

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล

The Development of a Pain Management and Discharge Planning Program for Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients

ประไพศรี แสงชลินทร์* พิชษฐ์ น้อยหนู** ณัฐนันท์ วรสุข***
Prapaisri Saengchalin* Pichet Noihoon** Nattanan Worasuk***

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล ซึ่งมี 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 ค้นหาวิเคราะห์ปัญหา และการพัฒนาโปรแกรมจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล โดยใช้วิธีสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ และนักกิจกรรมบำบัด รวม 12 ราย ระยะที่ 2 นำโปรแกรมที่พัฒนาไปประยุกต์ใช้และประเมินผลของการใช้โปรแกรมฯ ต่อความรู้ ทักษะและทักษะของผู้ดูแล และระดับปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1. ร่วมกำหนดปัญหาและประเมินสถานการณ์ 2. ร่วมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. เลือกแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการความปวด 4. ประเมินผลและคงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวด คัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มละ 35 คน

Received: November 24, 2023

Revised: January 22, 2024

Accepted: January 23, 2024

* Corresponding Author: พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
E-mail: saengchalin@gmail.com

* Corresponding Author: R.N. Department of Community health nursing, Pathumthani Hospital, Pathumthani Province. E-mail: saengchalin@gmail.com

** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
E-mail: Pichet.pth@gmail.com

** MD. The Social Medicine Department, Pathumthani Hospital, Pathumthani Province

*** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ธย์ จังหวัดปทุมธานี

*** Nursing lecturer. Group of Community of nursing, Faculty school of Nursing, Metharath University, Pathumthani Province. E-mail: nattanan.w@mru.ac.th

รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดทักษะการจัดการปวดของผู้ดูแล แบบประเมินความปวด มีค่าความเที่ยงตรง 0.73, 0.80, 0.76 และ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า

ระยะที่ 1 หลังการร่วมสนทนากลุ่มของทีมสหวิชาชีพ เกิดการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล

ระยะที่ 2 พบว่า 1. ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 2. ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความปวดปัจจุบัน คะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมง คะแนนความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการความปวด

Abstract

This study aimed to develop a pain management and discharge planning program for caregivers of terminally ill cancer patients and to study the results of implementing this program. The study included two phases: 1) identifying and analyzing problems in order to develop a pain management program for family caregivers of terminally ill cancer patients upon being discharged to the home; this phase included focus group discussions with 12 persons, including doctors, pharmacists, nurses, nutritionists, and occupational therapists; and 2) evaluating both the effect of the program on the knowledge, attitudes, and pain management skills of caregivers as well as the pain levels of terminally ill cancer patients. The study involved the following four steps: 1. Participating in defining the problem and evaluating the situation, 2. Participating in reflection and thinking critically, 3. Choosing the right pain management approach, and 4. Evaluating and maintaining practices. The sample was composed of 35 family caregivers and 35 terminally ill cancer patients, selected via purposive sampling, conducted between July and December, 2023. The measurements of data collection were knowledge, attitude, and pain

management skills questionnaires, and a numeric pain scale with a reliability of 0.73, 0.80, 0.76, and 0.87. Data were analyzed using percentages, mean, standard deviation, and paired t-tests. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that:

1st phase: After discussion with the multidisciplinary team, a pain management and discharge planning program for caregivers of terminally ill cancer patients was developed.

2nd phase: 1) After entering the program, the family caregivers had significantly higher mean scores regarding their knowledge, attitudes, and pain management skills than before entering the program ($p < 0.01$), and 2) terminally ill cancer patients had significantly lower mean pain scores, as both the minimum pain scores and maximum pain scores 24 hours post-training were significantly lower than before training ($p < 0.01$).

Conclusions: The program developed through this study can be used to increase the capacity of caregivers to manage pain in terminally ill cancer patients upon discharge.

