

การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการจัดการความปวดโดยญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

อัทธยา พิจอมบุตร¹, รัตนาภรณ์ อาวิพันธ์², นรวดี เนียมหุ่น²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

²ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการจัดการความปวดโดยญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย **วิธีการ:** งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) ทีมผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จำนวน 15 คน 2) ผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติผู้ดูแล 19 คน และผู้ป่วย 19 คนที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และอื่น ๆ การศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพการณ์ของคลินิกประจำประคองโดยรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ร่วมวิจัย การศึกษาระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดโดยผู้ดูแล โดยการประชุมระดมสมองในกลุ่มผู้ร่วมวิจัย การศึกษาระยะที่ 3 เป็นการศึกษาติดตามและประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม/เจตคติของผู้ให้บริการด้านความปวดของผู้ป่วย ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด การรับรู้สมรรถนะการจัดการความปวด และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล **ผลการวิจัย:** การศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า คลินิกประจำประคองมีปัญหาด้านการปฏิบัติงานคือ ระบบการให้บริการ ความแตกต่างทางประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมของยา สถานที่ และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาด้านผู้รับบริการคือ ความพร้อมของผู้รับบริการ และทัศนคติต่อการใช้มอร์ฟีนและต่อผู้ให้บริการ การศึกษาระยะที่ 2 พบประเด็นที่ส่งผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวด 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง 2) ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้/ทักษะในการจัดการความปวด 3) การมี Kapanol® 4) การแยกพื้นที่ในการให้บริการ และ 5) การปรับปรุงแนวปฏิบัติและพัฒนาโปรแกรมฯ ทีมผู้ร่วมวิจัยกำหนดกิจกรรมที่ตอบสนองประเด็นที่ส่งผลต่อการพัฒนา การพัฒนาแบ่งเป็น 2 วงรอบ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน คือวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล การศึกษาระยะที่ 3 ประเมินผลของโปรแกรมการจัดการความปวด พบว่าทีมผู้ให้บริการมีความรู้/ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง คะแนนความปวดปัจจุบันของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) คะแนนความปวดน้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน ปัญหาที่พบจากการใช้ยาลดลง ผู้ดูแลมีความรู้ในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น สมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง **สรุป:** การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ สามารถพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดโดยผู้ดูแลสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การจัดการความปวด

รับต้นฉบับ: 22 ม.ค. 2565, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 6 มี.ค. 2565, รับผิดชอบพิมพ์: 26 มี.ค. 2565

ผู้ประสานงานบทความ: อัทธยา พิจอมบุตร กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเถิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง 52160 E-mail: gamyui4s@gmail.com

Development and Evaluation of Pain Management Program by Relatives who were Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients

Attaya Pijombootr¹, Ratanaporn Awipan², Narawadee Niamhun²

¹Pharmacy Department and Health Consumer Protection, Thoen Hospital, Lampang

²Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiangmai University

Abstract

Objective: to develop and evaluate pain management program by relative caregivers of terminally ill cancer patients. **Methods:** This study was an action research. The research team comprised of 1) 15 co-researchers; doctors, nurses, and pharmacists. 2) clients including 19 pairs of relative-caregivers and patients with bile duct cancer, lymphoma and others. Phase 1 of the study involved the data collection on Palliative Care Clinic services by observation and interview with research team. Phases 2 of the study were the development of pain management program by caregivers through brainstorming among research team. Phase 3 involved follow-up and evaluation of outcomes including behaviors and attitudes among providers of pain management, drug related problems, knowledge on pain management, perceived competency on pain management and satisfaction among relative caregivers. **Results:** Phase 1 study revealed that the problems in the area of service provision in the Palliative Care Clinic including service system, different experience among service team, availability of medications, readiness of location, and service team's understanding. The problems of the Clinic according to were readiness among clients to acquire knowledge, attitudes towards morphine use and on service team. Phases 2 found 5 issues affecting the development of pain management program including 1) positive attitudes among providers towards palliative care. 2) adequate knowledge and skills in pain management among providers. 3) Kapanol® was available 4) separate areas for providing care was arranged and 5) improvement of operational guidelines and development of pain management program. The research team defined the responsive activities. The processes of creation and development were performed in 2 cycles, each cycle consisted of 4 sub-steps: planning, implementing plans, observing and reflecting on performance. Phase 3, evaluation of pain management program, found that the service team showed greater knowledge/understanding on concept of palliative care, having a positive attitude towards palliative care. Patients had a decrease in their current pain score, but the minimum pain scores at 24 hours were not changed. The number of drug related problems were decreased. Caregivers had a higher level of knowledge and self-efficacy on pain management. Their satisfaction was at a high level. **Conclusion:** Implementation of action research processes could develop a pain management program by relative caregivers for terminally ill cancer patients, which is appropriate to the hospital context.

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

บทนำ

โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิตประมาณ 40 ล้านคน จึงได้ประกาศให้ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย โดยให้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา (1) การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานกับอาการของโรคที่คุกคามถึงชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับประเทศไทย มีการขยายงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาที่ 14 (2) มีการกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลมียากลุ่ม opioids เป็นพื้นฐาน ได้แก่ มอร์ฟีนชนิดฉีด มอร์ฟีนรับประทานชนิดออกฤทธิ์สั้น และมอร์ฟีนรับประทานชนิดออกฤทธิ์ทันที เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาระงับปวด สำหรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลนั้นมีทั้งที่เป็นบริการผู้ป่วยใน บริการผู้ป่วยนอก และการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) กิจกรรมในแต่ละบริการมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับขนาดและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่ทุกข์ทรมานจากความปวด โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีประสบการณ์ความปวด และยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เผชิญกับความปวด มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (3) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก ความปวดนำไปสู่การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง ส่งผลให้สูญเสียความแข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันแย่งลง ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง และพักผ่อนได้ลดลง (4) การศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจะมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความปวดถึง 4 เท่า (5) นอกจากนี้ ความปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้โรคของผู้ป่วยแย่งลงและความร่วมมือในการรักษาลดลงด้วย องค์การอนามัยโลกได้แนะนำวิธีบรรเทาความปวดแบบขั้นบันได โดยการเพิ่มความแรงของยาระงับปวดตามความรุนแรงของความปวด แม้ว่ามียารักษาการใช้วิธีบรรเทาปวดขององค์การอนามัย

โลกอย่างแพร่หลาย แต่ในความเป็นจริง ยังมีผู้ป่วยมะเร็งกว่าครึ่งที่ไม่ได้รับการจัดการความปวดอยู่ (6) และยังคงมีความทุกข์ทรมานจากความปวด (7) ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมนั้นสามารถแบ่งเป็นปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดทักษะการจัดการความปวด ทักษะคิดของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ยาระงับปวด ปัจจัยด้านระบบยาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยาและความเพียงพอของยาระงับปวด และปัจจัยด้านผู้ป่วยและญาติในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวด และทัศนคติและความเชื่อผู้ป่วยและญาติต่อโรคและยาระงับปวด (8)

ผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ในสังคมไทยเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะให้การช่วยเหลือ ผู้ดูแลจึงมักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (9) สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (10) ญาติผู้ดูแลมีบทบาทตั้งแต่การประเมินและตัดสินใจในแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยหรือตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็นผู้สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ดูแลตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดการความเจ็บปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลยังถูกคาดหวังว่าควรเป็นผู้ที่สามารถระบุปัญหาจากการใช้ยาได้ การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้ายและลดภาระของผู้ดูแลได้

