

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และเปรียบเทียบอุปสรรคการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดและผู้ดูแล กลุ่มละ 97 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) เนื่องจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ช่วยเพิ่มผลความน่าจะเป็นในการประมาณการ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการที่จะตรวจจับ (detect) ขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา โดยทั่วไปในการศึกษาทางการแพทย์ นิยมเลือกขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง (Polit & Hungler, 1999) ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ ร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบ (power of test : $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรับรู้ว่าตนเป็นโรคมะเร็งทุกระยะของการเจ็บป่วย อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง มีระดับความรุนแรงความปวดตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และมียาแก้ปวดใช้ในการรักษา และ (2) ผู้ดูแล อายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วย โดยให้การดูแลเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ต้องมีคุณสมบัติดังกล่าวครบถ้วนทั้ง 2 ฝ่าย จึงจะถูกเลือกเข้ามาศึกษา และกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ระยะเวลาของประสบการณ์ความปวด ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แบบประเมินความรุนแรงความปวด (ถามเฉพาะผู้ป่วย) และแบบประเมินอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่กัณนาร์สตอทเทียและคณะ (Gunnarsdottir et al., 2002) ได้นำแบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวดของวอร์ดและคณะมาปรับปรุง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
 อุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอุปสรรคการ
 จัดการความปวดของผู้ป่วยทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ดูแลทั้ง
 ฉบับ เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับมีผู้ช่วยวิจัย
 จำนวน 3 ท่าน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรุนแรงความปวดของกลุ่มผู้ป่วย โดยการนำมาแจก
 แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อุปสรรคการจัดการความปวดของผู้
 ป่วยและผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปล
 ผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์ความแตกต่างของอุปสรรคการจัดการความปวดของ
 ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านวิเคราะห์ด้วยสถิติที่ แบบอิสระ (independent t-test) วิเคราะห์
 ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน ต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการ
 ความปวด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า

1. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยรวมอยู่ในระดับ
 ปานกลาง
2. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล รายด้านอยู่ในระดับ
 น้อยถึงปานกลาง โดยมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดรายด้านสูง 3 อันดับแรก คือ
 ด้านกลัวคือยา กลัวติดเชื้อแก้ปวด และด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ ตามลำดับ
3. ไม่มีความแตกต่างกันของอุปสรรคการจัดการความปวดโดยรวมและรายด้าน ระหว่างผู้
 ป่วยและผู้ดูแล ยกเว้นด้านความเชื่อว่าคุณสมบัติต้องไม่บ่นปวด พบว่ามีความแตกต่างกันของ
 ความเชื่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.05
4. ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความ
 ปวดไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล และยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคะแนนอุปสรรคการจัดการความปวดที่สูงเหมือนกัน คือด้านกลัวคือยาแก้ปวดและกลัวติดยาแก้ปวด ซึ่งอาจเป็นส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดและผู้ดูแล ให้มีการจัดการความปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลมีความตระหนักในการประเมินอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การวางแผนการให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับความปวดของ โรคมะเร็ง การจัดการความปวดด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งที่ใช้ยาแก้ปวด และไม่ใช้ยาแก้ปวด ความหมายของการติดยาและการติดยา โดยมีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ และมีการประเมินผลการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงต่อไป

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ควรมีการเสนอรูปแบบในการขจัดอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล โดยมีการจัดประชุมร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมกันพัฒนารูปแบบการขจัดอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดให้ได้มาตรฐานสากลและมีประสิทธิภาพสูงสุดตามนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล เช่น จัดทำแบบบันทึกอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานในการประเมินอุปสรรคการจัดการความปวด และเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรจัดโครงการฝึกอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการจัดการความปวด ทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลแก่พยาบาล โดยเน้นให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด โดยเฉพาะอุปสรรคการจัดการความปวด ด้านกลัวคือยาและกลัวติดยาแก้ปวด เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลแต่ละราย

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่ออุปสรรคการจัดการความปวดทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

4.2 ควรมีการศึกษาผลของอุปสรรคการจัดการความปวด ต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวด

4.3 ควรมีการศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดในกลุ่มของแพทย์และพยาบาล

4.4 ควรมีการศึกษาผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ต่ออุปสรรคการจัดการความปวด

ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

แม้ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวด แต่พบว่ามีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. บริบทของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล พบว่าในบริบทของผู้ป่วยจะค่อนข้างมีความเชื่อในเรื่องอุปสรรคการจัดการความปวดสูงกว่าผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับโรคและความปวดด้วยตนเอง จึงทำให้ตระหนักถึงปัญหาต่างๆ สูงกว่าผู้ดูแล ส่งผลให้มีความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวดในด้านต่างๆ สูง เช่น ด้านการเป็นผู้ป่วยที่ต้องไม่บ่นปวด ผู้ป่วยจะมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านนี้สูงกว่าผู้ดูแลมาก หรือผู้ป่วยกลัวการกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสูงกว่าผู้ดูแล เป็นต้น

2. เพศที่แตกต่างกัน มีผลต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด โดยพบว่าเพศหญิงมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดสูงกว่าเพศชาย ดังนั้นควรให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพศหญิงถี่และมากกว่าเพศชาย แต่ทั้งนี้ต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลประกอบด้วยทุกครั้ง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละราย

3. ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด สูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง พยาบาลควรตระหนักถึงปัญหานี้ เพื่อให้การวางแผนการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ จำเป็นต้องให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง

4. อายุ พบว่าผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ดังนั้นในการให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปฏิบัติบ่อยๆ กว่ากลุ่มอายุอื่นๆ

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล จะต้องพิจารณาถึงบริบท และอาศัยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา มาร่วมประกอบพิจารณาคำด้วย เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม โดยวางแผนให้การดูแล เพื่อให้เกิดการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละรายต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะของการเจ็บป่วยและผู้ดูแล ทำให้มีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จึงอาจทำให้คำตอบของแบบสอบถามบางส่วนอาจไม่ได้รับการตอบที่เหมือนกับผู้ป่วยระยะอื่น เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะนี้อาจจะกังวลต่อผลเสียหรืออันตรายของการใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะอื่น แต่จะกังวลต่อความปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่มากกว่า

2. ปัจจัยความเชื่อด้านกลัวยาการข้างเคียงของยา อาจได้คำตอบที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของคำถามในแบบสอบถาม เนื่องจากแบบสอบถามจะมุ่งเน้นถามอาการข้างเคียงของการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ (มอร์ฟิน) คือ ง่วงซึม สับสน คลื่นไส้ ท้องผูก และปวดหรือกระทำสิ่งที่น่าละอาย แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนมากในกลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์จากการใช้ยากลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (พาราเซตามอล) มากกว่ากลุ่มโอปิออยด์ จึงอาจทำให้คำตอบของความเชื่อด้านกลัวยาการข้างเคียงของยาแก้ปวดมีความคลาดเคลื่อนได้

3. การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงวิถี ขนาด ความถี่ และระยะเวลาของการใช้ยาแก้ปวด รวมถึงระยะความรุนแรงของโรค ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ครอบคลุมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล