ปัจจัยทำนายความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก

แพงพรรณ ศรีบุญลือ พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)[1]
กาพย์ชวิน บุญเดช พย.บ.[2]
ฟ้างาม เจริญผล พ.บ.,ว.ว.[3]
ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พ.บ.,ว.ว.[4]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความปวดเป็นอาการไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยที่มีความปวดซับซ้อนมักมีอาการไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ อาจทำให้การจัดการความปวดทำได้ยากขึ้นและเปลี่ยนเป็นความปวดที่เรื้อรังและรุนแรง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายความยากในการจัดการความปวดของปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก โดยใช้โมเดลชีวะ-จิต-สังคมของความปวดเรื้อรังโดยองค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่จัดการความปวดได้ยาก จำนวน 85 ราย และ ผู้ป่วยที่สามารถจัดการความปวดได้ดี จำนวน 85 ราย ทั้งสองกลุ่มมีโรค เพศ และอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ฉบับผู้วิจัยและคณะดัดแปลงขึ้น แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปรอทวัดทุกข์มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบพหุ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.65) ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 59 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.82) เป็นโรคมะเร็งระยะท้าย (ร้อยละ 90.59) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 70.59) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยด้านเพศ กลุ่มโรคและอายุพบว่า ปัจจัยที่ร่วมทำนายความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก ได้แก่ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (OR 2.82, 95% CI= 1.0-7.67, p=.042) ความวิตกกังวลของครอบครัว (OR 11.45, 95% CI= 5.58-23.53, p<.001) การขาดแหล่งสนับสนุน (OR 4.94, 95% CI=1.35-18.01, p=.016) ปัญหาด้านจิตใจ (OR 4.72, 95% CI= 2.39-9.33, p<.001) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ (OR 15.61, 95% CI=5.24-46.50, p <.001) และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (OR 7.43, 95% CI=3.06,-18.03, p<.001)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลและทีมสุขภาพในการประเมินทุกมิติของผู้ป่วยที่มีความปวดที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก และให้การดูแลจัดการความปวดอย่างเป็นองค์รวม เพื่อลดความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วย

คำสำคัญ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ความปวด การจัดการ ทีมประคับประคอง

วันที่ได้รับ 26 ม.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 3 พ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 23 ก.ค. 67

[1] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: paenth@kku.ac.th*

[2] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

[3] *อาจารย์ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

[4] *รองศาสตราจารย์ ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v39i03.267495

Factors Predicting the Difficulty of Pain Management in Patients Receiving First Palliative Care Consultation

Paengpan Sribunlue M.N.S.[1]
Kapchawin Boondet R.N.[2]
Fa-ngam Charoenpol M.D.[3]
Srivieng Pairojkul M.D.[4]

Extended Abstract

Introduction Pain is a common symptom in palliative care patients. Those with complex pain suffer both physically and psychologically. Without holistic care, pain management becomes increasingly difficult, often resulting in chronic, and severe pain.

Objectives This study aimed to investigate the joint predictive ability of psychological, social, and spiritual factors in predicting the difficulty of pain management in patients with first-time palliative care consultation, using the World Health Organization's bio-psycho-social model of chronic pain as the conceptual framework.

Design This research employed a retrospective matched-case control study.

Methodology This study included 85 patients with difficulty in pain management and 85 patients with effective pain management. Both groups had no significant differences in principal diagnosis, gender, and age. Data were collected using a demographic form and a modified distress thermometer assessment questionnaire divided into three parts: psychological, social, and spiritual. The content validity index was .90, and the reliability coefficient of the questionnaire, measured by Cronbach's alpha, was .75. Descriptive and inferential statistics, including Chi-square tests and Multiple logistic regression, were used for data analysis.

Results Most participants were male (57.65%), with a median age of 59. Most of them were married (68.82%). After controlling for principal diagnosis, gender, and age, factors that jointly predicted difficulty in pain management were economic problems (OR 2.82, 95% CI= 1.0-7.67, p=.042), family anxiety (OR 11.45, 95% CI= 5.58-23.53, p<.001), lack of support (OR 4.94, 95% CI=1.35-18.01, p=.016), psychological problems (OR 4.72, 95% CI= 2.39-9.33, p<.001), spiritual problems (OR 15.61, 95% CI= 5.24-46.50, p <.001), and unmet needs (OR 7.43, 95% CI=3.06-18.03, p<.001).

