

The experience of caregivers in managing pain with morphine in advanced cancer patients receiving palliative care at home

Sarinya Amnakkittikul M.D., Family Medicine

Lomsak hospital, Lomsak district, Phetchabun province, Thailand

Article Info: Received: 20 February 2023

Revised: 3 April 2023

Accepted: 9 April 2023

Abstract

Advanced pain management in palliative care patients is complex and important in order to achieve a good quality of life and a dignified death. This qualitative study aimed to study the pain management experiences of caregivers of end-of-life cancer patients receiving palliative care at home. The samples were purposively selected of 11 caregivers of end-of-life cancer patients receiving palliative care at home for key informants until saturated data. Data were collected through in-depth interviews and observation during interviews, and audio recordings. The research was conducted in the area of Lomsak district, Lomsak hospital, Phetchabun province between November 2020 and March 2021. Qualitative data were analyzed using data triangulation and content analysis for theme finding.

The results revealed that the experiences of caregivers of end-of-life cancer patients receiving palliative care at home were divided into 3 themes including 1) perceived morphine as both an analgesic and narcotic, 2) morphine using methods of caregivers that included three-step approach: goal of morphine use; pre-administration assessment and morphine administration methods. The caregivers aimed to give the drug to avoid patients suffering and assess the pain before administering by managing the drug on time or according to the pain, and 3) the barrier to using morphine was the taste of morphine, the belief that morphine is an addicting drug, and fear of using a device to administer morphine. In conclusion, healthcare professionals need to communicate with patients and caregivers about morphine use in order for caregivers understand and conformable medication goals. In addition, there should be advice on pain assessment, drug utilization, dosing devices, and contact methods for consultation from healthcare professionals. This will help caregivers to use morphine for appropriate and quality management of pain in end-of-life cancer patients receiving palliative care at home.

Keywords: Experience of pain management, caregivers, end-of-life cancer patient, palliative care

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการอาการปวดด้วยยามอร์ฟินในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน

ศรินญา อำนรรฆกิตติกุล พ.บ., อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

การรับบทความ: วันที่รับ: 20 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 3 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับ: 9 เมษายน 2566

บทคัดย่อ

การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านมีความซับซ้อนและสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี การวิจัยคุณภาพครั้งนี้เพื่อศึกษาประสบการณ์จัดการอาการปวดของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านจำนวน 11 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจนได้ข้อมูลอ้อมตัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ และการบันทึกเสียง ดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอลหล่มสัก โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 ถึง มีนาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (data triangulation) และวิเคราะห์เนื้อหาใจความหลัก (content analysis) เพื่อหาโครงสร้างเนื้อหา (themes)

ผลการศึกษา พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน แบ่งเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับรู้ยามอร์ฟินเป็นยาแก้ปวดและยาเสพติด 2) วิธีการใช้ยามอร์ฟินของผู้ดูแลมีการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน คือ เป้าหมายการใช้มอร์ฟิน การประเมินก่อนให้ยา และวิธีให้ยามอร์ฟิน โดยผู้ดูแลมีเป้าหมายให้ยาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมานและประเมินอาการปวดก่อนให้มอร์ฟินโดยให้ยาตามเวลาหรือตามอาการปวด และ 3) อุปสรรคของการใช้ยามอร์ฟิน คือ รสชาติของยามอร์ฟิน ความเชื่อว่ามอร์ฟินเป็นยาเสพติด และกลัวการใช้อุปกรณ์เพื่อให้ยามอร์ฟิน โดยสรุปบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและมีเป้าหมายให้ยาที่ตรงกัน นอกจากนี้ควรมีการแนะนำวิธีประเมินอาการปวด วิธีการให้ยา อุปกรณ์การให้ยาและช่องทางการขอคำปรึกษาจากบุคลากรการแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลใช้ยามอร์ฟินในการจัดการอาการปวดได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน

คำสำคัญ: ประสบการณ์จัดการอาการปวด, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, การรักษาแบบประคับประคอง

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ในแต่ละปีพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 18.1 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิตมากถึง 9.6 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 6 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต [1] สำหรับประเทศไทยนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 เป็นต้นมาพบว่ามีสาเหตุการเสียชีวิตของมะเร็งทุกชนิดมีอัตราสูงเป็นอันดับหนึ่ง โดยอัตราการเสียชีวิตในปี 2560-2562 มีจำนวน 78,540 80,665 และ 84,073 คน ตามลำดับ [2] ในโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายปี 2560-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวน 232, 257 และ 277 คน ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลจากคลินิกโรคระยะสุดท้ายปี 2560-2562 จำนวน 109, 153 และ 281 คน ตามลำดับ จากข้อมูลโรคมะเร็ง แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เพิ่มมากขึ้น แต่เมื่อการดำเนินโรคของโรคมะเร็งได้มาถึงระยะลุกลามหรือแพร่กระจายจนไม่สามารถควบคุมอาการได้และเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง จะเข้าสู่ภาวะร่างกายที่ทรุดลงจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาจึงเปลี่ยนเป็นการบรรเทาอาการเจ็บปวด หรืออาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี [3]