สำหรับญาติผู้ดูแล การจัดการความปวดเป็นกิจกรรมที่มีหลายกระบวนการ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพของญาติผู้ดูแล คือ ความรู้และทักษะในการจัดการความปวดของญาติผู้ดูแลยังไม่เพียงพอ ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา ความกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยาระงับปวด และตัวผู้ป่วยเองที่ดื้อต่อยาระงับปวด นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารที่ยังไม่มีประสิทธิภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ (11) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการจัดการความปวด พบว่า มีการพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (12,13) ที่เน้นเรื่องการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการสร้างแนวปฏิบัติและนำแนว

ปฏิบัติการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปใช้ในโรงพยาบาล พบว่า ความปวดของผู้ป่วยลดลง ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย (14) พบว่าหลังได้รับโปรแกรม ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และมีระดับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

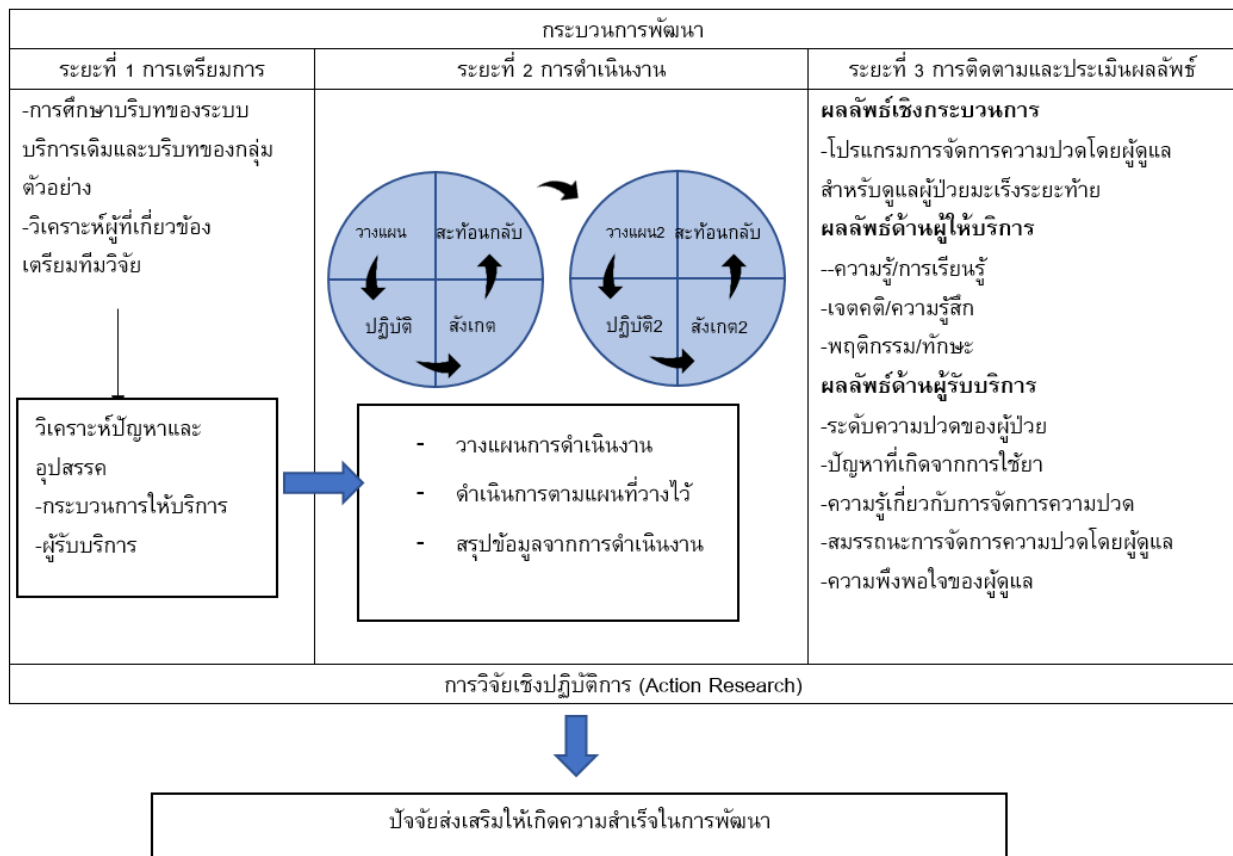
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลเถิน ในปี พ.ศ. 2562 พบปัญหาในการจัดการความปวด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 47 ราย ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.32) เท่ากับร้อยละ 30-40 ของระดับปกติ รองลงมาคือ ร้อยละ 10 ของระดับปกติ (ร้อยละ 19.14 ของผู้ป่วย) หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเถินส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลเกือบทั้งหมด ผู้ป่วยมีญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ร่วมกันถึงร้อยละ 84.50 ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทุกด้าน รวมถึงบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยหายใจลำบาก 37 ราย (ร้อยละ 78.72) รองลงมาคือ เกิดผลข้างเคียงจากยา 35 ราย (ร้อยละ 74.46) และผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง 24 ราย (ร้อยละ 51.06) จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการพบปัญหา 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1) ปัญหาด้านความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการรับข้อมูลที่สำคัญต่าง ๆ ในการจัดการความปวด โดยเฉพาะข้อมูลเรื่องการช้ายา ซึ่งผู้ป่วยหนึ่งคนอาจได้รับยามากกว่า 5 ชนิด ข้อมูลมากเกินไปทำให้ญาติผู้ดูแลจำไม่ได้ โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาด้านข้อจำกัดเรื่องเวลา เนื่องจากผู้ป่วยใช้เวลาในการรับบริการเฉลี่ย 3 ชั่วโมงหรืออาจมากกว่านั้น อาจทำให้ไม่ทันรถโดยสาร ทำให้ญาติผู้ดูแลเร่งรีบและไม่มีความมั่นใจพอแก่สัขกรไม่สามารถประเมินความเหมาะสมของการช้ายาได้ ประเด็นที่ 2) ความรู้และทัศนคติต่อการช้ายาระงับปวดมอร์ฟีน พบว่า ญาติผู้ดูแลบางคนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการช้ายา คือ ไม่กล้าให้ผู้ป่วยกินมอร์ฟีน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เริ่มยามอร์ฟีนครั้งแรก เนื่องจากทราบว่ามีมอร์ฟีนเป็นยาเสพ

ติด ญาติผู้ดูแลกังวลในด้านความปลอดภัย คือ กังวลว่ายาจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น หรือกังวลว่าผู้ป่วยจะติดยา มอร์ฟีน จึงให้ผู้ป่วยกินยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง และประเด็นที่ 3) ทัศนคติต่อผู้ให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลบางคน ปกปิดข้อมูลบางส่วนแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะข้อมูลการบริหารยาของผู้ป่วย เนื่องจากเคยมีประสบการณ์การโดนตำหนิจากบุคลากรทางการแพทย์จากกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ช้ายาตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้ ข้อมูลการใช้สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ต่าง ๆ ในบางกรณีก็ถูกปกปิดเช่นกัน

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้โรงพยาบาลเถินต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในคลินิกระงับปวดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ดังนั้น จึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดโดยผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รูปแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลเถิน ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเนื่องจากมีลักษณะเด่นคือ เป็นการวิจัยที่กระทำโดยผู้ปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาเกี่ยวกับงานที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ โดยมีเป้าหมายเพื่อเรียนรู้และพัฒนาการทำงานของตนเองให้ดีขึ้นตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ผลของการวิจัยจะถูกนำไปเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะในด้านการจัดการความปวด เริ่มตั้งแต่จุดบริการแผนกผู้ป่วยนอกเชื่อมโยงถึงงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นส่งเสริมความสามารถในการจัดการความปวดของญาติผู้ดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเถินและสามารถขยายผลใช้ในวงกว้างต่อไป