Recommendation The findings of this study suggest that nurses and healthcare teams should assess all dimensions of patients experiencing pain during their first consultation with palliative care and provide holistic pain management to reduce the difficulty in managing pain.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 313-327

Keywords physical factors/ psychological factors/ social factors/ spiritual factors/ pain/ management/ palliative care team

Received 26 January 2024, Revised 3 May 2024, Accepted 23 July 2024

[1] *Corresponding author, Registered Nurse (Practitioner level), Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand E-mail: paenth@kku.ac.th*

[2] *Registered Nurse (Professional level), Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand*

[3] *Lecturer, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand*

[4] *Associate Professor, Karunruk Palliative Care Excellent Center, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือโรคที่จำกัดอายุขัย โดยมุ่งเน้นดูแลคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลดเปลื้องความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว[1] เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อใช้ในการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้วัดที่สำคัญคือคุณภาพการดูแลความปวด เนื่องจากความปวดเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย โดยกำหนดมาตรฐานคือให้การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพภายใน 48 ชั่วโมงหลังเริ่มให้การดูแล[2,3]

ความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค เช่น ในกลุ่มโรคมะเร็งสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรคหรือเซลล์ก้อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะ การแพร่กระจายของตัวโรค โดยสามารถพบได้มากถึงร้อยละ 40–70[4] และในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะโรคหัวใจวาย โรคปอดเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตวาย ก็มีความปวดได้เช่นเดียวกัน ความปวดที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน เมื่อความปวดนั้นทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และต่อคุณภาพชีวิต[4,5] ความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อผู้ป่วยคือร่างกายจะมีการตอบสนองทั้งการทำงานของระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง มีการขยายสัญญาณความปวดทำให้กลายเป็นความปวดเรื้อรังที่มีความรุนแรงมากขึ้นและมีความยากต่อการจัดการความปวดนั้น ๆ ให้ลดลงหรือหมดไป[6] ที่สำคัญเมื่อความปวดที่เรื้อรังและมีความรุนแรงยังคงอยู่กับผู้ป่วยจะส่งผลกระทบอื่น ๆ ตามมา ดังเช่น ด้านร่างกายทำให้นอนไม่ได้ อ่อนเพลีย ไม่อยากรับประทานอาหาร ด้านจิตใจอาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า คิดอยากตายเพราะเกรงกลัวต่อความทุกข์ทรมานจากความปวด[7] ทางด้านสังคมทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เนื่องจากต้องนอนติดเตียงตลอดเวลา[8] ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะจิตสังคมและจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง ซับซ้อนและจัดการยากจะมีความทุกข์ทั้งทางกายและทางใจประกอบกัน[4,6] ความปวดของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัว[8] ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลใจที่เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย[8,9] และทำให้การรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้นเนื่องจากไม่สามารถคุมความปวดได้ทีมสุขภาพไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานเป็นการลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีกับครอบครัว[10]

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นศูนย์การดูแลเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และนักโภชนบำบัด มีเป้าหมายเพื่อให้และผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การติดตามประสิทธิภาพของการจัดการทั้งทางกายและทางใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดเพราะเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยระยะท้าย[11] จากสถิติพบว่ามีผู้ป่วยเข้ามารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่าในปีพ.ศ. 2563–2565 มีจำนวน 1,264 1,313 และ 1,363 รายต่อปี ตามลำดับ และมีการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพใน 48 ชั่วโมงหลังการปรึกษา ร้อยละ 90.3, 85.84, 88.99 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการคุมความปวดได้ดีมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความปวดได้ยากมีจำนวนมากขึ้นทุกปี นอกเหนือจากอาการไม่สุขสบายทางกายที่ต้องได้รับ

การดูแลและจัดการ ยังมีอาการไม่สุขสบายทางใจร่วมด้วย โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างมากร้อยละ 7.01 และอยู่ในภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.27

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะได้รับการประเมินและดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 9 มิติ[12] ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย อาการทางกาย อาการด้านจิตใจ ความสามารถในการตัดสินใจ การได้รับข้อมูล ความต้องการทางสังคม ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความต้องการความช่วยเหลือดำรงชีพ และการคาดการณ์เกี่ยวกับอาการที่จะเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต ถึงแม้จะได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังจัดการความปวดได้ยาก จากการทบทวนวรรณกรรม[4,7,8] พบว่าความปวดส่งผลต่อจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ในทางกลับกันหากแต่ละปัจจัยมีความรุนแรงหรือมีหลายปัจจัยที่ยังมีปัญหาส่งเสริมสนับสนุนกันและยังไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลต่อความปวดที่มีอยู่นั้นจัดการอาการได้ยาก ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดโอปิออยด์[13,14] การช่วยเหลือหรือป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นทำให้ความปวดจัดการได้ดีขึ้น[13] ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินและให้การดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองที่ส่งปรึกษาศูนย์การุณรักษ์ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการประเมินและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายความยากในการจัดการความปวดของปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด The biopsychosocial model of chronic pain[15] เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กล่าวคือ การรับรู้ความเจ็บปวดเป็นการทำงานร่วมกันที่ซับซ้อน สมองทำหน้าที่ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และปัจจัยด้านจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อวิธีการถ่ายทอดความเจ็บปวดและประสบการณ์จัดการกับความทุกข์ทรมานทำให้ความปวดจัดการได้ยากกลายเป็นความปวดเรื้อรัง