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนโดยอาการที่พบเป็นอันดับหนึ่งคืออาการปวดรุนแรง [4-6] จึงได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินตาม WHO ladder [4] และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวดและรับประทานยาแก้ปวดเพื่อให้มีอาการทุกข์ทรมานลดลง [8] และอุปสรรคของผู้ดูแลในการจัดการอาการทุกข์ทรมาน คือความเชื่อในโชคชะตา ผู้ป่วยมีอาการปวดแต่ไม่บอกผู้ดูแล รายงานอาการปวดไม่ถูกกล่าวถึง มีความกังวลว่าหากใช้ยาแล้วจะติด จะดื้อยา และไม่สามารถทนอาการข้างเคียงจากยาได้ [5, 8-10] ด้วยอุปสรรคต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน จากข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษากับคลินิกโรคระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งประเมินโดยเภสัชกรประจำคลินิก พบว่า มีการใช้ยามอร์ฟินไม่ถูกต้อง มีความเชื่อว่ายามอร์ฟินเป็นยาเสพติด ภาวะของผู้ป่วยที่มีการกลืนลำบากทำให้ไม่สามารถกลืนยาได้ ยามอร์ฟินมีรสชาติที่หวานเกินไป และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการรับการรักษาที่บ้าน [7, 11]

ผู้ดูแลนับเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบ [12] แต่มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีทักษะการดูแลระดับที่ต่ำ [13] ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องทนทุกข์ทรมานจากการควบคุมอาการที่ไม่เพียงพอ และผู้ดูแลไม่สามารถจัดการอาการได้ อีกทั้งยังมีความแตกต่างกันทางเชื้อชาติที่มีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการปวด [14] และความเชื่อว่ามอร์ฟินเป็นยาเสพติด [5, 8-10] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อเข้าใจสถานการณ์การจัดการอาการทุกข์ทรมานของผู้ดูแลอย่างถ่องแท้ และเข้าใจมุมมองการปฏิบัติของผู้ดูแลที่จะนำไปสู่การพัฒนาการจัดการอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านให้มีคุณภาพที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการอาการปวดด้วยยามอร์ฟิน ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน

นิยามศัพท์

มะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง โรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของมะเร็ง บางชนิดลุกลามในอวัยวะข้างเคียงแต่สามารถรักษาได้ และบางชนิดไม่ได้ลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงแต่มีขนาดใหญ่หรือเป็นอวัยวะที่สำคัญ [15]

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆเป็นค่าจ้าง [16-17]

การจัดการความปวด หมายถึง การปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการบรรเทาความปวด ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม และเกิดความสุขสบาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการจัดการความปวดด้วยยา morphine ตามแผนการรักษาของแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ต้องการศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้านประสบการณ์ของผู้ดูแลที่ได้ข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งครอบคลุม และเชื่อถือได้มากที่สุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป จนได้ข้อมูลอิ่มตัวจำนวน 11 คน [18] และดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตที่ผ่านมามีระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์มาก (rich information) รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป และดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตที่ผ่านมามีระยะเวลาไม่เกิน 2 เดือน

2. ผู้ดูแลหลักมีอายุ 20 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติทางใดทางหนึ่งกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในการดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆเป็นค่าจ้าง

เกณฑ์การยุติการคัดเลือก (Discontinuing criteria)

ขณะสัมภาษณ์ผู้ดูแลมีอาการโรคเครียดเสียใจเมื่อนึกถึงเหตุการณ์ที่ดูแลผู้ป่วย จนไม่สามารถให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยรายนั้นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษาปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้น เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) รับผิดชอบเป็นแพทย์ประจำคลินิกผู้ป่วยรักษาประคับประคอง (palliative clinic) โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และได้รับการอบรมหลักสูตร pain and palliative care for doctors และหลักสูตร advance course in palliative care เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และทีมบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านการรักษาแบบประคับประคอง

2. แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ชุด ซึ่งผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประสบการณ์การจัดการความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และผู้ดูแลดังต่อไปนี้ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ศาสนา จำนวนผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ในครอบครัว ชนิดของโรค ระยะระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการอาการทุกข์ทรมานด้วยยา morphine ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วยประเด็นคำถาม ดังต่อไปนี้

1. ยา morphine คืออะไร
2. ข้อดีข้อเสียของยา morphine
3. อะไรที่ทำให้ตัดสินใจให้ยา morphine
4. ใช้ยา morphine อย่างไร/รูปแบบยาแบบไหน

เช่น น้ำ เม็ด/ให้ขนาดเท่าไร

5. ขณะใช้ยา morphine มีปัญหาอะไรบ้างและจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นชุดแนวคำถาม จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้เก็บข้อมูลโดยการศึกษาในร่องในกลุ่มที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย และนำมาปรับปรุงแก้ไขภายใต้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษา และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเกี่ยวกับความถูกต้องของเนื้อหาและระเบียบวิธีวิจัยอีกครั้งโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์

ครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลแบบประคับประคอง และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมจำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องการข้อมูลที่ลึกซึ้ง ครอบคลุม และเชื่อถือได้มากที่สุด โดยเฉพาะในด้านประสบการณ์ ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลจะพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ตามประเด็นคำถามที่สร้างขึ้น ร่วมกับการสังเกตการณ์ขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า น้ำเสียง อารมณ์ และบันทึกเสียง การสนทนาเพื่อความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้านี้ ใช้วิธีการหลักโดยการสร้างข้อสรุปจากการศึกษาประสบการณ์ที่ได้ในแต่ละราย ซึ่งข้อมูลที่น่าวิเคราะห์เป็นข้อมูลเชิงพรรณนา

(descriptive) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จากนั้นเป็นการจัดกลุ่มคำย่อภายใต้คำสำคัญเพื่อตอบคำถามการวิจัย สุดท้ายเป็นการร้อยเรียงเรื่องราวตามประเด็นหลักที่ค้นพบร่วมกับการนำบริบทที่ศึกษามาอธิบายความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) และใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล บุคคล สถานที่ และเวลาเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูล ช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและอึดตัว รวมทั้งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามแนวคิดของโคไลซซี (Colaizzi, 1978)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารรับรองเลขที่ IEC-02-2564

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย และข้อมูลการจัดการปวดของผู้ดูแล

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n=11)

เพศ	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	เศรษฐกิจ	จำนวนผู้ดูแล	โรคประจำตัว	ความสัมพันธ์	ระยะเวลาที่ดูแล
หญิง	75	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	ไม่เพียงพอ	1	DM, HT	คู่สมรส	1 ปี
ชาย	37	มัธยมศึกษาตอนต้น	พ่อครัว	เพียงพอ	1	ไม่มี	บุตร	4 เดือน
หญิง	25	มัธยมศึกษาตอนปลาย	แม่บ้าน	เพียงพอ	1	ไม่มี	บุตร	3 ปี
หญิง	58	มัธยมศึกษาตอนปลาย	เกษตรกร	เพียงพอ	3	ไม่มี	บุตร	1 ปี 10 เดือน
หญิง	52	ประถมศึกษา	ค้าขาย	ไม่เพียงพอ	1	โรคหัวใจ	บุตร	1 ปี
หญิง	33	มัธยมศึกษาตอนต้น	เกษตรกร	ไม่เพียงพอ	2	ไม่มี	บุตร	8 เดือน
หญิง	55	ประถมศึกษา	รับจ้าง	ไม่เพียงพอ	2	DM	พี่สะใภ้	2 ปี
หญิง	50	ประถมศึกษา	เกษตรกร	เพียงพอ	1	ไม่มี	บุตร	3 ปี
ชาย	46	ประถมศึกษา	รับจ้าง	เพียงพอ	1	ไม่มี	คู่สมรส	1 ปี
หญิง	57	ประถมศึกษา	รับจ้าง	ไม่เพียงพอ	3	ไม่มี	บุตร	1 ปี
หญิง	53	มัธยมศึกษาตอนปลาย	เกษตรกร	เพียงพอ	2	ไม่มี	น้องสะใภ้	3 เดือน

DM= Diabetes Miletus, HT= Hypertension

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน (n=11)