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (15) ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 36/2652 รับรองเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2562) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563–พฤษภาคม 2564 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ กำหนดปัญหาดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูล หาแนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาการจัดการความปวดโดยผู้ดูแลสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (โปรแกรมฯ) ร่วมกัน ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1. ภาพรวมของขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การเตรียมการ

ในระยะนี้ผู้วิจัยเตรียมตัวในเรื่องความรู้และทักษะในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดจนเตรียมข้อมูลเพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์และใช้สำหรับวางแผนในระยะต่อไป ดังมีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย

การศึกษาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกประคับประคอง 1 คน (จากทั้งหมด 1 คน) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกประคับประคอง 2 คน (จากทั้งหมด 4 คน) เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในคลินิกประคับประคอง 5 คน (จากทั้งหมด 9 คน) และญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 9 คนที่เข้ารับบริการในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2563

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทบทวนแนวทางการดำเนินงานในอดีตจากเอกสารของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 และดำเนินการการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง คำถามสำหรับทีมผู้ให้บริการมีประเด็นสัมภาษณ์ คือ การดำเนินงานโดยทั่วไปที่รับผิดชอบ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน และสิ่งที่ต้องการเสนอให้เปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขปัญหา สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติผู้ดูแล ประเด็นคำถาม คือ ปัญหาและอุปสรรคในการรับบริการและความต้องการเพิ่มเติมระยะเวลาในการเก็บข้อมูล คือ 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์เป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ และนำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกมาประกอบกัน จากนั้นจึงหาข้อสรุป ติความ และตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล ด้านแหล่งข้อมูล และการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตรวจสอบข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 2 การดำเนินงาน

การวิจัยในระยะที่ 2 คือ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกประคับประคอง

ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย

การศึกษาคัดเลือกผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้ 1. กลุ่มผู้ร่วมวิจัย 15 คน

แบ่งเป็นแพทย์ 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 5 คน (พยาบาล
ประจำประคอง 1 คน ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน 2 คน
ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก 1 คน และปฏิบัติงานดูแล
สุขภาพที่บ้าน 1 คน) เกสเซอร์ จำนวน 9 คน (ปฏิบัติงาน
แผนกผู้ป่วยใน 1 คน ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก 8 คน)
และ 2. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายและ
ญาติผู้ดูแลที่เข้ารับบริการระงับปวดในคลินิก
ประจำประคองที่แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนมกราคม –
พฤษภาคม 2564 จำนวน 19 คู่ (ผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน ต่อญาติ
ผู้ดูแล 1 คน)

การเก็บข้อมูล

การดำเนินงานใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ
การสังเกตผลการปฏิบัติงาน และการสะท้อนกลับการ
ปฏิบัติงาน โดยดำเนินการเป็น 2 วงรอบ และใช้กระบวนการ
คิดเชิงออกแบบ (design thinking) เป็นแนวทางในการ
พัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงาน ได้แก่ การเข้าใจ
(empathize) การระบุปัญหา (define) การระดมความคิด
(ideate) การสร้างต้นแบบ (prototype) และการทดสอบ
(test) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยนำเสนอ
ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่
ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 ให้แก่ผู้ร่วมวิจัย หลังจากนั้น
ประชุมระดมสมอง 1 ครั้ง และสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง เพื่อ
ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ส่งผลการ
พัฒนางานต่อไป และร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่ตอบสนอง
ต่อสิ่งที่ส่งผลการพัฒนางาน ระยะเวลาเก็บข้อมูลใน
ขั้นตอนที่ 1 คือ 8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน ในการดำเนินการ
วงรอบที่ 1 ทีมผู้วิจัยประชุมระดมสมอง จำนวน 1 ครั้ง เพื่อ
กำหนดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาโปรแกรมการ
จัดการความปวดโดยญาติผู้ดูแล (โปรแกรมฯ) โดยกิจกรรม
ดังกล่าวจัดให้มีขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และกิจกรรม
ต้องผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาล
ระยะเวลาในการดำเนินการ คือ 6 สัปดาห์ ในวงรอบที่ 2
ทีมผู้วิจัยประชุมระดมสมอง 1 ครั้ง เพื่อปรับปรุงกิจกรรมที่
ไม่บรรลุเป้าหมายและปฏิบัติตามแผนการปรับปรุง
ระยะเวลาเก็บข้อมูลในส่วนนี้คือ 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต ผู้วิจัยสังเกตการ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุกขั้นตอนการปฏิบัติตามแผนทั้ง

2 วงรอบ ได้แก่ การให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผน ปัญหา
และอุปสรรคต่าง ๆ การประเมินผลพึงจากการปฏิบัติตาม
แผน โดยติดตามค่าความปวดของผู้ป่วย ปัญหาที่เกี่ยวข้อง
กับการใช้ยาที่พบ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของ
ญาติผู้ดูแล สมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดของ
ญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ความรู้และ
พฤติกรรมของผู้ให้บริการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้
ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนกระบวนการและผลจากการ
ดำเนินการ หลังจากกิจกรรมเสร็จสิ้น ซึ่งจะทำทันทีในทุก
กิจกรรม โดยใช้เทคนิคการทบทวนหลังกิจกรรม (after
action review) ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยสะท้อน
กระบวนการและผลของการดำเนินกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวม
ข้อมูล เพื่อให้สามารถเติมเต็มข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ได้
ตลอดเวลา ผู้วิจัยบรรยายข้อมูลเชิงคุณภาพขั้นตอนในแต่ละ
ช่วงของการพัฒนา วิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้ทุกระยะของ
การมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก
การปฏิบัติตามวงรอบของการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการ
สังเกตและสะท้อนในแต่ละกิจกรรม ร่วมกับข้อมูลจากการ
บันทึกเสียงและบันทึกที่ได้ในแบบบันทึกการสังเกต มา
วิเคราะห์ผลเพื่อหาข้อสรุป ดีความ และตรวจสอบความ
ถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลโปรแกรมฯ

ระยะนี้เป็นการประเมินภาพรวมของกระบวนการ
ตรวจสอบข้อมูลที่เป็นผลของการวิจัย และประเมินผล
โปรแกรมฯ การประเมินผลทำหลังสิ้นสุดวงรอบที่ 1 (1 ครั้ง)
และวงรอบที่ 2 (1 ครั้ง) หลังจากนั้นจัดเวทีแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ สะท้อนความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัย

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลของผลลัพธ์เชิงกระบวนการทำโดย
บรรยายขั้นตอนในแต่ละช่วงของการพัฒนาและลักษณะ
ของโปรแกรมฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
วิเคราะห์สิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัจจัยสำเร็จ และปัจจัยที่เป็น
อุปสรรคต่อการใช้โปรแกรมฯ โดยใช้วิธีการสังเกตและการ
บันทึก

ในด้านผู้ให้บริการ การศึกษาติดตามการ
เปลี่ยนแปลงด้านความรู้/การเรียนรู้ เจตคติ/ความรู้สึก

พฤติกรรม/ทักษะโดยใช้วิธีสังเกตการให้บริการ การพูดคุย และการให้ผู้ให้บริการอธิบายความรู้สึกหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