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (effective pain management) คือการที่ผู้ป่วยประสบความทุกข์ทรมานจากความปวด (patients suffering from pain) และเข้าสู่การจัดการความปวดแล้วความปวดลดลงจากการประเมินครั้งแรกร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ตามดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการลดปวด[2] อย่างไรก็ตาม หากความปวดไม่ลดลงตามเกณฑ์ดังกล่าว จึงเป็นความยากในการจัดการความปวด (difficulty of pain management) ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านร่างกาย (physical factors) ได้แก่ เพศ (gender) อายุ (age) การวินิจฉัยหลัก (primary diagnosis) 2) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ (mental and emotional problems) คือ ความกลัว (fear) ความกระวนกระวาย (distress) ความเศร้าเสียใจ (sorrow) ความกังวล (anxiety) ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจ (bored/disinterest) 3) ปัจจัยด้านสังคม (social factors) ได้แก่ ความวิตกกังวลของ

ครอบครัว (family anxiety) ปัญหาเศรษฐกิจ (economic problem) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล (family caregiver burden) การขาดการสนับสนุน (lack of support) และ 4) ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ (spiritual factors) ได้แก่ ปัญหาด้านจิตวิญญาณ (spiritual problem) ปัญหาความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs) ซึ่งทำให้การจัดการความปวดได้ดี (effective pain management) หรือการจัดการความปวดยาก (difficulty of pain management) (Figure 1)

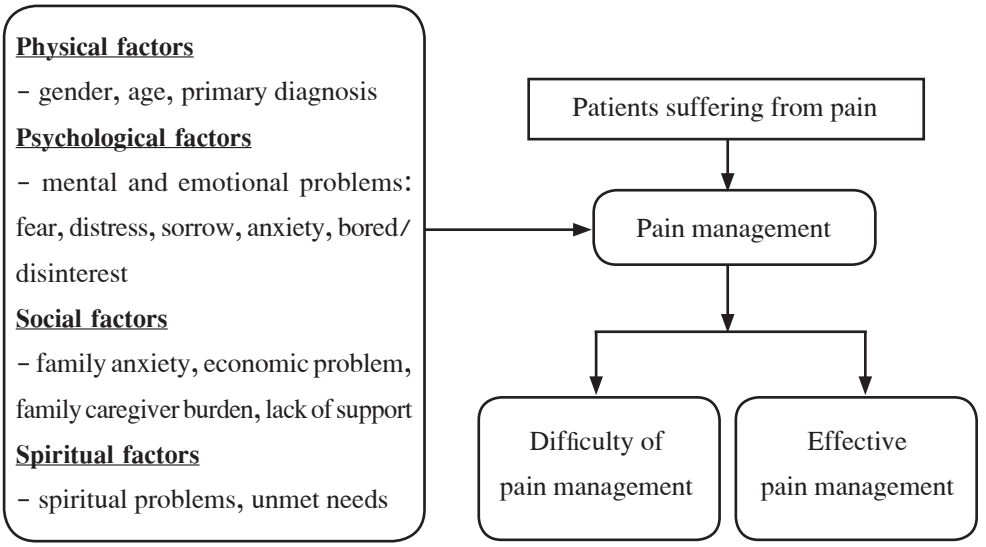


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา (Retrospective matched-case control study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมประคับประคองเป็นครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมประคับประคองการุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยในช่วงระยะเวลาดังกล่าวนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากทีมประคับประคองศูนย์การุณรักษ์ที่มีคะแนนปวดครั้งแรกในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 950 ราย

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) **กลุ่มศึกษา (Case)** เป็นผู้ป่วยที่จัดการความปวดยาก ประเมินด้วย numeric rating pain scale โดยมีคะแนนปวดแรกรับในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนและหลังให้การดูแลโดยทีมประคับประคองคะแนนความปวดลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมงแรกภายหลังการรับปรึกษาเป็นครั้งแรก

2) **กลุ่มควบคุม (Control)** เป็นผู้ป่วยที่จัดการความปวดได้ดี ประเมินด้วย numeric rating pain scale มีคะแนนปวดแรกรับในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ

