD = 1.18$) ท้องผูก ($M = 0.82, SD = 1.15$) ไม่อยากอาหาร เบื่ออาหาร ($M = 0.76, SD = 1.14$) ตามลำดับ

การจัดการอาการ และสภาวะอาการหลังได้รับการจัดการอาการ

การจัดการอาการแบบใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมฤทธิ์ ร้อยละ 54.20 ส่วนกลุ่มยาที่ใช้รองลงมาคือ กลุ่มยาบำรุง ได้แก่ วิตามินรวม (multivitamin) วิตามินบีรวม (vitamin B complex) โฟลิก (folic acid) เฟอร์รัสซัลเฟต ($FeSO_4$) และแคลเซียม ($CaCO_3$) คิดเป็นร้อยละ 51.8 ยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ ร้อยละ 34.9 และยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 34.90 ตามลำดับ

การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการมากที่สุด 5 วิธี ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจ จากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้เกิดความสบายใจ การดูแลช่วยเหลือ และคำแนะนำในการดูแลตนเองได้ การออกกำลังกาย รำมวยจีน เล่นโยคะ ซี่ง การอ่านหนังสือ ธรรมะ คัมภีร์ตามศาสนาที่นับถือ และการปฏิบัติศาสนกิจ และการใช้ดนตรีบำบัด หรือฟังเพลงที่ชอบ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มของการจัดการแบบไม่ใช้ยา สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม พบว่า วิธีที่ใช้มากที่สุดในแต่ละกลุ่มมีดังนี้ กลุ่มด้านจิตใจและสังคมคือ วิธีการพูดคุย ให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้เกิดความสบายใจ ($M = 3.45, SD = 0.98$) กลุ่มด้านกาย-จิต และจิตวิญญาณคือ วิธีการอ่านหนังสือธรรมะ คัมภีร์ตามศาสนาที่นับถือ และการปฏิบัติศาสนกิจ ($M = 2.36, SD = 1.64$) กลุ่มด้านร่างกายคือ วิธีการออกกำลังกาย รำมวยจีน เล่นโยคะ ซี่ง ($M = 2.42, SD = 1.75$) และกลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพรและอาหารคือ การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($M = 3.00, SD = 1.60$) ระดับความรุนแรงของอาการภายหลังได้รับการจัดการอาการ ($M = 4.53, SD = 1.96$) และส่วนใหญ่ร้อยละ 59 พอใจภายหลังได้รับการจัดการอาการ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ประสบการณ์อาการโดยรวม ด้านร่างกาย มิติของความถี่ และความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบใช้ยา ($r_s = .24, p = .03; r_s = .32, p = .003; r_s = .25, p = .03; r_s = .24, p = .03$ ตามลำดับ) ประสบการณ์อาการโดยรวม มิติของความถี่ และความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านจิตใจและสังคม ($r = .25, p = .03; r = .24, p = .03; r = .26, p = .02$ ตามลำดับ) ประสบการณ์อาการโดยรวม และมิติของความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านกาย-จิต และจิตวิญญาณ ($r = -.24, p = .03; r = -.36, p = .001$ ตามลำดับ)

นภา ทวีรทรงกุล และคณะ

และ ประสบการณ์อาการโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ มิติของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา ในกลุ่มด้านแพทย์แผนเก่า สมุนไพร ($r_s = .24, p = .03$;

$r_s = .24, p = .03$; $r_s = .23, p = .04$; $r_s = .22, p = .04$; $r_s = .22, p = .04$; $r_s = .23, p = .04$; $r_s = .24, p = .03$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการกับการจัดการอาการรายด้าน (N = 83)

ประสบการณ์อาการ	การจัดการอาการแบบใช้ยา	การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา	การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยารายด้าน			
			กลุ่มด้านจิตใจและสังคม	กลุ่มด้านกาย-จิตและจิตวิญญาณ	กลุ่มด้านร่างกาย	กลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และอาหาร
ประสบการณ์อาการรวม	.24 [*]	.03	.25 [*]	-.24 [*]	-.06	.24 [*]
กลุ่มอาการด้านร่างกาย	.32 ^{**}	.03	.22	-.18	-.14	.24 [*]
กลุ่มอาการด้านจิตใจ	.17	.06	.16	-.19	-.02	.22 [*]

*p < .05 ** p < .01

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการในแต่ละมิติกับการจัดการอาการรายด้าน (N = 83)