ในด้านผู้รับบริการ ผู้วิจัยติดตามข้อมูลระดับความปวดของผู้ป่วยโดยเก็บข้อมูลจากแบบประเมินความปวด และเก็บข้อมูลปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาจากแบบบันทึกการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาอ้างอิงจากวิธีการจัดประเภทตามระบบของ Helper และ Strand (19) การประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาาระงับปวดที่อ้างอิงเนื้อหาจากคู่มือการจัดการความปวดของศูนย์การณียักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (16) การประเมินสมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดสำหรับญาติผู้ดูแล โดยใช้ pain management self-efficacy questionnaire สำหรับพยาบาล ของ Macindo และคณะ (17) แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ประเมินความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดเป็นคำถามปลายปิด 11 ข้อ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน 16 ข้อ เลือกตอบ 5 ระดับ (1-5) แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบพบว่า alpha coefficient = 0.88

การศึกษาประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) (18) ซึ่งได้รับอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยโดย ลดารัตน์ สาภินันท์ แบบประเมินแบ่งความพึงพอใจเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย ด้านการให้ข้อมูล ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว และด้านการดูแลจิตใจของผู้ป่วย รวม 17 ข้อ คำถามมีตัวเลือก 5 ระดับ (1-5)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณสรุปโดยใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนารอบที่ 2 ในกรณีที่ข้อมูลกระจายตัวปกติ ใช้สถิติ paired t-test สำหรับข้อมูลที่กระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon's signed-rank test กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือสูญหายระหว่างการศึกษาจะไม่ตัดออกจากการวิเคราะห์ แต่ใช้วิธีวิเคราะห์แบบ Intention to treat โดยจะใช้ข้อมูลที่วัดได้ครั้งล่าสุดแทน

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล ด้านแหล่งข้อมูล และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูล

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนการดำเนินงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานพบปัญหาจากการปฏิบัติงาน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านระบบการให้บริการในคลินิกประคับประคอง 2) ปัญหาด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากร 3) ปัญหาด้านความพร้อมของเวชภัณฑ์ยา และสถานที่ และ 4) ปัญหาด้านความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ พบปัญหาด้านความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการรับข้อมูล และทัศนคติต่อการใช้ยาาระงับปวดมอร์ฟีนและต่อผู้ให้บริการ

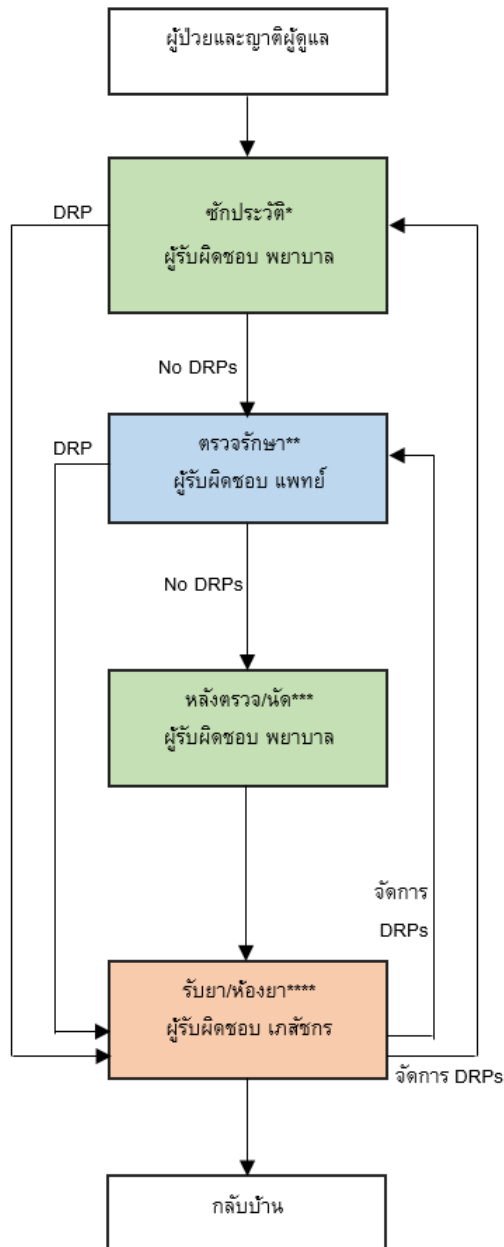
ระยะที่ 2 การดำเนินงาน

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ทราบประเด็นที่ส่งผลต่อการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวด 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ติดต่อการดูแลแบบประคับประคอง 2) ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้/ทักษะในการจัดการความปวด 3) การมี Kapanol® 4) การแยกพื้นที่ในการให้บริการ และ 5) การปรับปรุงแนวปฏิบัติและพัฒนาโปรแกรมฯ

จากนั้นทีมผู้ร่วมวิจัยวางแผนการปฏิบัติโดยกำหนดกิจกรรมที่ตอบสนองประเด็นที่ส่งผลต่อการพัฒนาในวงรอบแรก 6 กิจกรรม คือ 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2) การอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความปวด 3) การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการปรับยาาระงับปวด strong opioids เฉพาะกลุ่มเภสัชกร 4) การจัดหา Kapanol® เพิ่มในบัญชียาของโรงพยาบาล 5) การแยกพื้นที่ในการจ่ายยาผู้ป่วยระยะท้ายชัดเจน และ 6) การพัฒนาโปรแกรมฯ

หลังจากปฏิบัติกิจกรรมข้างต้น 4 สัปดาห์ พบว่าต้องปรับปรุง 2 กิจกรรม คือ การแยกพื้นที่จ่ายยาผู้ป่วยระยะท้าย และการพัฒนาโปรแกรมฯ ทีมผู้วิจัยจึงแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน วิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรคที่พบ เพื่อวางแผนปรับปรุงพื้นที่จ่ายยา และโปรแกรมฯ ให้ตรงตาม

บริบทโรงพยาบาล โปรแกรมฯ ที่ปรับปรุงใหม่ เน้นการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ผู้รับบริการ เรียงลำดับความสำคัญในการให้ข้อมูล แบ่งให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละจุดให้ข้อมูลคนละส่วนกันแต่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายคือ ญาติผู้ดูแลต้องได้รับข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วนและตรงตามความต้องการ รายละเอียดดังรูปที่ 2



ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ

การเปลี่ยนแปลงในส่วนของผู้ให้บริการ

ในการพัฒนาทั้ง 2 วรรณกรรม ผู้วิจัยได้สังเกตการปฏิบัติงานและสอบถามผู้ให้บริการพบผลลัพธ์ดังต่อไปนี้

ด้านความรู้/การเรียนรู้ของผู้ให้บริการ: ทีมผู้ให้บริการรู้สึกว่าคุณมีความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล

รายละเอียดการปฏิบัติ	เครื่องมือที่ใช้
*ซักประวัติ ผู้รับผิดชอบ พยาบาล ทบทวนวิธีการกินยาและช่วยให้ความรู้เรื่องยาที่ห้ามบด แบ่ง เคี้ยว	-ตัวอย่างยาที่ห้ามบด แบ่ง เคี้ยว
**ตรวจรักษา ผู้รับผิดชอบ แพทย์ วางแผนการดูแล โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด -สร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้ strong opioid -ให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวด ความสำคัญของการจัดการความปวด -ความสำคัญของการใช้ pain diary -จัดการอาการรบกวนทางใจของผู้ป่วย	-แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบระดับประดอง
***หลังตรวจ/นัด ผู้รับผิดชอบ พยาบาล สอนวิธีการประเมินความปวด (ตัวเลข สีหน้าท่าทาง) -สอนวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (การประคบเย็น การประคบสมุนไพร)	-แผนพับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา
****รับยา/ห้อยยา ผู้รับผิดชอบ เภสัชกร -ให้ความรู้เรื่อง strong opioid ประเภทของยา การออกฤทธิ์อย่างง่าย วิธีใช้ยา ผลข้างเคียงจากยา ที่อาจพบ และวิธีการจัดการผลข้างเคียงจากยา -สอนวิธีการใช้ pain diary	-แผนพับความรู้เรื่องยา strong opioids อย่างง่าย , pain diary