Keywords: family caregivers, terminally ill cancer patients, palliative care, pain management

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขและสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโลกและของประเทศไทย ในปี 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 18.1 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคที่สัมพันธ์กับมะเร็ง 9.6 ล้านคน¹ จากรายงานสถิติสาธารณสุขไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก มีอัตราการตายจากโรคมะเร็ง 125.5 คนต่อแสนประชากร สาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็ง 5 อันดับแรกคือ โรคมะเร็งตับ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว² ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะมีความทรมานด้วยเรื่องความปวด ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งตามหลักการให้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ความปวดระดับกลางและมาก ที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งควรได้รับการจัดการด้วยยากลุ่ม weak opioid และ strong opioid³

อาการปวดหรือความปวด ตามนิยามขององค์กรศึกษาการปวดนานาชาติ (IASP)⁴ หมายถึง การรับรู้และเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลของผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดร่วมกับความบาดเจ็บ โดยมีองค์ประกอบด้านความรู้สึกร่วม อารมณ์และสังคม ความปวดเป็นสาเหตุที่สร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาการรบกวนในระยะสุดท้ายมีหลายอย่าง ได้แก่ ปวด ไอ่

เหนื่อย หายใจลำบาก และเบื่ออาหาร จากการศึกษา พบว่า อาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดถึง ร้อยละ 63 และเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย⁵

ผลกระทบของอาการปวดส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมน้อยลง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แทน จึงเป็นภาระงานที่หนักของผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ต่อผู้ดูแลทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาการทำงาน และปัญหาด้านการเงิน ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง⁶

การจัดการกับอาการปวดจัดเป็นการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นทางเลือกสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย การรักษาด้วยการใช้ยา เช่น ยากลุ่มอนุพันธ์มอร์ฟีน และการรักษาทางเลือก เช่น การฉายแสงประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยา บรรเทาทุกข์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย⁷ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2563 คาดการณ์ว่ามีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิตประมาณ 40 ล้านคน แต่มีผู้ป่วยระยะท้ายเพียง ร้อยละ 14 ที่เข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง⁸

โรงพยาบาลปทุมธานี เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ ขนาด 408 เตียง มีการพัฒนาระบบบริการสาขาการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จัดบริการทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีสถิติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้ารับบริการ ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 ปีละ 362, 365 และ 386 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁹ ส่งผลให้จำนวนวันนอนของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ด้วยยากลุ่มอนุพันธ์มอร์ฟีน ร้อยละ 32.04, 27.97 และ 24.16 และมีการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง/ระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 30.04, 38.32 และ 29.24 ตามลำดับ¹⁰ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย service plan ระดับประเทศ และระดับโรงพยาบาล

จากการสำรวจการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความต้องการกลับบ้านเพื่อให้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านกับครอบครัวเพิ่มขึ้น ประกอบกับนโยบายและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน (home ward) และตามแผนยุทธศาสตร์ในหัวข้อศูนย์ความเป็นเลิศ (Service Excellence Center) สาขาการดูแลแบบประคับประคองที่กำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง/ระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนอย่างมีคุณภาพ¹¹ แพทย์จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน แต่พบว่าญาติผู้ดูแลขออยู่โรงพยาบาลต่อไม่กล้ารับผู้ป่วยกลับ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความกังวล ขาดการรับรู้ในความสามารถของตน เนื่องด้วยขณะผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลญาติ

ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการอาการปวดให้ผู้ป่วยน้อย จึงไม่มั่นใจต่อความสามารถของตนในการจัดการอาการปวดให้ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเตรียมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าการสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดสามารถลดอาการปวดของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยได้⁵ อย่างไรก็ตามการพัฒนาโปรแกรมในหน่วยบริการของโรงพยาบาลยังไม่เคยมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน และบริบทของการจัดการกับอาการควรรู้ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนผู้ทำหน้าที่ประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญในเตรียมผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดที่บ้าน จึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานจริง และเพื่อให้ได้โปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาตรงบริบทของโรงพยาบาลปทุมธานี ด้วยการประยุกต์กระบวนการเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ¹² ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และทักษะการจัดการความปวด เกิดพลังอำนาจรับรู้ในความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในตนเอง เลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในความดูแลของตนได้ สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูแลกันในวันท้ายของชีวิตที่บ้านได้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการกลับเข้ามารักษาตัวและเสียชีวิตในโรงพยาบาล และนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ระยะท้ายในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ
2. ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective design) ศึกษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมธานี และศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ และนักกิจกรรมบำบัด

