

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วย ผู้ดูแล เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล และศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล อันประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการปวดและเข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลจำนวน 98 ราย ซึ่งประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎหัวแม่มือ (rule of thumb) เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (multiple regression) (Green, 1991) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ป่วยจะต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง เช่น ไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีสติสัมปชัญญะดี ไม่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีพยาธิสภาพลุกลามไปยังสมอง และไม่มีอาการปวดจากสาเหตุอื่นนอกจากความปวดจากมะเร็ง และรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ส่วนผู้ดูแลจะต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไปเช่นเดียวกับผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน และรับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 2 ชุด ใช้วัดผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรุนแรงความปวด (numerical rating scale) แบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบวัดสัมพันธภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้แบบวัดทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ลักษณะข้อคำถามและเนื้อหาที่ใช้ในการวัดเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม และปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดจำนวน 3 ชุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาความเที่ยงของแบบทดสอบในส่วนของความรู้ ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ใช้สูตร K-R 20 ส่วนแบบวัดทัศนคติ และแบบวัดสัมพันธภาพ กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 98 ราย

แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 0.70 และ 0.71 ตามลำดับ แบบวัดระดับทัศนคติของผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 0.71 และ 0.78 ตามลำดับ และแบบวัดสัมพันธภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล เท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลนำมาหาค่าเฉลี่ย และร้อยละ วิเคราะห์ระดับความรุนแรงความปวดตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนความรู้ ทัศนคติ สัมพันธภาพ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลนำมาวิเคราะห์ระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำการวิเคราะห์แต่ละชุดโดยภาพรวมโดยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล (independent t-test) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis)

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 4.39$  และ 4.65) ตามลำดับ
2. ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน
3. ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และความรู้ ทัศนคติของผู้ป่วยในเรื่องความปวด ร่วมกันทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยได้ร้อยละ 6 (adjusted  $R^2 = .06$ ) โดยตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ คือ ความรู้ ( $b = .18, p < .05, \beta = .28$ )
4. ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความรู้ ทัศนคติของผู้ดูแลในเรื่องความปวด ร่วมกันทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21 (adjusted  $R^2 = .21$ ) โดยตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระดับการศึกษา ( $b = .88, p < .01, \beta = .30$ ) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ( $b = .11, p < .01, \beta = .03$ ) และความรู้ ( $b = .20, p < .05, \beta = .25$ ) ตามลำดับ

## ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

1. ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดเดียวกัน ระยะเดียวกัน ได้รับยาแก้ปวดชนิดเดียวกัน พบว่ามีความปวดแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย เช่น อารมณ์ของผู้ป่วย ภาพลักษณ์ของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ชัดเจนมากขึ้น เกิดมุมมองที่กว้างขึ้นในการประเมินความรุนแรงความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะพยาบาล ต้องตระหนักถึงการรับรู้ความรุนแรงความปวดของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันออกไป การประเมินผู้ป่วยจึงต้องเปลี่ยนแนวคิดใหม่ ควรประเมินมิติด้านต่างๆ ให้ครอบคลุมมากขึ้นและควรเชื่อว่าความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลมีความแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ไม่สามารถคาดเดาหรือประเมินความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยด้วยความคิดของพยาบาลเอง หรือนำความรุนแรงความปวดที่เกิดขึ้นกับบุคคลหนึ่งไปเปรียบเทียบกับอีกบุคคลหนึ่งได้ ซึ่งสามารถนำสิ่งเหล่านี้ไปวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

2. บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน จะมีความใกล้ชิดสนิทสนม ซึ่งส่งผลให้การประเมินความปวดของผู้ดูแลใกล้เคียงกับผู้ป่วย แต่จากการสังเกตของผู้วิจัยในการศึกษานี้มักพบว่าผู้ดูแลจะไม่กล้าที่จะแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยปลูกฝังไม่ให้นักแสดงความรู้สึกรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผยมากนัก พยาบาลจึงควรนำข้อค้นพบที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลให้มากขึ้นได้ เช่น เช็ดตัวให้กับผู้ป่วย การสัมผัสด้วยการบีบนวดให้กับผู้ป่วย อันส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกดีในการแสดงออกถึงความรักและห่วงใยที่มีจากผู้ดูแล ส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสอดคล้องใกล้เคียงกันมากยิ่งขึ้น

3. การประเมินระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้มีความแตกต่างกันในการศึกษานี้ ดังนั้น ควรจะมีการนำข้อค้นพบดังกล่าว คือ ให้ผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทในการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะที่รับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล แทนการประเมินความปวดจากบุคลากรในทีมสุขภาพ แต่ต้องเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องมีสัมพันธ์ภาพอยู่ในระดับดี

4. ระดับความรุนแรงความปวดจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางต่างๆ ที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งให้เห็นว่าการจัดการความปวดของทีมสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

5. การใช้ยาแก้ปวด จากข้อมูลพบว่า ยังมีการใช้ยาเพทิดีน (pethidine) อยู่ร้อยละ 8.2 แสดงให้เห็นว่า แผนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดยังมีแนวโน้มในการปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นยาที่ไม่เป็นที่นิยมใช้รักษาความปวดเรื้อรัง การใช้ในระยะยาวอาจทำให้เกิดพิษต่อระบบส่วนกลางได้ (จุฑามณี, 2549) จึงควรนำไปพัฒนาแก้ไขต่อไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนที่ใช้ในการวัดความรู้ ทักษะของผู้ป่วย มะเร็งและผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นใหม่ ปัญหาที่พบคือ การสอบถามในเรื่องของความรู้และทัศนคติในเรื่องความปวดค่อนข้างยากต่อความเข้าใจ และผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นเมื่อนำไปใช้พบว่าต้องมีการถามซ้ำหลายครั้ง ทำให้เสียเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งในส่วนของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย จึงควรสร้างให้ลักษณะของข้อคำถามสั้นๆ กระชับ และชัดเจนกว่านี้

2. การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทั้งหมด

### ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยครั้งนี้ไปใช้

#### 1. ด้านการศึกษา

นำประเด็นที่ได้ในเรื่องของความรู้และทัศนคติที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังเข้าใจผิด เช่น ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจว่า ยาแก้ปวดควรให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดมากเท่านั้น เรื่องของความกังวลในเรื่องการติดยาแก้ปวด กลัวผลข้างเคียงของยา เชื่อว่ายาฉีดเท่านั้นที่จะทำให้หายจากความปวด เชื่อว่าความปวดเกิดจากภาวะของโรคที่เลวลง และความลังเลใจในการรายงานความปวด เป็นต้น มาใช้วางแผนในการจัดการเรียนการสอนในเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการให้ความรู้และวางแผนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลต่อไป

## 2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วย ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

## 3. ด้านการบริหารพยาบาล

จัดเป็นนโยบายในการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดในทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จัดตั้งกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีโอกาส พบปะพูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดแก่ผู้ดูแลเพื่อนำไปใช้ได้ถูกต้อง

## 4. ด้านการวิจัย

เนื่องจากความปวด เป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล และการรับรู้ความปวดมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางด้านร่างกาย และจิตใจ

แบบสอบถามในส่วนของความรู้และทัศนคติ ควรนำมาปรับปรุงแก้ไขในเรื่องของภาษาของข้อคำถามให้สั้นและเข้าใจง่ายกว่านี้

ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลที่มารับยาบรรเทาปวดที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกระงับปวด (ถ้ามี) พร้อมประเมินติดตามปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อวางแผนช่วยเหลือต่อไป