เพศ	อายุ (ปี)	การวินิจฉัยโรค	ระยะเวลาเจ็บป่วย	ศาสนา	ลักษณะการเสียชีวิต
ชาย	76	Cholangiocarcinoma	1 ปี	พุทธ	สงบ
หญิง	60	Osteosarcoma	6 เดือน	พุทธ	สงบ
หญิง	60	Colon cancer	3 ปี	พุทธ	สงบ
หญิง	84	Colon cancer	1 ปี 10 เดือน	พุทธ	สงบ
หญิง	88	Pancreas cancer	1 ปี	พุทธ	สงบ
ชาย	58	Hepatocellular carcinoma	8 เดือน	พุทธ	สงบ
ชาย	50	Lung cancer	2 ปี	พุทธ	สงบ
ชาย	70	Colon cancer	3 ปี	พุทธ	สงบ
หญิง	55	Breast cancer	1 ปี	พุทธ	สงบ
หญิง	80	Oral cavity cancer	1 ปี	พุทธ	สงบ
ชาย	77	Cholangiocarcinoma	3 เดือน	พุทธ	สงบ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำนวนทั้งหมด 11 คน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 9 คน เพศชาย 2 คน มากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา พบสัดส่วน 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบุตร เมื่อพิจารณา เศรษฐฐานะครึ่งหนึ่งไม่เพียงพอ (ตารางที่ 1)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบสัดส่วน 4 ใน 5 เป็นผู้สูงอายุ มะเร็งที่พบส่วนใหญ่คือ colon cancer และ cholangiocarcinoma ระยะเวลาการเป็นโรคมะเร็งน้อยที่สุดคือ 3 เดือน และมากที่สุดคือ 2 ปี และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ตารางที่ 2)

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการอาการปวด

จากการศึกษาวิจัยพบประเด็นที่ช่วยแสดงถึงผู้ดูแล มีประสบการณ์การจัดการอาการปวดและทุกข์ทรมานด้วย ยามอร์ฟินในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน 3 ประเด็นดังต่อไปนี้ 1) มอร์ฟินคือยาแก้ปวด 2) วิธีการใช้ยามอร์ฟิน และ 3) อุปสรรคการใช้ยามอร์ฟิน

1. มอร์ฟินเป็นยาแก้ปวด

จากงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้เกี่ยวกับยามอร์ฟินที่มีความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ดังนี้

1.1 มอร์ฟินเป็นยาแก้ปวด

“ได้ยินแต่หมอบอกว่ามันเป็นยาแก้ปวด...อยู่กับโรคนี้หมอบอกต้องใช้ยานี้ยาอื่นก็เป็นยาบำรุงวิตามิน อันนี้เป็นยาแก้ปวดโดยตรง”

ผู้ดูแล 1

“มอร์ฟินตัวนี้ไม่ใช่ยาเสพติด มันเป็นแค่ยาบรรเทาให้อาการปวดลดลง บรรเทาปวดขั้นรุนแรง สำหรับคนที่ เป็นโรคแบบนี้ แต่บุคคลธรรมดากินอาจไม่มีผลอะไร”

ผู้ดูแล 2

1.2 มอร์ฟินเป็นยาเสพติดแก้ปวด

“เราก็เข้าใจภาษาบ้านๆคือยาแก้ปวดฉับพลัน (หัวเราะ) ดูข้างกล่องยาเขียนว่าเป็นยาเสพติดประเภทที่ 2...ไม่กลัวยามอร์ฟินเหมือนกับว่ามันขึ้น...เพราะเราอยู่กับคนป่วยอยู่กับยาที่แม่ใช้ พอถึงเวลาเราก็จดแล้วก็ดูแล... เราเข้าใจเป็นยาเสพติดประเภท 2 เคยอ่านอยู่ ก็เข้าใจว่าแม่ต้องใช้ ทางแพทย์ต้องมี แต่แม่เป็นมะเร็ง เราได้ยินมาคร่าวๆอยู่ว่ามันต้องใช้ยาตัวนี้ ถึงหายปวด”

ผู้ดูแล 3

“รู้แค่ว่าเป็นยาแก้ปวดแต่เรารู้ว่ามันเป็นยาเสพติด เลยไม่ค่อยอยากให้กินบ่อย เอาไว้กินตอนปวดมากๆมันก็จะดีขึ้น...หมอนั่นน่าว่าเป็นยาเสพติดแบบว่ามันต้องกินถึงจะอยู่ได้ ตอนแรกๆก็กลัว กลัวจะไม่เป็นเหมือนเดิม

กลัวจะได้ใส่ท่อเพราะคิดว่าเป็นยารุนแรงแต่หลังๆมาเวลาปวดกินยาแก้ปวดอยู่ได้ก็เลยไม่กลัวแล้ว”

