



ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

Health Literacy of Pain Management in Older Patients with Cancer

นุสรา ประเสริฐศรี¹ ยศพล เหลืองโสมนภา² ชลียา วามะลุน³ โสภิต ทับทิมหิน³ ศรีสุดา งามขำ⁴

พิริยลักษณ์ ศิริสุภลักษณ์⁵ วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์¹ อภิรดี เจริญนุกุล¹

Nusara Prasertsri¹ Yosapon Leaungsomnapa² Chaliya Wamalun³ Sopit Taptimhin³ Srisuda Ngamkham⁴

Piriyaluk Sirisupaluk⁵ Wilailuk Tiyanan¹ Apiradee Chareannukul¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ⁴คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

⁵คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

² Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

³ Ubonratchathani Cancer Hospital ⁴ Nursing Faculty, Panyapiwat Institute of Management

⁵ Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

Corresponding author: Yosapon Leaungsomnapa; Email: cardionursing@hotmail.com

Received: August 30, 2023 Revised: November 19, 2023 Accepted: November 30, 2023

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อสถานะสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความปวดจากโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาล 4 แห่ง จำนวน 880 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณลักษณะเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง และแบบสอบถามความปวด Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย เครื่องมือวิจัยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91-1.0 และค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ผลกระทบของความปวดมีผลต่อการนอนหลับมากที่สุด การจัดการความปวดส่วนใหญ่เป็นการใช้ยา ผลการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 5.1 การจัดการความปวดยังไม่เพียงพอ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผน ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; การจัดการความปวด; มะเร็ง; ผู้สูงอายุ



Health Literacy of Pain Management in Older Patients with Cancer

Nusara Prasertsri¹ Yosapon Leaungsomnapa² Chaliya Wamalun³ Sopit Taptimhin³ Srisuda Ngamkham⁴

Piriyaluk Sirisupaluk⁵ Wilailuk Tiyanpan¹ Apiradee Chareannukul¹

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

² Prapokklao Nursing College, Chanthaburi, Nursing Faculty, Praboromarajchanok Institute

³ Ubonratchathani Cancer Hospital ⁴ Nursing Faculty, Panyapiwat Institute of Management

⁵ Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

Corresponding author: Yosapon Leaungsomnapa; Email: cardionursing@hotmail.com

Received: August 30, 2023 **Revised:** November 19, 2023 **Accepted:** November 30, 2023

Abstract

Health literacy affects health status and health outcomes. Cancer pain is a major problem in older patients with cancer. This cross-sectional descriptive research study aimed to investigate health literacy, pain intensity, pain perception and pain management in older patients with cancer. The sample consisted of 880 older patients with cancer who were registered as patients of 4 hospitals. The sample was selected purposively according to the characteristics of inclusion criteria. The research instruments consisted of a health literacy questionnaire for pain management, and a Thai version of the Brief Pain Inventory (BPI) pain questionnaire. The content validity index of the research instrument was tested that was .91 to 1.0. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, which gave a value of .81. Data were analyzed using descriptive statistics. The results found that older patients with cancer had overall health literacy regarding pain management at a poor to fair level. The patients had moderate pain. Pain had the greatest effect on sleep. Pain management was mainly through medication. The results of pain management were good. In 5.1% of patients, pain management was insufficient. The results of this study provide essential information for health personnel when planning to promote health literacy and pain management in older patients with cancer.

Keywords: health literacy; pain management; cancer; elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายของประชากรสูงอายุทั่วโลก จากรายงานพบผู้ป่วยสูงอายุเป็นโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด¹ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความปวดเป็นอาการที่เกิดควบคู่กับโรคมะเร็งในทุกะยะในผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นอาการที่พบมากที่สุด ในจำนวนอาการทั้งหมด ความรุนแรงความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง²

ความปวดเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางคลินิกในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน³ ความปวดอาจจะเกิดจากก้อนมะเร็ง กดเบียดอวัยวะเส้นประสาท กระดูก และความปวดเกิดจากการรักษามะเร็ง เช่น ได้รับยาเคมีบำบัด ฉายแสงหรือผ่าตัด นอกจากนี้แล้วภาวะด้านอารมณ์และจิตใจทำให้ความปวดของผู้ป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น⁴ การประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความซับซ้อน ต้องใช้วิธีการที่หลากหลายเนื่องจากความแตกต่างหลายปัจจัยของกระบวนการชรา โรคร่วมและปัจจัยทางจิตสังคม ส่งผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง⁵ การประเมินความปวดที่นำเชื่อถือคือการบอกจากผู้ป่วย (self-report) แต่ผู้ป่วยสูงอายุจะมีปัญหาความเสื่อมของร่างกาย เกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ (cognitive) เนื่องจากความเสื่อมของสมอง สายตาที่มองเห็นลดลง หรือการฟังลดลง ทั้งหมดเป็นอุปสรรคในการประเมินความปวดได้อย่างครอบคลุม การประเมินความปวดที่ครอบคลุมจะให้ข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการความปวด ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา⁶⁻⁷ การดูแลจัดการความปวดเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องดูแลจัดการกับอาการตนเองได้เพื่อบรรเทาความปวดจากมะเร็งหรือการรักษามะเร็ง จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยสูงอายุปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุคือความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง⁸⁻⁹ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดจะต้องมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อมีความรู้ ความเข้าใจการใช้ยาและไม่ใช้ยาในการจัดการความปวดของตนเอง¹⁰

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นทักษะต่างๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น¹¹ HL เป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การพัฒนา HL ให้อยู่ในระดับสูง จะช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน¹² และการพัฒนา HL อาจใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ¹³⁻¹⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า HL ต่ำมีความสัมพันธ์กับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้การรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมที่แย่ลงและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น¹⁵ การศึกษาของ Mackey และคณะ พบว่า HL ต่ำมีผลต่อการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการรักษาโรคเรื้อรัง¹⁶ การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ทำให้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคของตนเองและส่งผลกับการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องกับบุคลากรด้านสุขภาพ และนำไปสู่การรักษาและการพยาบาลที่ไม่ดี การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุ งานวิจัยวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัย 8 เรื่องที่เข้าเกณฑ์ งานวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกา ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 33 ถึง 3,000 คน พบว่าการศึกษา 2 เรื่อง ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง และอีก 2 เรื่อง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ มีผลต่อการความรู้การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ¹⁷

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อความปวดเป็นการศึกษาของ Devraj และคณะ ศึกษา



ในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความรู้เรื่องยาบรรเทาความปวดไม่ดี ไม่สามารถเข้าถึงระบบและบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อช่วยจัดการความปวดได้ และมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการความปวดทั้งรูปแบบการไม่ใช้ยาในการจัดการความปวด¹⁸⁻¹⁹ การศึกษาของ Roger และคณะในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำอาจนำไปสู่การใช้ยาในทางที่ผิดของยากลุ่มออปิออยด์ (opioid)²⁰ การวิจัยชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและตระหนักซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในระบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น²¹ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดทำให้องค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ในการจัดการความปวดยังขาดความชัดเจน ดังนั้นการศึกษาวิจัยจึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ในการจัดการความปวดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
2. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่า ดังนี้ค่า $\alpha = .05$ Power of test = .8 Effect size = .1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 785 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่าง 880 คนในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทยโดยแบ่งเป็นภาคละ 220 คน ทั้งนี้โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณลักษณะเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีความปวด
- 3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ใน 4 ภาคของประเทศไทย
- 4) มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและได้รับการดูแลรักษาในการจัดการความปวดจากมะเร็ง
- 5) ไม่มีความผิดปกติในการรับรู้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย



การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนทั้ง 4 โรงพยาบาลประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลนครสวรรค์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคนทุกประการ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวิจัยก่อนเก็บข้อมูลการเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ และมีสิทธิ์ออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่ส่งผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อสกุลหรือที่อยู่ใด ๆ ทั้งสิ้น โดยการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยมะเร็งและการรักษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ staging วันที่ถูกวินิจฉัย การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด เป็นเครื่องมือ Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย²² แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินระดับความรุนแรงความปวด (0 ไม่ปวดและ 10 ปวดมากที่สุด) และการรับรู้ความปวด ส่วนที่ 2 ผลกระทบของความปวด ต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดินทางประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ ความสุขในชีวิตประจำวัน (0 ไม่กระทบ 10 กระทบมากที่สุด) และ ส่วนที่ 3 การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของกรมอนามัย จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่วัดความยากง่ายของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยทำให้ 1 คะแนน จนถึงทำได้ง่ายมาก 5 คะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน 3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ข้อคำถาม 4 ข้อ เต็ม 20 คะแนน คะแนนรวมเต็ม 80 คะแนน