รวม 12 ราย

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดและวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาลปทุมธานี เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย เลือกการดูแลแบบประคับประคองและได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน 2) มีค่าคะแนนประเมินค่า PPS > 30% 3) มีค่าคะแนนความปวดก่อนจัดการความปวดมากกว่า 3 คะแนน 4) อาศัยอยู่ในเขตเมืองพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลปทุมธานี 5) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 6) สื่อสารภาษาไทยได้ 7) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดและวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลปทุมธานี เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป กรณีผู้ดูแลอายุตั้งแต่ 60 ปี ต้องผ่านการประเมิน TMSE > 23 คะแนน 3) อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์แบบมี Line Application 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) หรือเกณฑ์การนำกลุ่มตัวอย่างออกจากโปรแกรม (withdrawal criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม 2) ผู้ป่วยใน ความดูแลของผู้ดูแลมีอาการป่วยวิกฤต 3) ค่าคะแนนตามแบบการตรวจสอบสภาพจิตแบบย่อ น้อยกว่า 24 คะแนน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ใช้ statistical test แบบ means: differences between two dependent means (matched pairs) คำนวณ effect size จากงานวิจัย

ของจรัรัตน์ เทออรุณ บุชา สมใจวงษ์¹³ พบค่าอิทธิพลที่ระดับ 0.45 กำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 32 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน จัดเป็นผู้ป่วย 35 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 35 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปทุมธานี เลขที่ EC-PTH A023-66 ได้รับอนุมัติวันที่ 19 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมในระยะที่ 2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกจากการดำเนินงานวิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อไม่สมัครใจ ข้อมูลต่าง ๆ จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลเป็นภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โครงการวิจัย แบบบันทึกรายชื่อและการลงนามของสหสาขาวิชาชีพ การสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ส่วน ได้แก่ 1. เครื่องมือในการคัดกรอง 2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดมีดังนี้

2.1 เครื่องมือในการคัดกรอง ประกอบด้วย

2.1.1 แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ¹⁴ (Thai Mental State Examination: TMSE) ใช้เพื่อจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้คัดกรองผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

2.1.2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative care performance scale for suandok: PPS)¹⁵ ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยประคับประคอง มีการประเมินระดับทั้งหมด 11 ระดับ ตั้งแต่ 100% ไปถึง 0% ใช้คัดกรองผู้ป่วยมะเร็ง

2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.2.1 โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผสมผสานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองวิธีการจัดการอาการปวดด้วยยามอร์ฟิน โปรแกรมประกอบด้วย การปฏิบัติใน 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 การเตรียมจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาล และช่วงที่ 2 การติดตามภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3.1 เครื่องมือสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ โรคประจำตัวอื่นของผู้ป่วย คะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล ผู้ป่วยในความดูแลของท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ระดับใด

2) แบบทดสอบความรู้ เนื้อหา ประกอบด้วย อาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย การประเมินและการจัดการอาการปวดด้วยยาและไม่ใช้ยา ผลข้างเคียงของยามอร์ฟิน มี 15 ข้อ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน

3) แบบวัดทัศนคติ เนื้อหา ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การจัดการความปวด จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบ 5 ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนเต็ม 50 คะแนน

4) แบบวัดทักษะการปฏิบัติ เนื้อหาประกอบด้วย การประเมิน การจัดการอาการปวดด้วยยาและไม่ใช้ยา การติดตามหลังการจัดการความปวด มี 13 ข้อ เลือกตอบ 5 ระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ คะแนนเต็ม 65 คะแนน