Activate Winc
Go to Settings to i

รูปที่ 2. โปรแกรมการจัดการความปวดโดยผู้ดูแลสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (วรรณกรรมที่ 2)

หมายเหตุ 1) ปฏิบัติตามโปรแกรมทุกครั้งที่มีผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมารับบริการ 2) ปรับลด/เพิ่ม เนื้อหาในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตามปัญหาที่พบในแต่ละครั้ง และ 3) เงื่อนไขของการเกิดปัญหาที่เกี่ยวกับยาที่ทำให้ต้องส่งผู้ป่วยให้พบกับเภสัชกร ได้แก่ เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่รบกวนคุณภาพชีวิต พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น การไม่กินยา การมียาเหลือปริมาณมาก การกินยาน้อยกว่าหรือมากกว่าที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ขึ้นต่อการดูแลผู้ป่วย รับฟัง และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมากขึ้น ผู้ให้บริการทุกวิชาชีพรู้สึกว่าคุณมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ strong opioids พยาบาลรายงานว่า ตนสามารถดักจับปัญหาจากการใช้ strong opioids ได้ เภสัชกรรู้สึกว่าคุณสามารถเป็นที่ปรึกษาด้านยา ระวังปวดให้แก่วิชาชีพอื่นได้ ทำให้ผู้ให้บริการเห็นภาพรวมของการจัดการความปวดและได้ทราบบทบาทของทีมแต่ละวิชาชีพมากขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของทีมผู้ให้บริการดังนี้

“ยังได้สอนญาติ ยังรู้สึกว่าเราเองก็เก่งขึ้น ตอนนี้รู้หมดแล้วว่า ยาไหนบดได้ บดไม่ได้ เวลาน้องที่วอร์ดถาม ก็ตอบได้ทันทีเลย”

“การคุยกับคนไข้เรื่องมอร์ฟีน เป็นศาสตร์และศิลป์ คือจะทำให้เค้ามีทัศนคติที่ดีได้ เราต้องเข้าใจความกลัวของเค้าก่อน ทำบ่อย ๆ ก็เริ่มเลือกคำได้ดีขึ้น เหมือนได้ฝึกสกิล counselling ด้วย”

“คนไข้/ญาติ มีความรู้เรื่องยามามากพอควรเลย ทำให้เราโฟกัสการหา DRP ได้ดีขึ้น เวลาคุยกับคนไข้ก็ง่ายขึ้น เหมือนไปในทางเดียวกัน”

ด้านเจตคติ/ความรู้สึก: ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการสั่งจ่ายยา มั่นใจในการปรับขนาดยาและการจ่ายยา strong opioids มากขึ้น การเพิ่มช่องทางการรับยาพิเศษสำหรับผู้ป่วยประคับประคอง ทำให้เภสัชกรรู้สึกถึงเป็นส่วนตัวในการทำงาน มีสมาธิในการให้บริการมากขึ้น การพัฒนาโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกว่า ตนเข้าใจเพื่อนร่วมงานวิชาชีพอื่นมากขึ้น มีความพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือทีมผู้ให้บริการมากขึ้น รู้สึกดีต่อการให้ความรู้ด้านยา เนื่องจากไม่ได้จำกัดบทบาทในการทำงานว่าเรื่องยาต้องเป็นหน้าที่ของเภสัชกรเท่านั้น จึงรู้สึกถึงการทำงานเป็นทีม ดังคำกล่าวของทีมผู้ให้บริการที่ว่า

“รู้สึกดีนะ ช่วยกันทำงาน มีความรู้สึกเป็นทีมเวิร์กมากกว่าเมื่อก่อน”

ด้านพฤติกรรม/ทักษะ: กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกว่า ตนมีความพร้อมในการให้บริการ มีความมั่นใจในการปรับขนาดยา สามารถทบทวนคำสั่งแพทย์ และสามารถคำนวณขนาดยาที่เหมาะสมได้โดยไม่ต้องปรึกษาผู้ที่เชี่ยวชาญกว่า ผู้ให้บริการรู้สึกว่า ตนสามารถดักจับปัญหาที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสั่งจ่ายยาได้ พยาบาลรู้สึกว่าคุณสามารถใช้ syringe driver ได้อย่างถูกต้อง

การเปลี่ยนแปลงส่วนผู้รับบริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 23 ราย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการพัฒนางรอบที่ 1 และไม่ได้เข้าร่วมต่อการพัฒนางรอบที่ 2 (drop out) มีจำนวน 4 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับบริการครบทั้งวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 มีจำนวน 19 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (11 ราย) อายุเฉลี่ย 69.42 ปี ± 11.21 ผู้ป่วยทุกรายมีผู้ดูแลโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งปอด (7 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (14 ราย) มีระดับคะแนน palliative performance scale (PPS) อยู่ที่ร้อยละ 30

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (n=19)

ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน
เพศ	
ชาย	8
หญิง	11
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย	
มะเร็งปอด	7
มะเร็งท่อน้ำดี	6
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	3
มะเร็งตับ	2
มะเร็งเต้านม	1
ระดับ PPS ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	
ร้อยละ 40-60	5
ร้อยละ 10-30	14
ขนาดของมอร์ฟีนรวมที่ได้รับใน 1 วัน	
60 มก./วัน	2
40 มก./วัน	6
30 มก./วัน	4
20 มก./วัน	7

การจัดการความปวด

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนความปวดของผู้ป่วยในแต่ละวงรอบของการพัฒนา ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดปัจจุบันของผู้ป่วยเท่ากับ 5 และพิสัยระหว่างควอไทล์หรือ interquartile range (IQR) เท่ากับ 2 (ปวดปานกลาง) หลังจากการพัฒนาโปรแกรมฯ วงรอบที่ 1 คะแนนลดลงมาเท่ากับ 4 (IQR: 2) (ปวดเล็กน้อย) และหลังการพัฒนาโปรแกรมฯ วงรอบที่ 2 พบว่า

ตารางที่ 2. ความปวดแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยจำแนกตามวงรอบของการพัฒนา (n = 19)

ระดับความปวด	จำนวน (ร้อยละ)			P ¹
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนางรอบที่ 1	หลังการพัฒนางรอบที่ 2	
คะแนนความปวดปัจจุบัน				
ค่ามัธยฐาน (IQR) (น้อยสุด-มากที่สุด)	5 (2) (3-7)	4 (2) (2-8)	4 (2) (2-5)	0.003
ไม่ปวด (คะแนน 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
ปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-4)	6 (31.58)	11 (57.89)	12 (63.16)	
ปวดปานกลาง (คะแนน 5-6)	12 (63.16)	6 (31.58)	7 (36.84)	
ปวดรุนแรง (คะแนน 7-10)	1 (5.26)	2 (10.53)	0 (0)	
คะแนนความปวดที่มากที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา				
ค่ามัธยฐาน (IQR) (น้อยสุด-มากที่สุด)	8 (1) (6-10)	7 (2) (6-10)	6 (2) (4-8)	<0.001
ไม่ปวด (คะแนน 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
ปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-4)	0 (0)	5 (26.32)	2 (10.53)	
ปวดปานกลาง (คะแนน 5-6)	2 (10.53)	3 (15.79)	8 (42.11)	
ปวดรุนแรง (คะแนน 7-10)	17 (89.47)	11 (57.89)	9 (47.37)	
คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา				
ค่ามัธยฐาน (IQR) (น้อยสุด-มากที่สุด)	3 (1) (1-5)	3 (1) (1-5)	3 (1) (2-5)	0.243
ไม่ปวด (คะแนน 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
ปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-4)	17 (89.47)	17 (89.47)	18 (94.74)	
ปวดปานกลาง (คะแนน 5-6)	2 (10.53)	2 (10.53)	1 (5.26)	
ปวดรุนแรง (คะแนน 7-10)	0 (0)	(0)	0 (0)	