ผู้ดูแล 4

2. วิธีการใช้ยามอร์ฟิน

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ดูแลมีแนวปฏิบัติการใช้ยามอร์ฟิน 3 ขั้นตอน คือ เป้าหมายการใช้มอร์ฟิน การประเมินก่อนให้ยา และวิธีให้ยา

2.1 เป้าหมายการใช้มอร์ฟิน

“อยากให้คนไข้อยู่แบบปกติไม่ทรมานเยอะ เมื่อก่อนเห็นคนไข้ร้องโอดโอย พอหมอให้ยามากก็ดีขึ้น ตอนแรกๆที่กลับมาจากเพรชบูรณ์ข้าวปลากินไม่ได้ ทั้งเจ็บทั้งทรมาน”

ผู้ดูแล 2

“คิดว่าให้แม่หาย ให้แม่หยุดร้องเพราะทรมาน ไม่อยากให้แม่ทรมานแต่ก็คิดว่าไม่หายหรอก เพราะอาการทรุดลงทุกวัน...ตอนนั้นทำใจได้แล้วว่าอย่างไรก็ต้องให้ยาคิดว่าไม่ให้ทรมานแค่นั้น”

ผู้ดูแล 3

“ให้พ่อเขา (หาย) ปวดแต่ อยากให้พ่อสบาย (สบาย) บ่ (ไม่) ให้ทรมาน”

ผู้ดูแล 8

2.2 การประเมินก่อนให้ยา

ผู้ดูแลมีวิธีประเมินอาการปวดก่อนให้ยา แบ่งเป็น 4 วิธี คือ 1) ผู้ป่วยบอกว่าปวดจึงให้ยา 2) ผู้ป่วยร้องจึงให้ยา 3) ผู้ป่วยกระวนกระวายจึงให้ยา และ 4) ผู้ดูแลถามถ้าปวดจึงให้ยา

1) ผู้ป่วยบอกว่าปวดจึงให้ยา

“แกบอกว่าเอายาน้ำมากิน มันเจ็บ”

ผู้ดูแล 1

“แม่ปวดเยอะ แม่จะบอกแล้วค่อยเอาสลิ้งยามาให้”

ผู้ดูแล 10

2) ผู้ป่วยร้องจึงให้ยา

“แม่ร้องโหยหวนมาก ร้องแทบนอนไม่ได้”

ผู้ดูแล 3

“แม่ร้องดัง ทรมาน นอนไม่ได้ ก็จะทำให้กินยา”

ผู้ดูแล 5

3) ผู้ป่วยกระวนกระวายจึงให้ยา

“ดูจากอาการว่าปวดหลาย กระวนกระวาย ยกขาขึ้น จับพลิกก็ได้แล้วก็ต้องตัดสินใจให้ยา ให้บรรเทาอาการลง”

ผู้ดูแล 7

“ถ้ามีอาการงอขา ขยับตัวเยอะจะฉีดยาให้”

ผู้ดูแล 11

4) ผู้ดูแลถามถ้าปวดจึงให้ยา

“ถามพ่อว่าเจ็บมั๊ย และกินยามอร์ฟินมั๊ย”

ผู้ดูแล 6

2.3 วิธีให้ยามอร์ฟิน

ผู้ดูแลให้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ ให้มอร์ฟินบ่อยขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด และให้มอร์ฟินเมื่อปวดมากจึงให้ยามาก

1) ผู้ดูแลให้ยาตามคำแนะนำของแพทย์

“กินมอร์ฟินเม็ด 3 เวลา 6.00 14.00 และ 21.00”

ผู้ดูแล 1

“กินแบบเม็ด 6 โมงเช้า บ่าย 2 กับ 4 ทุ่ม”

ผู้ดูแล 9

2) ให้มอร์ฟินบ่อยขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด

“หมอว่ายาเม็ด 1 วันให้ 2 หรือ 3 ครั้ง ยาน้ำแค่บรรเทา เวลาเจ็บค่อยให้บรรเทา...ช่วงแรกปวดรุนแรง แม่ปวดทุก 1 ชั่วโมง ผมลองเอายาน้ำให้กินทุก 1 ชั่วโมง”

ผู้ดูแล 2

3) ผู้ดูแลให้มอร์ฟินเมื่อปวดมากจึงให้ยามาก

“กินตอนที่มือการเจ็บ เอาไว้กินเวลาเจ็บเยอะ เจ็บเยอะจะกิน 1 ซึ่ เจ็บน้อยจะกินครึ่ง”

ผู้ดูแล 4

“ถ้าเจ็บมากๆก็จะขอกินยาทุกครั้ง...เจ็บน้อยกินน้อย เจ็บมากกินมาก ขึ้นกับความเจ็บปวดมากหรือน้อย”

