

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของ
ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

Effects of Nursing care Guideline on Pain Level in the Patient
with Gastrointestinal Tract Cancer



รายงานนี้ได้รับเงินอุดหนุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ร.ศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ.ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในเครื่องมือวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ ร.ศ.สุปราณี อัทธเสรี คณบดีสำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผศ.ดร.ชมพูนุช โสภากาญจันต์ สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คุณประกายแก้ว คำคำ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและกำลังใจในการดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณพยาบาลและบุคลากรโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ทุกท่านเป็นอย่างสูงที่กรุณาเอื้อเฟื้อตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารทุกท่านที่กรุณาร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่อุดหนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ คุณมณีนุช มโนหาร เลขานุการสำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และคุณนิศานาถ เจริญมัทนะ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่กรุณาช่วยเหลือประสานงานเป็นอย่างดีในการดำเนินงานวิจัย

ภาวดี วิมลพันธุ์

พรทิวา คำวรรณ

มิถุนายน 2554

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

ความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญและมีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุการเกิดจากอาหารที่เซลล์มะเร็งลุกลามและกดทับอวัยวะ นำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน วิตกกังวลต่ออาการที่เกิดขึ้น กลัวความตาย ซึมเศร้าและบางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าจะก่อกำหนดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันผู้ป่วยจะอ่อนแอลง ทำให้มะเร็งลุกลาม ได้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ซึ่งเป็นการนำความรู้ที่ได้จากผลการวิจัย ตำรา และเอกสาร ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเป็นไปได้การปฏิบัติ มาใช้อ้างอิงในการจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อควบคุมความเจ็บปวด แต่การปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงานและการขยายผลการใช้ ผู้วิจัยและทีมจึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลขึ้นใหม่ให้ตอบสนองต่อการบรรเทาปวดได้รวดเร็วและปลอดภัยต่อผู้ป่วย สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ ใช้ได้จริงกับบริบทของหน่วยงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้การบรรเทาปวดผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดหลังการบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย และผลผลิตจากการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2553 ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 30 ราย กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเดือนตุลาคม 2552-มีนาคม 2553 ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลย้อนหลัง จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มาตรฐานแบบตัวเลข 1-10

เซนติเมตร สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ เข้าใจ หรือมาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดซึ่งไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ค่าที (Dependent t-test and independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารภายหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001
2. ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารกลุ่มที่ได้รับการบรรเทาปวดตามนโยบายปฏิบัติการพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{x} = 3.91$)
4. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$)

ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่มีความเจ็บปวดได้รับการบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลได้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้จากองค์ความรู้เชิงประจักษ์

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวด ของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

บทคัดย่อ

มะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคนไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวด นำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารจำนวน 60 ราย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติและเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ประชากรคือพยาบาลซึ่งใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาล มาตรวัดระดับความเจ็บปวดแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ค่าที่ (Dependent t-test and independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารภายหลังการบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีค่าลดลงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}=2.27$ และ $\bar{x}=3.77$, $t=5.55$, $p<.0001$) นอกจากนี้ ยังพบว่า คะแนนปวดภายหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}=2.27$ และ $\bar{x}=3.30$, $t=3.17$, $p<.01$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลพบในระดับมาก ($\bar{x}=3.91$, 3.92)

ดังนั้นพยาบาลควรใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร โดยมีการประเมินความเจ็บปวด บรรเทาความเจ็บปวด ให้การดูแลด้านจิตสังคม และให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

คำสำคัญ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระดับความเจ็บปวดปวด ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

Effects of nursing care Guideline on Pain Level among Patients with Gastrointestinal Tract Cancer

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to determine the effects of Cancer pain management guideline on pain level among patients with gastrointestinal tract cancer. Sixty subjects who met the selection criteria were included in this study. The experimental group (n=30) received Cancer pain management guideline while the data from the control group (n=30) who received conventional nursing care was collected retrospectively. Furthermore, the nurses who provided this guideline for the experimental group were also included in this study. The research instruments were Cancer pain management guideline, Pain scale, Patient satisfaction scale, and Nurse satisfaction scale. All instruments were content validated. Dependent and independent t-tests were used for data analysis.

The result revealed that the experimental group had statistically significantly lower pain score after receiving Cancer pain management than that of before receiving ($\bar{x}=2.27$ and $\bar{x}= 3.77$, $t = 5.55$, $p<.0001$). Additionally, the experimental group had statistically significantly lower pain score than that of the control group ($\bar{x}=2.27$ and $\bar{x}= 3.30$, $t = 3.17$, $p<.01$). Furthermore, patient satisfaction and nurse satisfaction were reported as good ($\bar{x} = 3.91, 3.92$).

The study indicated that the Cancer pain management guideline can be used in patients with gastrointestinal tract cancer in order to relieve cancer pain.

Key words: Cancer pain management guideline, pain level, patient with gastrointestinal tract cancer.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ii
บทสรุปผู้บริหาร	iii
บทคัดย่อ	v
abstract	vi
สารบัญ	vii
สารบัญตาราง	x
สารบัญภาพ	xi
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
1. ความหมายของความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง	6
2. พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง	7
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง	8
4. ผลกระทบของความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยมะเร็ง	10
5. หลักการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง	11
6. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการจัดการกับความเจ็บปวด ในผู้ป่วยมะเร็ง	28
7. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับงานวิจัย	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	36
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	36
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	

สารบัญ

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	42
การดำเนินงานวิจัยและการรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	49
ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดปวดก่อนและภายหลังการ ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	51
ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการ ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	53
ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	54
ส่วนที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการ ใช้แนวปฏิบัติ ทางการพยาบาล	55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	56
สรุปผลการวิจัย	56
การอภิปรายผล	57
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	63
ข้อจำกัดในการวิจัย	63
ข้อเสนอแนะ	64
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก ก หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	74
ภาคผนวก ข ตัวอย่างแบบสอบถาม	76
ภาคผนวก ค แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	79
ภาคผนวก ง มาตรฐานระดับความเจ็บปวด	110
ภาคผนวก จ วิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา	113
ภาคผนวก ฉ การดูแลด้านจิตสังคม	119
ภาคผนวก ช แผ่นพับวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา	121
ภาคผนวก ซ การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด	128
ภาคผนวก ฌ ข้อมูลคะแนนปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามเวลา ก่อนและหลังการบรรเทาปวด	130
ภาคผนวก ญ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ของแบบสอบถาม	132

สารบัญ

ภาคผนวก ก ประวัติผู้วิจัย

หน้า

134



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2-1 ตัวอย่างชื่อยากลุ่มมอร์ฟินที่ออกฤทธิ์อ่อน ขนาดยาที่ให้ การออกฤทธิ์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวัง	19
ตารางที่ 2-2 ตัวอย่างชื่อยากลุ่มมอร์ฟินที่ออกฤทธิ์รุนแรง ขนาดยาที่ให้ การออกฤทธิ์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวัง	20
ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิสำเนา และสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล	49
ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติความเจ็บป่วยในอดีต การวินิจฉัยโรค และระยะของโรคของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร	50
ตารางที่ 4-3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปวดก่อนและภายหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	51
ตารางที่ 4-4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปวดก่อนและภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มทดลอง	52
ตารางที่ 4-5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารก่อนและภายหลังการบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	52
ตารางที่ 4-6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล	53
ตารางที่ 4-7 จำนวนและร้อยละของอายุและประสบการณ์ในหน้าที่พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล	54
ตารางที่ 4-8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล	55
ตารางที่ 4-9 จำนวนและร้อยละของพยาบาลต่อความคิดเห็นว่าควรมีการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้	55

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2-1	มาตรวัดระดับความเจ็บปวดด้วยการมองเห็น
ภาพที่ 2-2	มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร
ภาพที่ 2-3	มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า
ภาพที่ 2-4	Wong-Baker Faces Pain Scale
ภาพที่ 2-5	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับงานวิจัยเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการ พยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร
ภาพที่ 3-1	มาตรวัดแบบมีตัวเลข 1-10 เซนติเมตร
ภาพที่ 3-2	มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า
ภาพที่ 3-3	เปรียบเทียบการบรรเทาปวดโดยให้การพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม และการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มทดลอง
ภาพที่ 4-1	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปวดก่อนและภายหลังการบรรเทาปวดของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคนไทย อัตราการเกิดโรคมะเร็งแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ ในปี 2550 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 53,434 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และจากสถิติโรงพยาบาล เชียงราย ประชานุเคราะห์ (2550) พบว่า มะเร็งของระบบทางเดินอาหารเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยอันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีมากเป็นอันดับหนึ่ง แนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารสูงขึ้นทุกปี นับจากปี 2548 ถึง 2550 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 653 ราย 684 ราย และ 696 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารส่วนใหญ่ในระยะแรกยังไม่มีอาการแสดงใดๆ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองได้ ต่อเมื่อเซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว และก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นจนทำให้การทำงานของอวัยวะนั้นผิดปกติ หรือลุกลามสู่อวัยวะใกล้เคียงหรืออวัยวะอื่น อาการของโรคจึงปรากฏและเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งอาการแสดงของผู้ป่วยขึ้นกับบริเวณที่เกิดมะเร็ง เช่น มะเร็งในหลอดอาหารมักมีปัญหาการกลืนลำบาก มะเร็งลำไส้ใหญ่มักมีการขับถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีความเจ็บปวดในช่องท้อง บางรายมีความเจ็บปวดบริเวณหลังหรือค้ำพบก้อนทางหน้าท้อง ส่วนมะเร็งในท่อน้ำดีมักพบอาการท้องอืด แน่นท้อง และตาตัวเหลือง เป็นต้น (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวดซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่เซลล์มะเร็งลุกลามและกดทับอวัยวะ ส่งผลให้เกิดการอักเสบและทำลายเนื้อเยื่อเส้นเลือด และเส้นใยประสาท การลุกลามของเซลล์มะเร็งไปที่กระดูก รวมทั้งการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (International Association for the Study of Pain, 2009)

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารนำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถพักผ่อนและนอนหลับได้ มีความวิตกกังวลต่อโรคและอาการที่เกิดขึ้น ความรู้สึกวิตกกังวลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวความตายซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับความเจ็บปวดให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เกิดวงจรที่เป็นผลสืบเนื่องกันระหว่างความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความกลัว (Ried & McCormack, 2005) ท้ายที่สุดผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าและบางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมะเร็งต้องเสียชีวิตก่อนถึงเวลาอันควร ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยพบว่า การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิดทำหน้าที่ทำลายเซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นใน

ร่างกายของผู้ป่วย (natural killer cell) จะอ่อนแอลง ทำให้โรคมะเร็งลุกลามได้ง่ายขึ้น (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007; McKenna et.al, 2007)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า จากสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 80 มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยที่การจัดการกับความเจ็บปวดยังไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพถึงร้อยละ 21.32 และมีผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวดร้อยละ 12.69 (พรทิพา คำวรรณ, 2549)

จากหลักฐานข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้บริการด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและจำเป็นต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล หนึ่งใน การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลคือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน (Evidence based practice) โดยการนำความรู้ที่ได้จากผลการวิจัย ตำรา และเอกสารวิชาการ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเป็นไปได้ในการนำไปสู่การปฏิบัติมาใช้ อ้างอิงในการจัดทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Pearson, Field, & Jordan, 2007) มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพหลายแห่งและได้ผลลัพธ์ดี จากการศึกษาของลิกเตนเบอร์ก เบอร์กเกอร์ส และเวสเทอร์ท (Lugtenberg, Burgers, & Westert, 2009) ที่ได้ทบทวนรายงานวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งได้จากการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 20 เรื่อง พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นผลให้เกิดการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการพยาบาลรวมทั้งสุขภาพผู้ป่วย แต่เนื่องจากรายงานวิจัยถึงผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อสุขภาพผู้ป่วยยังมีน้อยจึงทำให้ผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน และได้แนะนำว่าควรมีการประเมินคุณภาพของรายงานวิจัยที่นำมาศึกษาด้วย

ด้วยเหตุนี้ทีมการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จึงได้ร่วมมือกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งทางศัลยกรรม (ภาวดี วิมลพันธุ์ และคณะ, 2551) ขึ้น แนวปฏิบัติประกอบด้วย การประเมินความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวด และได้มีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยบ้าง แต่พบว่าการปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงาน รวมทั้งการขยายผลการใช้ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างชัดเจน ดังนั้นความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งและความไม่พึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับจึงยังคงมีอยู่ และจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการพยาบาลใน

ภาพรวมของพยาบาลสาขาศัลยกรรมในปี 2551 พบว่ามีคะแนนเท่ากับร้อยละ 86.93 โดยผู้ให้บริการมีความเห็นว่า พยาบาลควรปรับปรุงในเรื่องความรวดเร็วในการให้บริการ ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2551) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยและทีมจึงได้ร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลขึ้นใหม่เพื่อใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โดยปรับปรุงสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ประกอบด้วย การประเมินความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวด การดูแลด้านจิตสังคม และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง และได้เปลี่ยนแปลงรายละเอียดในขั้นตอนการปฏิบัติภายหลังการประเมินความเจ็บปวด จากการบรรเทาปวดด้วยการใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ร่วมกับการไม่ใช้ยา เป็นบรรเทาปวดด้วยวิธีใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดเพียงอย่างเดียว จากนั้นประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำ แล้วจึงบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาเมื่อมีระดับความเจ็บปวดน้อย หรือรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาหรือให้ยาบรรเทาปวดเมื่อมีระดับความเจ็บปวดปานกลางหรือมาก และเปลี่ยนแปลงชนิดของวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา เพื่อให้ตอบสนองต่อการบรรเทาปวดได้รวดเร็วและปลอดภัยต่อผู้ป่วย สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ ใช้อย่างจริงจังเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร เพื่อให้การบรรเทาปวดผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ดังนี้

1. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
2. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดภายหลังการบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
4. ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารได้รับการบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยการใช้องค์ความรู้เชิงประจักษ์

สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
2. ระดับความเจ็บปวดภายหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ระหว่างเดือน เมษายน ถึง กันยายน 2553 จำนวน 30 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2552 ถึงมีนาคม 2553 ศึกษาย้อนหลังจำนวน 30 คน ในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ประชากรคือ พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 20 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาล หมายถึง วิธีปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็ง ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ของภาวดี วิมลพันธุ์และคณะ (2551) กระบวนการปรับปรุงใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เนื้อหาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความเจ็บปวด เป็นการใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการบรรเทาปวด และการประเมินต่อเนื่องโดยให้ความสำคัญเสมือนสัญญาณชีพที่ 5 2) การบรรเทาปวด ได้แก่ การบรรเทาปวดด้วยวิธีใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีคลายเครียด 3) การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือจากพยาบาล การใส่ใจดูแลผู้ป่วยด้วย ความรู้สึกห่วงใยและเอื้ออาทร กระตือรือร้น 4) การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดจากมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนนครราชสีมา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารและมีความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

ความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบาย และเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่มีสาเหตุจากการลุกลามของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการกดทับอวัยวะหรือการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด และเส้นใยประสาท มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปที่กระดูก และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ วัดได้จากมาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 เซนติเมตร หรือมาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทำให้บรรเทาความเจ็บปวด วัดได้จากคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลที่สามารถดูแลช่วยเหลือและบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร วัดได้จากคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล



บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
2. พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง
4. ผลกระทบของความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยมะเร็ง
5. หลักการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
6. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง

1. ความหมายของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วยที่เกิดจากการเติบโตลุกลามของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการกดทับอวัยวะหรือการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด และเส้นประสาท มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปที่กระดูก และเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยมีสาเหตุส่งเสริมจากความเจ็บปวดเรื้อรังที่เป็นมาก่อน สภาพจิตอารมณ์ และการรู้คิดของผู้ป่วย (International Association for the study of Pain, 2009)

ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายและเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือเสี่ยงต่อการถูกทำลาย (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

ฟาร์เรอร์ (Farrer, 2007) ให้ความหมายของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายและเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือเสี่ยงต่อการถูกทำลาย เกิดขึ้นเรื้อรัง รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตวิญญาณรวมทั้งสังคมใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น

จากการศึกษาความหมายของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ดังกล่าว ดังนั้นความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งจึงหมายถึง ความรู้สึกไม่สบาย และเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการเติบโตลุกลามของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการกดทับอวัยวะหรือการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด และเส้นประสาท มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปที่กระดูก และเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยมีสาเหตุส่งเสริมจากความเจ็บปวดที่เป็นมาก่อน สภาพจิตอารมณ์ และการรู้คิดของผู้ป่วย อาการ

เกิดขึ้นเรื้อรัง รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตวิญญาณรวมทั้งสังคม
ใกล้ชิด

2. พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่กว่าเดิมจะลุกลามและ
กดทับอวัยวะที่มีเซลล์มะเร็งนั้น ร่างกายจะหลั่งสารก่อการอักเสบ (Pro - inflammatory cytokines) ทำ
ให้เกิดการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อเส้นเลือดและเส้นใยประสาทของอวัยวะที่ถูกกดทับ การทำงานของอวัยวะ
ผิดปกติ ภายในก้อนมะเร็งเองจะมีเซลล์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันโรคหลั่งสารเอนโดธิลิน
(Endothelin) พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ทูเมอร์ เนโครซิส อัลฟา (Tumors Necrosis Factors
alpha หรือ TNF- α) ซึ่งเป็นสารกระตุ้น (Allogenic substances) การส่งกระแสสัญญาณปวดที่เซลล์รับ
สัญญาณประสาทไปตามเส้นใยประสาท (Multipurpose fibers) มีการหลั่งสารโปรตอน (proton) ที่มีฤทธิ์
เป็นกรดทำให้เกิดภาวะเป็นกรดเฉพาะที่ในบริเวณที่มีพยาธิสภาพ รวมทั้ง โปรตีโอไลติกเอนไซม์
(Proteolytic enzyme) ที่ทำลายเส้นใยประสาทรับความรู้สึกและเส้นใยประสาทซิมพาเทติก
(Sympathetic) ทำให้เกิดความเจ็บปวดประสาท (Neuropathic pain) เมื่อเซลล์มะเร็งลุกลามไปยัง
อวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะทำให้เกิดความเจ็บปวดกระดูก (Bone pain) เนื่องจากการทำลายเส้นใย
ประสาทรับความรู้สึกที่ไขกระดูก นอกจากนี้พบว่าสมดุลการทำงานระหว่างการสร้างเซลล์กระดูก
(Osteoblast) และการทำลายเซลล์กระดูก (Osteoclast) เสียไป ต่อมาเมื่อเซลล์มะเร็งลุกลามมากขึ้นจะ
ทำให้ความแข็งแรงของกระดูกน้อยลง กระดูกหักง่าย อาจพบรอยแตกหักเล็กๆ ของกระดูกได้ การรอก
ของเซลล์บริเวณส่วนปลายกระดูกจะไม่สมบูรณ์ โครงสร้างกระดูกที่ผิดปกติอาจทำให้กล้ามเนื้อที่ยึดเกาะ
กระดูกนั้นมีการหดเกร็งได้ (International Association for the Study of Pain, 2009)