ประสบการณ์อาการ	การจัดการอาการแบบใช้ยา	การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา	การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยารายด้าน			
			กลุ่มด้านจิตใจและสังคม	กลุ่มด้านกาย-จิตและจิตวิญญาณ	กลุ่มด้านร่างกาย	กลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และอาหาร
ความถี่ของอาการ	.25 [*]	.10	.24 [*]	-.13	-.01	.22 [*]
ความรุนแรงของอาการ	.24 [*]	.04	.26 [*]	-.19	-.06	.23 [*]
ความทุกข์ทรมานของอาการ	.19	-.05	.22	-.36 ^{**}	-.10	.24 [*]

*p < .05 **p < .01

การอภิปรายผล

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 ราย เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (จूरี่รัตน์ รัตน์เพ็ชร, 2556; รัตริส แผลงภูทอง, 2552; สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลของการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งศีรษะและคอ และมะเร็งปอด

ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย มีอัตราการเกิด 43.96 และ 73.15 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งศีรษะและคอคือ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2553) ประกอบกับโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่เก็บข้อมูล มีแพทย์เฉพาะทางที่ชำนาญการรักษามะเร็งหู คอ จมูกโดยเฉพาะ จึงทำให้พบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมากที่สุด สำหรับระยะเวลาในการเจ็บป่วยหลังจากวินิจฉัยพบเฉลี่ย 14.16 เดือน

ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ระยะของโรคส่วนมากพบระยะ 4 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งระยะลุกลาม และจากอาการของโรคในระยะแรกมักไม่ปรากฏอาการชัดเจน ผู้ป่วยมักพบแพทย์เมื่อโรคมีอาการลุกลามไปมากแล้ว (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554)

โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับสถิติองค์การอนามัยโลกที่ว่าประชากรวัยผู้ใหญ่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 3 คน (WHO, 2010) อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้มากที่สุดคือ สายให้อาหาร เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอมากที่สุด ผู้ป่วยมักมีก้อนมะเร็งบริเวณลำคอและทางเดินอาหารส่วนบน จึงไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ จำเป็นต้องใส่สายให้อาหารทางสายยางเพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันภาวะการขาดสารอาหาร และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ในครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 14,260 บาท สถานภาพการเงินเพียงพอ ค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นนโยบายสาธารณะของรัฐบาลเพื่อให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า อาการนอนไม่หลับมีความชุก ความถี่และความรุนแรงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, 2014) ที่พบอาการนี้ประมาณร้อยละ 24-95 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ซึ่งสาเหตุที่พบเกิดจากปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ความเครียด ความกลัวผลข้างเคียงจากการรักษา ยาบางชนิด อาการของโรคมะเร็งที่ส่งผลต่อการนอนหลับ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการปวดไม่ได้ถูกเลือกเป็นอันดับหนึ่งในมิติของความชุก ความถี่และความรุนแรง ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (กิตติกร นิลมานันต์ และคณะ, 2552; Get-

Kong et al., 2010) อาจเป็นเพราะในปัจจุบันมีการศึกษาเรื่องความปวดและการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการบริหารจัดการได้ดีขึ้น (WHO, 2010; Wu et al., 2008) นอกจากนี้อาการที่พบแตกต่างกัน อาจเกิดจากชนิดของมะเร็งที่พบแตกต่างกัน และจากความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ให้การรักษาในโรงพยาบาลในแต่ละบริบท อย่างไรก็ตาม พบว่าความปวด เป็นอาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าถึงแม้อาการปวดจะเกิดไม่บ่อยที่สุดแต่หากเกิดขึ้นแล้วจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดดังนั้นจึงควรได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการอาการแบบใช้ยา พบว่ายาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดกลุ่มคือ ยาบรรเทาอาการปวด และยาเสริมฤทธิ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบคืออาการปวดเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าก่อให้เกิดทุกข์ทรมานมากที่สุด ยาส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นยาในกลุ่มมอร์ฟีน ซัลเฟต และ ترامาดอล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (กิตติกร นิลมานันต์ และคณะ, 2551; Get-Kong et al., 2010; Lairb, Colvin, & Fallon, 2008; Pokpalagon et al., 2012) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากความปวดเป็นอาการที่มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด ผู้ป่วยจึงได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวดและยาเสริมฤทธิ์มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) พบว่า การใช้ยาแก้ปวดเป็นหัวใจสำคัญของการบรรเทาอาการปวดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และพบว่าการใช้ WHO analgesic ladder ช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้ ร้อยละ 45-100 ส่วนกลุ่มยาที่ใช้รองลงมาคือ กลุ่มยาบำรุง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งมักพบความผิดปกติของเนื้อเยื่อและเซลล์จึงทำให้เกิดอาการซีด อ่อนเพลียไม่มีแรง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าจำนวนเม็ดเลือดแดง (RBC) และเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) ต่ำผิดปกติ ซึ่งเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