ผู้ดูแล 6

3. อุปสรรคของการใช้ยามอร์ฟิน

จากการสัมภาษณ์พบว่าอุปสรรคเกิดจากยามอร์ฟินชนิดน้ำที่หวานแสบคอ ความเชื่อว่ามอร์ฟินเป็นยาเสพติดกลัวการใช้อุปกรณ์เพื่อให้ยามอร์ฟิน

3.1 ยามอร์ฟินชนิดน้ำมีรสชาติหวาน

“มันหวานแล้วก็เอาน้ำผสมจาก syringe ใส่แก้ว เอายาลงไปแล้วเอาน้ำผสม ถ้ากินแต่ยามันระคายเคืองกินมันบาดคอ...แสบแสบคอ”

ผู้ดูแล 1

“มันเผื่อนๆ แต่ก็กินได้ กินน้ำตามเยอะๆเอา”

ผู้ดูแล 9

3.2 ความเชื่อว่ามอร์ฟินเป็นยาเสพติด

“ตอนแรกก็ตัดสินใจยาก จะให้กินหรือไม่ให้กินดี เพราะคิดว่าเป็นยารุนแรง...รู้ว่ามันเป็นยาเสพติด เลยไม่ค่อยอยากให้กินบ่อย”

ผู้ดูแล 4

3.3 กลัวการใช้อุปกรณ์เพื่อให้ยามอร์ฟิน

“ไม่กลัวการใช้ยามอร์ฟินเพราะชินแล้ว เข้าใจการใช้ยาอยู่...กลัวเครื่อง กลัวใช้ไม่เป็น กลัวพัง กลัวยามันไม่เข้า”

ผู้ดูแล 3

“น้องสาวย่าน (กลัว) เข็มฉีดยาเลยป (ไม่) กล้าฉีดย”

ผู้ดูแล 7

การอภิปรายผล

ประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดที่บ้านในพื้นที่อำเภอหล่มสัก พบว่ามีประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ การรับรู้ยามอร์ฟิน วิธีการใช้ยามอร์ฟินของผู้ดูแล และอุปสรรคต่อการใช้ยามอร์ฟิน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลรับรู้ว่ายามอร์ฟินเป็นยาเสพติด คล้ายคลึงกับการศึกษาในอเมริกาปี 2558 และในจอร์แดนปี 2558 แต่แตกต่างจากการศึกษาของมาเลเซียในปี 2563 ที่ศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนและเฉพาะกลุ่มคนจีนพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่ามอร์ฟินเป็นยาแก้ปวด แต่ใช้ก่อนเสียชีวิตเท่านั้น สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในปี 2556 [5] 2559 [19] และ 2563 [20] พบว่าผู้ป่วยคิดว่ามอร์ฟินเป็นยาเสพติดเช่นกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่ใช้มอร์ฟินตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงจนกระทั่งเสียชีวิตและพบว่าผู้ดูแลคิดว่ามอร์ฟินเป็นยาแก้ปวด แสดงให้เห็นว่าด้วยระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การรับรู้ของยามอร์ฟินมีแนวโน้มจะเปลี่ยนไปเช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่าหากผู้ป่วยและญาติรับรู้เป้าหมายของการใช้มอร์ฟิน และมีประสบการณ์ที่ดีกับการใช้มอร์ฟินก็สามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติเลือกใชยามอร์ฟินและจัดการควบคุมอาการปวดได้

ผู้ดูแลใชยามอร์ฟินโดยมี 3 ขั้นตอนคือ 1) ผู้ดูแลทุกคนมีเป้าหมายให้มอร์ฟินเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมานเช่นเดียวกับการศึกษาของ Julia ที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและการรับรู้มอร์ฟินในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและควบคุมอาการปวดได้ดี [9] เมื่อผู้ดูแลเข้าใจเป้าหมายการ

รักษาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยทรมานแล้วจึงเกิดเป็นการกระทำ 2) เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดจะประเมินอาการปวดก่อนให้มอร์ฟิน โดยหากผู้ป่วยมีอาการปวดจะบอกว่าปวด ส่งเสียงร้อง ด้านญาติผู้ดูแลใช้วิธีถาม หรือสังเกตอาการ เช่นเดียวกับการประเมินอาการปวดที่ดีที่สุดคือผู้ป่วยเป็นผู้บอก [21] แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อนคืออดทนต่อความปวด ปวดมากจริงๆจึงจะใช่ยา หรือบางคนไม่ใช้คำพูดแต่แสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ร้องครวญคราง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติวรรณ [19] แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีวิธีการสื่อสารและการขอความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการประเมินความปวดทั้งผู้ป่วยบอกและภาษากายที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าปวด และให้คำแนะนำแก่ญาติเรื่องการประเมินการปวดเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยแต่ละคน และให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และ 3) ผู้ดูแลใช้มอร์ฟินจัดการอาการปวด หากผู้ป่วยอาการคงที่จะใช้ยาตามเวลา หากผู้ป่วยมีอาการปวด ผู้ดูแลจะให้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามการรักษาบรรเทาอาการปวดของ WHO [4] คือใช้ยาทางปากหากรับประทานได้ รับประทานยาให้ตรงเวลา หากมีอาการปวดเพิ่มขึ้นมารับประทานยามอร์ฟินเสริมเมื่อมีอาการ หากรับประทานยาเสริมเกิน 3 ครั้งใน 1 วัน พิจารณาปรับยา แต่อาจมีประเด็นที่แตกต่างไป บุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบเมื่อผู้ป่วยใช้ยาเกิน 3 ครั้งใน 1 วัน แม้จะมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง อาจเกิดจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเกรงใจทีมสุขภาพ [14] ทีมสุขภาพจึงควรแนะนำและชักชวนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลแจ้งให้ทราบ และมีระบบติดตามอาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดที่ดี มีผู้ดูแลปรับยาตามสถานการณ์หากผู้ป่วยปวดมากจะให้ยาตามที่แพทย์แนะนำ แต่หากปวดน้อยจะลดปริมาณยาลง อุปสรรคการใช้ยามอร์ฟิน คือรสชาติยามอร์ฟินชนิดน้ำที่หวานแสบคอเนื่องจากโรงพยาบาลมียามอร์ฟินออกฤทธิ์ระยะสั้นเพียงชนิดนี้ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแก้ปัญหาโดยการใช้น้ำผสมเพื่อลดความหวาน ความเชื่อว่ามอร์ฟินเป็นยาเสพติดมีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาในช่วงแรกซึ่งไม่มีประสบการณ์มาก่อน แต่เมื่อผู้ป่วยได้ใช้แล้วรับรู้ประสิทธิภาพจากการพิสูจน์ด้วยตนเองและผู้ดูแลเห็นว่าอาการปวดลดลงจึงตัดสินใจใช้ในการศึกษานี้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟินตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงมีทั้งขณะที่ผู้ป่วยยังใช้ชีวิตประจำวัน

เองได้จนกระทั่งผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตแตกต่างจากงานวิจัยของ Julia [12] พบว่าเมื่อใกล้เสียชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงจะเลือกใช้ยามอร์ฟิน

สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ในพื้นที่อำเภอหล่มสัก พบว่ามีประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ 1) การรับรู้มอร์ฟินเป็นยาแก้ปวดและยาเสพติด 2) วิธีการใช้ยามอร์ฟินของผู้ดูแลมีการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน คือ เป้าหมายการใช้มอร์ฟิน การประเมินก่อนให้ยา และวิธีให้ยามอร์ฟิน และ 3) อุปสรรคต่อการใช้ยามอร์ฟิน คือ รสชาติของยามอร์ฟิน ความเชื่อว่ามอร์ฟินเป็นยาเสพติด และกลัวการใช้อุปกรณ์เพื่อให้ยามอร์ฟิน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายเป้าหมายของการรักษาโรคระยะที่ไม่สามารถคาดเดาอาการปวดได้ และมีโอกาสสูงกลามมากขึ้นในอนาคตจึงมีโอกาสรักษาที่มากขึ้น
2. บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำผู้ดูแลเรื่องวิธีการประเมินอาการปวด เพื่อตัดสินใจใช้ยามอร์ฟินให้ถูกต้อง วิธีการใช้ยามอร์ฟินที่ออกฤทธิ์สั้น และที่ออกฤทธิ์ยาว และจดบันทึกเมื่อใช้ยามอร์ฟินเสริมหากใช้มอร์ฟินมากกว่า 3 ครั้งใน 1 วัน
3. บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำให้ติดต่อทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาปรับขนาดยา แนะนำผลข้างเคียงจากการใช้ยามอร์ฟินว่ามีรสชาติดีขึ้นสามารถแก้ไขโดยผสมน้ำ และแนะนำวิธีใช้อุปกรณ์เพื่อเสริมความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษางานวิจัยฉบับนี้ ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลหลายๆท่าน ขอขอบพระคุณนายแพทย์ ศักรินทร์ ธนเกียรติสกุล รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์วงศ์วุฒิ ปิ่นอนงค์ แพทย์หญิงณัฐพร บุญพาเกิด