พยาธิสภาพที่เกิดจากการเติบโตและลุกลามของเซลล์มะเร็งดังกล่าวทำให้เกิดการนำกระแส
ประสาท (Transduction) และส่งผ่านกระแสประสาทจากเซลล์รับสัญญาณประสาทสู่เส้นใยประสาทและ
ไขสันหลัง เรียกว่า การส่งต่อสัญญาณประสาท (Transmission) แล้วส่งผ่านกระแสประสาทจาก
ไขสันหลังไปตามสไปโนธาลามิกแทรค (Spinothalamic tract) สู่เซลล์สมองส่วนทาลามัส
(Thalamus) และซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ (Cerebral cortex) สมองส่วนนี้จะแปลกระแสประสาทเป็นความ
รู้สึกปวด (Perception) จากนั้นร่างกายจะลดระดับความเจ็บปวด (Modulation) โดยกลไกสมองส่วน
คอร์เท็กซ์ในชั้นส่งกระแสความรู้สึกปวดสู่เซลล์ประสาทไขสันหลัง (Descending control) บริเวณ
สับสแตนเชีย เจลาติโนซา (Substantia gelatinosa) ระดับความรู้สึกปวดอาจถูกกระตุ้นหรือลดระดับความ
รู้สึกโดยสารเอนโดर्फิน (Endorphine) ที่หลั่งเมื่อมีการกระตุ้นของกระแสสัญญาณประสาทหรือเมื่อมีการ
กระตุ้นที่ใยประสาทส่งออก สารนี้ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินและสามารถระงับการหลั่งของสารสับสแตนเชีย พี
(Substance P) (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007)

นอกจากนี้ความเจ็บปวดอาจถูกระงับโดยการควบคุมการส่งกระแสสัญญาณประสาทบริเวณ ดอร์ซอล ฮอร์น (Dorsal horn) โดยเมื่อปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดและนำส่งกระแสสัญญาณประสาทไปตามใยประสาทเอ เดลตา (A-delta fiber) และใยประสาทซี (C-fiber) ไปยังไขสันหลังเข้าสู่ ดอร์ซอล ฮอร์น กระแสสัญญาณประสาทที่ส่งเข้ามาจะยับยั้งสับสแตนเทีย เจลาติโนซา ไม่ให้สามารถ ขัดขวางการทำงานของทีเซลล์ (T-cell) ทีเซลล์จึงส่งสัญญาณประสาทไปด้านตรงข้ามของไขสันหลัง และนำขึ้นสู่สมอง และเกิดการรับรู้ถึงความเจ็บปวด แต่หากมีการกระตุ้นกระแสสัญญาณประสาทที่ไม่ใช่สาเหตุของความเจ็บปวด เช่น การนวด การเคาะ การสัมผัสเย็น จะเป็นการกระตุ้นที่ใยประสาทเอ เบตา (A-beta fiber) ซึ่งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่และมีเยื่อหุ้มมัยอีลิน (Myelin sheath) ดังนั้นการส่ง กระแสสัญญาณประสาทของเส้นใยประสาทชนิดนี้จึงไวกว่าการส่งกระแสสัญญาณประสาทของใยประสาทเอ เดลตา และใยประสาทซี กระแสสัญญาณประสาทจากใยประสาทเอ เบตาจะไปกระตุ้นบริเวณสับสแตนเทีย เจลาติโนซา เกิดการยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ กระแสสัญญาณความปวดจากใยประสาทเอ เดลตา และ ใยประสาทซีจึงไม่สามารถส่งไปที่สมองได้ (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง

ความรุนแรงของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งขึ้นกับระดับความทนของเซลล์รับสัญญาณ ประสาทต่อการกระตุ้นของกระแสสัญญาณประสาทความเจ็บปวด (Pain threshold) และระดับ ความสามารถของร่างกายในการทนต่อความรู้สึกปวด (Pain tolerance) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความรู้สึกเจ็บปวด และความทนต่อความเจ็บปวด ได้แก่ อายุ สภาพจิตอารมณ์ ประสบการณ์ความ เจ็บปวดในอดีต และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Burke, Mohn-Brown, Lemone, & Eby, 2007; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) รายละเอียดมีดังนี้

อายุ ความเจ็บปวดพบได้ในทุกวัย แม้ยังไม่มีผลการวิจัยที่ชัดเจนว่าอายุมีอิทธิพลต่อความ เจ็บปวด แต่ผู้ที่อยู่ในวัยที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดและความอดทนต่อความทรมานที่ เกิดจากความเจ็บปวดต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าจะรับรู้ความรู้สึกปวดเมื่อถูกกระตุ้นด้วยการ กระทำที่มีระดับความรุนแรงสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และจะมีความรู้สึกปวดต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยเมื่อ ได้รับการกระตุ้นด้วยการกระทำที่มีระดับความรุนแรงเท่ากัน ผู้ที่อยู่ในวัยเด็กเล็กอาจยังมีปัญหาเรื่อง การสื่อสารกับผู้อื่น ดังนั้นเมื่อมีความรู้สึกเจ็บปวดจึงไม่กล้าหรือไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตน กำลังมีความปวด ส่วนผู้สูงอายุจะมีโอกาสเกิดความเจ็บปวดบ่อยขึ้นเนื่องจากส่วนใหญ่มีปัญหาโรค เรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคและเป็นสาเหตุทำให้มีความเจ็บปวด เช่น รูมาตอยด์ ปวดหลัง เป็นต้น แต่ก็ จะไม่นิยมบอกเล่าเรื่องความเจ็บปวดเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากความเชื่อว่า ความเจ็บปวดเกิดจากความ เสื่อมของร่างกายตามอายุ หรือเป็นความรุนแรงของโรค การแสดงออกในเรื่องความเจ็บปวดจะไม่ได้ รับการยอมรับจากผู้อื่น บางรายกลัวการติดยาบรรเทาปวด หรือถูกปฏิเสธเรื่องการบรรเทาปวดจาก

บุคลากรที่มีสุขภาพ จนกระทั่งความปวดที่ความรุนแรงมากขึ้นจนเป็นสาเหตุให้บางรายมีอาการแพ้ และสับสน อย่างไรก็ตามการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดในผู้สูงอายุจะทำได้ลำบาก เนื่องจากบางรายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และการรู้คิด (Burke, Mohn-Brown, Lemone, & Eby, 2007; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007)

สภาพจิตอารมณ์ ผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล กลัวตาย เศร้าโศก เสียใจอย่างกว้าง และซึมเศร้า ทำให้ระดับความทนของเซลล์รับสัญญาณประสาทต่อการกระตุ้นของกระแสสัญญาณประสาทความเจ็บปวดลดลง แต่หากได้รับการกระตุ้นความรู้สึกละแวกเกิดความหวังในชีวิตจะทำให้ระดับความทนของเซลล์รับสัญญาณประสาทต่อการกระตุ้นของกระแสสัญญาณประสาทความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Farrer, 2007) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความวิตกกังวลจะมีความเจ็บปวดมากกว่าผู้ที่รู้สึกผ่อนคลาย เนื่องจากเกิดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และมีการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น เมื่อผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายหรือทำสมาธิจะทำให้กล้ามเนื้อคลายการหดเกร็ง อาการจึงปวดทุเลาลง และหากได้รับการปลอบโยนและกำลังใจจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกปวดนั้น (Burke, Mohn-Brown, Lemone, & Eby, 2007; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007)

ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าการเจ็บปวดนั้นเป็นอย่างไร เช่น ความเจ็บปวดจากการคลอด ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง เป็นต้น ผู้ป่วยที่เคยได้รับผลประโยชน์ (Secondary gain) จากความเจ็บปวดในอดีต เช่น การยกเว้นในการปฏิบัติงาน การยอมรับข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานที่มีสาเหตุจากความเจ็บปวด ฯลฯ อาจเกิดแรงจูงใจในการแสดงออกถึงความเจ็บปวดได้ ผู้ป่วยบางรายที่ในวัยเด็กได้รับการตอบสนองต่อการจัดการกับความเจ็บปวดดี จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อความเจ็บปวดเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ทำให้กล้าแสดงออกความรู้สึกปวดได้ ตรงกันข้ามหากประสบการณ์ในเรื่องการเจ็บปวดในวัยเด็กไม่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อความเจ็บปวดเพราะทราบว่าความเจ็บปวดเป็นความทุกข์ทรมานและอาจได้รับการบรรเทาปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ป่วยบางรายอาจอดทนและเก็บความรู้สึกปวดไว้ (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007)

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละสังคมหรือเชื้อชาติ ตลอดจนความแตกต่างเรื่องเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระบบบริการสุขภาพ และผู้ดูแล จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจแสดงออกถึงความเจ็บปวดเป็นระยะเวลานาน อย่างก้าวร้าวหรือเศร้าโศกเสียใจ แต่บางรายอาจเก็บความรู้สึกไว้ ผู้ป่วยเพศหญิงอาจแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกปวดได้ดีและมากกว่าเพศชาย ผู้มีการศึกษาและผู้ที่มียาได้จะมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการเรียนรู้ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง เป็นผลให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมียาได้น้อย ส่วนผู้ป่วยที่เข้า

ถึงระบบบริการสุขภาพและมีผู้ดูแล ย่อมได้รับการใส่ใจดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคและความไม่สบายที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บปวดที่คุกคามผู้ป่วยอยู่ เป็นต้น พฤติกรรมการแสดงเรื่องความเจ็บปวดเป็นเพียงวิธีการสื่อถึงความรู้สึกปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นจึงไม่ควรใช้เฉพาะพฤติกรรมการแสดงออกเหล่านั้นมาตัดสินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยมีอยู่ นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวยังมีส่วนในการกำหนดหรือตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดด้วย (Burke, Mohn-Brown, Lemone, & Eby, 2007; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007)

4. ผลกระทบของความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยมะเร็ง

ผลกระทบของความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยมะเร็งแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ดังต่อไปนี้

1. **ด้านร่างกาย** เมื่อร่างกายมีอาการเจ็บปวดรุนแรงจะเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine response to stress) ผู้ป่วยจะมีสุขภาพอ่อนแอลง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บ พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น การหลั่งอินซูลินลดลง แต่มีการหลั่งคอร์ติโซน (cortisone) และการคั่งของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงโดยเฉพาะชนิดที่ทำหน้าที่กำจัดเซลล์มะเร็ง ทำให้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ดังนั้นร่างกายจึงอ่อนแอลงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น บางรายอาจมีความเครียดสูงเนื่องจากความเจ็บปวดที่ทวีความรุนแรงและการบรรเทาปวดไม่ได้ผล ทำให้อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ร่างกายอ่อนแรง ส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เบื่ออาหาร การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง นอนไม่หลับ การทำหน้าที่ของประสาทควบคุมการสัมผัส ความจำ ความรู้สึกทางเพศ การควบคุมอารมณ์ และสมาธิลดลง ขาดความสนุก สนานร่าเริงในชีวิต (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007)

2. **ด้านจิตอารมณ์** เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลต่ออาการของโรคและการรักษาที่ได้รับ เป็นผลให้เกิดความรู้สึกอ่อนแรง นอนไม่หลับ กลัวตาย แต่บางรายมีอาการโศกเศร้าและเบื่อหน่ายชีวิต ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและแยกตนเองจากสังคม ต่อมาเมื่อเซลล์มะเร็งลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานรุนแรงขึ้นตามระยะของโรค ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวดและความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง จนกระทั่งบางรายมีอาการซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย (Farrer, 2007)

3. **ด้านสังคม** มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความไม่สบายทั้งด้าน

ร่างกายและจิตอารมณ์ ความรุนแรงของโรคจะทวีขึ้นเรื่อยๆ และคุกคามต่อชีวิต สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ความสามารถในการทำงานด้านร่างกายเริ่มลดลง ขณะเดียวกันความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยมีเกี่ยวกับโรค รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของสมองที่อาจพบในผู้ป่วยบางรายที่มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งจะมีผลต่อการรู้คิด สมาธิ และอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิดและให้กำลังใจ ในรายที่มีภาวะซึมเศร้าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลต้องช่วยเหลือและชักชวนให้ทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายและไม่เกิดความ คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง ภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้นเนื่องจากมีค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย จนกระทั่งบางรายต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการทำงานเพื่อรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยดังกล่าว (Mcintyre & Lugton, 2005; Brown & Farley, 2007)

สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกเครียดต่อภาระที่ต้องรับผิดชอบและสัมผัสถึงภาวะสูญเสียที่สืบคลานใกล้เข้ามาโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใกล้วาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย จนบางครั้งต้องการให้มีคนช่วยเหลือและรับฟังการระบายความรู้สึกทุกข์ใจและความเศร้าใจที่มี รวมทั้งรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและการดูแล ตลอดจนวิธีการปรับตัวของตนต่อปัญหาที่พบ แต่ความรู้สึกและพฤติกรรมเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนในแต่ละช่วงเวลา บางครั้งก็ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่ต้องการกระทำการกิจต่างๆ ด้วยตนเอง ผลกระทบดังกล่าวจะรุนแรงมากถ้าสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระเป็นบุตรหลาน แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระเป็นผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสกลับพบว่า บุคคลเหล่านั้นยินดีช่วยเหลือและอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อเป็นการแสดงความรักและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยในการเผชิญกับความตาย (Mcintyre & Lugton, 2005; Brown & Farley, 2007)

4. ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมีโอกาสในการเรียนรู้ความอดทนต่อความเจ็บปวด ต้องการความรัก ความเห็นใจ และการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการที่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายขึ้นทำให้ผู้ป่วยลดความอดทนต่อสิ่งเร้าและต้องการอยู่คนเดียวในบางครั้ง เริ่มให้ความหมายของชีวิตมากขึ้น เชื่อในเรื่องเวรกรรมและแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ (นียา สออารีย์, 2546; Ferrel & Paice, 2008; National Institute of Health, 2005)

5. หลักการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

หลักการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนี้

1. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

ผู้ป่วยมะเร็งต้องได้รับการดูแลเกี่ยวกับความเจ็บปวด โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ องค์การต้องมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว แล้วนำสู่การปฏิบัติ และเผยแพร่แก่บุคลากร (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2008)

2. การประเมินผู้ป่วย

ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดและส่งผลกระทบต่องานของร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย การประเมินระดับความเจ็บปวดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรประเมินผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่างกาย ตำแหน่งและความถี่ของความเจ็บปวด เวลาที่ปวด ระยะเวลาที่เกิดความเจ็บปวด ลักษณะและอาการที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บปวด เช่น อารมณ์ การนอนหลับ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่น เป็นต้น วิธีบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันและที่เคยได้รับรวมถึงการตอบสนองต่อการบรรเทาปวดนั้น และการให้คุณค่าต่อชีวิตหรือวัตถุประสงค์ในการดำรงชีวิตอยู่ เพื่อจะได้รับทราบสาเหตุ ชนิดของความเจ็บปวด รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น ในขั้นการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจะใช้เครื่องมือประเมินอีกครั้งหลังซักประวัติได้ว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวด (Department of Community Health State of Michigan, 2007; National Comprehensive Center Network, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

นอกจากการประเมินเมื่อแรกรับผู้ป่วยไว้รักษา พยาบาลควรประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยให้ความสำคัญเสมือนสัญญาณชีพ (Oncology Nursing Society, 2006) รวมทั้งประเมินซ้ำหลังการบรรเทาปวดในแต่ละครั้ง (National Guideline Clearinghouse, 2005) แต่การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตอารมณ์และแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วย ตลอดจนผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวดและยาบรรเทาความไม่สบายอื่นๆ เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดควรเป็นเครื่องมือที่ประเมินจากรายงานของผู้ป่วยเอง (Self - reporting) (Wood, 2008) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบมิติเดียว (Uni-dimensional measurement tools) และเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบหลายมิติ (Multi-dimensional measurement tools)

2.1 เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบมิติเดียว เป็นเครื่องมือที่วัดประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยในเรื่องเดียว เช่น ความรุนแรงของความเจ็บปวด เป็นต้น เป็นเครื่องมือที่วัดได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ซับซ้อน รวดเร็ว ง่ายต่อการใช้และผู้ใช้เข้าใจง่าย ใช้วัดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน วัดจากคำพูดบอกเล่าความเจ็บปวดเป็นระดับตัวเลขและการบรรยายคุณลักษณะความ

เจ็บปวดเป็นระดับ เช่น มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการมองเห็น (Visual analogue scales) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยคำพูด (Verbal Rating Scales) มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร (Numerical Rating Scales) มาตรวัดแบบ รูปภาพ (Graphic Rating Scales) เป็นต้น (Wood, 2008)

มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการมองเห็น เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเจ็บปวดโดยประมาณค่าบนเส้นตรงที่มีความยาว 100 มม. จะถามผู้ป่วยว่าขณะนี้มีความรู้สึกปวดอย่างไร และให้เริ่มมองจากด้านซ้ายไปด้านขวา แล้วทำเครื่องหมายบนเส้นตรงว่า ระดับความเจ็บปวดอยู่ตำแหน่งใด เครื่องมือชนิดนี้ง่ายและสะดวกต่อการใช้ จึงเป็นที่นิยมใช้ในการวัดความเจ็บปวดของผู้ป่วยในหน่วยงานต่างๆ แต่มีข้อเสียคือ ความไวในการวัดน้อย เพราะการกำหนดตำแหน่งตัวเลขบนเส้นตรงค่อนข้างห่าง (Loos, Housterman, Scheltinga, & Roumen, 2007) แอนเนและคณะ (Anne et.al, 2008) ได้ทดสอบซ้ำ (Test-retest) เพื่อหาความเที่ยง และศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) เพื่อหาความตรงของเครื่องมือในผู้ป่วยฟิการที่ป่วยเรื้อรัง จำนวน 344 คน ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือนี้มีความเที่ยงของการวัดในระดับปานกลางถึงดี แต่ยังพบปัญหาเรื่องความตรงของเครื่องมือในการนำไปใช้ ส่วน เคอร์สเทน ไวท์ และเทนนันท์ (Kersten, White, & Tennant, 2010) ได้ศึกษาความตรงภายใน (Internal validity) และความไว (Responsiveness) ของ The Visual Analogue WOMAC 3.0 scale ซึ่งเป็นมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการมองเห็นที่มีการปรับปรุงโดยกำหนดค่าตัวเลขบนตำแหน่งเส้นตรง การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจำนวน 221 คน ผลการศึกษาพบว่า ควรมีการศึกษาต่อ เนื่องจากข้อมูลความเจ็บปวดที่ได้อาจไม่ถูกต้อง เพราะการกำหนดตำแหน่งคะแนนปวดบนเส้นตรงยังค่อนข้างห่างเกินไป