การแปลผล แบ่งเป็นแต่ละรายด้าน แต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลดังนี้

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ < 12 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีระดับไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพที่ดี
ถ้าได้ 12-13 คะแนนหรือ ≥ 60 - < 70 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีระดับเล็กน้อยและอาจจะมีความสุขที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 14-15 คะแนนหรือ ≥ 70 - < 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	มีระดับเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
ถ้าได้ 16-20 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีระดับที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ



ส่วนการแปลผลคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมจำนวน 16 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 80 แปลผลดังนี้

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ < 48 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี
ถ้าได้ 48-55 คะแนนหรือ ≥ 60 - < 70 % ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและ อาจมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 56-63 คะแนนหรือ ≥ 70 - < 80 % ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและ มีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
ถ้าได้ 64-80 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและ มีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

คุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI (content validity index - CVI) รายข้อเครื่องมือทั้งหมดอยู่ระหว่าง .91-1.0

ความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำ แบบสอบถามที่ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาความเที่ยง หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 4 โรงพยาบาลประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลนครสวรรค์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 4 โรงพยาบาล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการวิจัยและการขอเข้าถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

2. ทีมผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย

3. ทีมผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินดียินยอมตอบรับเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. หลังการนั้น ทีมผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยใน และสำหรับผู้ป่วยนอกเก็บข้อมูลขณะรอพบแพทย์ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)



ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.5 ± 6.31 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.8 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.5 ทำอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 27.8 มีรายได้ส่วนใหญ่ 800 บาทต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 880)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) min = 60 max = 88 Mean = 68.50 SD = 6.31		
เพศ		
ชาย	336	38.2
หญิง	544	61.8
สถานภาพสมรส		
โสด	108	12.3
คู่	613	69.7
หย่า	68	7.7
หม้าย	91	10.3
ระดับการศึกษา		
ประถม	647	73.5
มัธยม	110	12.5
ปริญญาตรี	106	12.0
ปริญญาโท	17	2.0
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	198	22.5
แม่บ้าน / งานบ้าน	176	20.0
เกษียณอายุราชการ	119	13.5
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	78	8.9
รับจ้าง	58	6.6
เกษตรกรกรรม	245	27.8
พนักงานบริษัท / เอกชน	6	.7
รายได้ (บาท) min = 600 max = 100,000 Median = 800 IQR = 10,000 - 600		

ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่หลากหลายตำแหน่ง โดยเป็นมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากที่สุด ร้อยละ 19.4 ตามด้วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 18.6 มะเร็งปากมดลูกและช่องคลอด ร้อยละ 15.5 ตามลำดับ มีระยะการเป็นมะเร็ง 3 มากที่สุด ร้อยละ 39.7 และ 1 ใน 5 (ร้อยละ 20.6) อยู่ในระยะแพร่กระจาย ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง (n = 880)

ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัย		
มะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	171	19.4
มะเร็งเต้านม	164	18.6
มะเร็งปากมดลูกและช่องคลอด	132	15.5
มะเร็งปอด	61	6.9
มะเร็งปาก/ ลิ้น/ ทอนซิล/ คอหอย/ สายเสียง	45	5.1
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	34	3.9
มะเร็งรังไข่	30	3.4
มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก	28	3.2
มะเร็งท่อและถุงทางเดินน้ำดี	24	2.7
มะเร็งกะเพาะปัสสาวะ	24	2.7
มะเร็งกะเพาะอาหาร	23	2.6
มะเร็งหลอดอาหาร	22	2.5
มะเร็งตับอ่อน	22	2.5
มะเร็งต่อมลูกหมาก	18	2
มะเร็งตับ	17	1.9
มะเร็งกล่องเสียง	12	1.4
มะเร็งโพรงจมูก	11	1.9
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	6	.7
มะเร็งกระดูกสันหลัง	6	.7
มะเร็งต่อมไทรอยด์	4	.5
มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน / ผิวหนัง	4	.5
มะเร็งหู	4	.5
มะเร็งท่อน้ำปัสสาวะ	3	.3
มะเร็งไขกระดูกมัลติโบลมา	3	.3
มะเร็งต่อมไทมัส	3	.3
มะเร็งสมอง	2	.2
มะเร็งองคชาติ / ถุงอัณฑะ	1	.1
ระยะของมะเร็ง		
ระยะที่ 1	32	3.6
ระยะที่ 2	318	36.1
ระยะที่ 3	349	39.7
ระยะที่ 4	181	20.6



ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด

ความรุนแรงของความปวดพบว่ากลุ่มตัวอย่างรายงานความปวดรุนแรงมากที่สุดและน้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมงเฉลี่ย 5.59 ± 2.52 และ 2.55 ± 1.84 ความรุนแรงความปวดปัจจุบันเฉลี่ย 2.86 ± 2.10 จาก 10 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวด และความปวดที่ยอมรับได้ (n = 880)

ความปวด	Min	Max	Mean	SD
คะแนนความปวดรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชม	0	10	5.59	2.52
คะแนนความปวดรุนแรงน้อยที่สุดใน 24 ชม	0	8	2.55	1.84
คะแนนความปวดที่รู้สึกในขณะนี้	0	10	2.86	2.10
คะแนนความปวดที่ยอมรับได้	0	6	3.26	1.64

กลุ่มตัวอย่างรายงานคะแนนความปวดหลังจัดการความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ด้วยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา เฉลี่ย 5.33 ± 2.71 จาก 10 คะแนน ทั้งนี้เกือบครึ่งหนึ่งมีการจัดการความปวดที่ดีมีคะแนนความปวดเป็น 0 คะแนน แต่มีร้อยละ 5.1 ที่บำบัดความปวดไม่ได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจัดการความปวด (n = 880)

การจัดการความปวด	Min	Max	Mean	SD
คะแนนความปวดหลังจัดการความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0 (ร้อยละ 49)	10 (ร้อยละ 5.1)	5.33	2.71

กลุ่มตัวอย่างมีผลกระทบจากอาการปวด โดยมีผลกระทบมากที่สุดสามอันดับแรกได้แก่ผลกระทบในเรื่องของการนอนหลับ เฉลี่ย 3.76 ± 2.75 จาก 10 คะแนน ตามด้วยความสุขในชีวิตประจำวัน เฉลี่ย 3.64 ± 2.69 และกิจกรรมทั่วไป เฉลี่ย 3.68 ± 2.45 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลกระทบจากอาการปวด (n = 880)

คะแนนผลกระทบจากอาการปวด	Min	Max	Mean	SD
กิจกรรมโดยทั่วไป	0	10	3.68	2.45
อารมณ์	0	10	2.58	2.19
ความสามารถในการเดิน	0	10	3.30	2.78
งานประจำวัน	0	10	3.28	2.62
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	0	10	2.92	2.55
การนอนหลับ	0	10	3.76	2.75
ความสุขในชีวิตประจำวัน	0	10	3.64	2.69



ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวด

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.8 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดโดยรวมในระดับไม่เพียงพอ โดยมีระดับไม่ต่ำมากที่สุด ร้อยละ 45.6 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ต่ำมากที่สุด ร้อยละ 59.8 , 39.5 และ 40.2 ตามลำดับ มีเพียงด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่ต่ำกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.5) ที่อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร้งรายด้านและโดยรวม (n = 880)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการความปวด	ไม่ต่ำ			ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีมาก	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	M±SD
ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	526(59.8)	144(16.4)	66(7.5)	144(16.4)	9.82±4.6
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	348(39.5)	117(13.3)	141(16.0)	274(31.3)	12.24±4.53
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	354(40.2)	109(12.4)	101(11.5)	316(35.9)	12.01±4.90
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	241(27.4)	64(7.3)	104(11.8)	471(53.5)	14.26±4.49
โดยรวม	410(45.6)	107(12.2)	205(13.3)	167(19.0)	48.33±16.09

เมื่อพิจารณาความรอบรู้เป็นรายข้อพบว่า ในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับไม่เคยทำ ทำได้ยาก และทำได้ยากมากรวมกันเกินร้อยละ 50 ในทุกรายการประเมิน ในด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพมีผลการศึกษาที่ไปในแนวทางเดียวกันกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับไม่เคยทำ ทำได้ยาก และทำได้ยากมากรวมกันเกินร้อยละ 50 เกือบในทุกรายการประเมิน โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 63.8) สำหรับด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพมีผลการศึกษาที่คล้ายกันกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับไม่เคยทำ ทำได้ยาก และทำได้ยากมากรวมกันเกินร้อยละ 50 ในทุกรายการประเมิน โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 57.2) มีเพียงด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่ได้ผลแตกต่างกันออกไปกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมรายข้อของความรอบรู้ในระดับทำได้ง่ายและทำได้ง่ายมากรวมกันเกินร้อยละ 50 ในทุกรายการประเมิน โดยข้อที่มีคะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 65) ได้แก่ ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติ ความปวดของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันความปวดที่เกิดขึ้นได้ ดังตารางที่ 7



ตารางที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งรายข้อ (n = 880)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการความปวด	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					M± SD
	ไม่เคยทำ n (%)	ทำได้ยากมาก n (%)	ทำได้ยาก n (%)	ทำได้ง่าย n (%)	ทำได้ง่ายมาก N (%)	
ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						
1. สามารถหาแหล่งข้อมูลได้โดยทันที	316(35.9)	157(17.8)	150(17.0)	188(21.4)	69(1.8)	2.48± 1.37
2. สามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการจากหลากหลายแหล่งได้	305(34.7)	154(17.5)	151(17.2)	198(22.5)	72(8.2)	2.52± 1.37
3. สามารถเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อปวดหรือจำเป็นได้	254(28.9)	127(14.4)	141(16.0)	269(30.6)	89(10.1)	2.78± 1.4
4. สามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	489(55.6)	103(11.7)	98(11.1)	144(16.4)	46(5.2)	2.04± 1.34
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ						
5. สามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีการจัดการความปวดด้วยความเข้าใจวิธีการปฏิบัติ	160(18.2)	213(24.2)	188(21.4)	227(25.8)	92(10.5)	2.86± 1.28
6. สามารถอ่านฉลากยาบรรเทาปวดที่ได้รับถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บรักษาและผลข้างเคียง	95(10.8)	185(21.0)	118(13.4)	326(37.0)	150(17.7)	3.30± 1.28
7. สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนออยู่ในรูปของสัญลักษณ์ คำศัพท์ ตัวเลขหรือเครื่องหมาย	156(17.7)	184(20.9)	160(18.3)	274(31.1)	106(12.0)	2.99± 1.31
8. กล้าซักถาม หมอ พยาบาล เพื่อเพิ่มความเข้าใจวิธีการจัดการความปวดให้เข้าใจที่ถูกต้อง	202(23.0)	144(16.4)	122(13.9)	196(22.3)	216(24.5)	3.09± 1.51
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ						
9. ตรวจสอบข้อมูลการปฏิบัติตัวโดยการซักถาม ผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการความปวดก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	201(22.8)	170(19.3)	118(13.4)	284(32.3)	107(12.2)	2.92± 1.38
10. พิจารณาข้อดี ข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผลการจัดการความปวด ก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	152(17.3)	193(21.9)	157(17.8)	246(28.0)	132(15.0)	3.01± 1.33
11. ทบทวนถึงผลประโยชน์และความปลอดภัยของข้อมูลการจัดการความปวดที่ได้รับ ก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม	138(15.7)	188(21.4)	127(14.4)	290(33.0)	137(15.6)	3.11± 1.34
12. สามารถตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	167(19.0)	192(21.8)	144(16.4)	256(29.1)	12.1(13.8)	2.97± 1.35



ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการความปวด	ความรู้ด้านสุขภาพ					M± SD
	ไม่เคยทำ	ทำได้ยากมาก	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ง่ายมาก	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ						
13. สามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการจัดการความปวดตนเองได้	54(6.1)	175(19.9)	147(16.7)	334(38.0)	170(19.3)	14.26± 4.49
14. สังเกตความผิดปกติ ความปวดของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันความปวดที่เกิดขึ้นได้	45(5.1)	166(18.9)	97(11.0)	340(38.6)	232(26.4)	3.62± 1.20
15. วางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นในการจัดการความปวดเช่น มาตรวจรักษาตามแพทย์นัด ออกกำลังกาย เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง	52(5.9)	167(19.0)	95(10.8)	307(34.9)	295(29.4)	3.63± 1.25
16. ตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษา การจัดการความปวด	50(5.7)	162(18.4)	127(14.4)	326(37.0)	215(24.4)	3.56± 1.20

การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด ผลการวิจัยระบุว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถึงพอใช้ ความรุนแรงความปวดมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง การจัดการความปวดมีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ผลการจัดการความปวดที่ตีพบร้อยละ 49 และร้อยละ 5.1 ที่จัดการความปวดไม่ได้ ผลกระทบความปวดมากที่สุดคือการนอนหลับ ผลการวิจัยอภิปรายตามประเด็นได้ดังต่อไปนี้

ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมงความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และความปวดในปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อยสอดคล้องการศึกษาของ Brunello และคณะศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในประเทศอิตาลีพบว่าความรุนแรงความปวดปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อย²³ และสอดคล้องกับการศึกษาของ GolČić และคณะศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในประเทศโครเอเชียพบว่าโดยส่วนใหญ่ความรุนแรงปัจจุบันอยู่ในระดับเล็กน้อย²⁴ และสอดคล้องการศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งศีรษะและคอมีความรุนแรงความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง²⁵ สามารถอภิปรายได้ดังนี้ ระบบบริการสุขภาพมีการจัดการความปวดที่เป็นระบบมากขึ้น มีคลินิกจัดการความปวด (pain clinic) ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและมีการจัดการแบบองค์รวมประกอบด้วยยา ไม่ใช้ยา และ การใช้รังสี หรือเคมีบำบัด ในการจัดการความปวด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการจัดการความปวดที่ดีขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งทำให้ระดับความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย²⁶ และอีกประเด็นของการรายงานความรุนแรงความปวดที่ลดลงอาจเกี่ยวข้องกับการบอกความปวดที่ต่ำกว่าความเป็นจริงในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยลังเลในการสื่อสารความปวด การบอกความรุนแรงความปวดที่มากจะหมายถึงมีการลุกลามของมะเร็ง กล่าวความปวดบ่งบอกถึงโรคแย่ลง ความกังวลว่าความปวดหมายถึงการลุกลามของโรค ความกังวลการพูดถึงความปวดอาจทำให้แพทย์ใส่ใจการรักษาโรคมะเร็งลดลง หรือความเชื่อผู้ป่วยที่ดี (good patients) จะไม่บ่นเรื่องความปวด จึงทำให้บอกความปวดที่ต่ำกว่าเป็นจริง⁶ อีกประเด็นจากปัญหาของการสื่อสาร บุคคลากร

ทางการแพทย์อาจใช้ภาษาที่อาจเข้าใจยากสำหรับผู้สูงอายุ และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความปวดที่ลดลงในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากกระบวนการชราทำให้การรายงานความปวดลดลง²⁷

การศึกษาครั้งนี้ผลกระทบจากความปวดต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมากที่สุดในเรื่องของการนอนหลับ ความสุขในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมทั่วไป ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maltoni และคณะความปวดมีผลกระทบมากที่สุดคือความสัมพันธ์กับผู้อื่น กิจกรรมทั่วไป และการนอนหลับ²⁸ การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งจึงมีความสำคัญทั้งนี้ประกอบด้วยการใช้ยาประกอบด้วยกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นและกลุ่มที่ไม่ใช่อนุพันธ์ฝิ่น ซึ่งเป็นการจัดการความปวดตามขั้นบันได (analgesic ladder) ขององค์การอนามัยโลก มีหลักการดังนี้ ความปวดรุนแรงเล็กน้อยให้เริ่มด้วยยาacetaminophen ความปวดรุนแรงปานกลางให้ยากกลุ่ม weak opioid เช่น tramadol และความปวดรุนแรงมาก ให้ยากกลุ่ม strong opioid เช่น morphine²³ และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ผลการจัดการความปวดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีการจัดการความปวดที่ดีมีคะแนนความปวดเป็น 0 คะแนน แต่มีร้อยละ 5.1 ที่ความปวดยังอยู่ในระดับปานกลางแม้ว่ามีการใช้ยาและไม่ใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Brunello และคณะ²³ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่วินิจฉัยด้วยมะเร็งที่หลากหลายและร้อยละ 20 อยู่ในระยะที่ 4 ของมะเร็ง ที่มีการลุกลามไปอวัยวะอื่น ผู้ป่วยจะมีความปวดที่รุนแรงและอีกประเด็นคือการใช้ยาเพื่อจัดการความปวดเป็นปัจจัยและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น ความกลัวการติดยา ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงยา ส่งผลต่อการใช้ยาในการจัดการความปวดลดลง และทำให้ความปวดยังอยู่ในระดับปานกลาง²⁹ ในบริบทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ การประเมินความปวดและรายงานความปวดต่ำเกินจริงอาจจะส่งผลให้ไม่รักษาไปจนถึงการรักษาความปวดที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

การศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดโดยรวมซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนคือ การเข้าถึง การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล อยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ การศึกษาของ Shebehe และคณะศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 3,439 คนในประเทศอังกฤษ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้ยา เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีโรคร่วมเยอะและมีความจำเป็นในการใช้ยาเพื่อจัดการอาการหรือรักษาโรค พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ³⁰ และสอดคล้องการศึกษาของ Halverson และคณะศึกษาในผู้สูงอายุมะเร็ง³¹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา เตชะนันท์ และคณะ ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงอายุจำนวน 54 คน³² ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมะเร็งสูงอายุส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.5 ซึ่งมีผลต่อระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากการศึกษาอาจส่งผลโดยตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพคือการอ่านคล่อง ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความคล่องในการอ่าน ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่มีการศึกษามากกว่าจึงมีแนวโน้มที่จะประมวลผล และเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม³³ และอีกประเด็นคือเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ละการศึกษาใช้เครื่องมือประเมินที่มีความแตกต่างกันตั้งแต่ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (เช่น สามารถอ่านและเข้าใจสื่อพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ขวดบีบสั่งยาและใบนัดหมาย) และการศึกษาครั้งนี้ใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นนิวรณ์ญาณเป็นการประเมิน การเข้าถึง การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด อาจจะเป็นผลทำให้การศึกษาพบว่าอยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ เพราะการเข้าถึง การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ



การประเมินข้อมูล ผู้ป่วยต้องสามารถอ่านได้คล่องและการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเมเร็ง แต่จะพบว่า ร้อยละ 53.5 มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับดีมาก พบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วมีการช่วยเหลือจากญาติและครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง การประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดของตนเอง ซึ่งเป็นประเด็นในการพิจารณาของการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา การประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานก็อาจจะเพียงพอ ในการอ่านฉลากยา อ่านข้อแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการความปวด และใบนัดหมายได้ และสิ่งที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมคือการประเมินความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็ง เนื่องจากการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งโดยส่วนใหญ่มาจากผู้ดูแลที่เป็นญาติและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งสามารถจัดการความปวดได้
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการส่งเสริม สนับสนุน จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวด ปัจจัยทำนายการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็ง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรู้ลึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น
2. ควรศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งและผู้ดูแล เพื่อขยายผลของการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยความรู้ด้านสุขภาพ ความรุนแรงความปวด การรับรู้ความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็ง และสนับสนุนงบประมาณจากงบประมาณ ด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม ปีงบประมาณ 2565

References

1. Chhikara BS, Parang K. Global cancer statistics 2022: the trends projection analysis. Chemical Biology Letters 2023;10(1):451–9.
2. Dragioti E, Bernfort L, Larsson B, Gerdle B, Levin L-Å. Association of insomnia severity with well-being, quality of life and health care costs: A cross sectional study in older adults with chronic pain (PainS65+). European Journal of Pain 2018;22(2):414–25.
3. Oldenmenger WH, Geerling JI, Mostovaya I, Vissers KC, de Graeff A, Reyners AK, et al. A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain. Cancer treatment reviews 2018;63:96–103.