และดร.กนิษฐา เนาว์แก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำปรึกษา กำลังใจ และสอนประสบการณ์การทำวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. palliative care [Internet]. geneva: WHO;2020 [cited 2020 february 14];available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- [2] กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2564; [เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2564. เข้าถึงได้จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9127>.
- [3] Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. Arch Intern Med. 2012; 172(15): 1133-42. doi: 10.1001/archinternmed.2012.2364.
- [4] World Health Organization. Cancer pain relief. Cancer Pain Reli [Internet]. geneva: WHO; 1986[cited 2020 february 14]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43944>
- [5] จุริย เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานันตร, จารุวรรณ มานะสุกร. ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ. ใน: บทความวิจัยเสนอในการประชุมมหาดไทยวิชาการ ครั้งที่ 4; วันที่ 10 พฤษภาคม 2556: สงขลา. มหาดไทย: 2556 161-169
- [6] สมประสงค์ นักชัตรี, ศรัณย์ วีระเมธชัย, ธาตรี โบลีทิพิเชษฐ์. การศึกษาความชุกของอาการปวดและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายหน่วยระบบบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสระบุรี. PCFM [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565]; 4: 182-191 เข้าถึงได้จาก: <https://so03.tc-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/249442>.
- [7] เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย รักติวงศ์, ศิริกร ก้องวัฒนกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช

- ,ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. *APHEIT Journal of Nursing and Health* 2562; 1(1): 50–66. doi: 10.14456/ajnh.2019.4.
- [8] Saifan A, Bashayreh I, Batiha AM, AbuRuz M. Patient- and Family Caregiver-Related Barriers to Effective Cancer Pain Control. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2015; 16(3): 400–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.09.007>.
- [9] Ho JFV, Yaakup H, Low GSH, Wong SL, Tho LM, Tan SB. Morphine use for cancer pain: A strong analgesic used only at the end of life? A qualitative study on attitudes and perceptions of morphine in patients with advanced cancer and their caregivers. *Palliat Med*. 2020; 34(5): 619–29. doi: 10.1177/0269216320904905.
- [10] มนต์รัตน์ ภูทองชัย. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา [อินเทอร์เน็ต]*. 2563 [เข้าถึงเมื่อมกราคม 2564]. 5:128-135. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252889>.
- [11] พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อุไร หักกิต. ทรรศนะครอบครัวและความต้องการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2558; 30(4): 57–71.
- [12] Gafaar TO, Pesambili M, Henke O, Vissoci JRN, Mmbaga BT, Staton C. Good death: An exploratory study on perceptions and attitudes of patients, relatives, and healthcare providers, in northern Tanzania. *PLoS One*. 2020; 15(7 July):1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0233494.
- [13] ชลียา วามะลุน. ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]*. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 5มิถุนายน 2563];17:40-51. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/71787/58079>
- [14] Chi NC, Demiris G. Family Caregivers' Pain Management in End-of-Life Care: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Med*. 2017; 34(5): 470–85. doi: 10.1177/1049909116637359
- [15] American cancer society. Understanding Advanced and metastatic cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 August 12]. available from: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/advanced-cancer/what-is.html>
- [16] John Hopkins medicine.called to care[internet]. Baltimore: John Hopkins; 2023 [cited January 2023]. available from: https://www.hopkinsmedicine.org/about/community_health/johns-hopkinsbayview/services/called_to_care/what_is_a_caregiver.html
- [17] Family caregiver Alliance. definition [internet]. San Francisco: FCA; 2023 [january 2023]. available from: <https://www.caregiver.org/resource/definitions-0/>
- [18] Hennink M, Kaiser BN. sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Elsevier* 2022;292:1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- [19] จิตติวรรณ โยธาทัย. การจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมะเร็ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]*. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 27 สิงหาคม 2563]; 24:123–32. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/76736/61661>
- [20] ฤชดา โมเหล็ก, ชัยยธรรณ ธนาภาโพธิวัฒน์, กาญดา กงชัยภูมิ, มาริษา สมบัติบุรณ์, เบญจมาศ ปรีชาคุณ. มอร์ฟินเป็นยาเพื่อการการุณยฆาตจริงหรือ. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ [อินเทอร์เน็ต]*. 2563; 2(1): 14–24. เข้าถึงได้จาก; <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/224953/163599>
- [21] Turk DC, Melzack R. The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In: Turk DC, Melzack R, eds. *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press, 1992, pp 3-12.