1: Wilcoxon's signed-rank test ที่เปรียบเทียบคะแนนในช่วงก่อนการพัฒนากับคะแนนหลังการพัฒนางรอบที่ 2

ระดับความปวดของผู้ป่วยเท่ากับ 4 (IQR: 2) เช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบก่อนการพัฒนากับหลังการพัฒนางรอบที่ 2 พบว่า ระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

ก่อนการพัฒนาโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจำนวน 17 ราย มีคะแนนความปวดที่มากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา อยู่ในระดับรุนแรง หลังจากการพัฒนาโปรแกรมฯ วงรอบที่ 1 ผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในระดับรุนแรง ลดลงเหลือ 11 ราย และเหลือ 9 รายหลังจากการพัฒนาโปรแกรมฯ วงรอบที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบก่อนการพัฒนากับหลังการพัฒนางรอบที่ 2 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24 ชั่วโมง หลังการพัฒนางรอบที่ 2 มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนปัญหาที่พบจากการใช้ยา (drug related problems: DRPs) และจำนวนปัญหาที่ได้รับการจัดการในการปฏิบัติวงรอบที่ 1 และรอบที่ 2 จำนวน

DRPs ที่พบในการพัฒนางรอบที่ 1 มีมากกว่าในการพัฒนางรอบที่ 2 ประเภทของ DRPs ที่พบมากที่สุด ในวงรอบที่ 1 คือ การไม่ใช้ยาตามที่สั่ง (9 ครั้ง) และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (9 ครั้ง) หลังจากการพัฒนาในวงรอบที่ 2 ปัญหาผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่งลดลงเป็น 3 ครั้ง และปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลงเป็น 4 ครั้ง

ผลลัพธ์ด้านยาของผู้ดูแล

ความรู้ในการจัดการความปวด: ตารางที่ 4

แสดงค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจในหลักการจัดการความปวดและการใช้ยาบรรเทาปวดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็ง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนในช่วงก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าโปรแกรมฯ ช่วยให้ยาติดยุติแลมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดมากขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน: ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะ

ตารางที่ 3. จำนวนปัญหาที่พบจากการใช้ยาและจำนวนปัญหาที่ได้รับการจัดการในการปฏิบัติวงจรรอบที่ 1 และการปฏิบัติวงจรรอบที่ 2

ประเภทปัญหาจากการใช้ยา	จำนวนปัญหา (ครั้ง)	
	วงจรรอบที่ 1	วงจรรอบที่ 2
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ	2	2
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น	0	0
ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	1	1
ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป	0	0
ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	9	4
อันตรกิริยาระหว่าง ยา-ยา, ยา-อาหาร, ยา-ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	2	3
ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป	1	0
ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามที่สั่ง	9	3
รวม	24	13

แห่งต้นของญาติผู้ดูแลในการจัดการความปวดในการปฏิบัติวงจรรอบที่ 1 และรอบที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ รวมทุกด้าน ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 47.49 ± 3.29 (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) (ระดับปานกลาง) หลังการพัฒนาวงจรรอบที่ 2 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.32 ± 5.60 (ระดับสูง) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การใช้โปรแกรมฯ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการความปวด ด้านการจัดการอาการรบกวน และด้านการจัดการอื่น ๆ

ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล: ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการปฏิบัติวงจรรอบที่ 1 และวงจรรอบที่ 2 การนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในวงจรรอบที่ 2 ทำให้

ผู้ดูแลมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 3.99 ± 0.27 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างวงจรรอบที่ 1 และ 2 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบความพึงพอใจด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบายหลังการปฏิบัติวงจรรอบที่ 2 เพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติวงจรรอบที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การอภิปรายและสรุปผล

การเปลี่ยนแปลงกระบวนการ: การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ สามารถพัฒนาโปรแกรมฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเกินได้ โดยผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา ตั้งแต่วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา การวางแผน การ

ตารางที่ 4. ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ความเข้าใจในหลักการจัดการความปวดและการใช้ยาาระงับปวดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็นความรู้	คะแนนเต็ม	ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์) (น้อยสุด-มากที่สุด)			P ¹
		ก่อนการพัฒนา	วงจรรอบที่ 1	วงจรรอบที่ 2	
การใช้ยาาระงับปวดมอร์ฟีน	5	2 (2) (0-5)	4 (3) (0-5)	5 (1) (3-5)	<0.001
การใช้ยาหลายขนานและการเกิดอันตรกิริยา	1	1 (1) (0-1)	1 (0) (0-1)	1 (0) (0-1)	0.025
ผลข้างเคียงจากยา	3	2 (2) (0-3)	3 (0) (1-3)	3 (0) (2-3)	0.002
การประเมินและผลลัพธ์ในการจัดการความปวด	1	0 (0) (0-1)	0 (0) (0-1)	1 (1) (0-1)	<0.001
การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์	1	1 (1) (0-1)	1 (0) (0-1)	1 (0) (0-1)	0.014

1: Wilcoxon's sign rank test เปรียบเทียบในช่วงก่อนการพัฒนากับหลังการดำเนินการในวงจรรอบที่ 2

ตารางที่ 5. คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของญาติผู้ดูแลในการจัดการความปวดในการปฏิบัติรอบที่ 1 และรอบที่ 2

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD			P ¹
		ก่อนการพัฒนา	วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนรวมทุกด้าน	80	47.49 $\pm$ 3.29 (ระดับปานกลาง)	64.42 $\pm$ 6.80 (ระดับสูง)	66.32 $\pm$ 5.60 (ระดับสูง)	<0.001
สมรรถนะแห่งตนด้านการจัดการความปวด	25	17.21 $\pm$ 2.15	20.11 $\pm$ 1.73	20.58 $\pm$ 1.98	<0.001
สมรรถนะแห่งตนด้านการจัดการอาการรบกวน	15	9.05 $\pm$ 1.08	11.58 $\pm$ 1.61	12.11 $\pm$ 1.20	<0.001
สมรรถนะแห่งตนด้านการจัดการอื่น ๆ	40	22.53 $\pm$ 2.27	32.74 $\pm$ 4.52	33.63 $\pm$ 3.48	<0.001

1: Paired t- test เปรียบเทียบในช่วงก่อนการพัฒนากับการดำเนินการในวงรอบที่ 2

ปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล กระบวนการพัฒนาโปรแกรมฯ เริ่มจากการที่ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงปัญหาและเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบ การดำเนินการเริ่มจากการหาปัญหา การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน การปฏิบัติและติดตามผลว่า แนวทางที่วางแผนไว้ สามารถปฏิบัติได้จริงเพียงใด หลังจากนั้นนำผลการประเมินการปฏิบัติงานมาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ต่อไปเรื่อย ๆ จนปัญหาคลี่คลาย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart

ในขั้นตอนการค้นหาคำตอบ วิเคราะห์ปัญหา และการเลือกแนวทางในการดำเนินงาน งานวิจัยนี้ได้เน้นการประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหา โดยมีการกำหนดหัวข้อในการประชุมอย่างชัดเจนและให้ความสำคัญกับทุกความเห็นเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการ จนเกิดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาขึ้น 6 กิจกรรม ทำให้ได้ผลลัพธ์คือ มีแนวทางการดำเนินงานที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ รัชนิวรรณ กุตระกุลและคณะ (12) ที่นำ

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้พัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่พบว่า สามารถนำระบบที่ได้เข้าสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้จริง และประสบความสำเร็จในการจัดการความปวดได้

ในการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกประคับประคองและการพัฒนาโปรแกรมฯ ให้เกิดความสำเร็จได้นั้น เกิดจากการดำเนินงาน 2 ส่วน ส่วนแรก คือ การเตรียมความพร้อม ได้แก่ ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน ความพร้อมของเวชภัณฑ์ยา และความพร้อมของสถานที่ ด้านความพร้อมของผู้ปฏิบัติ คือ ความรู้และทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการจัดการความปวด ทำให้มีการปฏิบัติไปในทางที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (20) ที่กล่าวว่า ทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติ ความรู้จะไม่ถูกนำมาใช้หรือลงมือทำจนกว่าจะเกิดทัศนคติที่มากพอต่อการปฏิบัติ นั้น ๆ การศึกษาของสมิตรา ชูแก้ว (21) แสดงให้เห็นว่า ความรู้และทัศนคติที่ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริม

ตารางที่ 6. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการปฏิบัติวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 (คะแนนเต็ม 5)

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		P ¹
	วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2	
ด้านการให้ข้อมูล	4.11 $\pm$ 0.33	4.05 $\pm$ 0.37	0.546
ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว	3.79 $\pm$ 0.24	4.01 $\pm$ 0.27	0.006
ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย	3.59 $\pm$ 0.23	3.86 $\pm$ 0.30	0.011
ด้านการดูแลจิตใจของผู้ป่วย	4.05 $\pm$ 0.54	4.02 $\pm$ 0.36	0.789
รวม	3.88 $\pm$ 0.27	3.99 $\pm$ 0.27	0.219

1: paired t- test เปรียบเทียบในช่วงการปฏิบัติวงรอบที่ 1 กับวงรอบที่ 2

สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา พัทธไพศาล (8) ว่า เภสัชกรควรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งที่ถูกต้องเพียงพอ ควรมีทัศนคติเชิงบวกต่อยากลุ่ม strong opioids เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

กิจกรรมส่วนที่ 2 ที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ คือ การลงมือปฏิบัติและประเมินผล ประกอบด้วยกระบวนการค้นหาปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และประเมินผลหลังการปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพแบบต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการของ Edward Deming ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และดำเนินการให้เหมาะสม ซึ่งทำให้การพัฒนาเกิดความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี เชื้อพันธ์ (22) และกมลพร สกุลพงศ์ และคณะ (23) ที่ใช้กระบวนการนี้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจนเกิดความสำเร็จ

การเปลี่ยนแปลงในส่วนผู้ปฏิบัติ: กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเอื้อให้ผู้ร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการจัดการความปวดตามหลักขององค์การอนามัยโลก อีกทั้งมีการประชุมระดมสมอง ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดการปรับบทบาทการทำงานของทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของวริชา โลกนิมิต และคณะ (24) ว่า ควรสร้างทัศนคติและพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.วรรณ คลังศรี และคณะ (25) ที่ได้ศึกษากระบวนการพัฒนาวิธีการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งพบว่า การพัฒนางานโดยใช้รูปแบบงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาและการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ได้

ในขั้นตอนนี้ การศึกษาเปิดโอกาสให้ทีมผู้ร่วมวิจัยได้ประชุมระดมสมอง และเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการสะท้อนกลับ ทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ศิลารักษ์ (26) ที่พบว่า การให้บริการในรูปแบบของทีมให้บริการ และการ

ให้ความสำคัญที่เท่าเทียมกันของแต่ละสาขาวิชาชีพในทีมบริการ เป็นประเด็นหนึ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพของการบริการ ดังผลการสะท้อนกลับหลังการปรับปรุงโปรแกรมฯ ในรอบที่ 2 ที่ผู้ร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการให้ความรู้ด้านยา เนื่องจากไม่ได้จำกัดบทบาทว่า เรื่องยาวจะต้องเป็นหน้าที่ของเภสัชกรเท่านั้น และเกิดความรู้สึกว่าได้ทำงานแบบ skill mix เหมือนทำงานเป็นทีมมากขึ้น ผู้ร่วมวิจัยพูดคุยกันเป็นทีมมากขึ้น มีแนวโน้มในการช่วยเหลือผู้ร่วมงานอื่นด้วย

การเปลี่ยนแปลงในส่วนผู้รับบริการ: ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลงหลังจากใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการใช้แนวปฏิบัติ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องการจัดการความปวดและสมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิวรรณ คุณตระกูล (12) และศิริพร เสมสาร และคณะ (14) ที่พบว่า ภายหลังที่ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความสามารถ จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ตลอดจนสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้

การศึกษาเกี่ยวกับความกังวลของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (11) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความปวด คือ 1) ปัจจัยหลักด้านตัวของผู้ดูแล คือ ความสนใจในการจัดการความปวด ความรู้คิดของญาติผู้ดูแล วัฒนธรรม ระบบความเชื่อ ความสามารถในตนเอง ระยะเวลาของการให้การดูแล 2) ปัจจัยด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้ยา 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร 4) ปัจจัยด้านทักษะการจัดการของผู้ดูแล และ 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง การศึกษานี้สร้างทัศนคติที่ดีต่อ strong opioids และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในประเด็นความรู้ทางเภสัชวิทยาของ strong opioids การบริหารยา และการประเมินความปวด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และสมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งประสบผลสำเร็จโดยทั้งความรู้และสมรรถนะแห่งตนฯ เพิ่มขึ้นในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของโปรแกรมฯ มีการดำเนินกิจกรรมกับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย อีกทั้งในส่วนของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล มีการเน้นการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการผ่านการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการความปวด และการสื่อสารผ่าน pain diary

สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านการลดความปวดของผู้ป่วย

ในด้าน DRPs พบว่า DRPs ในการปฏิบัติวงจรรอบแรก 24 ปัญหา ลดลงเหลือ 13 ปัญหาในการปฏิบัติวงจรรอบที่ 2 การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่งเป็น DRPs ที่ลดลงมากที่สุด หลังจากการปฏิบัติวงจรรอบที่ 2 เพราะการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการจัดการความปวดมากขึ้น โดยเฉพาะความรู้ในการใช้ยา strong opioids ที่ถูกต้อง และผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บริหารยาให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องขึ้น

ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ภายหลังการปฏิบัติในวงจรรอบที่ 2 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง การเตรียมความพร้อมให้ผู้รับบริการมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสมสาร และคณะ (14) เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของครอบครัวต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังการปฏิบัติวงจรรอบที่ 1 กับหลังการปฏิบัติวงจรรอบที่ 2 ความพึงพอใจโดยรวมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติการจัดการความปวดทั้ง 2 วงรอบส่วนใหญ่เหมือนกัน แต่ต่างกันเพียงลำดับขั้นตอนก่อน-หลัง แต่เมื่อพิจารณาความพึงพอใจแยกเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจด้านการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวและด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย ภายหลังการปฏิบัติวงจรรอบที่ 2 เพิ่มขึ้นมากกว่าในรอบที่ 1 อาจมีสาเหตุมาจากการปรับปรุงโปรแกรมฯ ในวงจรรอบที่ 2 มีการกำหนดข้อมูลสำคัญของแต่ละวิชาชีพที่จะให้แก่ผู้ดูแล ในแต่ละขั้นตอน มีการเน้นค้นหา DRPs แล้วให้ข้อมูลด้านยาที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าการให้ข้อมูลแบบท่องจำ ซึ่งเป็นการให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ

ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนา

การสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัยตลอดการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนามีดังนี้

ปัจจัยภายใน: 1) ประสิทธิภาพการทำงานของผู้ร่วมวิจัย: ในขั้นตอนการประชุมระดมสมอง ผู้ร่วมวิจัยนำประสบการณ์เดิมจากการทำงานมาถ่ายทอดร่วมกันในทีม