4. Reis-Pina P, Lawlor PG, Barbosa A. Adequacy of cancer-related pain management and predictors of undertreatment at referral to a pain clinic. *Journal of pain research* 2017;2097-107.
5. Morio K, Maeda I, Yokota I, Niki K, Murata T, Matsumura Y, et al. Risk factors for polypharmacy in elderly patients with cancer pain. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®* 2019;36(7):598-602.
6. Estape T. Cancer in the elderly: challenges and barriers. *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 2018;5(1):40-2.
7. McLarney M, Johnson T, Bajaj G, Lee D, Zheng J. Cancer Pain and Frailty: A scoping review of how cancer pain is evaluated and treated in the frail and elderly. *Rehabilitation Oncology* 2023;41(2):69-77.
8. Aryankhesal A, Niknam N, Hasani M, Mengelizadeh N, Aghaei N, Ghaedchukamei Z, et al. Determining the relationship between health literacy level and quality of life among the elderly living in nursing homes. *Journal of education and health promotion*. 2019;8.
9. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling* 2020;103(2):336-42.
10. Tyson DM, Chavez MN, Lubrano B, Lake P, Gutierrez A, Marshall VK, et al. Understanding cancer survivors' educational needs about prescription opioid medications: implications for cancer education and health literacy. *Journal of Cancer Education* 2021;36:215-24.
11. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 1: overview. 2022.
12. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers—a population-based survey among Danish adults. *BMC public health* 2014;14(1):1-12.
13. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross sectional survey. *Health Expectations* 2017;20(1):112-9.
14. Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBIC evidence synthesis* 2020;18(7):1389-469.
15. van der Gaag M, Heijmans M, Spoiala C, Rademakers J. The importance of health literacy for self-management: a scoping review of reviews. *Chronic Illness* 2022;18(2):234-54.
16. Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-management skills in chronic disease management: what role does health literacy have? *Medical Decision Making* 2016;36(6):741-59.
17. Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology and geriatric medicine*. 2016;2:2333721416630492.
18. Devraj R, Herndon CM, Griffin J. Pain awareness and medication knowledge: a health literacy evaluation. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2013;27(1):19-27.



19. Lambert M, Luke J, Downey B, Crengle S, Kelahe M, Reid S, et al. Health literacy: health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC health services research* 2014;14(1):1–10.
20. Rogers AH, Bakhshaie J, Orr MF, Ditte JW, Zvolensky MJ. Health literacy, opioid misuse, and pain experience among adults with chronic pain. *Pain Medicine* 2020;21(4):670–6.
21. Yamanaka M. A concept analysis of self-management of cancer pain. *Asia-Pacific journal of oncology nursing* 2018;5(3):254–61.
22. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in cancer patients. 2009.
23. Brunello A, Ahcene-Djaballah S, Lettierio A, Tierno G, Fiduccia P, Guglieri I, et al. Prevalence of pain in patients with cancer aged 70 years or older: A prospective observational study. *Journal of Geriatric Oncology* 2019;10(4):637–42.
24. Golčić M, Dobrila-Dintinjana R, Golčić G, Plavšić I, Gović-Golčić L, Belev B, et al. Should we treat pain in the elderly palliative care cancer patients differently? *Acta Clinica Croatica* 2020;59(3):387.
25. Prasertsang A, Wirojratana, V., Chayaput, P., & Keskkool, P., . Comparisons of Performance Status, Pain, Nutrition Impact Symptoms, Sleep Quality, and Nutritional Status between Adult and Older Adult Patients with Head and Neck Cancer. *The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(3):160–70.
26. Pysz-Waberski D, Sadurska J, Kędzierska-Jamróz J, Pietrzyński Ł, Lorek A, Jarosz M, et al. Multidisciplinary management of chronic pain in elderly oncology patients. *Contemporary Oncology / Współczesna Onkologia* 2022;26(3):157–64.
27. El Hachem G, Rocha FO, Pepersack T, Jounblat Y, Drowart A, Dal Lago L. Advances in pain management for older patients with cancer. *ecancermedicalscience*.2019;13.
28. Maltoni B, Forti P, Zoli M, Maltoni M, Ricci M. Prevalence of chronic cancer and no-cancer pain in elderly hospitalized patients: elements for the early assessment of palliative care needs. *International Journal of Gerontology* 2018;12(3):180–5.
29. Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of clinical oncology* 2014;32(36):4149–54.
30. Shebehe J, Montgomery S, Hansson A, Hiyoshi A. Low health literacy and multiple medications in community-dwelling older adults: a population-based cohort study. *BMJ open* 2022;12(2):e055117.
31. Halverson J, Martinez-Donate A, Trentham-Dietz A, Walsh MC, Strickland JS, Palta M, et al. Health literacy and urbanicity among cancer patients. *The Journal of Rural Health* 2013;29(4):392–402.
32. Tachanan A, Tamdee D, Panuthai S. The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Self-Management Among Older Persons with Breast Cancer Receiving Radiation Therapy. *Nursing Journal* 2023;50(1):159–74.
33. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *Journal of Health Communication* 2016;21(sup2):54–60.