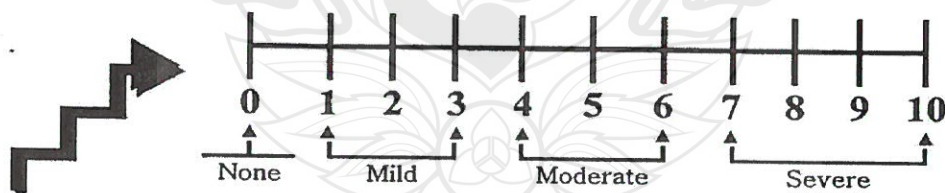


ภาพที่ 2-1 มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการมองเห็น (Loos, Housterman, Scheltinga, & Roumen, 2007)

มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยประโยคหรือถ้อยคำ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเจ็บปวดด้วยเนื้อหาและถ้อยคำ ซึ่งแบ่งลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็น 4 กลุ่มคือ ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง และปวดมาก หรืออาจแบ่งรายละเอียดความเจ็บปวดได้ถึง 15 กลุ่ม

เครื่องมือชนิดนี้ง่ายต่อการวัด แต่ความไวต่อการวัดต่ำ เนื่องจากมีระดับการวัดเป็นช่วง ไม่เป็นคะแนนต่อเนื่อง จากการศึกษาผลการวัดระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดไส้เลื่อนจำนวน 706 ราย เปรียบเทียบผลการวัดระหว่างมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการมองเห็นและมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยประโยคหรือถ้อยคำ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การวัดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยประโยคหรือถ้อยคำให้ผลลัพธ์ดีกว่า ขณะที่การวัดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการมองเห็นมีอัตรา การเกิดปัญหาในการวัดมากกว่าเนื่องจากความห่างของระยะในการกำหนดค่าคะแนนบนเส้นตรงที่ มากเกินไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแบ่งระดับความเจ็บปวดที่ให้รายละเอียดมากกว่าจะทำให้การวัดมี คุณภาพมากกว่า (Loos, Houterman, Scheltinga, & Roumen, 2007) แต่จากการศึกษาของปีเตอร์และคณะ (Peter et. al., 2006) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเที่ยงและความตรงระหว่างมาตรวัด แบบรูปภาพใบหน้าและมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยประโยคหรือถ้อยคำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมที่ แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุจากโรครูมาตอยด์ชาวอียิปต์ เพศหญิงจำนวน 42 คน และเนเธอร์แลนด์จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ผลการวัดของเครื่องมือทั้ง 2 ประเภทมี ความสัมพันธ์กันในระดับสูง เมื่อมีการวัดซ้ำโดยมาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า พบว่า มีค่าความสัมพันธ์ กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวด ด้วยตัวเลขหรืออักษร เหมาะสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่และเด็กที่มีอายุมากกว่า 9 ปี มี 10 ระดับความรู้สึก ตัวดีและสามารถสื่อสารด้วยการใช้ภาษาพูด อ่านและเขียนได้ จะถามความรู้สึกปวดของผู้ป่วยโดยให้ ระบุตัวเลขที่สามารถอธิบายความรู้สึกปวดในขณะนั้น หลังการอธิบายความหมายของตัวเลข 0-10 ว่า มีความหมายอย่างไร

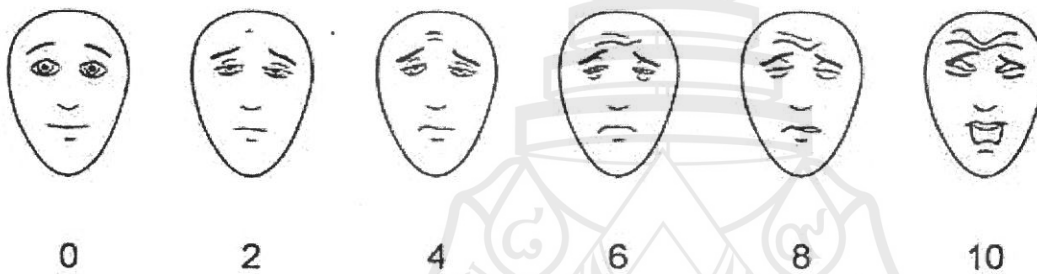


ภาพที่ 2-2 มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร (National Institutes of Health Warren: Grant Magnuson Clinical Center, 2003)

ออร์เนตติ และคณะ (Ornetti et. Al, 2010) ได้ศึกษาความตรงของ เครื่องมือนี้โดยนำไปใช้ประเมินสภาพจิตอารมณ์และการยอมรับสภาพอาการที่เป็นอยู่ (the patient acceptable symptomatic state : PASS) ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของกระดูกเชิงกรานและเข้า

เปรียบเทียบกับการใช้ WOMAC function scale เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective multicenter study) ก่อนการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (NSAIDs) และหลังได้รับยา 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 1186 คน ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินด้วยเครื่องมือทั้ง 2 ชนิดในระดับสูง และสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านจิตอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการอักเสบของกระดูกได้

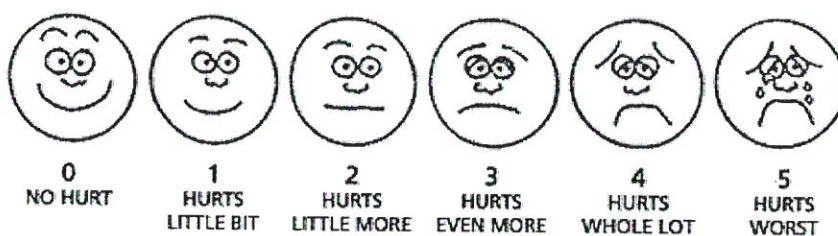
มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า (Faces Pain Scale) ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยการเลือกภาพใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย เหมาะสำหรับผู้ใหญ่หรือเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดีแต่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้ หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด เครื่องมือชนิดนี้มีหลายแบบ ดังรูปภาพ



ภาพที่ 2-3 มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า (National Comprehensive Center Network, 2008)

แวร์์ เอปส์ เฮอร์ และแพคการ์ด (Ware, Epps, Herr, & Packard, 2006)

ได้ศึกษาความเที่ยงและความตรงของการใช้เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดชนิดมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยประโยคหรือถ้อยคำ มาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้าชนิดที่มีการพัฒนาขึ้นใหม่ และมาตรวัดแบบไอโอวา (Iowa pain) ในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดจำนวน 68 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ของคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยมาตรวัดที่ผลการวัดมีคะแนนของความสัมพันธ์ต่ำที่สุดในกลุ่มคือ มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า ส่วนมาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 ได้รับความนิยมในการนำไปใช้สูงสุด แต่จากการทดสอบความเที่ยงโดยการวัดซ้ำพบว่าเครื่องมือวัดทั้งหมดมีความเที่ยงในระดับดี ผลสรุปของวิจัยเรื่องนี้คือ เครื่องมือทั้ง 4 ประเภทมีความเหมาะสมในการวัดระดับความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการรู้คิด



ภาพที่ 2-4 Wong-Baker Faces Pain Scale (National Institutes of Health: Warren Grant Magnuson Clinical Center, 2003)

สำหรับ Wong-Baker Faces Pain Scale เดิมเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมสำหรับใช้ประเมินระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง ต่อมาได้มีการพัฒนาเพื่อใช้วัดระดับความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันในเด็ก โดยศึกษาความตรงของเครื่องมือนี้เมื่อใช้ประเมินระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยเด็กที่รักษาในแผนกฉุกเฉิน และเปรียบเทียบผลการประเมินที่ได้กับผลการประเมินโดยใช้ Visual analog scale กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอายุระหว่าง 8-17 ปี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมิน Visual analog scale มีประสิทธิภาพสูงในการใช้ประเมินระดับความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันในเด็กโตและผลการประเมินมีความสัมพันธ์กับการวัดโดยใช้ Wong-Baker Faces Pain Scale (Gara et.al., 2010)

2.2 เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบหลายมิติ เป็นเครื่องมือที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับมิติด้านปริมาณและคุณภาพของความเจ็บปวด ใช้วัดความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากการปวดประสาทเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด รู้สึกตัวดี และมีสมาธิในการตอบคำถาม เพราะใช้เวลาในการประเมินมากกว่าเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบมิติเดียว เช่น แบบสอบถามของแมคกิล (McGill pain questionnaire) แบบประเมินความเจ็บปวดแบบสรุป (Brief pain inventory) เป็นต้น บางชนิด เช่น แบบประเมินพฤติกรรม (Behavioral pain scales) ใช้ในการประเมินความเจ็บปวดจากลักษณะและพฤติกรรมผู้ป่วย (Wood, 2008)

แบบสอบถามของแมคกิล เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดและบรรยายคุณลักษณะของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น โดยใช้ประโยคหรือถ้อยคำสอบถามผู้ป่วย คำตอบที่ได้จะสามารถจำแนกคุณลักษณะของความเจ็บปวด ได้แก่ ลักษณะของการปวด ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะที่มีความเจ็บปวด แล้วให้ผู้ป่วยเลือกระดับความรู้สึกของการปวดโดยใช้คำถามนำเมลแซค (Melzack, 2005) ได้ศึกษาผลการใช้เครื่องมือนี้เพื่อพัฒนาการประเมินความเจ็บปวด ให้การวัดมีรูปแบบที่สามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลากหลายประเด็นมากขึ้น และสรุปว่า คำศัพท์ในภาษาอังกฤษสามารถบรรยายประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยมีอยู่ สามารถจำแนกคุณลักษณะและระดับของของความเจ็บปวดได้ คำศัพท์เหล่านี้บุคคลทั่วไปสามารถนำไปใช้แทนระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ สำหรับในประเทศไทย กิตติสมประยูรกุล กล้าผจญ

และ โคมินทะ (Kitisomprayoonkul, Klaphajone, & Kovindha, 2006) ได้พัฒนาเครื่องมือนี้เป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงตรงกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากโรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบประสาท จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือมีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา ภายใน (Internal consistency) และมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้ (Inter-rater) แต่มีค่าเกี่ยวกับความเจ็บปวด 3 คำที่ถูกเลือกน้อยกว่าร้อยละ 33 ซึ่งประเด็นนี้สมควรได้รับการพัฒนาต่อไป

แบบประเมินความเจ็บปวดแบบสรูป เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดของผู้ป่วยที่วัดได้หลายมิติ เนื่องจากได้มีการประยุกต์แนวคิดการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเจ็บปวดรูปแบบต่างๆ มาใช้ เจาตะเกษตริณ (Chaudakshetrin, 2009) ได้พัฒนาเครื่องมือนี้จาก Brife pain inventory (BPI) ของคลีแลนด์และคณะ (Cleeland et al.) ฉบับปี 1990 ให้เป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงตรงกับผู้ป่วยจำนวน 520 คนที่เข้าร่วมประเมินความเจ็บปวด โดยมีการทดสอบซ้ำ 3 ครั้ง ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามในประเด็นประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในอดีต ตำแหน่งที่ปวด โดยผู้ป่วยหรือผู้ช่วยสามารถกากบาทตรงตำแหน่งที่มีความเจ็บปวดได้ ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่มีอยู่และในรอบ 24 ชม.ที่ผ่านมา ชนิดของยาหรือวิธีการที่ผู้ป่วยกำลังใช้เพื่อบรรเทาความปวดในขณะนี้ รวมทั้งผลการใช้ในรอบ 24 ชม.ที่ผ่านมา ผลกระทบของความเจ็บปวดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 24 ชม.ที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือนี้มีความเที่ยงตรงสามารถนำไปวัดความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งได้

แบบประเมินพฤติกรรม เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้หรือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ถึงแม้เครื่องมือนี้จะมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้เพียง 2-3 ประเด็น แต่มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงพฤติกรรมใดๆ ที่ช่วยให้สามารถสังเกตความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายที่เป็นผลจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ และบางครั้งอาการแสดงดังกล่าวไม่ได้สะท้อนถึงความรุนแรงของความเจ็บปวดหรือตำแหน่งร่างกายที่เกิดพยาธิสภาพ (Herr, et.al., 2006) ยัง ชิฟฟลิต นิโคเลตติ และชอว์ (Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw, 2005) ได้ทดสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือชนิดนี้เมื่อใช้ประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยวิกฤต โดยสังเกตอาการแสดงทางสีหน้า การเคลื่อนไหวมือและแขนทั้ง 2 ข้าง และความผิดปกติของการหายใจขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ขณะได้รับการเปลี่ยนท่า ซึ่งเป็นการพยาบาลปกติที่เป็นสาเหตุของความเจ็บปวด และการดูแลความสะอาดตาซึ่งเป็นการพยาบาลที่ไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินมีความเที่ยงและความตรงในระดับสูง การสังเกตพฤติกรรมดังกล่าวสามารถประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือได้รับยากล่อมประสาทได้ดีกว่าการวัดประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด (Hemodynamic) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้แนะนำให้ศึกษาการประเมินความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรมในลักษณะอื่นของผู้ป่วยด้วย

สรุปได้ว่า เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวด จำแนกเป็น 2 ประเภทคือ เครื่องมือวัดระดับ

ความเจ็บปวดแบบมิตติเดียวซึ่งใช้ง่าย สะดวก และไม่ซับซ้อน เหมาะสำหรับการประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน อีกประเภทคือ เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบหลายมิติ ซึ่งเหมาะต่อการประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเรื้อรัง เพราะสามารถใช้ประเมินคุณลักษณะของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากระดับความเจ็บปวด แต่ผู้ประเมินต้องเข้าใจ วิธีการใช้ และส่วนใหญ่ใช้เวลาในการประเมินนาน ยกเว้นแบบประเมินพฤติกรรมซึ่งง่าย และมีประเด็นที่ใช้ในการประเมินน้อย แต่ก็ยังมีข้อเสียคือ ไม่สามารถประเมินผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมที่เป็นความไม่สุขสบายเนื่องจากความเจ็บปวดได้

จากผลการศึกษาความเที่ยงตรงของการใช้เครื่องมือเหล่านี้พบว่า เครื่องมือที่เหมาะสมในการใช้ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งคือ มาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 เนื่องจากมีความเที่ยงและความตรงในการวัด สะดวกและง่ายต่อการ ใช้ และได้รับความนิยมในการใช้ประเมินผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ และมาตรวัดแบบรูปภาพ เนื่องจากมีความเที่ยงตรงในการวัดมากกว่ามาตรวัดความเจ็บปวดด้วยการมองเห็น และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยประโยคหรือคำพูด ถึงแม้ข้อมูลที่ได้จากการวัดจะสัมพันธ์กัน ส่วนการประเมินความเจ็บปวดชนิดเรื้อรังอาจเลือกใช้หรือประยุกต์เครื่องมือวัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปวด

3. การดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การบรรเทาปวด การดูแลด้านจิตสังคม และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

3.1 การบรรเทาความเจ็บปวด

การบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความเจ็บปวดและอาการข้างเคียงอื่นที่เป็นผลลัพธ์จากความเจ็บปวด การบรรเทาปวด มี 2 วิธี ได้แก่ การบรรเทาปวดโดยวิธีใช้ยาและการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีคลายเครียด (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) ดังนี้

3.1.1 การบรรเทาปวดโดยวิธีใช้ยา เป็นการบรรเทาปวดที่ได้ผลและเป็นที่ยอมรับ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมกับการวางแผนเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง โดยแพทย์เป็นผู้พิจารณาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและสภาพผู้ป่วย รายละเอียดมีดังนี้ (International association for the study of pain, 2005; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

ผู้ที่มีความเจ็บปวดเล็กน้อย (Pain score 1-3) ใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่น

เป็นส่วนประกอบ (Non-opioid agent) โดยกำหนดเวลาให้ยาที่แน่นนอนครอบคลุม 24 ชม. และหากมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ใจสั่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ท้องอืด เบื่ออาหาร อาจใช้ยาอื่นบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยที่ปวดปานกลาง (Pain score 4-6) ใช้ยาบรรเทาปวดที่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบและมีฤทธิ์อ่อน (Weak opioid) และยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ และอาจใช้ยาอื่นบรรเทาอาการตามแผนการรักษาด้วยหากมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ใจสั่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ท้องอืด เบื่ออาหาร เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมาก (Pain score 7-10) จะใช้ยาบรรเทาปวดที่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ ออกฤทธิ์เร็วและมีฤทธิ์นาน (Strong opioid) และอาจให้ร่วมกับยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ หากมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ใจสั่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ท้องอืด เบื่ออาหาร อาจใช้ยาอื่นบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

หลังการให้ยา พยาบาลควรเฝ้าระวังผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งแบ่งตามชนิดของยาบรรเทาปวดที่มี 3 ประเภท คือ 1) ยากลุ่มมอร์ฟีน 2) ยาบรรเทาปวดกลุ่มที่ไม่ใช่มอร์ฟีน 3) ยาอื่นๆ (Nawarak, 2006; National Comprehensive Center Network, 2008) ดังนี้

ประเภทที่ 1 ยากลุ่มมอร์ฟีน ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลางโดยการกระตุ้นเซลล์สมองส่วนที่ไวต่อการรับมอร์ฟีนที่อยู่ในเพอริอากวักตอล เกรย์ (periaqueductal gray) ธาลามัส (thalamus) และประสาทไขสันหลังส่วนดอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) ทำให้ลดความรู้สึกปวด ความไวต่อการกระตุ้นจากความเจ็บปวดลดลง และเพิ่มความสามารถในการทนต่อการกระตุ้นจากกระแสสัญญาณปวด นอกจากนี้ยังมอร์ฟีนยังระงับการสื่อกระแสสัญญาณความรู้สึกปวดและการหลั่งของสารเคมีที่ช่วยในการสื่อกระแสสัญญาณปวดซึ่งเป็นสาเหตุของความรู้สึกปวด มอร์ฟีนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Nawarak, 2006) ได้แก่ กลุ่มที่ออกฤทธิ์อ่อนและกลุ่มที่ออกฤทธิ์รุนแรง ดังนี้

กลุ่มที่ออกฤทธิ์อ่อน (Mild opioid) ตัวอย่างชื่อยาในกลุ่มนี้ ขนาดยาที่ให้การออกฤทธิ์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวัง ดังแสดงในตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 ตัวอย่างชื่อยากลุ่มมอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์อ่อน ขนาดยาที่ให้ การออกฤทธิ์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวัง

ชื่อยา	ขนาดและวิธีการให้ยา	การออกฤทธิ์	ฤทธิ์ข้างเคียง
โคดีอีน (codeine)	30 - 60 มก. รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 200 มก. ทุก 4 ชั่วโมง	ฤทธิ์นาน 3-4 ชม.	คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม และ ท้องผูก

ชื่อยา	ขนาดและวิธีการให้ยา	การออกฤทธิ์	ฤทธิ์ข้างเคียง
ترامาดอล (tramadol)	50-100 มก. รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมงไม่ควรให้ เกิน 4 กรัมต่อวัน	ฤทธิ์นาน 3-7 ช.ม.	มึนงง คลื่นไส้อาเจียน ง่วง ซึม ปัสสาวะคั่งค้าง และ ท้องผูก

กลุ่มที่ออกฤทธิ์รุนแรง (Potent opioid) ผลการระงับความเจ็บปวด
ขึ้นกับขนาดที่ใช้ ยาจะถูกทำลายที่ตับและขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ ตัวอย่างชื่อยา ในกลุ่มนี้
ขนาดยาที่ให้ การออกฤทธิ์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวัง ดังแสดงในตารางที่ 2-2