และได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมวิจัยท่านอื่น ซึ่งเป็นประโยชน์กับกระบวนการในการพัฒนา 2) การตระหนักถึงปัญหาของระบบ: การที่ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงปัญหาของการพัฒนาระบบจะทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างดี เพราะสามารถชี้ให้ผู้ร่วมวิจัยอื่นเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการดำเนินงานได้ 3) ความสามารถในการมองภาพรวมของระบบ: ผู้ร่วมวิจัยที่สามารถมองภาพรวมของระบบได้ จะเข้าใจปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นนำเสนอได้ง่าย และสามารถโต้ตอบหรืออธิบายสิ่งที่ผู้ร่วมวิจัยท่านอื่นไม่เข้าใจให้เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น 4) การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น: กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีการพูดคุยประชุมระดมสมองหลายครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการพัฒนา ดังนั้น หากผู้ร่วมวิจัยมีการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น จะทำให้มีผู้ร่วมแสดงความคิดเห็นมาก ได้ข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยที่หลากหลาย การประชุมระดมสมองเป็นไปอย่างลื่นไหล และ 5) ทักษะในการสรุปประเด็นสำคัญ: การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการประชุมระดมสมอง บ่อยครั้งที่ผู้ร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นที่มีประเด็นหลากหลาย การที่มีผู้ร่วมวิจัยที่มีทักษะในการสรุปประเด็นสำคัญ จะทำให้สามารถกระชับเวลาในการสัมภาษณ์และการประชุมระดมสมองได้มากขึ้น

ปัจจัยภายนอก: 1) การระบุผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างการพัฒนาโปรแกรม เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ครอบคลุม 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ และผู้บริหารโรงพยาบาล จึงทำให้สามารถใช้เวลาราชการในการประชุมระดมสมองได้ การศึกษานี้มีการประชุมระดมสมอง การประชุมระดมสมองที่มีผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมประชุมได้มากที่สุด จำเป็นต้องใช้เวลาราชการในการประชุม ซึ่งผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การระบุกิจกรรมการพัฒนาโดยเชื่อมโยงกิจกรรมกับงานคุณภาพอื่น ๆ เช่นระบบการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล ระบบการจัดการด้านยา ทำให้ผู้ร่วมวิจัยให้ความสนใจ และกิจกรรมได้รับการปฏิบัติและประสบความสำเร็จมากขึ้น

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ 1) การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง และการสังเกตการปฏิบัติของผู้ร่วมวิจัยในทุกขั้นตอนและสังเกตในภาพรวมโดยผู้วิจัย ทำให้อาจมีอคติของผู้วิจัยเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความ

นำเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า คือ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี คือ สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และการสังเกต และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้ง และ 2) ในการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยไม่ได้วัดความรู้และทัศนคติของผู้ปฏิบัติ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสถิติได้ แต่ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการทบทวนหลังกิจกรรมหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นทันทีในทุกกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบในการวิจัยดังต่อไปนี้ 1) การศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะท้าย ควรใช้เวลาในการพัฒนาการดำเนินงานในแต่ละวงจรรอบให้สั้นที่สุดเพื่อที่จะสามารถเก็บข้อมูลในส่วนของผู้รับบริการที่เป็นมะเร็งระยะท้ายได้ครบสมบูรณ์ และ 2) ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบสภาพการณ์ปัญหาของระบบ และกระบวนการในการพัฒนาระบบการจัดการความปวดโดยผู้ดูแลสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หน่วยบริการทางการแพทย์ที่มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกันสามารถนำกระบวนการพัฒนาไปใช้พัฒนาระบบการจัดการความปวดของตนเองได้ ในการดำเนินการพัฒนาระบบควรดำเนินการเป็นวงจรการปฏิบัติการ plan, do, check และ act เพื่อที่จะได้ทราบจุดบกพร่องและจุดที่ควรพัฒนาในการดำเนินการต่อไป และควรพัฒนาระบบโดยเน้นความร่วมมือกันของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาและดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ตลอดจนคณาจารย์และผู้เกี่ยวข้องทุกรายที่ได้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care news fact sheets [online]. 2018 [cited Feb 19, 2018]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

2. Strategy and Planning Division. Twenty-year national strategic plan for public health [online]. 2019 [cited Nov 10, 2019]. Available from: dmsic.moph.go.th/index/detail/7602
3. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007; 18:1437-49.
4. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg* 2007; 105: 205-21.
5. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998; 280:147-51.
6. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of under-treatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol* 2008; 9: 1985-91.
7. Sawasdeenarunat v., Taneerat A., Wisettharn T. The development of palliative care model for terminal cancer patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015; 25: 144-56.
8. Pacharapaisarn N. Hospital pharmacists' knowledge and attitudes toward opioid medications for cancer pain management. *FDA Journal* 2018; 23: 63-74.
9. Kanchanachari O, Sirapo-ngam Y, Monkong S. Roles and needs of caregivers for patients with end of life in a specific setting for palliative care. *Ramathibodi Nursing Journal* 2018; 23: 328-43.
10. Meecharoen W. Family caregivers of cancer patients : roles' adaptation and quality of life promotion. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014; 20: 10-22.
11. Chi NC, Demiris G, Pike KC, Washington K, Oliver DP. Pain management concerns from the hospice family caregivers' perspective. *Am J Hosp Palliat Care* 2018; 35: 601-11.

12. Kutragun R, Namvongprom A. Pain management system development in patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Care* 2018; 36: 189-97.
13. Wimolphan P, Kamwan P. Effectiveness of nursing practice guidelines for pain management in gastrointestinal cancer patients. *Nursing Journal* 2014; 40: 85-96.
14. 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: 112-26.
15. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1992.
16. Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Handbook of palliative guidelines. Khonkan: Klung nana Vitthaya Press; 2018.
17. Macindo JRB, Soriano CAF, Gonzales HRM, Simbulan PJT, Torres GCS, Que JC. Development and psychometric appraisal of the Pain Management Self-Efficacy Questionnaire. *J Adv Nurs* 2018; 74: 1993–2004.
18. Aoun S, Bird S, Kristjanson JL, Currow D. Reliability testing of the FAMCARE-2 scale: measuring family career satisfaction with palliative care. *Palliat Med* 2010; 24: 674-81.
19. Hanrinth R. Classification for drug related problems. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2009; 1: 84-96.
20. Bloom BS. Taxonomy of education. New York: David McKay; 1975.
21. Chukaew S, Sirapo-ngam Y, Prapaipanich W. Knowledge, attitude, and practice perceived by nurses in helping and promoting caregivers' health. *Ramathibodi Nursing Journal* 2013; 18: 249-58.
22. Chuepan S. Development of care system for foot ulcer prevention in persons with diabetes. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2016; 3: 28-39.
23. Sakulpong K, Phokhwang-Just W, Gnamwongwiwat B. Development of community-based palliative care model for patients with cancer: A case study of Banpunruk Suratthani. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2018; 27: 90-103.
24. Loknimit W, Janda T. Self-perceived palliative care competencies of nurse working in a university hospital within less than two years of receiving bachelor's degrees. *Journal of Royal Thai Army Nurses* 2020; 21: 373-81.
25. Khangsi D, Awipan R, Suwannaprom P. Participation of primary health care personnel in the development process for drug dispensing and counseling services. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2013; 5: 92-107.
26. Silaruks B, Limwattananon C, Limwattananon S, Boonkaw P. Community participation in diabetes screening service: in the context of primary care unit. *Thai Journal of Hospital Pharmacy* 2008; 18: 52-62.