4 คะแนน หลังให้การดูแลโดยทีมประคับประคอง คะแนนความปวดลดลงได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการรับปรึกษาโดยการจับคู่ (matching) กับกลุ่มศึกษาตามเพศ กลุ่มโรค และอายุที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี

เกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ที่มีผลต่อการควบคุมการปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดและได้รับคำปรึกษาโดยทีมประคับประคอง จึงมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินโดยวิธีการจับคู่ (matching) เพื่อให้ตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันโดยผู้วิจัยเลือกจับคู่แบบ 1 ต่อ 1 และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (homogeneity)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอผู้วิจัยใช้สัดส่วน Case: Control เป็น 1:1 ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_{case} = \frac{(M+1)\left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}(1+\psi)+2z_{1-\beta}\sqrt{\psi}}{\psi-1}\right]^2}{2Mk(\psi+1)\bar{\pi}_p(1-\bar{\pi}_p)}$$

$$k = 1/[1+(\psi-1)\bar{\pi}_p], \quad M = controls : case$$

$$\psi = OR., \quad \bar{\pi}_p = p(exposure)$$

p สัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา[16] เท่ากับ 0.3

Odds ratio ของตัวแปรที่สนใจจะศึกษา จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา[16] เท่ากับ 4.199

Z ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ยอมรับได้ กำหนดค่า α เท่ากับ .05 (Z= 1.96)

β ค่าความเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Type II error) กำหนดค่าเท่ากับ .10 (β =1.28)

แทนค่าตามสูตรในโปรแกรมวิเคราะห์ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยแบบ Matched case control ในโปรแกรม n4Studies Plus[17] ได้จำนวนตัวอย่าง 50.16 หรือ 51 ราย ต่อกลุ่ม

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังคำนึงถึงขนาดของตัวอย่างที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ Multiple logistic regression จึงได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรดังนี้

$$n_1 = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1)+\frac{P_2(1-P_2)(1-B)}{B}}\right]^2}{(1-B)(P_1-P_2)^2}$$

$$P = (1-B)P_1 + BP_2$$

$$n_p = \frac{n_1}{1-\rho^2_{1.2\ldots p}}$$

Z ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ยอมรับได้ กำหนดค่า α เท่ากับ .05 (Z= 1.96)

β ค่าความเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Type II error) กำหนดค่าเท่ากับ .95 (β =1.64)

P1 สัดส่วนผู้ที่ได้รับการปรึกษาจากทีม Palliative care แล้วควบคุมความปวดได้[16] เท่ากับ 0.7

P2 สัดส่วนผู้ที่ได้รับการปรึกษาจากทีม Palliative care แล้วควบคุมความปวดไม่ได้[16] เท่ากับ 0.3

แทนค่าตามสูตรในโปรแกรมวิเคราะห์ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression ในโปรแกรม n4Studies Plus[17] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 91.6 หรือ 92 ราย

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างทั้งสองวิธีข้างต้น พบว่า จำนวนตัวอย่างของกลุ่มศึกษา จำนวน 85 ราย และกลุ่มควบคุม 85 ราย รวมทั้งสิ้น 170 ราย เพียงพอสำหรับการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ การวินิจฉัยโรคหลักมะเร็ง/ไม่ใช่มะเร็ง การมีโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ (Distress thermometer) สร้างขึ้นโดย Roth และคณะ ในปี ค.ศ. 1998[18,19] และได้รับการพัฒนาต่อโดย National Comprehensive Cancer Network (NCCN) พัฒนาฉบับภาษาไทยโดยภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์และสาวิตรี เจติยานุวัตร ใช้ในการคัดกรองความทุกข์ใจของผู้ป่วย สามารถช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้อง[20] เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ด้านคือด้านที่ 1 เป็นปรอทวัดทุกข์โดยจะให้ผู้ป่วยวงกลมตัวเลข 1–10 ที่บอกความรู้สึกทุกข์ใจในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้ดีที่สุด โดย 0 คือ ไม่ทุกข์เลย จนถึง 10 คือ มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส และด้านที่ 2 เป็นการระบุปัจจัยที่สร้างภาวะความทุกข์ใจ โดยแบ่ง เป็น 5 หัวข้อ ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านอารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา ปัญหาทางกายและการใช้ชีวิตประจำวัน รวม 21 อาการ ที่พบว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในส่วนนี้ผู้ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการทำเครื่องหมายหน้าหัวข้อที่เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะทุกข์ใจของผู้ป่วย