เมื่อปริมาณเม็ดเลือดแดงลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ผู้ป่วยจึงได้รับวิตามินและแร่ธาตุเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาพบว่าวิธีการจัดการที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้างเพื่อให้เกิดความสบายใจ การดูแลช่วยเหลือ และคำแนะนำในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ และคณะ (Pokpalagon et al., 2012) ซึ่งพบว่า การพูดคุยกับบุคคลที่ให้อารมณ์ดีและแรงสนับสนุนเป็นวิธีที่ใช้ในการดูแลจัดการแบบไม่ใช้ยาและมีประสิทธิภาพมากที่สุด อาจเป็นเพราะเนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย ส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้ดูแลเป็นคู่ชีวิต/บุตร ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลที่ได้รับการปลอบโยนและให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดมากที่สุด

เมื่อพิจารณาตามการจัดการแบบไม่ใช้ยาทั้ง 4 กลุ่ม พบว่า วิธีการจัดการมากที่สุดในแต่ละกลุ่มคือได้รับการพูดคุย ให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้างเพื่อให้เกิดความสบายใจ วิธีการอ่านหนังสือธรรมะ/คัมภีร์ตามศาสนาที่นับถือ และการปฏิบัติศาสนากิจ วิธีการออกกำลังกาย รำมวยจีน เล่นโยคะ ชี่กง และวิธีการใช้การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติกร นิลมานิต และคณะ (2551) ซึ่งพบว่า การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนมากใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังนอ นอนหลับ ร้องเพลง การปรับความรู้สึกและอารมณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับการดูแลและรักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในประเทศไทยยังไม่มีศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม หรือศูนย์บริบาลแบบประคับประคอง รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคองในชุมชนยังไม่ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร และจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน เช่น มีหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย ที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้กำลังใจ จัดสภาพแวดล้อมสบายเหมือนอยู่ที่บ้าน มีการจัดกิจกรรมการดูแล เช่น กลุ่มสัมพันธ์หรือมิตรภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดเดียวกัน การจัดกิจกรรมสนทนากาวันในวันสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ผู้ป่วยจึงไม่ได้มีการแสวงหาการดูแลรักษาแบบอื่น จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับ และระดับความรุนแรงของอาการลดลงภายหลังได้รับการดูแล

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์อาการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบว่า ประสพการณ์อาการรวมและประสพการณ์อาการด้านร่างกาย ประสพการณ์อาการในมิติของความถี่ และความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบใช้ยา โดยยาที่ผู้ป่วยใช้ส่วนมากคือ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด และยาระบาย สอดคล้องกับการศึกษาของรติรส แมลงภูทอง และคณะ (2552) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์อาการจัดการและภาวะการทำหน้าที่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์อาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มีอาการปวดมีการใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด และมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าผู้ป่วยเผชิญประสพการณ์อาการปวดมากที่สุด และใช้ยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมฤทธิ์มากที่สุด (Get-Kong et al., 2010; Pokpalagon et al., 2012)

ส่วนประสพการณ์อาการในมิติของความถี่ และความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านจิตใจและสังคม ซึ่ง

ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีอาการบ่อยและรุนแรงมากก็ จะมีการจัดการมากขึ้น โดยวิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับสูงที่สุดคือ การพูดคุยให้กำลังใจ และประสบการณ์ อาการในมิติของความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์กัน ทางลบกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้าน กาย-จิต และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ปุกहुต และทิตยา พุฒิกามิน (2555) พบว่า การสวดมนต์สามารถลดความทุกข์ใจ และความวิตก กังวลลงได้ สำหรับประสบการณ์อาการรวมทางด้าน ร่างกายและจิตใจ ในมิติของความถี่ ความรุนแรงและ ความทุกข์ทรมาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ จัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านแพทย์แผน โบราณสมุนไพรและอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ จุไรรัตน์ ธรรมเพียร และฉวีวรรณ เจริญสม, และนิรมล พจนต์วงศ์ (2552) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มี การรับรู้ภาวะน้ำลายแห้ง จนกลืนอาหารลำบากเป็น อาการที่มีความรุนแรง จึงมีวิธีการจัดการโดยเลือกการ รับประทานอาหารที่มีลักษณะนุ่ม ชุ่มชื้น ชื่นเล็ก งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและเติมน้ำมากกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ที่มีประสบการณ์อาการที่ เกิดบ่อย มีความรุนแรง และมีอาการทางด้านร่างกาย มาก ผู้ป่วยจึงใช้การจัดการโดยการใช้อย่างมากที่สุด ร่วมกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาโดยการปรับการ รับประทานอาหารเป็นส่วนใหญ่ เพราะเป็นกิจกรรมที่ ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม และพบว่าในกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยที่ใช้ยาเสริม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพเศรษฐกิจส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ จึงอาจทำให้มีข้อจำกัด ในการใช้เงินซื้ออาหารเสริม สอดคล้องกับการศึกษา ของจรรย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานัต, และ จารุวรรณ มานะสุรการ (2556) ได้ศึกษาประสบการณ์

อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งตับ พบว่าผู้ป่วยใช้การจัดการอาการแบบ ไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพรและอาหาร โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหารเพื่อหลีกเลี่ยง อาการปวดแน่นท้อง เช่น การบริโภคอาหารโดยเพิ่ม จำนวนมื้อมากขึ้น แต่ปริมาณน้อยลงหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารย่อยยาก จำพวกเนื้อสัตว์รับประทาน ผักและผลไม้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น รังนก นม ใช้ยาสมุนไพร เช่น เห็ดหลินจือ ใบชุมเห็ด ดอกอัญชัน เพื่อแก้ท้องผูก และแก้คัน และอาจเป็นเพราะการดูแล รักษา และให้คำแนะนำในการดูแลที่มีประสิทธิภาพของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์จังหวัดพทุมธานี ซึ่ง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการรักษาที่ได้รับ และสามารถ ลดอาการในมิติความถี่ และความรุนแรงของอาการได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ ในภาพรวมของประสบการณ์อาการกับการจัดการ อาการ จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์แยกความสัมพันธ์ ในแต่ละอาการ กับการจัดการเฉพาะอาการนั้น ๆ มาเปรียบเทียบกันได้ นอกจากนี้เครื่องมือแบบบันทึก และแบบสอบถามวิธีการจัดการอาการโดยการใช้อย่าง และไม่ใช้ยา ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความเที่ยง (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .46 ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบความคงเส้น คงวาภายในของเครื่องมือ (internal consistency) ที่ต่ำกว่าค่าที่ยอมรับได้โดยทั่วไปจึงอาจต้องมีการปรับปรุง แบบสอบถามต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาสร้างแนวทางในการ ประเมินประสบการณ์อาการ และวางแผนการจัดการ

อาการให้ตรงหรือสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งให้ครอบคลุมในทุกด้านทั้งด้านร่างกาย และจิตใจตามความต้องการของผู้ป่วย

2. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional design) ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่เป็นช่วงเวลานั้น ๆ ควรมีการวิจัยแบบระยะยาว (longitudinal design) โดยเป็นการเก็บข้อมูลมากกว่าหนึ่งครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบหรือหาความสัมพันธ์กัน เพื่อทราบถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- กิตติกร นิลมานัต, พัชรี ไชยลังกา, เต็มศักดิ์ ฟังรัมย์, จันทราพรหมน้อย, กานตาวศรี ตูลาธรรมกิจ, ประจวบ หนูโอไร, และคณะ. (2552). *ประสบการณ์ช่วงสุดท้ายของชีวิต: กรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในภาคใต้*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิตติกร นิลมานัต, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, วันธนีย์ วิรุฬห์พานิช, และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2551). *รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจอาการที่บ่งบอกในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จूरีย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานัต, และจารุวรรณ มานะสุรการ. (2556). *ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จूरรัตน์รัตน์เพชร. (2556). *กลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จूरรัตน์ ธรรมเพียร, นวีวรรณ เจริญสม, และนิรมล พจน์ดวง. (2552). *ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังการรับรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งลพบุรี*. *วารสารโรคมะเร็ง*, 29(1), 3-12.

- พรชัย โอเจริญรัตน์. (2553). *มะเร็งศีรษะและลำคอ*. ภาควิชา ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 23 เมษายน 2557, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=695>
- พรทิพย์ ปุกहुต, และทิตยา พุฒิกามิน. (2555). *ผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความวิตกกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา*. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 122-130.
- รติรส แผลงภูทอง. (2552). *ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศากุน ปวีณวัฒน์, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2552). *เอกสารการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับญาติ*. การประชุมวิชาการ 4 ทศวรรษรามาริบัติ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถิติสาธารณสุขฉบับเต็มปี พ.ศ. 2554*. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2555, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.html>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.). (2554). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- Armstrong, T. S. (2003). Symptoms experience: a concept analysis. *Oncology Nursing Forum*, 30(4), 601-606.
- Chaiviboontham, S., Viwatwongkasem, C., Hanucharunkul, S., & McCorkle, R. (2011). Symptom clusters in thais with advanced cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(4), 265-277.
- Dodd, M. J., Janson, S., & Facione, N. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Get-Kong, S., Hanucharunkul, S., McCorkle, R., Viwatwongkasem, C., Junda, T., & Ittichaikulthol, W. (2010). Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(3), 219-234.

ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

- Kirou-Mauro, A. M., Hird, A., & Wong, J. (2009). Has pain management in cancer patients with bone metastases improved? A seven year review at an outpatient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management, 37*, 77-84.
- Laird, B., Colvin, L., & Fallon, M. (2008). Management of cancer pain: Basic principles and neuropathic cancer pain. *European Journal Cancer, 44*, 1078-82.
- National Cancer Institute. (2014). *Sleep disturbance in cancer patients*. Retrieved April 15, 2014, from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/sleepdisorders/HealthProfessional/page2>
- Pokpalagon, P., Hanucharunkul, S., McCorkle, R., Tongprateep, T., Patoomwan, A., & Viwatwongkasem, C. (2012). Comparison of care strategies and quality of life of advanced cancer patients from four different palliative care settings. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(4), 326-342.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics, and distress. *European Journal of Cancer, 30*(9), 1326-1336.
- Simoff, M. J., Lally, B., Slade, M. G., Goldberg, W. G., Lee, P., Michaud, G. C., et al. (2013). *Symptom management in patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer* (3rded.): American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest, 143*(5), 455S-497S.
- Suwisith, N., Hanucharunkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Thai Journal of Nursing Research, 12*(3), 153-164.
- The University of California San Francisco School of Nursing Symptom Management Faculty Group. (1994). A model for symptom management. *Image Journal of Nursing Scholarship, 26*, 272-6.
- World Health Organization. (2002). *National cancer control program: Policies and managerial guidelines* (2nded.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *WHO's pain ladder for adults*. Retrieved July 20, 2013, from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- World Health Organization. (2012). *WHO definition of palliative care*. Retrieved September 20, 2014, from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Wu, T. H., Chiu, T. Y., Tsai, J. S., Chen, C. Y., Chen, L. C. & Yang, L. L. (2008). Effectiveness of Taiwanese traditional herbal diet for pain management in terminal cancer patients. *Asia Pacific Journal Clinical Nutrition, 17*(1), 17-22.

Symptom Experiences and Symptom Management in Patients with Advanced Cancer Receiving Palliative Care

Napa Taweeyanyongkul* M.N.S. (Adult Nursing)

Suchira Chaiviboontham** Ph.D. (Nursing)

Bualuang Sumdaengrit*** Ph.D. (Nursing)

Abstract: This descriptive research aimed at 1) investigating symptom experiences of advanced cancer patients receiving palliative care, and their symptom status after symptom management and 2) exploring the relationship between each domain and each aspect of symptom experiences and symptom management. The study sample consisted of 83 patients diagnosed with all types of advanced cancer who were admitted into a hospital. Data were collected using questionnaires and were analyzed in terms of descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient. The study findings revealed that the most prevalent, frequent, and severe symptom was insomnia, and the most distressing symptom was pain. The most commonly used pharmacological symptom management was analgesic and adjuvant medication, while the most commonly used non-pharmacological management was talk and encouragement from surrounding persons for psychological comfort. Results showed that 1) overall symptom experiences, symptom frequency, and symptom severity of the physical aspect of symptom experiences were positively related to pharmacological management, 2) overall symptom experiences, symptom frequency, and symptom severity were positively related to the psychological group of non-pharmacological management, 3) overall symptom experiences and symptom distress were negatively related to the mind-body intervention and spiritual group of non-pharmacological management, and 4) overall symptom experiences, the physical aspect and the psychological aspect of symptom experiences, symptom frequency, symptom severity, and symptom distress were positively related to the traditional medicine, herbs, and diet group of non-pharmacological management. The study findings could be used as baseline information to comprehensive assessment, and its effects on patients with advanced cancer. This information can also be used to develop a care plan and seek symptom management methods that best serve the patients' needs to enhance happiness and quality of their final stage of life.

Keywords: Symptom experiences, Symptom management, Advanced cancer patients, Palliative care

*Registered Nurse (Professional level), Nursing Service Department, Taksin Hospital, Medical Service Department, Bangkok; and Master's Student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University