2.3.2 แบบประเมินความปวด Numerical rating scale¹⁶ โดยผู้ป่วยให้คะแนนเป็นตัวเลขตามความเจ็บปวดที่ตนรู้สึก มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการปวดเลย จนถึง 10 คะแนน คือ ปวดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่พัฒนาจากข้อคิดเห็นของ ทีมสหวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง มีประสบการณ์ตรง 5 ปี ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.86 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่จะใช้ในการสอน

2. การตรวจสอบเครื่องมือสำหรับใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดทักษะการจัดการความปวด และแบบประเมินความปวด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) เท่ากับ 0.98 ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่โรงพยาบาลคลองหลวงและธัญบุรี จำนวน 30 คน ความเที่ยง (reliability) ของแบบทดสอบความรู้ใช้สูตรความเชื่อมั่นของ Kuder-Richardson Formula 20 (KR -20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73 แบบวัดทัศนคติ แบบวัดทักษะการจัดการความปวดและแบบประเมินความปวด ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.76 และ 0.87

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง ภายหลังได้รับจริยธรรมแล้วผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (อายุรกรรม หู คอ จมูก ศัลยกรรม และ สูติกรรม) ชี้แจงโครงการวิจัยและแนวทางการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยตรวจสอบเวชระเบียนเพื่อตรวจเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้แล้วจึงเดินทางไปหาผู้ป่วยซึ่งมีญาติผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วย และประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลตามเกณฑ์คัดเข้า
3. แนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ของการทำวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามในเอกสารยินยอมการวิจัย และทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมงานวิจัย
4. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ดูแลเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม ที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาล
5. ดำเนินการตามโปรแกรมที่วางไว้ ดังนี้

5.1 ช่วงที่ 1 การเตรียมจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลา 2 วัน ก่อนออกจากโรงพยาบาล แบ่งเป็น ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที และครั้งที่ 2 วันที่ 2 ใช้เวลา 120 นาที นัดหมายไปที่ศูนย์เยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยมอบสมุดประจำตัวบันทึกค่าคะแนนปวดประจำวัน และคู่มือการจัดการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสำหรับผู้ดูแลและผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สื่อวีดิทัศน์ประกอบด้วยเนื้อหา วิธีการจัดการอาการปวดด้วยยามอร์ฟิน การเปลี่ยนแปลง 3 ระยะ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

1) ร่วมกำหนดปัญหาและประเมินสถานการณ์ แนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้างวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินการในงานวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การใช้ยากลุ่มมอร์ฟิน การจัดการความปวดที่เคยปฏิบัติ

2) ร่วมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้วยสื่อคลิปวิดีโอ ตั้งคำถามเรื่องความเข้าใจตัวโรคและการดำเนินของโรค

ปัญหาและการแก้ปัญหาที่ผ่านมา เป้าหมายและความคาดหวังต่อการจัดการอาการปวดให้ผู้ป่วย เพื่อให้สะท้อนคิด

3) ผสมผสานทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดการความปวดให้ผู้ป่วย ให้ความรู้และฝึกทักษะวิธีการจัดการอาการปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาโดยใช้คู่มือประกอบ สาธิตวิธีการประเมินความปวดแบบตัวเลขและบันทึกความปวด เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ผู้ดูแลอธิบายและสาธิตวิธีปฏิบัติย้อนกลับ ร่วมเลือกวิธีการจัดการความปวดและกำหนดเป้าหมายการดูแล แนะนำเพิ่มในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ได้ มอบคู่มือการจัดการความปวดและสมุดการบันทึกความปวด บันทึกข้อมูลติดตามในโปรแกรม Smart coc แจ้งการนัดหมาย ติดตามโดยโทรศัพท์/ไลน์ 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 4 ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง

4) ประเมินผลและคงไว้ซึ่งวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ติดตามและสังเกตการณ์ใช้ความรู้และทักษะ หากพบว่ายังขาดความรู้ จะสอนแนะนำ และหากขาดทักษะผู้วิจัยเสริมทักษะ

5.2 ช่วงที่ 2 ติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

1) ครั้งที่ 3-5 โทรศัพท์และไลน์วิดีโอคอลติดตาม จำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที สนทนาเรื่องการดูแลและผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ เสริมแรงทางบวกโดยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำเพิ่มตามปัญหาที่พบ แนะนำแหล่งประโยชน์สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น นัดหมายครั้งต่อไป

2) ครั้งที่ 6 เยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยใช้เวลา 90 นาที สนทนาเรื่องการดูแลและผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วยในช่วง 3 สัปดาห์ เสริมแรงทางบวกโดยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบคำถามที่สงสัย เสริมทักษะและให้คำแนะนำเพิ่มในส่วนที่ขาด แจ้งช่องทางติดต่อทีมสุขภาพหลังจากยุติโปรแกรม ทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการ ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2566 และมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา และการพัฒนาโปรแกรม ฯ มีกระบวนการดังนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบ 2 ครั้ง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับทีม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิในการทำวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิของทีม และขอให้ทีมสหสาขาวิชาชีพลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ผู้วิจัยตั้งแนวคำถามเกี่ยวกับการดูแล อุปสรรค ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีการขออนุญาตบันทึกเทปขณะสนทนากลุ่ม เปิดโอกาสให้ทีมแต่ละสาขา ฯ แสดง

ความคิดเห็นอย่างอิสระ ผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูล และจัดบันทึกสรุปประเด็น หลังได้ข้อมูลจากการสนทนา มีการทำบันทึก และถอดเทปการสนทนา บันทึกเนื้อหา ตรวจสอบเนื้อหา หลังจากนั้นสรุปร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ และทำความเข้าใจเนื้อหาสาระที่ได้จากการสนทนา และนำกลับไปให้ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมสนทนาตรวจสอบข้อมูล

ระยะที่ 2 การประเมินผลโปรแกรมฯ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ดูแลทำแบบสอบถามภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยสอบถามและประเมินอาการปวดของผู้ป่วย ด้วยการเข้ามาตรวจวัดความปวดและแจ้งการยุติโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จากการรวบรวมข้อมูลและให้ทีมสหสาขาวิชาชีพตรวจสอบข้อมูลและนำผลการสนทนากลุ่มครั้งแรก มากำหนดหัวข้อ เนื้อหา กิจกรรมในแต่ละส่วน โดยประยุกต์ตามแนวคิดสร้างเสริมพลังอำนาจ นำเสนอในกลุ่มสนทนาทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมให้ข้อคิดเห็น สรุปผลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ และคะแนนความปวด ใช้สถิติ Paired t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบการกระจายของข้อมูลว่ามีการกระจายตัวปกติ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ทีมสหสาขาวิชาชีพฯ ช่วยกันสรุปและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และขั้นตอน ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ปัญหาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ ขาดทักษะการจัดการความปวด มีทัศนคติทางลบต่อการให้ยามอร์ฟิน ผู้ดูแลกังวลและขาดความมั่นใจการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่มีโปรแกรมการเตรียมจำหน่ายที่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่บ้านอย่างเหมาะสม การติดตามหลังจำหน่ายทำได้ล่าช้า ควรมีการเสริมพลังผู้ดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อให้สามารถกลับไปจัดการความปวดให้ผู้ป่วยได้

1.2 การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

1.2.1 ความรู้ที่ผู้ดูแลควรได้รับ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง อาการและการจัดการอาการปวดด้วยยาและไม่ใช้ยา ความรู้เรื่องยากลุ่ม opioid ผลข้างเคียงและการแก้ไข