ผู้วิจัยและคณะได้ประยุกต์แบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ฉบับเดิมส่วนที่ 2 ตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวมแบบ 9 มิติ[12] เกณฑ์การพิจารณาปัจจัยของแต่ละด้านต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่าเข้าเกณฑ์ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ปัญหาด้านจิตใจ/อารมณ์ เช่น ความหวาดกลัว ความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความกังวล ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจ 2) ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัญหาในครอบครัว ได้แก่ ความวิตกกังวลของครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนบอกว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น ปัญหาการเงิน/ค่าใช้จ่าย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล เช่น ไม่อยากดูแลผู้ป่วย และปัญหาด้านขาดแหล่งสนับสนุน เช่น ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ไม่มีเพื่อนบ้านหรือทีมสุขภาพที่ให้การช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และ 3) ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ เป็นการตอบสนองด้านศาสนา ความเชื่อ เช่น ไม่สามารถทำตามประเพณีพิธีกรรม ความเชื่อไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ และปัญหาด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ฉบับประยุกต์โดยผู้วิจัยและคณะ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการที่ประยุกต์จากแนวคิดของแฮมเบลตันและคณะ[20,21] ได้ค่า content validity index เท่ากับ .90 จากนั้นผู้วิจัยปรับข้อคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามปรอทวัดทุกข์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษา

ทีมประคับประคองเป็นครั้งแรก ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรมคือ HE661384 รับรองเมื่อ วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ เพื่อป้องกันการลุกล้ำความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอรับการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ในการเข้าถึงข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของศูนย์การุณรักษ์เวชระเบียนผู้ป่วย และระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ลงข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลของงานวิจัย เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลารวม 19 เดือน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยคนเดียวในผู้ป่วยทุกรายในช่วงเวลาดังกล่าว โดยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้า จำนวน 170 ราย แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา จำนวน 85 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 85 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่มีผลต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองเป็นครั้งแรก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และ การวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) แบบ backward

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจากศูนย์การุณรักษ์ที่มีคะแนนความปวดครั้งแรกในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จำนวน 170 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.65) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 42.35) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.82) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 25.29) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 20.59) และรับราชการ (ร้อยละ 11.76) ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะท้าย (ร้อยละ 90.59) และไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 70.59) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1)

Table 1 Comparisons of demographic data between case (n=85) and control (n=85) groups using Chi-square test (n=170)

Characteristic	Total n (%)	Case n (%)	Control n (%)	p-value
Age; Median (IQR)	59 (50, 68)	59 (50, 68)	60 (50, 68)	.940
Gender				
Male	98 (57.65)	49 (57.65)	49 (57.65)	.999
Female	72 (42.35)	36 (42.35)	36 (42.35)	

Table 1 Comparisons of demographic data between case (n=85) and control (n=85) groups using Chi-square test (n=170) (Cont.)

Characteristic	Total n (%)	Case n (%)	Control n (%)	p-value
Marital status				
Single	22 (12.94)	12 (14.12)	10 (11.76)	
Married	117 (68.82)	58 (68.24)	59 (69.41)	.473
Widowed	20 (11.76)	8 (9.41)	12 (14.12)	
Divorced/ separated	11 (6.47)	7 (8.24)	4 (4.71)	
Occupation				
Civil servant	20 (11.76)	11 (12.94)	9 (10.59)	
Pensioner	18 (10.59)	6 (7.06)	12 (14.12)	
Agriculture	43 (25.29)	19 (22.35)	24 (28.24)	
Merchant	17 (10.00)	11 (12.94)	6 (7.06)	.123
Monk	4 (2.35)	2 (2.35)	2 (2.35)	
Employee	20 (11.76)	15 (17.65)	5 (5.88)	
Unemployed	35 (20.59)	17 (20.00)	18 (21.18)	
Other	13 (7.65)	4 (4.71)	9 (10.59)	
Principle diagnosis				
Non-cancer	16 (9.41)	8 (9.41)	8 (9.41)	.999
Cancer	154 (90.59)	77 (90.59)	77 (90.59)	
Comorbidity				
No	120 (70.59)	63 (74.12)	57 (67.06)	.313
Yes	50 (29.41)	22 (25.88)	28 (32.94)	

ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยที่จัดการความปวดยาก มีปัญหามากที่สุดด้านจิตใจ (ร้อยละ 54.12) ด้านสังคม โดยมีความวิตกกังวลของครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 80.00) และปัญหาด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 43.53) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่สามารถจัดการความปวดได้ดี พบปัญหาด้านจิตใจ (ร้อยละ 20.00) ด้านสังคมโดยมีความวิตกกังวลของครอบครัว (ร้อยละ 25.88) และด้านจิตวิญญาณโดยความต้องการด้านจิตวิญญาณ (ร้อยละ 4.71) และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (ร้อยละ 8.24) แตกต่างจากผู้ป่วยที่จัดการความปวดยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ยกเว้นความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่จัดการความปวดยากและผู้ป่วยที่สามารถจัดการความปวดได้ดี พบปัญหามากที่สุดสองอันดับแรกเช่นเดียวกันคือ ความวิตกกังวลของครอบครัวและปัญหาด้านจิตใจ (Table 2)