ตารางที่ 2-2 ตัวอย่างชื่อยากลุ่มมอร์ฟีนที่ออกฤทธิ์รุนแรง ขนาดยาที่ให้ การออกฤทธิ์ และฤทธิ์
ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวัง

ชื่อยา	ขนาดและวิธีการให้ยา	การออกฤทธิ์	ฤทธิ์ข้างเคียง
มอร์ฟีน (Morphine)	10 มก. ฉีดทุก 6 ช.ม.	ฤทธิ์นาน 3-4 ช.ม.	ปากแห้ง คลื่นไส้อาเจียน มี ผื่นคัน ง่วงซึม ประสาท หลอน เหงื่อออก มีการเกร็ง ของกล้ามเนื้อ ท้องผูก ปัสสาวะคั่ง ความดันโลหิตต่ำ
MST	ขนาด 10, 30, 60 มก. ห้ามบดหรือเคี้ยวก่อน รับประทานเพราะยาจะ ออกฤทธิ์ทั้งหมดทันทีและ ฤทธิ์นานเพียง 4 ช.ม.	ออกฤทธิ์ใน 1 ช.ม. และสูงสุดใน 3-5 ช. ม. หลังรับประทาน ฤทธิ์นาน 8-12 ช.ม.	เช่นเดียวกับมอร์ฟีน
คาปานอล (Kapanol)	ขนาด 20, 50, 100 มก. รับประทาน 1-2 ครั้งต่อ วัน	ออกฤทธิ์สูงสุดใน 6 ช.ม. และอยู่ 24 ช.ม.	เช่นเดียวกับมอร์ฟีน
เฟนทานิล (Fentanyl)	ขนาด 25, 50 และ 100 ไมโครกรัม/ชั่วโมง 1 แพะ ติดผิวหนัง ให้เมื่อความ เจ็บปวดที่เกิดขึ้นมี ลักษณะแน่นอน	เวลาดูดซึม 17-48 ช. ม. ฤทธิ์นาน 48-72 ช.ม.	เช่นเดียวกับมอร์ฟีน แต่อาจ มีอาการท้องผูกน้อยกว่า

หากร่างกายได้รับมอร์ฟินในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้เกิดการหายใจ ควรใช้ Sedation score ประเมินก่อนให้ยาและหลังได้รับยาทุก 15 นาที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการกดการทำงานของสมอง เช่น การหยุดหายใจ หรือการหายใจผิดปกติ เป็นต้น เกณฑ์การประเมินมีดังนี้ 0 = ตื่น 1 = ง่วงซึม 2 = หลับปลุกตื่นแต่ยังไม่ตื่น 3 = หลับปลุกไม่ตื่น 5 = นอน หลับปลุกตื่นได้ง่ายไม่มีอาการง่วงซึม หากผู้ป่วยมีคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปควรแจ้งให้แพทย์รับทราบเพื่อป้องกันการหายใจผิดปกติหรือหยุดหายใจ

ประเภทที่ 2 ยาบรรเทาปวดกลุ่มที่ไม่ใช่มอร์ฟิน ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) โดยตรง ทำให้ลดความเจ็บปวดโดยไม่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงทางจิต และออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนปลายโดยลดการสังเคราะห์พอสตาแกรนดิน และแบรดีคินิน (Bradykinin) ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ เช่น แอสไพริน (Aspirin) ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ การระคายเคืองกระเพาะอาหาร ท้องอืด เลือดออกในกระเพาะอาหาร เลือดหยุดยาก และบวมตามร่างกาย พาราเซตามอล (Acetaminophen) ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ ผื่นแดง บวมตามร่างกาย เยื่ออักเสบ และหากให้ในปริมาณที่มากเกินไปอาจทำให้ตับวายและเสียชีวิตได้ ยาแก้ปวดชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ มีแผล เลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก แต่บางรายอาจมีอาการถ่ายเหลว บวมตามร่างกาย ไตเสียหายที่ ปวดศีรษะ และแพ้ยา (Hamza & Dionne, 2009)

ประเภทที่ 3 ยาอื่นๆ เป็นยาเสริมฤทธิ์ในการบรรเทาปวดและบรรเทาความไม่สบายที่เกิดร่วมกับความเจ็บปวด เช่น ยาแก้ปวด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ ง่วงนอน มึนงง ปวดศีรษะ เหนื่อย ยาแก้ปวดเพื่อคลาย ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ ปากแห้ง ตาพร่ามัว ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ร่างกายเสียการทรงตัว และอาจมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ยาลดความซึมเศร้า ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ ปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ปวดศีรษะเล็กน้อยและสับสน ยาสเตียรอยด์ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวังคือ อาการบวมตามร่างกาย ท้องอืด เลือดออกในทางเดินอาหาร กระดูกพรุน ติดเชื้อง่าย เป็นต้น (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

หลังการบรรเทาปวดโดยใช้ยาจะประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับความเจ็บปวดเสมอ ถ้าเป็นการให้ยาฉีดจะประเมินหลังการฉีด 15 นาที หากใช้วิธีติดแผ่นยาที่ผิวหนังจะประเมินหลังให้ยา 4 ชม. และหากเป็นยารับประทานจะประเมินหลังได้รับยา 60 นาที

3.1.2 การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา เป็นกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและการรู้คิด โดยลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาการอ่อนล้า ความเครียด และความวิตกกังวลจากสาเหตุต่างๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยให้สามารถปรับตัวต่อภาวะของโรค และการรักษาที่ได้รับ ใช้สำหรับบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดระดับน้อยร่วมกับการ

ดูแลด้านจิตสังคมและการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดจากมะเร็ง หลังการบรรเทาปวดควรมีการประเมินผลลัพธ์อีกครั้งภายใน 30 นาที (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้โดยอิสระ การบรรเทาปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การทำสมาธิ การหายใจแบบผ่อนคลาย จินตภาพ การนวด และการหัวเราะหรืออารมณ์ขัน รายละเอียดดังนี้

การทำสมาธิ (Meditation) การทำสมาธิเป็นกิจกรรมผ่อนคลายความวิตกกังวลเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ เป็นการจัดการกับความคิดของตนเองให้เกิดการตระหนักรู้อยู่ในเวลาปัจจุบัน ละทิ้งประสบการณ์หรือเรื่องราวในอดีตและไม่สนใจต่อสิ่งที่อาจเกิดในอนาคต ผู้ป่วยจะใช้ความสงบและมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งหรือการหายใจ ทำให้เกิดภาวะว่างเปล่า ไม่มีความสนใจเรื่องใดๆ ร่างกายจะเกิดการรับรู้ต่อสิ่งเร้าแตกต่างไปจากเดิม (Lovell, et.al, 2007) ดังนั้นเมื่อเกิดการกระตุ้นจากสิ่งที่เป็นสาเหตุของความเจ็บปวด ร่างกายจะลดการสื่อสารสัญญาณประสาทรับความรู้สึกปวดนั้น ทั้งยังทำให้มีการหลั่งเอนโดรฟินที่ช่วยลดการรับกระแสสัญญาณประสาท และเกิดการยับยั้งการหลั่งของสับสแตนซี ที่ช่วยในการสื่อสารกระแสสัญญาณปวดไปยังสมอง ทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวด (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) เหมาะสำหรับผู้ที่มีความสนใจในเรื่องสมาธิปฏิบัติ ควรฝึกเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีภาวะเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4 บีกเลอร์ อเลจันโดร และโคเฮน (Biegler, Alejandro, & Cohen, 2009) ได้ศึกษาผลของการทำสมาธิต่อผู้ป่วยมะเร็งที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive) ว่า สมาธิมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของสมองอย่างไร และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งทั้งที่มีการรู้คิดปกติและมีความบกพร่องด้านการรู้คิดอย่างไร โดยทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านการรู้คิดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิธีบำบัดที่มีความเสี่ยง การทำสมาธิและการรู้คิด การทำสมาธิในโรคมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า การทำสมาธิสามารถพัฒนาการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาการทำงานของสมอง บรรเทาปัญหาที่เป็นกลุ่มอาการซึ่งสัมพันธ์กับมะเร็ง เช่น ความเครียด ความอ่อนล้า อาการคลื่นไส้ โดยเฉพาะความเจ็บปวด ช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ผ่อนคลายและนอนหลับได้สบายขึ้น

การหายใจแบบผ่อนคลาย (Relaxation technique) การหายใจแบบผ่อนคลายเป็นการบรรเทาปวดรูปแบบหนึ่งที่แสดงถึงกลไกการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างร่างกายและจิตใจ (Lovell et.al, 2007) มีวัตถุประสงค์เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยมะเร็งและเกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากความวิตกกังวล และลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดเรื้อรังและทำให้ความเจ็บปวดมีความรุนแรงขึ้น กิจกรรมนี้จะลดการสื่อสารสัญญาณประสาทรับความรู้สึกปวด ทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวด (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) ผู้ป่วยจะกำหนดลมหายใจเข้าและออกซ้ำๆ โดยนับการหายใจเข้าออกแต่ละรอบเป็น 1 ครั้ง สามารถปฏิบัติได้เองและเป็นพื้นฐานของการฝึกสมาธิ ควรทำเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีภาวะเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4

แครร์รอลและซีเยร์ (Carroll & Seers, 1998) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อ การบรรเทาปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง โดยทบทวนงานวิจัยชนิด มีกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่ม (Randomized control trail : RCT) เกี่ยวกับการใช้ เทคนิคผ่อนคลายเพื่อการบรรเทาปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง จำนวน 9 เรื่อง ที่สืบค้นจาก ฐานข้อมูล MEDLINE, psycLIT, CINAHL, EMBASE, Oxford Pain Relief Database ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การผ่อนคลายจะช่วยลดระดับความเจ็บปวดแบบเรื้อรัง โดยมีวิสัยจำนวน 1 ใน 2 เรื่องที่ พบว่า การผ่อนคลายจะช่วยลดระดับความเจ็บปวดระดับน้อยในผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ จึงสรุปได้ ว่า การผ่อนคลายสามารถลดระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังได้

จินตภาพ (Guided imagery) จินตภาพบำบัดเป็นการบรรเทาปวดด้วยวิธี ผ่อนคลายอีกรูปแบบหนึ่งที่แสดงถึงกลไกการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างร่างกายและจิตใจ เป็นการ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด โดยใช้กิจกรรมการฝึกหายใจแบบผ่อนคลายร่วมกับการ จินตนาการของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นการคิด การมองรูปภาพ การรับฟังเสียง การระลึกเหตุการณ์หรือสิ่ง ประทับใจ ความรู้สึก หรือการสัมผัส เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายร่างกายและอารมณ์ (Lovell et.al, 2007) ซึ่งจะลดการสื่อสารสัญญาณประสาทรับความรู้สึกปวดเนื่องจากกล้ามเนื้อที่มีการคลายตัว ร่างกายจะหลั่ง เอนโดรฟินที่ช่วยลดการรับกระแสสัญญาณประสาทปวด และเกิดการยับยั้งการหลั่งของสับสแตนซ์ที่ กระตุ้นการสื่อสารกระแสสัญญาณปวด (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) ควรทำเมื่อผู้ป่วย ยังไม่มีความเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4 โดยมีพยาบาลหรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้เป็น ผู้รับผิดชอบในการแนะนำหรือปฏิบัติ การบรรเทาปวดด้วยวิธีนี้ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอารมณ์ แปรปรวนง่ายหรือมีอาการก้าวร้าว (Bottrill & Kirkwood, 2005) รอฟฟ์ ชมิทท์ และ เอิร์นสท์ (Roffe, Schmidt, & Ernst, 2005) ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้จินตภาพบำบัดร่วมกับการ รักษาด้วยวิธีอื่นในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยชนิดมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการ สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่ม จำนวน 8 เรื่อง และงานวิจัยชนิดมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่ไม่มี การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มจำนวน 2 เรื่อง สืบค้นหลักฐานได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ แล้ว นำมาคัดเลือกเพื่อหาความตรงของเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า มีงานวิจัย 3 เรื่องที่รายงานว่าการใช้ จินตภาพบำบัดกับผู้ป่วยมะเร็งที่รับเคมีบำบัดจะช่วยลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายและมี อารมณ์ดีขึ้น ดังนั้นจินตภาพบำบัดจึงเป็นวิธีการรักษาแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ช่วย ส่งเสริมสุขภาพจิตและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น ส่วนบาร์เดีย และคณะ (Bardia et.al., 2006) ได้ศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยชนิดมีกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่ม ที่ศึกษาผลการลดความเจ็บปวดของ ผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้วิธีผสมผสานและแพทย์ทางเลือกจำนวน 18 เรื่อง สืบค้นหลักฐานจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Medline, Mbase, , AMED และ Cochrane Library ผลการศึกษาพบว่า งาน

วิจัยที่มีคุณภาพในระดับดีมีจำนวน 7 เรื่อง งานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับปานกลางมีจำนวน 7 เรื่อง งานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับต่ำมีจำนวน 8 เรื่อง การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมผู้ป่วย 1,499 คน ไม่มีการรายงานเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการบรรเทาความเจ็บปวด มีวิจัย 7 เรื่องที่รายงานว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งสามารถบรรเทาด้วยการใช้วิธีผสมผสานและแพทย์ทางเลือก ซึ่งประกอบด้วย การฝังเข็ม ดนตรี การใช้สมุนไพรบางชนิด การนวด และการสัมผัส แต่มีวิจัยจำนวน 4 เรื่องที่รายงานว่า ดนตรีและการนวดไม่ได้ช่วยลดความเจ็บปวดจากมะเร็ง ผู้วิจัยได้สรุปว่า การสะกดจิต จินตภาพ บำบัด กลุ่มบำบัด การฝังเข็ม และการสัมผัสบำบัดช่วยลดความเจ็บปวดได้

การนวด (Massage) การนวดเป็นการบรรเทาปวดโดยการทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เนื่องจากมีการกระตุ้นที่ชั้นใต้ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณไหล่และหลัง การกระตุ้นจากการนวดต่อร่างกายจะไม่เกิดบริเวณเดียวกับการกระตุ้นที่เกิดความเจ็บปวด เชื่อว่าการนวดทำให้เกิดการกระตุ้นซัสแตนเทีย จีลาติโนซา บริเวณดอร์ซอลอร์น เป็นผลให้เกิดการยับยั้งการส่งกระแสสัญญาณประสาทความรู้สึกปวดของทีเซลล์เข้าสู่สมอง หรือการนวดอาจมีผลโดยตรงต่อการส่งกระแสสัญญาณประสาทของความเจ็บปวดจากสมองสู่ไขสันหลัง มีการหลังของเอนดอร์ฟินทำให้ความรู้สึกปวดลดลง (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) ควรทำเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีภาวะความเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4 และยอมรับการนวดร่างกาย คัทเนอร์ และคณะ (Kutner et. al., 2008) ได้ศึกษาผลของการนวดหรือสัมผัสร่างกาย (Simple touch) ต่อระดับความเจ็บปวด ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 380 คน ซึ่งมีความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ส่วนใหญ่ 90% อาศัยในบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะได้รับการนวดหรือสัมผัสนาน 30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ มีการประเมินเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลง โดยใช้ Memorial Pain Assessment card และ Numerical rating scale ประเมินระดับความเจ็บปวดที่มีอยู่โดยใช้ Brief Pain Inventory ประเมินสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้ Memorial Pain Assessment card วัดอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจใน 1 นาที ประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่โดย McGill Quality of Life และ Numerical rating scale ประเมินความเครียดโดย Memorial Symptom Assessment Scale และ 0-4 point scale และความถี่ของการใช้ยาบรรเทาปวดโดยการฉีดยา การประเมินระดับความเจ็บปวดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจะประเมินก่อนและหลังการนวดหรือสัมผัสแต่ละครั้ง แต่การประเมินระดับความเจ็บปวดที่มีอยู่และการประเมินอื่นจะประเมินเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนแล้วประเมินซ้ำหลังจากนั้นอีก 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การนวดสามารถลดระดับความเจ็บปวดและผ่อนคลายอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลคินสัน บาร์เนส และสตอเรย์ (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) ที่ได้ศึกษาผลของการนวดร่างกายกับผู้ป่วยมะเร็ง โดยทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการนวดร่างกายปกติและหรือการนวดร่วมกับการดม

กลิ่นหอมของสมุนไพรต่อการลดกลุ่มอาการด้านร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิต อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมะเร็ง จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Cochrane พบงานวิจัยที่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษช่วงปี 2003-2006 จำนวน 1325 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยชนิดมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่ม งานวิจัยชนิดที่มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง งานวิจัยภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า มีรายงานวิจัยจำนวน 10 เรื่องที่รายงานว่า การนวดช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ในระยะสั้น และอาจช่วยลดการเกิดกลุ่มปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ ชาง (Chang, 2008) ได้ศึกษาผลของการนวดร่างกายร่วมกับการดมกลิ่นหอมของสมุนไพรต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง การวิจัยเป็นการศึกษาก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยในบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice) จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการบรรเทาปวดด้วยการนวดร่วมกับการดมกลิ่นหอมของสมุนไพร ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการนวดโดยใช้น้ำมันนวดตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การนวดร่วมกับการดมกลิ่นหอมของสมุนไพรจะช่วยลดระดับความเจ็บปวดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยในบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การหัวเราะหรืออารมณ์ขัน (Humor) การหัวเราะหรืออารมณ์ขันจัดเป็นกิจกรรม หนึ่งของกิจกรรมผ่อนคลายที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด บรรเทาความไม่สุขสบาย และช่วยบรรเทาความเจ็บปวด เนื่องจากการหัวเราะหรือมีอารมณ์ขันจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟินและทำให้กล้ามเนื้อมีการคลายตัว ดังนั้นร่างกายจึงลดการสื่อสารสัญญาณปวด นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการผลิตจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด Natural killer cell เพิ่มขึ้น ซึ่งเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มีหน้าที่ในการทำลายเซลล์มะเร็งจึงทำให้การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งช้าลง เป็นผลให้ความเจ็บปวดลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีสุขภาพดีขึ้น (Christie & Moore, 2004)

3.2 การดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial therapy)

การดูแลด้านจิตสังคมเป็นการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือ และสัมผัสเพื่อให้กำลังใจ จากญาติ เพื่อน ผู้ดูแล หรือพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่ามีผู้ดูแลใกล้ชิดและไม่ถูกทอดทิ้ง (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) ความรู้สึกมั่นคงในจิตใจจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างเจ็บป่วยซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลที่ส่งผลให้ความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการดูแลด้านจิตสังคมจึงเป็นวิธีปฏิบัติสำคัญที่ช่วยลดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล การอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด สัมผัสผู้ป่วยเบาๆ เพื่อเป็นกำลังใจ