1.2.2 ขั้นตอนการเสริมพลังใจในการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความคิดเห็นตรงกันว่า จากการทบทวนวรรณกรรม ควรมีการประยุกต์กระบวนการเสริมพลังอำนาจตามโปรแกรมการจัดการความปวดฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) ร่วมกันกำหนดประเด็นสถานการณ์การดูแล 2) ร่วมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) ผสมผสานทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดการความปวด 4) ประเมินผลและคงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติ

1.2.3 ทักษะการปฏิบัติที่ผู้ดูแลควรมี ได้แก่ การประเมินและบันทึกความปวดแบบตัวเลขในสมุดบันทึก การใช้อุปกรณ์ด้านการแพทย์ การประเมินความผิดปกติที่ควรขอความช่วยเหลือ วิธีการสื่อสารและช่องทางขอคำปรึกษากับพยาบาลและแพทย์

1.2.4 ประสานแหล่งประโยชน์ในการส่งต่อและการติดตามช่วยเหลือ ประกอบด้วย 1) โทรศัพท์ติดตาม 2) การเยี่ยมบ้านภายหลังการจำหน่าย 3) นำ Line มาใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

1.3 การเลือกผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม ทีมสหสาขาวิชาชีพตกลงร่วมกันว่า ควรเป็นผู้ดูแลหลักที่แท้จริงและอยู่ดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด

ระยะที่ 2 ประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 35 คน มีอายุเฉลี่ย 54.13 ปี (SD = 8.86) (rang = 40 - 80) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 57.10) ค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 6.94 (SD = 1.95) (rang = 4 - 10) ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) 54.29 (SD = 10.65) ส่วนใหญ่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน PPS 40 - 60 (ร้อยละ 85.71) และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 35 คน มีอายุเฉลี่ย 43.69 ปี (SD = 13.86) (rang = 21 - 69) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.10) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.00) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.40) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร (ร้อยละ 42.40) ไม่ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพรับจ้างเท่ากัน (ร้อยละ 22.90) มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สินมากที่สุด (ร้อยละ 48.86) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.10)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ และทักษะการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n = 35 คน)

ความรู้	Mean	SD	t	df	p-value
ทัศนคติและทักษะการดูแลผู้ป่วย					
มะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวด					
ความรู้					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	7.89	2.51	-16.12	34	.000
ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	13.43	1.22			
ทัศนคติ					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.47	0.50	-14.27	34	.000
ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	4.75	0.34			
ทักษะ					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	3.02	0.73	-12.43	34	.000
ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	4.59	0.41			

*p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การจัดการความปวดของผู้ดูแลสูงขึ้น (Mean = 13.43 , SD =1.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -16.12, p<.001), ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ การจัดการความปวดของผู้ดูแลสูงขึ้น (Mean = 4.75, SD = 0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -14.27, p<.001), ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความปวดของผู้ดูแลสูงขึ้น (Mean = 4.59, SD = 0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12.43, p <.001)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดปัจจุบัน คะแนนความปวดมากที่สุดใน 24 ชม.

ค่าคะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชม. ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n = 35 คน)

ค่าคะแนนความปวดปัจจุบัน	Mean	SD	t	df	p-value
ค่าคะแนนความปวดมากที่สุดใน 24 ชม.					
ค่าคะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชม.					
ค่าคะแนนความปวดปัจจุบัน					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	6.94	1.96	14.46	34	.000
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	2.09	1.56			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดปัจจุบัน คะแนนความปวดมากที่สุดใน 24 ชม.
ค่าคะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชม. ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดก่อนและ
หลังการได้รับโปรแกรม (n = 35 คน) (ต่อ)

ค่าคะแนนความปวดปัจจุบัน	Mean	SD	t	df	p-value
ค่าคะแนนความปวดมากที่สุดใน 24 ชม.					
ค่าคะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชม.					
ค่าคะแนนความปวดมากที่สุดใน 24 ชม.					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	7.74	1.62	9.53	34	.000
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	5.00	1.59			
ค่าคะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชม.					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	4.49	2.23	9.64	34	.000
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	1.57	1.60			