Table 2 Comparisons of psychological, social, and spiritual factors between case (n = 85) and control (n = 85) groups using Chi-square test

Factors	Total n (%)	Case n (%)	Control n (%)	p-value
Psychological factors				
Psychological problem	63 (37.06)	46 (54.12)	17 (20.00)	<.001
Social factors				
Family anxiety	90 (52.94)	68 (80.00)	22 (25.88)	<.001
Financial problem	21 (12.35)	15 (17.65)	6 (7.06)	.036
Caregiver burden	9 (5.29)	6 (7.06)	3 (3.53)	.496
Lack of support	16 (9.41)	13 (15.29)	3 (3.53)	.009
Spiritual factors				
Spiritual need	41 (24.12)	37 (43.53)	4 (4.71)	<.001
Unmet need	41 (24.12)	34 (40.00)	7 (8.24)	<.001

ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบพหุ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความยากในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัว ความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความกังวล ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจ (OR 4.72, 95% CI= 2.39-9.33, p<.001) ปัจจัยด้านสังคม คือ ความวิตกกังวลของครอบครัว (OR 11.45, 95% CI= 5.58-23.53, p<.001) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ปัญหาการเงิน/ค่าใช้จ่าย (OR 2.82, 95% CI= 1.0-7.67, p=.042) ปัญหาด้านขาดแหล่งสนับสนุน เช่น ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น ไม่มีเพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพ ให้การช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (OR 4.94, 95% CI=1.35-18.01, p=.016) และปัจจัยด้านจิตวิญญาณ คือ มีปัญหาด้านจิตวิญญาณเป็นการตอบสนองด้านศาสนา ความเชื่อ จิตวิญญาณ เช่น ไม่สามารถทำตามประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ (OR 15.61, 95% CI= 5.24-46.50, p <.001) มีปัญหาด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ มีสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (OR 7.43, 95% CI=3.06-18.03, p<.001) (Table 3)

Table 3 The associations of psychological, social, spiritual factors and the difficulty of pain management in patients receiving first palliative care consultation using Multiple Logistic Regression (n=170)

Individual factors	Odds ratio	95%CI	p-value
Age (years)	1	0.98 - 1.02	.941
Gender			
Male	Ref.		
Female	1	0.54 - 1.84	.999
Cancer			
No	Ref.		
Yes	1	0.36 - 2.80	.999
Comorbidity			
No	Ref.		
Yes	1.41	0.72 - 2.73	.313

Table 3 The associations of psychological, social, spiritual factors and the difficulty of pain management in patients receiving first palliative care consultation using Multiple Logistic Regression (n=170) (Cont.)

Individual factors	Odds ratio	95%CI	p-value
Psychological factor			
- Psychological problem			
No	Ref.		
Yes	4.72	2.39 - 9.33	<.001
Social factors			
- Family anxiety			
No	Ref.		
Yes	11.45	5.58 - 23.53	<.001
- Economic problem			
No	Ref.		
Yes	2.82	1.04 - 7.67	.042
- Caregiver burden			
No	Ref.		
Yes	2.08	0.50 - 8.59	.313
- Lack of support			
No	Ref.		
Yes	4.94	1.35 - 18.01	.016
Spiritual factors			
- Spiritual problem			
No	Ref.		
Yes	15.61	5.24 - 46.50	<.001
- Unmet needs			
No	Ref.		
Yes	7.43	3.06 - 18.03	<.001

Hosmer-Lemeshow Chi-square = 4.56, p > .05; -2 log likelihood = -115.557; Pseudo R^2 = .318; Ref.: Reference

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตวิญญาณ สามารถอภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองมีความปวด เป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการรับรู้ สมองทำหน้าที่ประมวลผลการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ผู้ป่วยจึงรับรู้ความปวด เมื่อความปวดรุนแรงมากขึ้น ความปวดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความหวาดกลัว ความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย/ไม่สนใจในกิจวัตรทั่วไป ปัญหาด้านสังคมคือ มีปัญหาด้านครอบครัววิตกกังวล มีปัญหา

ด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาในชีวิตประจำวัน เช่น มีปัญหาการเงิน/ค่าใช้จ่าย มีปัญหาด้านขาดแหล่งสนับสนุน เช่น ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น ไม่มีเพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพให้การช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล และมีปัญหาด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็นการตอบสนองด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ เช่น ไม่สามารถทำตามประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อ ไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ มีปัญหาด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ มีสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง หากบางปัญหาหรือทุกปัญหาไม่ได้รับการจัดการ จะทำให้ความปวดที่มีอยู่จัดการได้ยากขึ้น