และถ่ายทอดความรู้สึกห่วงใยและเอื้ออาทร การรับฟังปัญหาหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใส่ใจและกระตือรือร้น การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตประจำวัน การแนะนำญาติให้มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและแนะนำถึงวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วย การอยู่เป็นเพื่อนและรับฟังปัญหาของผู้ป่วยหรือให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ การปรึกษาจิตแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า หรือมีพฤติกรรมหรือมีอาการผิดปกติที่แปรปรวนมาก เช่น หงุดหงิดมาก นอนไม่หลับ เป็นต้น (Lewis et.al., 2007)

3.3 การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว

การบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย และเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นซึ่งไม่ใช่สาเหตุของการเสียชีวิตโดยตรง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการควบคุมความเจ็บปวด ได้แก่ ระบบการจัดการ ทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการบรรเทาปวดของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรได้รับรู้และมีส่วนร่วมในแผนการรักษา และพบว่า การให้คำแนะนำทางจิตวิทยาจะช่วยลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับคำแนะนำและความรู้ที่ควรได้รับ (Kravitz et.al., 2011) นอกจากนี้การให้ความรู้เรื่องปวดแก่ผู้ดูแลพร้อมกับผู้ป่วยจะเป็นวิธีพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งให้สามารถควบคุมความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่เกิดจากความเจ็บปวดได้ (Menefee & Monti, 2005) การมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการจัดการกับความเจ็บปวดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวถูกต้องและการบรรเทาปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล ได้แก่ โอกาสในการได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด วิธีการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาปวด (National Library Guideline, 2009; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) ทั้งนี้เนื่องจากบริงคฮุยส์ อาชเตอร์เบิร์ก และสทูนโฮเวน (Brink-Huis, Arhterberg, & Schoonhoven, 2008) ได้ศึกษารูปแบบขององค์กรที่มีการบูรณาการกระบวนการดูแลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดซึ่งมีสาเหตุจากมะเร็งในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โดยการทบทวนเอกสารที่จำแนกรูปแบบขององค์กรที่มีการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง เอกสารเหล่านี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบูรณาการกระบวนการดูแลและบรรยายประสิทธิผลของการดำเนินงานองค์กร ดีพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี 1986-2006 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ผู้ป่วย โรคมะเร็ง การบรรเทาปวด และการบูรณาการกระบวนการดูแล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการองค์กร แนวปฏิบัติทางคลินิก และบริการให้คำปรึกษา เป็นปัจจัยสำคัญของการบูรณาการกระบวนการดูแลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดซึ่งมีสาเหตุจากมะเร็ง โดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจะเป็นพื้นฐานเบื้องต้น และบริการให้คำปรึกษาจะเป็นกิจกรรมสำคัญที่ผสมผสานในแนวปฏิบัตินั้น การประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานวัดได้จากผลลัพธ์ที่เกิดกับตัวผู้ป่วยเองและกระบวนการในการจัดการกับความเจ็บปวด นอกจากนี้ โกลเบอร์กและมอร์ริส

สัน (Goldberg & Morrison, 2008) ได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล ที่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่เดือนมกราคม 1966 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2006 สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ MEDLINE งานวิจัยทั้งหมดเป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่ม งานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่ม และงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่วนใหญ่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้น บุคลากรทีมสุขภาพมีการพัฒนาการบันทึกคะแนนความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น และพยาบาลได้มีการพัฒนาความรู้และทัศนคติในเรื่องการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดมากขึ้น โดยกิจกรรมสำคัญที่ควรนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย การควบคุมคุณภาพการบรรเทาปวดและการสะท้อนข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติ การนำเทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์มาใช้ในการสนับสนุนการให้บริการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และการให้คำปรึกษาเรื่องการบรรเทาปวดจากผู้เชี่ยวชาญ

4. การพัฒนาคุณภาพบริการ

องค์กรมีนโยบายประกันคุณภาพของการจัดการกับความเจ็บปวด โดยจัดให้มีการพัฒนาและสนับสนุนการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็งอย่างต่อเนื่อง (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2008) ดังนี้

- 4.1 มีตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง
- 4.2 มีแนวทางบริหารความเสี่ยงเนื่องจากความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง
- 4.3 พัฒนาคุณภาพการจัดการความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็งโดยใช้หลักฐาน

อ้างอิงเชิงประจักษ์

- 4.4 ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง
- 4.5 สำนวจความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจาก

มะเร็ง

- 4.6 ศึกษาข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาเกี่ยวกับการปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง
- 4.7 มีผู้รับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากรทีม

สุขภาพ

- 4.8 พัฒนาระบบที่รายงานเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง
- 4.9 ให้คำแนะนำการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับความเจ็บปวดแก่

พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

6 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นวิธีปฏิบัติของพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเกิดจากอาการเจ็บปวดซึ่งมีสาเหตุจากการลุกลามของเซลล์มะเร็ง ได้จากการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย ที่ผ่านการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ (Ackley & Swan, 2008) เกณฑ์การแบ่งคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงพิจารณาจากความเป็นไปได้ ความเหมาะสม การให้ความหมาย ประสิทธิภาพ และการใช้หลักฐานอ้างอิงทางเศรษฐศาสตร์ หลักฐานอ้างอิงที่มีคุณภาพดีที่สุดควรเป็นความรู้ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยคุณภาพสูงแบบเมตาที่มีข้อสรุปชัดเจน กล่าวคือ มีการสังเคราะห์ผลของการเปรียบเทียบระหว่างวิธีปฏิบัติชนิดทางเลือกที่สำคัญหลายๆ วิธีกับผลลัพธ์ทางคลินิก โดยคำนึงถึงการตรวจสอบค่าใช้จ่ายและการวิเคราะห์ที่มีความไวทางคลินิก เป็นวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเมตาหรือวิจัยเดี่ยวหรือหลายเรื่องซึ่งเป็นวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และความเชื่อมั่นสูง ส่วนการประเมินเพื่อนำสู่การปฏิบัติพิจารณาจากความเป็นไปได้ ความเหมาะสม การให้ความหมาย และประสิทธิภาพเช่นกัน หลักฐานที่ควรอ้างอิงเพื่อใช้ในการปฏิบัติมากที่สุดควรเป็นหลักฐานที่มีการสนับสนุนชัดเจนและมีความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้อย่างยิ่ง (The Joanna Briggs Institute, 2009) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้จากหลักฐานอ้างอิง ซึ่งได้รับการประเมินคุณภาพและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จะผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและการทดสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงคุณภาพก่อนนำไปทดลองใช้จริง

หลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น สามารถประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้จาก 1) ผลของการบรรเทาปวด ได้แก่ คะแนนความเจ็บปวดเนื่องจากความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย ผู้ป่วยจะเป็นบุคคลเดียวที่สามารถบอกได้ถึงความเจ็บปวดนั้น วัดได้จากการใช้เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดแบบต่างๆ ซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพพจน์ชื่อเสียงของการให้บริการของโรงพยาบาลและเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการที่สำคัญของทีมสุขภาพ 3) ปัญหาหรืออุปสรรคในการบรรเทาปวด วัดได้จากปัจจัย เช่น ความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น (Aragon & Gesell, 2003 ; National Guideline Clearinghouse, 2008)

หลายองค์กรได้มีแนวคิดในการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกทางการแพทย์เพื่อนำสู่การปฏิบัติ เช่น ศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2546) ได้เสนอแนวทางพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหาจากคุณภาพบริการ 2) การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับการใช้แนว 3) การสืบค้นหลักฐานอ้างอิง ได้แก่ ความรู้และผล การวิจัยจากวารสารการพยาบาลและฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ จากนั้นวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเพื่อการประยุกต์ใช้ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติโดยกำหนดกรอบแนวปฏิบัติ นำเสนอ “ร่าง” แนวปฏิบัติและทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ภายหลังการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของเนื้อหาได้หาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องก่อนการวิจัย 6) การวิเคราะห์และสรุปผลลัพธ์ที่ได้ 7) การพิมพ์และเผยแพร่ผลการวิจัย

ตัวอย่างแนวปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งสำหรับพยาบาลที่ได้จากการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ อาทิเช่น

แนวปฏิบัติของ Department of Community Health State of Michigan (2007)
ระบุว่า ควรประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับความเจ็บปวด การตรวจด้านร่างกายและความต้องการการสนับสนุนทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย และมีการใช้ปริมาณยาโอปิออยด์ที่มีขนาดเหมาะสม สิ่งที่ยาบาลควรปฏิบัติคือ 1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด 2) ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐานและบันทึกข้อมูลความเจ็บปวด 3) ดูแลการให้ยาบรรเทาปวดและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการบรรเทาปวด 4) ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา 5) บันทึกการประเมินความเจ็บปวด การบรรเทาปวด การประเมินผลและการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลให้ชัดเจนและได้ใจความ

แนวปฏิบัติของ National Comprehensive Center Network (2008) กล่าวว่า แนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ที่มีความปวด ประกอบด้วย 1) วัดระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข 2) กำหนดให้มีการประเมินระดับความเจ็บปวด 3) ประเมินซ้ำระดับความเจ็บปวดภายหลังการบำบัดเพื่อรับทราบประสิทธิผล 4) ดูแลด้านจิตสังคม 5) ให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ในการให้ยาบรรเทาปวดจะคำนึงระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด คือ คะแนน 1-3 หมายถึงปวดเล็กน้อย (mild pain) ให้ยากกลุ่มต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และพาราเซตามอล คะแนน 4-6 หมายถึงปวดปานกลาง (moderate pain) ให้ยาโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์เร็ว (Short acting opioid) คะแนน 7-10 หมายถึงปวดรุนแรง (severe pain) ให้ยาโอปิออยด์ อาจใช้ยาเสริมฤทธิ์ในการบรรเทาปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดกระตุก ปวดประสาท และปวดจากอวัยวะที่เป็นกล้ามเนื้อเรียบภายในช่องท้องในรายที่ต้องการลดการใช้ยาโอปิออยด์ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเจ็บปวดส่วนใหญ่สามารถ

ควบคุมความเจ็บปวดได้โดยการใช้เทคนิคที่เหมาะสมและยาที่ปลอดภัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะประเมน ความเจ็บปวด การบรรเทาปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งการประเมินซ้ำความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติของ National Guideline Clearinghouse (2008) ระบุว่า 1) ในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ควรประเมินทั่วไปว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหรือไม่ หลักการพื้นฐานในการประเมินความเจ็บปวดประกอบด้วย การซักประวัติการปวด การประเมินจิตสังคม การตรวจทางร่างกายและระบบประสาท และการสรุปวินิจฉัยอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง มีการประเมินซ้ำความเจ็บปวดมะเร็งอย่างต่อเนื่องและบันทึกผลการประเมิน มีการประเมินความเจ็บปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม เช่น ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางสมอง ผู้ถูกทารุณกรรม ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต 2) ในการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ควรเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสมและมีการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวด บรรเทาความเจ็บปวดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรายงานและมีการปรับเปลี่ยนขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะสม บำบัดรักษาความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องโดยใช้ยาโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์นานและโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์เร็วเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเฉียบพลัน รวมทั้งยาอื่น คือ ยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์ (Non-opioid) ได้แก่ พาราเซตามอล (Paracetamol) ยาออกฤทธิ์ด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาเสริมฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวด เช่น ยาต้านชัก (Anticonvulsants) ยาคลายเครียด (antidepressant) ยารักษาอาการหัวใจเต้นผิดปกติ (Antiarrhythmics) ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) เป็นต้น มีการให้ความรู้เรื่องสาเหตุการปวด ชนิดและเหตุผลของการใช้ยา วิธีการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนขนาดของยา การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียง เวลาและวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา รวมทั้งการบรรเทาปวดโดยวิธีการทางจิตวิทยา เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral method) และ Supportive therapy เป็นต้น ตลอดจนบรรเทาปวดโดยวิธีการจัดการกับร่างกายผู้ป่วย เช่น การนวด เป็นต้น

แนวปฏิบัติของ National Library Guideline (2009) แนะนำว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดและสาเหตุของความเจ็บปวด ควรสอบถามความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ถ้ามี ควรประเมินความเจ็บปวดตามรูปแบบการประเมินอีกครั้ง

แนวปฏิบัติของ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008) ระบุว่า 1) ควรจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ 2) ควรให้มีการประเมินความเชื่อด้านความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับการประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วย 3) ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องความเจ็บปวดและแนะนำวิธีการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย 4) ควรประเมินเพื่อหาสาเหตุของความเจ็บปวด ชนิดและความรุนแรงของความเจ็บปวด ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บปวด

เพื่อพิจารณาวิธีการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพ 5) ชักประวัติการเจ็บปวดของผู้ป่วยเกี่ยวกับบริเวณที่ปวด ลักษณะและความถี่ของความเจ็บปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด เวลาที่มีความเจ็บปวด ปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้นหรือลดลง ชนิดและสาเหตุของการปวด ประวัติการใชยาบรรเทาปวด ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวดและผลลัพธ์ และ อาการแสดงของความผิดปกติด้านจิตอารมณ์ 6) ควรประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากมะเร็งในผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมิน ได้แก่ มาตรวัดด้วยการมองเห็น (Visual Analogue Scales) มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales) และมาตรวัดด้วยคำพูด (Verbal Rating Scales) 7) สำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึกรู้สึกตัว ควรประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวด ถ้ายังสามารถใช้แบบประเมินได้ แต่ในรายที่ไม่สามารถทำได้ ควรใช้มาตรวัดแบบสังเกตพฤติกรรม (Observational Pain Rating Scales) 8) ควรประเมินระดับความเจ็บปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 9) ใช้แนวทางปฏิบัติในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง โดยพิจารณาตามลำดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ควรให้ยาบรรเทาปวดอย่างสม่ำเสมอและให้เมื่อเกิดความเจ็บปวดเฉียบพลันในระหว่างการรักษา (Breakthrough pain) โดยเฉพาะผู้ที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลางและรุนแรง 10) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากระบบประสาทควรได้รับยากล่อมประสาทหรือยากันชัก โดยเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการยา 11) การบรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็งที่ได้ผลได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย

แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (ภาวดี วิลลพันธุ์ และคณะ, 2551)
กำหนดแนวทางในการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็งไว้ 2 ประการ คือ 1) ประเมินผู้ป่วยแรกรับไว้ในหอผู้ป่วยแล้วสรุปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยปัญหาที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด พร้อมทั้งประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวด ได้แก่ มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร (Numerical Rating Scale) ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยตัวเลขหรืออักษรไทย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ และมาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า (Faces Pain Scale) ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยการเลือกภาพใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้ หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด 2) บรรเทาปวดตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ประกอบด้วย การบรรเทาปวดโดยใช้ยาตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกและการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา 3 วิธี คือ 1) วิธีการทางจิตวิทยา ได้แก่ จินตนาการ การหายใจแบบผ่อนคลาย การทำสมาธิ 2) การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรม ได้แก่ การให้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลกลุ่มแนะนำหรือช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน 3) การจัดการกับร่างกายผู้ป่วย เช่น การจัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย การนวดกดจุด เป็นต้น สามารถบรรเทาปวดได้พร้อมกันทั้ง 2 วิธี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบาย และเป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดจากการเติบโต ลุกกลามของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการกดทับอวัยวะหรือการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด และเส้นประสาท มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปที่กระดูก และเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยมีสาเหตุ ส่งเสริมจากความเจ็บปวดที่เป็นมาก่อน สภาพจิตอารมณ์ และการรู้คิดของผู้ป่วย อาการเกิดขึ้นเรื้อรัง รุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์และจิตวิญญาณรวมทั้งสังคมใกล้ชิด ความ รุนแรงของความเจ็บปวดขึ้นกับระดับความทนของเซลล์รับสัญญาณประสาทต่อการกระตุ้นของกระแส สัญญาณประสาทความเจ็บปวด และระดับความสามารถของร่างกายในการทนต่อความรู้สึกปวด ปัจจัย สำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเจ็บปวดและความทนต่อความเจ็บปวด ได้แก่ อายุ สภาพจิตอารมณ์ ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม หลักการจัดการกับความเจ็บปวด ในผู้ป่วยมะเร็งจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การดูแลผู้ป่วย 4) การพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจาก อาการเจ็บปวดนี้โดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งได้จากการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ตำรา เอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย ที่ผ่านการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการ นำสู่การปฏิบัติ

ผลจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้แนวปฏิบัติทางการ พยาบาลของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (ภาวดี วิมลพันธุ์ และคณะ, 2551) เพื่อนำไป ปรับปรุงใช้ในการดำเนินงานวิจัย โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการ พยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากการสืบค้น ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Joanna Briggs, SIGN, National Guideline Clearinghouse, CINAHL, Cochrane Library, GALE CENGAGE, IR-web, SpringerLing, Google และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย เป็นต้น โดยคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ best practice for cancer pain, guideline for cancer pain, cancer, cancer pain, cancer pain management พบ หลักฐานอ้างอิงและนำหลักฐานทั้งหมดมาทบทวนและประเมินความน่าเชื่อถือ (Clinical appraisal) ได้หลักฐานอ้างอิงที่เป็นการทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 4 เรื่อง ผลการวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 2 เรื่อง แนวปฏิบัติทางคลินิก 6 เรื่อง และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 4 เรื่อง หลังจากการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือและความเป็นไป ได้ในการปฏิบัติ ได้มีการยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แล้วนำเสนอและทำประชาพิจารณ์เพื่อรับ ฟังความคิดเห็นในการนำสู่การปฏิบัติจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ ตัวแทนของวิสัญญีพยาบาล และ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ภายหลังการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) สำหรับทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน, เกสซ์กรซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน, ศัลยแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน จากนั้นได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 ราย เพื่อทดลองความเป็นไปได้ก่อนการทดลองใช้จริง

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฉบับที่ปรับปรุงใหม่ (ภาคผนวก ค) มีสาระสำคัญ ประกอบด้วย สาระสำคัญประกอบด้วย 1) การประเมินความเจ็บปวด เริ่มตั้งแต่แรกรับและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องหลังการบรรเทาปวดและให้ความสำคัญเสมือนสัญญาณชีพที่ 5 จนกระทั่งจำหน่ายโดยใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดที่มีความเที่ยงตรง ได้แก่ มาตราวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร (Numerical Rating Scale) ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยตัวเลขหรืออักษรไทย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่สามารถสื่อสารด้วย ภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ และมาตราวัดแบบรูปภาพใบหน้า (Faces Pain Scale) ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยการเลือกภาพใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด 2) การบรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการบรรเทาปวดโดยการใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดซึ่งแพทย์เป็นผู้พิจารณา และการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาเมื่อประเมินซ้ำหลังได้รับยาแล้วพบว่ามีความเจ็บปวดน้อยกว่า 4 3) การดูแลด้านจิตสังคมซึ่งเป็นการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือ และสัมผัสเพื่อให้กำลังใจ 4) การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจะมีขั้นตอนการปฏิบัติ ได้แก่ 1) การประเมินความเจ็บปวดแรกรับ 2) การบรรเทาปวดด้วยวิธีใช้ยาหลังการประเมินระดับความเจ็บปวด 3) การประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยา 4) การบรรเทาปวดหลังจากได้รับยา โดยบรรเทาปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยาเมื่อมีระดับความเจ็บปวดน้อย หรือรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาหรือให้ยาบรรเทาปวดเมื่อมีระดับความเจ็บปวดปานกลางหรือมาก 5) การประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำหลังการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา 6) การประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล สำหรับชนิดของวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การทำสมาธิ การหายใจแบบผ่อนคลาย จินตภาพ และการนวด (ภาคผนวก จ) ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล วัดได้จากการลดลงของคะแนนความเจ็บปวดหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย

การวิจัยนี้ให้กรอบแนวคิดเชิงโมเดล (conceptual framework) ที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยตามแนวทางของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์แห่งประเทศไทย ดังแผนภาพที่ 2-5



ภาพที่ 2-5 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับงานวิจัยเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่มีความเจ็บปวดเนื่องจากการลุกลามของมะเร็งและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ส่วนในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ประชากรคือ พยาบาลจำนวน 20 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่มีความเจ็บปวดเนื่องจากการลุกลามของมะเร็งและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนเมษายน ถึงกันยายน 2553 จำนวน 30 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึงมีนาคม 2553 จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (Inclusion criteria)

1. มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป
2. รู้สึกตัวดี
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria)

1. ใส่เครื่องช่วยหายใจและไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เข้าใจ
2. ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างทดลอง

การจัดกลุ่มตัวอย่าง

ในการจัดกลุ่มตัวอย่างกำหนดให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน เมษายน ถึงกันยายน 2553 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 ราย เข้าอยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นการศึกษาย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2552 ถึงมีนาคม 2553 จำนวน 30 ราย ทั้งนี้จัดให้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแต่ละคู่มีความใกล้เคียงในเรื่องเพศ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิฐานะ สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะของโรค ความรุนแรงของความเจ็บปวด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้เป็นแนวปฏิบัติทางการ

พยาบาลที่ภาวดี วิมลพันธุ์และคณะ (2552) ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติของภาวดี วิมลพันธุ์และคณะ (2551) สารสำคัญประกอบด้วย 1) การประเมินความเจ็บปวดตั้งแต่แรกรับและประเมินอย่างต่อเนื่องหลังการบรรเทาปวดและให้ความสำคัญเสมือนสัญญาณชีพที่ 5 จนกระทั่งจำหน่ายโดยใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดที่มีความเที่ยงตรง 2) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยการใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาเมื่อประเมินซ้ำหลังได้รับยาแล้วพบว่ามีความปวดน้อยกว่า 4 3) การดูแลด้านจิตสังคม 4) การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน ได้แก่ 1) มาตรวัดระดับความเจ็บปวด 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายการพยาบาล 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาล

ส่วนที่ 1 มาตรวัดระดับความเจ็บปวด เป็นมาตรวัดแบบมีตัวเลข 1-10 เซนติเมตร (Numerical Rating Scale) และมาตรวัดแสดงความรู้สึกทางสีหน้า (Wong-Baker FACES pain rating scale) ใช้สำหรับการประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการบรรเทาปวด ดังนี้

มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร (Numerical Rating Scale) เป็นเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดของ National Institute of Health: Warren grant magnuson clinical center (2003) ที่ได้มาจากมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 ของแมคคาฟเฟอร์และบีเบ (McCaffery & Beebe, 1993) ซึ่งทีมพัฒนาคุณภาพของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทย ใช้ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้เข้าใจ ระบุความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยตัวเลขหรืออักษรไทยได้ เครื่องมือประกอบด้วยเส้นตรงและมีตัวเลขคะแนนความรู้สึกเจ็บปวด ในการประเมิน จะถามผู้ป่วยว่า : 0 คือไม่ปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินว่าความเจ็บปวดของตนเองอยู่ในตำแหน่งใดระหว่าง 0-10 โดยให้บอกตัวเลขที่ตรงกับความเจ็บปวดของตนเองมากที่สุด



ภาพที่ 3-1 มาตรวัดแบบมีตัวเลข 1-10 เซนติเมตร (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2548)

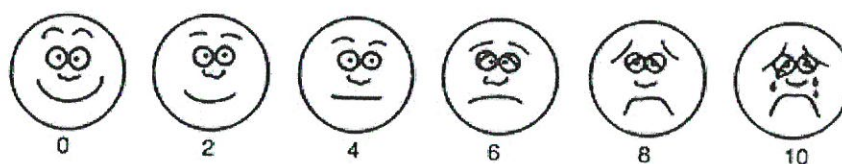
การแปลผลมีดังนี้ (McCaffery & Beebe, 1993)

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่ปวด
คะแนน	1 - 3	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดเล็กน้อย
คะแนน	4 - 6	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดปานกลาง
คะแนน	7 - 9	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดมาก
คะแนน	10	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดมากที่สุด

เกณฑ์การกำหนดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดมีดังนี้ (International Association for the Study of Pain, 2005; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

คะแนน	>0 - <4	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับน้อย
คะแนน	4 - < 7	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับปานกลาง
คะแนน	7 - 10	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับมาก

มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า (Face pain rating scale) เป็นเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดของ National Institute of Health: Warren grant magnuson clinical center (2003) ที่ได้มาจากมาตรวัดแสดงความรู้สึกทางสีหน้าของวองและเบเคอร์ (Wong-Baker FACES pain rating scale) ซึ่งทีมพัฒนาคุณภาพของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทยเพื่อประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นรูปภาพสื่อความรู้สึกปวดในระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยใบหน้ายิ้มแย้มและมีเลข 0 กำกับจะแทนความรู้สึกไม่ปวดเลย ส่วนใบหน้าที่กำลังร้องไห้และมีเลข 10 กำกับจะแสดงความรู้สึกปวดมากที่สุด ใช้ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้ หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด ในการประเมินจะให้ผู้ป่วยเลือกภาพใบหน้าที่เป็นตัวแทนความเจ็บปวดของผู้ป่วย



ภาพที่ 3-2 มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2548)

การแปลผลมีดังนี้ (Ware, Epps, Herr, & Packard, 2006; National Comprehensive Center Network, 2008; Gara et.al, 2010)

ใบหน้าที่มีคะแนน	0	หมายถึง	ไม่ปวด
ใบหน้าที่มีคะแนน	2	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดน้อยมาก
ใบหน้าที่มีคะแนน	4	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดน้อย
ใบหน้าที่มีคะแนน	6	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดปานกลาง
ใบหน้าที่มีคะแนน	8	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดเกือบมาก
ใบหน้าที่มีคะแนน	10	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดมากที่สุด

เกณฑ์การกำหนดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดมีดังนี้ (International Association for the Study of Pain, 2005; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

คะแนน	>0 - <4	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับน้อย
คะแนน	4 - < 7	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับปานกลาง
คะแนน	7 - 10	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยમેเร็งต่อการใช้นาฏปฏิบัติทางการพยาบาล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นาฏปฏิบัติทางการพยาบาลภายหลังการทดลองสิ้นสุดลง แบบสอบถามมี 2 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นาฏปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาปวด

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลาเนา และสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต การวินิจฉัยโรค และระยะของโรค

ตอนที่ 2 เป็นความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นาฏปฏิบัติทางการพยาบาลและ

ผลลัพธ์ในการบรรเทาปวด มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความเจ็บปวด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด คำแนะนำในการจัดการกับความเจ็บปวด และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความเจ็บปวด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้คะแนนดังนี้

ไม่พอใจ หมายถึงผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ให้คะแนน 1
 พอใจน้อย หมายถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลน้อย ให้คะแนน 2
 พอใจปานกลาง หมายถึงผู้ป่วยมีความพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลปานกลาง ให้คะแนน 3
 พอใจมาก หมายถึงผู้ป่วยมีความพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลมาก ให้คะแนน 4

เกณฑ์ในการให้คะแนนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 ระดับ โดย

วิธี Arbitrary weighting method (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2553) คือ

มาก	คะแนนเฉลี่ย	3.51 - 4.00
ปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย	2.51 - 3.50
น้อย	คะแนนเฉลี่ย	1.51 - 2.50
ไม่พึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	1 - 1.50

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรเมื่อการดำเนินงานวิจัยสิ้นสุด แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ อายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน

ตอนที่ 2 เป็นความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย ความคิดเห็นในการนำนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการทำงาน มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การใช้ได้จริงในการทำงาน ประสิทธิภาพในการบรรเทาปวด คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็ง ความเหมาะสมในการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลต่อไป และความคิดเห็นในการปรับแก้ไขนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 1 ข้อ รายละเอียดดังนี้

1) ความคิดเห็นในการนำนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในการทำงาน มี

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ ให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วย หมายถึงพยาบาลรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล ให้คะแนน 1
 เล็กน้อย หมายถึงพยาบาลรู้สึกพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลเล็กน้อย ให้คะแนน 2
 ปานกลาง หมายถึงพยาบาลรู้สึกพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลปานกลาง ให้คะแนน 3

มาก หมายถึงพยาบาลรู้สึกพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลมาก ให้คะแนน 4
เกณฑ์ในการให้คะแนนแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการ
พยาบาล แบ่งเป็น 4 ระดับโดยวิธี Arbitrary weighting method คือ

มาก	คะแนนเฉลี่ย	3.51 - 4.00
ปานกลาง	คะแนนเฉลี่ย	2.51 - 3.50
น้อย	คะแนนเฉลี่ย	1.51 - 2.50
ไม่พึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	1 - 1.50

2) ความคิดเห็นในการปรับแก้ไขนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นคำถามปลายปิด
มีลักษณะเป็นมาตราส่วนนามบัญญัติ 2 ค่า โดยความหมายของแต่ละข้อความมีดังนี้
ไม่สมควร หมายถึง ไม่สมควรปรับแก้ไขนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล
สมควร หมายถึง สมควรปรับแก้ไขนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการ
ทดลอง และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลไปหาความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล
และการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้นโยบาย
ปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน, เกสซ์กรซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับความ
เจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน, ศัลยแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก
และการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้นโยบายปฏิบัติ
ทางคลินิกและการรักษาความเจ็บปวดผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา
(Content validity index : CVI) ของนโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลเท่ากับ .98 ซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ใน
กระบวนการ พัฒนานโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

2.2 ความเป็นไปได้และความเหมาะสม (feasibility and appropriateness)

ผู้วิจัยนำเสนอ “ร่าง” นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลที่ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหา
มาทำประชาพิจารณ์โดยบุคลากรทีมสุขภาพได้แก่ แพทย์ พยาบาล และวิสัญญีพยาบาล ที่มีส่วนร่วมในการ
รักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อรับฟังความคิดเห็นในการนำสู่การปฏิบัติ จากนั้นปรับปรุงความชัดเจนตามข้อ
เสนอแนะก่อนการหาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดิน

อาหารจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการแพทย์และปรับปรุงข้อบกพร่องอีกครั้งก่อนการวิจัย ผลการทดลองใช้พบว่าแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเนื้อหาและขั้นตอนการปฏิบัติ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์

นอกจากนี้ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการแพทย์โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for research and evaluation: AGREE instrument) ของ St. George's Hospital Medical School, London แปลเป็นภาษาไทยโดย ฉวีวรรณ ธงชัย ประเด็นในการประเมินของแบบประเมินคุณภาพนี้ประกอบด้วย ขอบเขตและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความชัดเจนในการนำเสนอ การประยุกต์ใช้ และความเป็นอิสระของผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ ผลจากการประเมินพบว่าคะแนนคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการแพทย์เท่ากับร้อยละ 99.28 ซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์เช่นกัน

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล และการตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดระดับความปวด

2.1 การหาความตรงด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลไปหาความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน, เภสัชกรซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน, ศัลยแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์รักษาความเจ็บปวดผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index : CVI) ของแบบสอบถามความพึงพอใจทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลเท่ากับ 1 ซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์

2.2 ความเป็นไปได้และความเหมาะสม

ผู้วิจัยหาความเชื่อถือได้ของมาตรวัดระดับความเจ็บปวดทั้ง 2 ชนิด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร โดยประเมินความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติแต่ละประเด็นระหว่างผู้วิจัยและพยาบาล (Inter-rater) ได้ผลลัพธ์เท่ากับ 1 ซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วจึงดำเนินการวิจัย ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลในหอผู้ป่วยซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยร่วมกับการให้อิสระและความสมัครใจในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยกเลิกหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีดำเนินงานวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมเอกสารที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ เอกสารแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด เอกสารแผนปฏิบัติการบรรเทาปวด ซิติเรื่องการผ่อนคลายและเครื่องฟัง ซิติ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่น้อยกว่า 2 ปี ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลคะแนนระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการบรรเทาปวดครั้งแรก รวมทั้งวิธีบรรเทาปวด จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สอบถามความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลก่อนกลับบ้าน
3. เตรียมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ทำหน้าที่ประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยเมื่อแรกรับ หลังการบรรเทาปวด และต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล บรรเทาความเจ็บปวดโดยการให้ยาตามแผนการรักษาหลังการประเมินแรกรับ หรือเมื่อประเมินหลังการบรรเทาปวดหรือประเมินต่อเนื่องพบว่าความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางหรือปวดมาก และบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยการผ่อนคลายหรือวิธีการคลายเครียด ในรายที่ความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังได้รับยาอยู่ในระดับน้อย พร้อมทั้งดูแลด้านจิตสังคมโดยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือและสัมผัสเพื่อให้กำลังใจ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด
4. ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยและพยาบาลรับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รายละเอียดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การบันทึกคะแนนปวด รวมทั้งสถิติการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาแต่ละวิธี สำหรับผู้ช่วยวิจัยจะได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยประเมินความเข้าใจตรงกันในการปฏิบัติแต่ละประเด็นระหว่างผู้วิจัยและพยาบาล (Inter-rater) ได้ผลลัพธ์เท่ากับ 1

ขั้นตอนการ

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดการดำเนินงานมีดังต่อไปนี้

การดำเนินงานในกลุ่มทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตั้งแต่แรกเข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยใน
2. เมื่อผู้ป่วยยอมรับเข้าร่วมในโครงการวิจัย พยาบาลแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในแบบพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนี้
 - 3.1 ประเมินความเจ็บปวดตั้งแต่แรกได้รับผู้ป่วยเข้ารับรักษา เกี่ยวกับตำแหน่งและความถี่ของความเจ็บปวด เวลาที่ปวด ช่วงเวลาที่เกิดความเจ็บปวด ลักษณะการปวด อาการที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บปวด วิธีการบรรเทาปวดที่ใช้ในปัจจุบันและอดีตรวมถึงการตอบสนองต่อการบรรเทาปวด และการให้คุณค่าต่อชีวิตหรือวัตถุประสงค์ในการดำรงชีวิตอยู่ ข้อมูลที่ได้จะนำมาสรุปวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด รายที่ไม่มี ความเจ็บปวดจะสอบถามความเจ็บปวดทุกวันจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล
 - 3.2 ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัด บันทึกคะแนนปวดเพื่อใช้เป็นข้อมูลคะแนนปวดก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
 - 3.3 บรรเทาปวดด้วยวิธีใช้ยาหลังการประเมินระดับความเจ็บปวดตามแผนการรักษาซึ่งพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกคือปวดเล็กน้อยใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ (Non-opioid agent) ปวดปานกลางใช้ยาบรรเทาปวดที่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบและมีฤทธิ์อ่อน (Weak opioid) และยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ ปวดมากจะใช้ยาบรรเทาปวดที่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ ออกฤทธิ์เร็วและมีฤทธิ์นาน (Strong opioid) อาจให้ร่วมกับยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ บางรายหากมีอาการไม่สบายอาจใช้ยาอื่นบรรเทาอาการตามแผนการรักษา ต้องเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยาทุกชนิดที่ให้ โดยเฉพาะยาโอปิออยด์ ซึ่งควรใช้ sedation score ประเมินก่อนและหลังได้รับยาทุก 15 นาที หากผู้ป่วยมีคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไป ควรแจ้งให้แพทย์รับทราบเพื่อป้องกันการหายใจผิดปกติหรือหยุดหายใจ
 - 3.4 การประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยาฉีด 15 นาที หลังได้รับยารับประทาน 60 นาที
 - 3.5 ในรายที่มีคะแนนปวดน้อยกว่า 4 จะได้รับการบรรเทาปวดด้วยการผ่อนคลาย

คล้ายหรือวิธีคล้ายเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ การหายใจแบบผ่อนคลาย จินตภาพ การนวด ตามความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพยาบาลจะแนะนำวิธีปฏิบัติ สาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกทำก่อนปฏิบัติจริง ซึ่งอาจเลือกใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ พร้อมกับดูแลด้านจิตสังคม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง แล้วประเมินซ้ำภายใน 2 ชั่วโมง บันทึกคะแนนปวดที่ได้เพื่อใช้เป็นข้อมูลคะแนนปวดหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากนั้นประเมินความเจ็บปวดซ้ำอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง หากพบว่ามีความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะได้รับการบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

3.6 ในรายที่มีคะแนนปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 จะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาหรือปรับขนาดยา จากนั้นประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยาบรรเทาปวดโดยการฉีด 15 นาที หรือการรับประทาน 60 นาที เมื่อคะแนนปวดย่อยกว่า 4 จะบรรเทาปวดด้วยการผ่อนคลายพร้อมกับดูแลด้านจิตสังคม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แล้วประเมินซ้ำภายใน 2 ชั่วโมง บันทึกคะแนนที่ได้เพื่อใช้เป็นข้อมูลคะแนนปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากนั้นประเมินความเจ็บปวดซ้ำอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ถ้าพบว่ามีความเจ็บปวดจะได้รับการบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล บางรายหลังปรับแผนการรักษายังมีคะแนนปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 จะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาหรือปรับขนาดของยาต่อไปจนกว่าคะแนนปวดย่อยกว่า 4

4. รวบรวมคะแนนปวดของผู้ป่วยที่บันทึกไว้ก่อนและหลังการบรรเทาปวดจนครบ 30 ราย

5. ในระหว่างการดำเนินการวิจัยมีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับปัญหาที่พบและวางแผนการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดก่อนและหลังการปฏิบัติงานระหว่างพยาบาลที่ผลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติงานในรอบ 24 ชั่วโมง รวมทั้งปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลทุกสัปดาห์

6. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล สอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกราย

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

1. ประเมินผู้ป่วยเมื่อรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยโดยการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปรวมทั้งความเจ็บปวด
2. ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง บันทึกคะแนนความเจ็บปวดที่ได้เพื่อใช้เป็นคะแนนก่อนการบรรเทาปวด
3. บรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาตามความรู้ความชำนาญของแพทย์แต่ละคน