P<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดปัจจุบันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.46, p < .001$) ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดมากที่สุดใน 24 ชม. ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.53, p < .001$) ค่าเฉลี่ยความปวดที่น้อยที่สุดใน 24 ชม. ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.64, p < .001$)

การอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแล มีการพัฒนาโดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง โดยทีมสหวิชาชีพจำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักกิจกรรมบำบัด เริ่มต้นจากทีมมีความตระหนักค้นหาปัญหาและวางแผนการพัฒนาโปรแกรมร่วมกัน และมีความเห็นตรงกันว่ากระบวนการเสริมพลังอำนาจตามโปรแกรมฯ ควรประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1. ร่วมกันกำหนดประเมินสถานการณ์ 2. ร่วมสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. ผสมผสานทางเลือกที่เหมาะสมในการจัดการความปวด 4. ประเมินผลเพื่อคงไว้ซึ่งวิธีการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังอำนาจซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน¹² ด้วยแนวคิดของกิบสันถูกนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของชลดา ทิพย์จันทร์¹⁷ พบว่า ภายหลังได้รับการส่งเสริมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล ค่าการปรับตัวของผู้ดูแลดีขึ้น สอดคล้อง

กับการศึกษาของพิมพ์ทอง ปานทอง ธนิตา ผาติเสนะ¹⁸ ที่อธิบายว่า ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสอดคล้องกับ วิภา เพ็งแสงเยี่ยม และคณะ¹⁹ พบว่า หลังร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจด้านความรู้ของผู้ดูแล และค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสูงขึ้น

ระยะที่ 2 การติดตามผล ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และทักษะการจัดการความปวดของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อธิบายได้ว่า โปรแกรมเป็นการเรียนรู้แบบรายบุคคล มีการสื่อสาร 2 ทาง ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสืบค้นและสะท้อนปัญหาที่แท้จริงและเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ มีสื่อคู่มือและแบบบันทึกความปวดให้กลับไปศึกษาต่อ ติดตามต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง ทำให้ผลค่าคะแนนความรู้ ทักษะคติทักษะต่อการจัดการความปวดหลังการร่วมโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิภา เพ็งแสงเยี่ยม และคณะ¹⁹ ซึ่งพบว่าภายหลังร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของผู้ดูแลและค่าเฉลี่ยด้านทักษะการดูแลสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสมสาร และคณะ²⁰ ที่พบว่า ยิ่งเวลาผ่านไปญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้ายยิ่งมีความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการจัดการอาการระยะท้ายให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยศึกษาเพิ่มเติมจากสื่อที่ได้รับ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัทธยา พิจอมบุตร รัตนภรณ์ อาวิพันธ์ และนราวดี เนียมหุ่น²¹ ที่พบว่า โปรแกรมที่มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้มีส่วนร่วมในการดูแล และมีสื่อประกอบการบันทึกความปวด ช่วยให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดีและมีการปฏิบัติตาม

ภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดปัจจุบัน คะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมง และคะแนนเฉลี่ยความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อธิบายได้ว่า วิธีการสอนการประเมินความปวด การจดบันทึกความปวดประจำวัน และการติดตามผลโดยผู้วิจัยทุกสัปดาห์ ช่วยสร้างความตระหนักให้ผู้ดูแล เมื่อค่าความปวดของผู้ป่วยมีระดับมากเกินไป 3 ครั้งต่อวัน ผู้ดูแลสามารถแจ้งพยาบาลเพื่อประสานแพทย์ปรับขนาดยาควบคุมอาการกลุ่ม opioid ให้เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอัทธยา พิจอมบุตร รัตนภรณ์ อาวิพันธ์ และนราวดี เนียมหุ่น²¹ ที่กล่าวว่า การพัฒนาโปรแกรมโดยบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง สามารถส่งเสริมศักยภาพโดยพัฒนาความรู้ ทักษะให้สามารถนำไปปรับใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในความดูแลได้ สามารถลดความปวดได้ และสอดคล้องกับจรัสรัตน์ เทออรุณ บุญบา สมใจวงษ์¹³ พบว่า การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ทำให้ความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณีลดลงมากกว่า

กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของศิริพร เสมสาร และคณะ²⁰ พบว่า ภายหลังที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และมั่นใจในการดูแลและสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้

โดยสรุป โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแลมีความเหมาะสม ในการเตรียมผู้ดูแลให้มีความรู้ ทักษะ ทักษะในการจัดการอาการปวดเพิ่มขึ้น และช่วยให้ผู้ดูแลจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านให้ลดลงได้

ข้อจำกัดงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาในหน่วยงานระดับตติยภูมิ และเป็นการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ไม่สามารถขยายผลไปสู่กลุ่มประชากรผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านสำหรับผู้ดูแลควรมีการเพิ่มกลุ่มควบคุมและติดตามระยะยาว เพื่อประเมินเปรียบเทียบความเข้มแข็งและทักษะที่ยั่งยืนของโปรแกรมในผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health statistic 2018. France: World Health Organization; 2018.
2. Ministry of Public Health. Strategy and planning division. Nonthaburi: Public Health Statistic; 2021. (in Thai)
3. Boland E, Boland J, editor. A guide to symptom management in palliative care version 7. England: Yorkshire and Humber Palliative and End of Life Care Group. National Healthcare Service; 2023.
4. Kreitler S, Beltrutti D, Lamberto A, Niv D. The handbook of chronic pain. New York: Nova Biomedical Books; 2007.
5. Rungjang S, Numjuntra R. Symptom management in patients with advance lung cancer. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2016;27(2):43-57. (in Thai)

6. Supaporn K. Caregiver burden and mental health problems among the caregivers of the elderly at home-based palliative stage. Kuakarun Journal of Nursing 2020;27(1):150-61. (in Thai)
7. Ministry of Public Health, Department of Medical Services. A guide to palliative and end of life care for medical personal. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage His Majesty the King; 2020. (in Thai)
8. World Health Organization. Palliative care. France: World Health Organization; 2022.
9. Pathumthani Hospital. Report of palliative care A.D.2019-2021. Pathumthani: Pathumthani Hospital; 2021. (in Thai)
10. Ministry of Public Health. Health Data Center service 2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
11. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. KPI template ministry of public health A.D. 2022. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2021. (in Thai)
12. Gibson CH. The process of empowerment in mother of chronically ill children. J Adv Nurs 1995;21(6):1201-10.
13. Taumrung J, Somjaivong B. The effects of case management in palliative care program on pain and palliative care outcomes among patients with advanced cancer. Journal of Nursing Science & Health 2021;44(4):55-68. (in Thai)
14. Thai Mental State Examination: TMSE [Internet]. (n.d.). [cited 2023 Jun 20]. Available from: <http://www.rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/12012023-110743-1739.pdf>
15. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leautrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Palliat Med 2012;26(8):1034-41.
16. Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1990;17(8):1022-4.

17. Thippayachan C. The adaptation of family caregivers with end of life care male inpatient Selaphum hospital, Roi Et Province. Academic Journal of Nursing and Health Science 2023;3(1):17-30. (in Thai)
18. Panthong P, Phatisena T. The empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients at Maharat Nakhon Ratchasima hospital. DPC 9 J 2018;24(2):57-66. (in Thai)
19. Phiangsaegiam W, Chaisang P, Phongsuphasa, Jumjana S. The development of caregiver's empowerment program of bed bound elderly in community. Nursing Public Health and Education Journal 2017;18(3):83-95. (in Thai)
20. Semsarn S, Chaiviboontham S, Chansriwong P. Effects of family caregiver training program on family caregivers and patients outcomes in terminal care of chronic illness patients. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018;5(1):112-26. (in Thai)
21. Pijomboot A, Awipan R, Niamhum N. Development and evaluation of pain management program by relatives who were caregivers of terminally III cancer patients. TJPP 2023;15(1):73-83. (in Thai)