ปัจจัยด้านจิตใจส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความหวาดกลัว ความกระวนกระวาย ความเศร้าเสียใจ ความกังวลใจ โดยปัญหาด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 4.72 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[22] พบว่าการจัดการความปวดที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจซึมเศร้าที่รักษาไม่หาย และการศึกษาแบบพหุสถาบัน[23] ที่พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีความทุกข์ทางใจ (psychological distress) หรือโรคร่วมของความทุกข์ทางใจ ต้องใช้ระยะเวลานานในการควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านสังคมที่ส่งผลต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลของครอบครัว เป็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความเจ็บป่วยหรือความปวดของผู้ป่วยที่มีมากกว่าปกติ ความวิตกกังวลของครอบครัวในระดับปกติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และเป็นแรงกระตุ้นในการดูแลผู้ป่วย แต่หากมากเกินกว่าปกติ ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยหรืออาการไม่สุขสบายของตัวเองทำให้ครอบครัววิตกกังวลมาก[24] อาจเป็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นสิ่งกระตุ้นที่คอยย้ำเตือนให้ผู้ป่วยนึกถึงปัญหานี้อยู่เสมอจึงมีผลต่อการจัดการความปวดได้ยาก โดยความวิตกกังวลของครอบครัวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 11.45 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความล้มเหลวของการระบุปัญหาและให้การเยียวยาความเครียดทางใจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ความปวดควบคุมได้ยาก[13] 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เมื่อมีสมาชิกที่เจ็บป่วย อาจจะเป็นสมาชิกครอบครัวหรือหัวหน้าครอบครัว ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้ป่วย หรือเมื่อสมาชิกเป็นเสาหลักของครอบครัว การเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถหารายได้ได้เช่นเดิม โดยปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 2.82 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความวิตกกังวลมีผลต่อความยากในการจัดการความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[24] และ 3) การขาดแหล่งสนับสนุนคือ ไม่มีผู้ดูแลและช่วยเหลือด้านการดูแล ไม่มีแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น ไม่มีเพื่อนบ้านหรือทีมสุขภาพที่ให้การช่วยเหลือ ไม่มีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น โดยการขาดแหล่งสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 4.94 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเวียง ไพโรจน์กุล ที่พบว่าการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นจะทำให้

การวางแผนจำหน่ายราบรื่นและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล[25] อธิบายได้ว่าการมีทีมสุขภาพที่สามารถติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การมีอุปกรณ์การแพทย์เพื่อสนับสนุนการดูแล เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสบายใจ คลายความกังวลได้

ปัจจัยด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดผู้ป่วยที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก ได้แก่ 1) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ไร้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจ มองชีวิตไร้คุณค่า ไม่มีความภาคภูมิใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงในทางลบ โดยปัญหาด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 15.61 เท่า และ 2) ปัจจัยด้านความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง มีสิ่งค้างคาที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น การกระทำตามความเชื่อ พิธีกรรม ทำตามความฝัน หรือสิ่งที่ปรารถนา การแสดงออกซึ่งความรัก การขออภัย การอโหสิกรรม โดยปัญหาความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสเกิดความยากในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น 7.43 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดทางกายได้ดีอาจเกิดจากปัญหาด้านจิตวิญญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง[26] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยด้านสังคมไม่ส่งผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคอง ซึ่งประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษา[22] ที่พบว่าการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ไม่ดีไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นภาระการดูแลของครอบครัว

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลทุติยภูมิ ทำให้กลุ่มศึกษามีจำนวนจำกัด จึงใช้สัดส่วนของกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1:1 ในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการศึกษานี้ยืนยันข้อค้นพบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีผลต่อความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพควรประเมินในทุกมิติของผู้ป่วยที่มีความปวดที่ปรึกษาทีมประคับประคองครั้งแรก และให้การดูแลจัดการความปวดอย่างเป็นองค์รวม เพื่อลดความยากในการจัดการความปวดของผู้ป่วย

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการความปวดของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวที่เอื้อเฟื้อให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ขอบคุณงานระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอบคุณหัวหน้างานทุกภาคส่วนที่สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยนี้

References

1. National Health Commission Office. The operational definition of terms related to palliative care for Thailand. Bangkok: Special Health Bulletin; 2019. (in Thai)