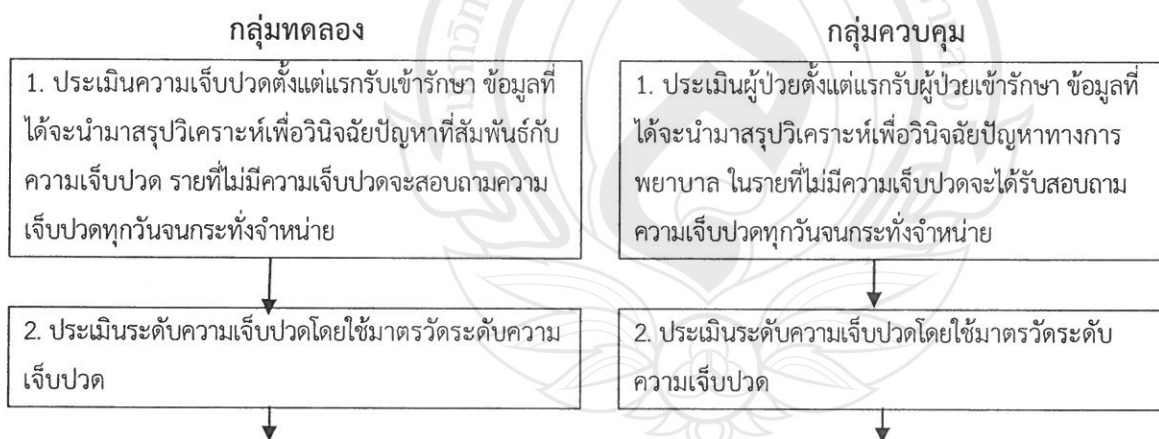
รับผิดชอบรักษาผู้ป่วย ไม่มีแบบแผน โดยแพทย์บางรายพิจารณาตามระดับความเจ็บปวด หรือบางรายอาจบรรเทาปวดโดยการใช้ยาตามระดับความเจ็บปวดรวมกับการบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยาตามแผนการพยาบาลซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือเป็นวิธีที่แตกต่างไปจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาล อาจมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวด แต่ไม่มีรายละเอียดการปฏิบัติที่ชัดเจนแน่นอน

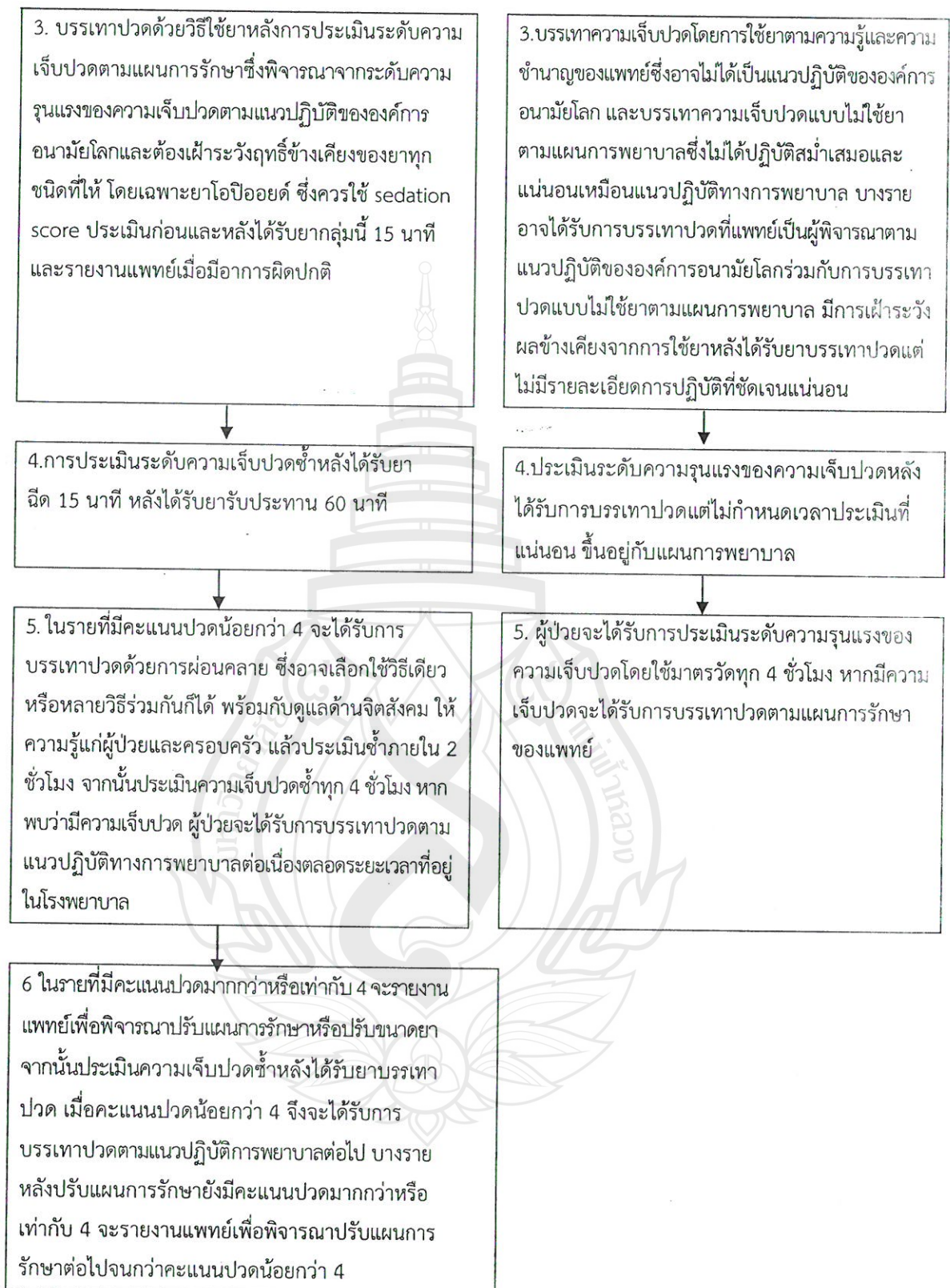
4. ประเมินระดับความเจ็บปวดภายหลังได้รับการบรรเทาปวด แต่ไม่กำหนดเวลาประเมินที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับแผนการพยาบาล บันทึกคะแนนความเจ็บปวดที่ได้เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลังการบรรเทาปวด

5. ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดระดับความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมงหากมีความเจ็บปวดดูแลให้ได้รับการบรรเทาปวดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล

6. รวบรวมคะแนนความเจ็บปวดก่อนและหลังการบรรเทาปวดที่บันทึกไว้จนครบ 30 ราย

เมื่อเปรียบเทียบการบรรเทาปวดโดยให้การพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมและการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มทดลอง สามารถสรุปได้ตามภาพที่ 3-3 ดังนี้





ภาพที่ 3-3 เปรียบเทียบการบรรเทาปวดโดยให้การพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมและการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ของกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารระหว่างก่อนและหลังการ

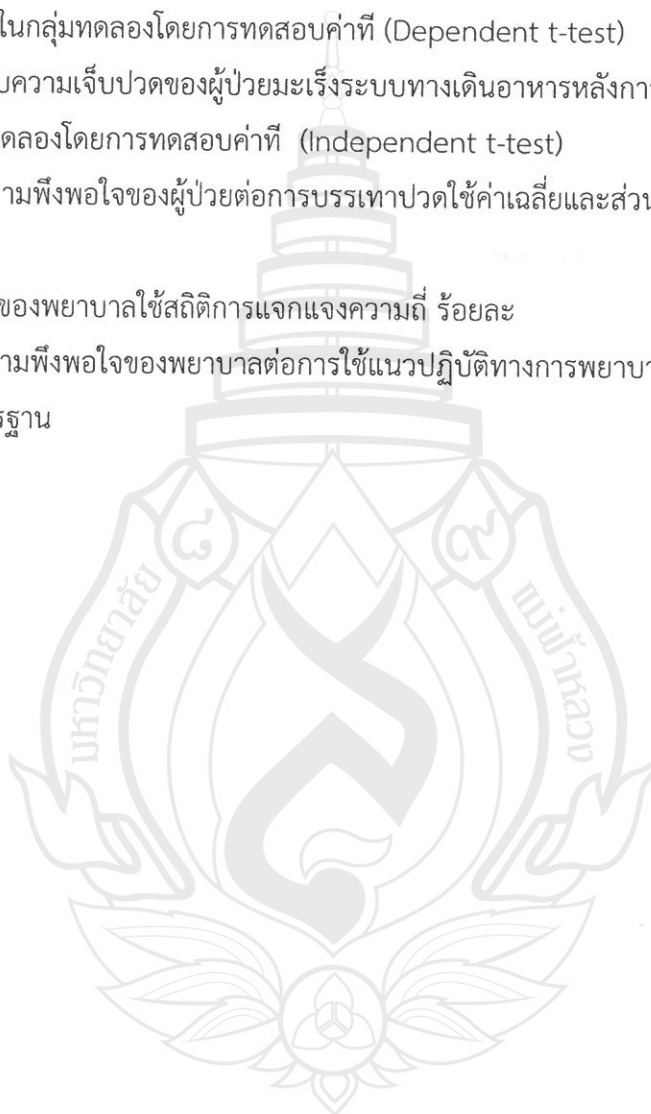
ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในกลุ่มทดลองโดยการทดสอบค่าที่ (Dependent t-test)

4. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารหลังการบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการทดสอบค่าที่ (Independent t-test)

5. ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบรรเทาปวดใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

7. ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางการแพทย์ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาห้วงเดือนเมษายน-เดือนกันยายน 2553 จำนวน 30 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาห้วงเดือนตุลาคม 2552- เดือนมีนาคม 2553 ศึกษาย้อนหลังจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปตารางและกราฟประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ส่วนที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา และสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (n=30)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	21	70.00	21	70.00
หญิง	9	30.00	9	30.00
อายุ (ปี)				
< 60	9	30.00	9	30.00
≥60	21	70.00	21	70.00
สถานภาพสมรส				
คู่	25	83.33	25	83.33
หม้าย/หย่า/แยก	5	16.67	5	16.67
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	-	-	18	60.00
มัธยมศึกษา	-	-	10	33.33
ปริญญาตรี	-	-	2	6.67
ภูมิลำเนา				
ในเขตเมือง	5	16.67	5	16.67
นอกเขตเมือง	25	83.33	25	83.33
สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล				
มี	100.00	100.00	100.00	100.00

ตารางที่ 4-1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งหมดมีสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.00) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (ร้อยละ 70.00) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.33) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตนอกเมือง (ร้อยละ 83.33) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.00)

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติความเจ็บป่วยในอดีต การวินิจฉัยโรค และระยะของโรคของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร (n=30)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต				
ไม่มี	28	93.34	28	93.34
มี	2	6.66	2	6.66
- ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	1	3.33	1	3.33
- ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	-	-	1	3.33
- COPD	1	3.33	-	-
การวินิจฉัยโรค				
CA Colon	8	26.67	11	36.70
CA Rectum	4	13.33	9	30.00
Cholangiocarcinoma	9	30.00	5	16.70
CA Pancreas	3	10.00	2	6.70
Hepatoma	3	6.67	2	6.70
CA Stomach	2	10.00	1	3.30
CA esophagus	1	3.33	-	-
ระยะของโรค				
ระยะที่ 3	1	3.33	1	3.33
ระยะที่ 4	29	96.67	29	96.67

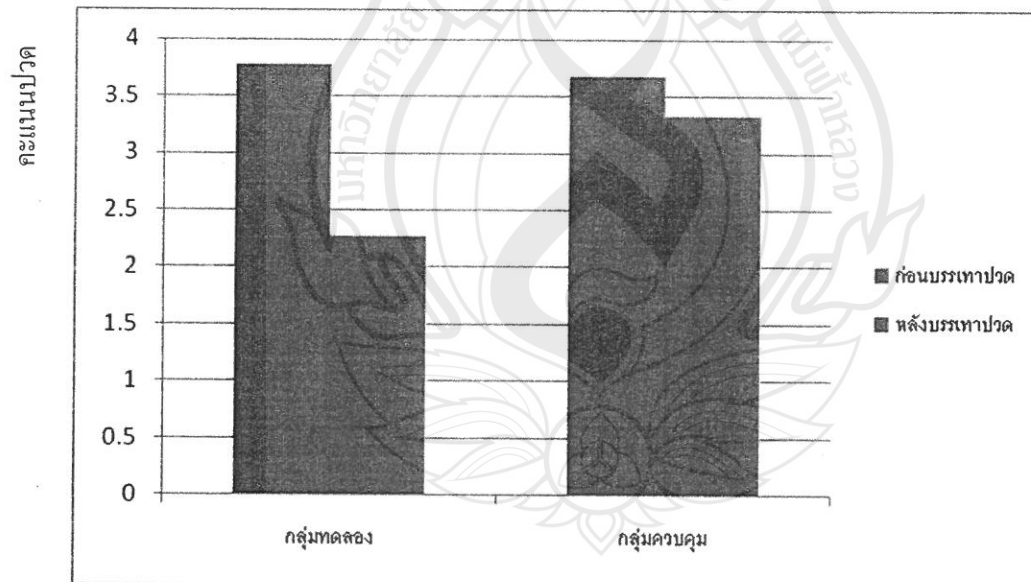
ตารางที่ 4-2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 93.34) ส่วนมากเป็น CA Colon (ร้อยละ 36.70) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 93.34) ส่วนมากเป็น Cholangiocarcinoma (ร้อยละ 30.00) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ของโรค (ร้อยละ 96.67)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ตารางที่ 4-3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปวดก่อนและภายหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

คะแนนปวด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม =10)	S.D.	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม =10)	S.D.
ก่อนการบรรเทาปวด	3.77	1.92	3.67	1.52
หลังการบรรเทาปวด	2.27	1.23	3.30	1.29

ตารางที่ 4-3 แสดงให้เห็นว่าระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดก่อนการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับน้อย



ภาพที่ 4-1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปวดก่อนและหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ภาพที่ 4-1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยหลังการบรรเทาปวดต่ำกว่าก่อนการบรรเทาปวด

ตารางที่ 4-4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลของกลุ่มทดลอง (n=30)

คะแนนปวด	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม = 10)	S.D.	dependent t-test	p-value
ก่อนการบรรเทาปวด	3.77	1.92	5.55	.0000
หลังการบรรเทาปวด	2.27	1.23		

ตารางที่ 4-4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มทดลองทุกรายได้รับการบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งพัฒนาโดยใช้หลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 1) การประเมินความเจ็บปวด 2) การบรรเทาปวดโดยวิธีใช้ยาและการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา 3) การดูแลด้านจิตสังคม 4) การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาไว้ในหอผู้ป่วย

ตารางที่ 4-5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารก่อนและหลังการบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

คะแนนปวด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม = 10)	S.D.	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม = 10)	S.D.		
ก่อนการบรรเทาปวด	3.77	1.92	3.67	1.52	-0.22	.8239
หลังการบรรเทาปวด	2.27	1.23	3.30	1.29	3.17	.0024

ตารางที่ 4-5 แสดงให้เห็นว่าคะแนนปวดก่อนการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง ส่วนคะแนนปวดหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าระดับความเจ็บปวดหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด ตามความรู้ความชำนาญของแพทย์แต่ละคนที่ได้รับผิดชอบรักษาผู้ป่วย ไม่มีแบบแผน โดยแพทย์ บางรายพิจารณาตามระดับความเจ็บปวด หรือบางรายอาจบรรเทาปวดโดยใช้ยาตามระดับความเจ็บปวดร่วมกับการบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยาตามแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือเป็นวิธีที่แตกต่างไปจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาล อาจมี

การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวดและการประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังการบรรเทาปวด แต่ไม่มีรายละเอียดการปฏิบัติที่ชัดเจนแน่นอน ถึงแม้จะมีการประเมินความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ซึ่งพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก มีการประเมินซ้ำหลังการบรรเทาความเจ็บปวดและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวด ตลอดจนการบรรเทาความเจ็บปวดซ้ำหลังการประเมินตามแนวทางที่กำหนด จากนั้นถึงจะมีการประเมินความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล

ตารางที่ 4-6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาปวด (n=30)

ข้อความ	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม=4)	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
การประเมินความเจ็บปวด	3.87	0.35	มาก
วิธีการบรรเทาปวด	3.90	0.31	มาก
คำแนะนำในการจัดการกับความเจ็บปวด	3.97	0.18	มาก
ผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความเจ็บปวด	3.90	0.31	มาก
ค่าเฉลี่ยในภาพรวม	3.91	0.04	มาก

ตารางที่ 4-6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาปวดโดยรวมและในแต่ละด้านในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมเท่ากับ 3.91 (S.D. = 0.04) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ คำแนะนำในการจัดการกับความเจ็บปวด รองลงมาคือ วิธีการบรรเทาปวดเท่ากับผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความเจ็บปวดและการประเมินความเจ็บปวดตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ตารางที่ 4-7 จำนวนและร้อยละของอายุและประสบการณ์ในหน้าที่พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (n=20)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 30	5	25
31-40	10	50
41-50	5	25
ประสบการณ์ในหน้าที่พยาบาล (ปี)		
≤ 2	2	10
2-10	3	15
11-20	12	60
21-30	3	15

ตารางที่ 4-7 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 50) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 11-20 ปี (ร้อยละ 60)

ส่วนที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ตารางที่ 4-8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

ข้อความ	$\bar{x}$ (คะแนนเต็ม =4)	S.D.	ระดับความ พึงพอใจ
สามารถใช้ได้จริงในการทำงาน	3.96	0.21	มาก
ช่วยให้การจัดการกับอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น	3.87	0.34	มาก
ช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้นกว่าการดูแลตามวิธีเดิมที่ปฏิบัติ	3.87	0.34	มาก
สมควรใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ต่อไป	4	0	มาก
ค่าเฉลี่ยในภาพรวม	3.92	0.07	มาก

ตารางที่ 4-8 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยรวมและในแต่ละด้านในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมเท่ากับ 3.92 (S.D. = 0.07) โดยคะแนนด้านที่สูงที่สุดคือ สมควรใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ต่อไป รองลงมาคือสามารถใช้ได้จริงในการทำงาน

ตารางที่ 4-9 จำนวนและร้อยละของพยาบาลต่อความคิดเห็นว่าควรมีการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ (n=20)

ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
ควรปรับปรุง	0	0
ไม่สมควรปรับปรุง	20	100

ตารางที่ 4-9 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทั้งหมดมีความเห็นว่าไม่ควรมีการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดก่อนและหลังกลุ่มทดลองโดยมีกลุ่มควบคุมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน เมษายน -กันยายน 2553 จำนวน 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือนตุลาคม 2552 - เดือนมีนาคม 2553 เก็บข้อมูลย้อนหลังจำนวน 30 ราย ในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลประชากรคือ พยาบาลซึ่งใช้นโยบายปฏิบัติ จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองซึ่งเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ประกอบด้วย 1) มาตรวัดระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยซึ่งเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 เซนติเมตร สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้เข้าใจ และมาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดซึ่งไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้ หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล

มีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารระหว่างก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในกลุ่มทดลองโดยการทดสอบค่าที (Dependent t-test)
4. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารหลังการบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการทดสอบค่าที (Independent t-test)
5. ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
7. ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลใช้