2. Pairojkul S, Piasupun P. Quality Standards for Palliative Care. 3rd ed. Khon Kaen: Karunruk Palliative Care Excellence Center, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2021.
3. Silva MADS, Diniz MA, Carvalho RT de, Chiba T, Mattos-Pimenta CA de. Palliative care consultation team: symptom relief in the first 48 hours of hospitalization. Rev Bras Enferm. 2020;73(6): e20190391. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0391 PMID: 32785516
4. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. Phys Ther. 2011;91(5): 700-11. https://doi.org/10.2522/ptj.20100330 PMID: 21451097
5. Palliative Care Guidelines Pocket Edition 2010. 3rd ed. Edinberg: NHS Lothian; 2013.
6. Raksasatay A. Module 2 Pain Management. In Srivieng Pairojkul and Napa Limratana,editors. Training of the Trainers in Palliative Care. 1st ed. Khon Kaen: Klungnana;2017. p 12-15. (in Thai)
7. MacLeod R, Vella-Brincat J, Macleod S. The palliative care handbook. 7th ed. Sydney Australia: Hammond Press; 2014.
8. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain:current state of the science. J Pain. 2004 May;5(4):195-211. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576 PMID: 15162342
9. Ko HJ, Seo SJ, Youn CH, Kim HM, Chung SE. The Association between Pain and Depression, Anxiety, and Cognitive Function among Advanced Cancer Patients in the Hospice Ward. Korean J Fam Med. 2013;34(5):347-56. https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.5.347 PMID: 24106587
10. Puengsook W, Kanthawee P, Markmee P. Factors associated with quality of life among cancer patients with palliative care at the end of life residing in Chiang Rai province. Nurs J Minist Public Health. 2019;29(2):116-128. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/214903
11. Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Faculty of medicine, Khon Kaen University. Handbook for Palliative Guidelines. 1st ed. Khon Kaen:Klungnana; 2017. (in Thai)
12. Bualakorn N. Module 1 Palliative Care Concept and Assessment. In: Pairojkul S, Limratana N, editors. Training of the Trainers in Palliative Care. 1st ed. Khon Kaen: Klungnana; 2017. (in Thai)
13. Roger W. Cancer pain. 5th ed. Australia: Asperula Pty Ltd; 2010.
14. Lucenteforte E, Vagnoli L, Pugi A, Crescioli G, Lombardi N, Bonaiuti R, et al. A systematic review of the risk factors for clinical response to opioids for all-age patients with cancer-related pain and presentation of the paediatric STOP pain study. BMC Cancer. 2018;18(1):568. Available from: https://d-nb.info/1163456195/34
15. Gatchel, R. J., Ray, C. T., Kishino, N., & Brindle, A. The biopsychosocial model. The Wiley encyclopedia of health psychology, (2020);1-8.
16. Ko HJ, Seo SJ, Youn CH, Kim HM, Chung SE. The association between pain and depression, anxiety, and cognitive function among advanced cancer patients in the hospice ward. Korean J Fam Med. 2013;34(5): 347-56. https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.5.347 PMID: 24106587
17. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies Plus: application for sample size calculation in health science research. Version 1.4. [n.p.]: App store; 2024.

18. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma A Pilot Study. Cancer. 1998;82(10):1904-8. https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19980515)82:10<1904::aid-cncr13>3.0.co;2-x PMID: 9587123
19. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. Cancer. 2005;1;103(7):1494-502. https://doi.org/10.1002/cncr.20940 PMID: 15726544
20. Laurujisawat P, Jetiyanuwat S. Validity of the Thai Version of the Distress Thermometer. J Psychiatr Assoc Thailand. 2013;58(3):257-70. Available from: https:// www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-3/04-Sawitree.pdf
21. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007.
22. Lee YP, Wu CH, Chiu TY, Chen CY, Morita T, Hung SH, et al. The relationship between pain management and psychospiritual distress in patients with advanced cancer following admission to a palliative care unit. BMC palliative care. 2015;14:69. https://doi.org/10.1186/s12904-015-0067-2 PMID: 26626728
23. Fainsinger RL, Nekolaichuk CL, Lawlor PG, Neumann CM, Hanson J, Vigano A. A Multicenter Study of the Revised Edmonton Staging System for Classifying Cancer Pain in Advanced Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2005 Mar 1;29(3):224-37. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.05.008 PMID: 15781173
24. Hudson PL, Thomas K, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. J Pain Symptom Manage. 2011 Mar;41(3):522-534. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006 PMID: 21123026
25. Pairojkul S. Home-based palliative care: making it happen. In Lakshmi Chanwet and Dusit Staworn, editors. 2013. The dawn of palliative care in Thailand. Bangkok:Beyound enterprise. p 67-75 . (in Thai)
26. Brunjes GB. Spiritual pain and suffering. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11 Suppl 1:31-6. PMID: 20590346