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารทั้งหมดมีสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตนอกเมือง เป็นมะเร็งระยะที่ 4 ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยในอดีต กลุ่มทดลองส่วนมากเป็น CA Colon มีความรู้ในระดับประถมศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็น Cholangiocarcinoma
2. ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารมีความรุนแรงของความเจ็บปวดก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางและหลังการบรรเทาปวดอยู่ในระดับน้อย
3. ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001
4. ระดับความเจ็บปวดหลังการบรรเทาปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับมาก
6. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และมีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 11-20 ปี
7. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับมาก

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย เรียงตามลำดับวัตถุประสงค์ คือเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดภายหลังการบรรเทาปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 (ตารางที่ 4-4) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการ

พยาบาลต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 4-5) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารกลุ่มที่ได้รับการบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากเนื้อหาและขั้นตอนการบรรเทาปวดของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแตกต่างจากการพยาบาลปกติ รายละเอียดดังนี้

การประเมินระดับความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากการประเมินเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยปัญหาที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด ในรายที่พบว่ามีความเจ็บปวดจะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวด ได้แก่ มาตรวัดแบบตัวเลข 1-10 เซนติเมตรและมาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า ซึ่งเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงว่ามีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อการวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด (Ornetti et. al, 2010; Gara et. al, 2010) คะแนนปวดที่ได้เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อพยาบาลในการพิจารณาเลือกใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติในการบรรเทาปวดขององค์การอนามัยโลก (International association for the study of pain, 2005) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินระดับความเจ็บปวดหลังได้รับยาเพื่อประเมินประสิทธิภาพการให้ยา และในรายที่ยังมีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับน้อยจะได้รับการประเมินซ้ำอีกครั้งหลังการบรรเทาปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยาร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นการประเมินผลการบรรเทาปวด จากนั้นกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการประเมินระดับความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมงตลอดเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล เพื่อติดตามปัญหาปวดที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความตระหนักและใส่ใจต่อปัญหานี้อย่างแท้จริง (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการประเมินความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพอันเป็นผลให้การบรรเทาปวดบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ส่วนกลุ่มควบคุมถึงแม้จะใช้มาตรวัดระดับความเจ็บปวดชนิดเดียวกัน แต่ในการประเมินระดับความเจ็บปวดภายหลังได้รับการบรรเทาปวดไม่ได้กำหนดเวลาที่แน่นอนขึ้นอยู่กับการพยาบาล ขาดความต่อเนื่องทำให้ไม่ได้รับการบรรเทาปวดทันทีเมื่อมีความเจ็บปวด

การบรรเทาปวด เมื่อประเมินพบว่ากลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดได้รับการดูแลให้ได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดทันทีโดยพิจารณาจากระดับความเจ็บปวดตามแนวปฏิบัติในการบรรเทาปวดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งยาบรรเทาปวดออกฤทธิ์ยับยั้งกลไกการส่งกระแสสัญญาณประสาท (pain mechanism) แตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลไกการออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิด ผู้ป่วยอาจได้รับยาบรรเทาอาการไม่สบาย เช่น ท้องอืด เครียด นอนไม่หลับ เป็นต้น ดูแลให้ได้รับการเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยาทุกชนิด (National Comprehensive Center Network, 2008)

เมื่อประเมินซ้ำหลังการบรรเทาปวดพบว่ามีความเจ็บปวดในระดับน้อย ดูแลให้ได้รับการผ่อนคลายตามความต้องการ การและความชอบ รวมทั้งแนะนำวิธีปฏิบัติ สาธิตและทดลองปฏิบัติอย่างถูกต้องก่อนปฏิบัติจริง เช่น การทำสมาธิและการหายใจแบบผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดด้วยการกำหนดลมหายใจ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever (2007) ได้กล่าวว่า การสื่อสารสัญญาณประสาทเพื่อความ รู้สึกปวดลดลงเมื่อกلامเนื้อคลายตัวเนื่องจากการหลั่ง Endorphin ซึ่งช่วยลดระดับการหลั่ง Substance-P ที่กระตุ้นการส่งสัญญาณปวด สอดคล้องกับการศึกษาของบีกเลอร์ อเลจันโดร และโคเฮน (Biegler, Alejandro, & Cohen, 2009) ซึ่งได้ศึกษาผลของการทำสมาธิต่อผู้ป่วยมะเร็งที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ผลการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่สามารถฟื้นฟูการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็ง ที่สำคัญคือ การทำสมาธิสามารถช่วยพัฒนาการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาการทำงานของสมอง ช่วยบรรเทาปัญหาที่เป็นกลุ่มอาการซึ่งสัมพันธ์กับมะเร็ง เช่น ความเครียด ความอ่อนล้า อาการคลื่นไส้ ความเจ็บปวด ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ดีและนอนหลับได้สบายขึ้น จินตภาพซึ่งเป็นวิธีเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดด้วยการกำหนดลมหายใจร่วมกับการจินตนาการของผู้ป่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่นเดียวกับการทำสมาธิ การนวดซึ่งเป็นวิธียับยั้งการส่งกระแสสัญญาณประสาทความรู้สึกปวดของ T-cell เข้าสู่สมอง เกิดการหลั่งของ Endorphin ทำให้ความรู้สึกปวดลดลง (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลคินสัน บาร์น และสตอเรย์ (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) ที่พบว่าการนวดช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ในระยะสั้น และอาจช่วยลดการเกิดกลุ่มปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็ง

ส่วนรายที่ประเมินซ้ำหลังการบรรเทาปวดพบว่ามีคะแนนความเจ็บปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ได้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา จากนั้นประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับยาบรรเทาปวด เมื่อคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่า 4 จึงบรรเทาปวดด้วยการผ่อนคลายพร้อมกับดูแลด้านจิตสังคม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หากหลังปรับแผนการรักษาคะแนนความเจ็บปวดยังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ได้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาต่อไปจนกว่าคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่า 4

ส่วนกลุ่มควบคุม เมื่อพบว่ามีความเจ็บปวดจึงได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการให้ยาตามความรู้ความชำนาญของแพทย์ บางรายอาจได้รับยาบรรเทาปวดตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ร่วมกับการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาตามแผนการพยาบาลแต่ก็ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และเป็นวิธีที่แตกต่างไปจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยาและประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดซ้ำหลังได้รับการบรรเทาปวดเหมือนกลุ่มทดลอง แต่ไม่ได้กำหนดรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน จึงทำให้ผลลัพธ์ในการบรรเทาปวดไม่ดีเท่ากลุ่มทดลอง

การดูแลด้านจิตสังคมและคำแนะนำในการจัดการกับความเจ็บปวดกลุ่มทดลองได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การช่วยเหลือและสัมผัสเพื่อให้กำลังใจจากพยาบาลและบุคคลในครอบครัว เพื่อบรรเทาความ เครียดและความวิตกกังวลอันเป็นผลจากการเจ็บป่วย เนื่องจากความเครียดทำให้เกิด

ความรู้สึกอ่อนแรง นอนไม่หลับ วิตกกังวลและกลัวความตาย มีผลให้ความเจ็บปวดรุนแรงเพิ่มขึ้น เกิดวงจรที่เป็นผลสืบเนื่องกันระหว่างความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความกลัว (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2007) นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับคำแนะนำเรื่องสาเหตุและการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดจากพยาบาล ทำให้รับทราบข้อมูลและมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ตนเองมีอยู่ ทำให้คลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวกับความเจ็บปวดและผลกระทบที่เกิดขึ้น

(International association for the study of pain, 2009) การดูแลด้านจิตสังคมและการได้รับคำแนะนำเรื่องสาเหตุและการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดเป็นวิธีบรรเทาปวดโดยใช้กลไกการปรับตัว ลาซาลัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เชื่อว่ามนุษย์สามารถปรับตัวและเผชิญต่อปัญหา รวมทั้งการเจ็บป่วยได้เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตสังคมและคำแนะนำจึงทำให้ความเจ็บปวดทุเลาลง ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ได้รับการดูแลด้านจิตสังคมและคำแนะนำเรื่องสาเหตุและการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดสม่าเสมอทำให้การบรรเทาปวดไม่ได้ผลเท่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของคราวิทซ์และคณะ (Kravitz et.al., 2011) ที่ได้พัฒนารูปแบบการให้ความรู้และคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและทดลองใช้พบว่า กระบวนการปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาดังกล่าวสามารถใช้ได้จริงและบรรเทาปวดได้ดี

3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{x} = 3.91$, SD. = 0.04) เนื่องจากได้รับการประเมินความเจ็บปวดการบรรเทาปวด การเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด การช่วยเหลือและสัมผัสเพื่อให้กำลังใจจากพยาบาลและบุคคลในครอบครัว และการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุและการจัดการกับความเจ็บปวดทำให้การบรรเทาปวดได้ผลดีดังอภิปราย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุและการจัดการกับความเจ็บปวดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.97$, SD. = 0.18) รองลงมาคือวิธีการบรรเทาปวดและผลลัพธ์จากการบรรเทาปวดมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{x} = 3.90$, SD. = 0.31) และการประเมินความเจ็บปวด ($\bar{x} = 3.87$, SD. = 0.35) ตามลำดับ (ตารางที่ 4-6) สามารถอธิบายความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในแต่ละด้านดังนี้

ความพึงพอใจต่อการประเมินความเจ็บปวด

ความพึงพอใจต่อการประเมินความเจ็บปวดอยู่ในระดับมากแต่มีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบแนวทางการประเมินความเจ็บปวดจากพยาบาล ทั้งยังได้รับการประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและสม่าเสมอตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รายงานความเจ็บปวดด้วยตนเองเมื่อมีการประเมินด้วยมาตรวัดระดับความเจ็บปวดซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง สอดคล้องกับการศึกษาของโกลเบอร์กและ

มอร์ริสัน (Goldberg, & Morrison, 2008) ที่ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลที่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษตั้งแต่เดือนมกราคม 1966 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2006 งานวิจัยทั้งหมดเป็นวิจัยชนิด RCT และงานวิจัยที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมสำคัญหนึ่งที่ควรนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความพึงพอใจต่อการประเมินความเจ็บปวดในระดับมาก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งบางรายอาจมีความบกพร่องด้านการได้ยินทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลหรือผู้ป่วยกับญาติมีประสิทธิภาพลดลงในบางครั้ง ดังนั้นจึงทำให้เกิดอุปสรรคในการรายงานความเจ็บปวดระหว่างผู้ป่วยกับญาติหรือพยาบาลบ้าง และประสิทธิภาพในการประเมินความเจ็บปวดลดลง (National Library Guideline, 2009) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับความพึงพอใจที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อการใช้นวปฏิบัติในด้านอื่นจึงมีคะแนนน้อยกว่า

ความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวด

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวดและผลลัพธ์ของการบรรเทาปวดในระดับมาก เนื่องจากภายหลังที่ทราบระดับความรุนแรงของการปวด พยาบาลจะบรรเทาปวดด้วยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษา แล้วประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดซ้ำ หากระดับความรุนแรงของการปวดอยู่ในระดับน้อยจะบรรเทาปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยาร่วมด้วย แต่ถ้าความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางจะต้องรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนชนิด ขนาด และวิธีการให้ยาบรรเทาปวด การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีผ่อนคลาย ได้แก่ การทำสมาธิ การหายใจแบบผ่อนคลาย จินตภาพ และการนวด เป็นต้น ก่อนบรรเทาปวดกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินแล้วจึงพิจารณาบรรเทาปวดตามวิธีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการหรือชอบ นอกจากนี้ในรายที่ได้รับการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา จะได้รับการดูแลด้านจิตสังคม และการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดจากมะเร็งไปพร้อมกันด้วย จะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีการระบุสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บปวดไวชัดเจนและสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ ผลลัพธ์ที่เกิดจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาและวิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในการยับยั้งกลไกการเกิดความเจ็บปวดประกอบกับการดูแลด้านจิตสังคมและการให้ คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างบรรเทาความเจ็บปวด รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ มีความรู้ในการปฏิบัติตัวและสามารถปรับตัวกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น คลายความวิตกกังวล ส่งผลให้ไม่เกิดความเจ็บปวดและรู้สึกทุเลาจากความเจ็บปวด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงบรรเทาจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวด สุดท้ายจึงเป็นผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวดมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเบค (Beck et. al., 2009) ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งพึงพอใจต่อการจัดการกับอาการปวดคือ ประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดและการตอบสนองต่อข้อมูลปวดที่ได้รับ

ความพึงพอใจต่อการดูแลด้านจิตสังคม

การดูแลด้านจิตสังคมเป็นกิจกรรมเพื่อบรรเทาปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากพยาบาลและบุคคลในครอบครัวเมื่อผลการประเมินระดับความเจ็บปวดซ้ำหลังการได้รับยาตามแผนการรักษาอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างได้รับสัมพันธภาพและข้อมูลถึงความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล การอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่มีความเจ็บปวด การสัมผัสเพื่อเป็นกำลังใจและความรู้สึกห่วงใยและเอื้ออาทร การใส่ใจรับฟังปัญหาหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตประจำวัน คำแนะนำญาติให้มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและแนะนำถึงวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วย ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า หรือมีพฤติกรรมหรือมีอาการที่แปรปรวนมาก กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดูแลด้านจิตสังคมด้วย (Lewis et al., 2007)

ความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการให้คำแนะนำในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลผู้ทำหน้าที่ดูแลมากที่สุด เพราะการมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บปวดและการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนเมื่อมีความเจ็บปวดได้ดี แต่หากมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดไม่เพียงพอจะทำให้เป็นอุปสรรคในการบรรเทาปวด (National Library Guideline, 2009) การให้คำแนะนำด้านสุขภาพเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นพยาบาลจึงสามารถให้คำแนะนำในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยรวมทั้งคำแนะนำในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้ทักษะในการปฏิบัติตามความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาล มีความรู้และทักษะในการบรรเทาความเจ็บปวดจึงพึงพอใจต่อกิจกรรมของพยาบาลด้านนี้มากที่สุด

4. ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรสุขภาพต่อการใช้นโยบายทางการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลผู้ใช้นโยบายทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{x} = 3.92$, $SD. = 0.07$) (ตารางที่ 4-7) โดยมีความเห็นว่านโยบายทางการพยาบาลนี้สามารถใช้ได้จริงในการทำงานช่วยให้การจัดการกับอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้นกว่าการดูแลตามวิธีเดิมที่เคยปฏิบัติ ดังนั้นจึงสมควรใช้นโยบายทางการพยาบาลนี้ต่อไปโดยไม่ต้องแก้ไข อธิบายได้ว่าความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นเมื่อผลลัพธ์ของการพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของมนุษย์ (Maslow, 1943) เมื่อใช้นโยบายทางการพยาบาลซึ่งตนมีส่วนร่วมในการพัฒนา วิธีใช้ง่าย สะดวกและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน รวมทั้งมีโอกาสได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาก่อนการ

ความเข้าใจ สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้และผลลัพธ์ในการบรรเทาปวดดีกว่าเดิม จึงทำให้รู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารจากความเจ็บปวดได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่มีความเจ็บปวดได้รับการบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้จากองค์ความรู้เชิงประจักษ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดวัดผลก่อนและหลังโดยมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาระหว่างเดือน เมษายน-เดือนกันยายน 2553 จำนวน 30 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาระหว่างเดือนตุลาคม 2552-มีนาคม 2553 ศึกษาย้อนหลังจำนวน 30 ราย ในการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประชากรคือ พยาบาลซึ่งใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 20 คน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารโดยประเมินระดับความเจ็บปวดตั้งแต่แรกรับไว้รักษาและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับน้อย
2. จัดให้มีการนิเทศพยาบาลในเรื่องการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารได้รับการบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาปวดโดยวิธีการผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารแก่พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารโดยประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์บาลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารในประเด็นปัญหาสุขภาพอื่น โดยใช้กระบวนการวิจัยและมีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์
2. ควรศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์บาลเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบอื่นๆ



บรรณานุกรม

- กัลยา วาณิชบัญชา. (2553). การวิเคราะห์สถิติ : สถิติสำหรับการบริหารและการวิจัย ครั้งที่ 13.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ส..
- นินยา สออารีย์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด. สงขลา : แมกซ์มีเดีย วายทูเค เฟลส.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2546). การกำหนดปัญหาทางคลินิกเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล.
เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้
เชิงประจักษ์, ศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิวา คำวรรณ. (2549). ข้อมูลบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล
เชียงรายประชานุเคราะห์. มปส.
- ภาวดี วิมลพันธุ์. (2548). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด.
โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ : มปส.
- ภาวดี วิมลพันธุ์, ลำดวน จิตตะวิกุล, และกัญจนา วังสา. (2551). แนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ :
มปส.
- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2550). สถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. มปส.
- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2551). สถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. มปส.

- Ackley, B.J., & Swan, B.A. (2008). Evidence based practice: what is it? In Ackley, B.J., Swan, B.A., Ladwig, G.B., & Tucker, S.J. (eds.), *Evidence-based nursing guideline: medical- surgical instruction* (pp.3-11). St.Louis : Elsevier Saunders.
- Aragon, S.J., & Gesell, S.B. (2003). A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments : a multigroup structural equation modeling investigation. *American Journal of Medical Quality*; **18**(6): 229-41.
- Bardia, A., Barton, D.L., Prokop, L.J., Bauer, B.A., & Moynihan, T.J. (2006). Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. retrieved August 28, 2008, from <http://web.ebscohost.com>.
- Biegler, K.A., Alejandro, C.M., & Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment and Meditation. retrieved September 28, 2009, from <http://web.ebscohost.com>.
- Anne, M.B., Henrica, R.S.P., Michiel, F.R., Jitz, B.P., & Roy, E.S. (2008). Reliability and validity of the visual Analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *International journal of Rehabilitation Research* ;**31**(2) : 165-9.
- Bottrill, B., & Kirkwood, I. (2005). Complementary therapies in palliative care. In Lugton, J., & McIntyre, R. (eds.), Palliative care : the nursing role 2nd (pp 223-256). Philadelphia: ELSEVIER Churchill Livingstone.
- Brink-Huis, A., Arhterbrg, T.V., & Schoonhoven, L. (2008). Pain management: a review of organization models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *Journal of Clinical Nursing* ; **17**(15) : 1986-2000.
- Brown, J., & Farley, G. (2007). Supporting the family facing loss and grief. In Kinghorn, S., & Gain, S. (Eds.) Palliative nursing: improving end-of-life care 2nd (pp.127-42). Toronto : Churchill Livingstone ELSEVIER.

Burke K.M., Mohn-Brown E., Lemone P., & Eby L. (2007). Medical-surgical nursing care, 2nd. Newjericy : Pearson education.

Cancer pain Organization. (2007). Treatments : breaktrough pain. retrieved August 16, 2008, from <http://www.cancer-pain.org>.

Cancer treatment Center of America. (2007). Physical Therapy : Complementary forms of alternative medicine. retrieved September 11, 2008, from MHTML : FILE://I: Physical therapy complementary forms of alternative medicine.mth.

Cancer treatment Center of America. (2007). Pain management. retrieved September 11, 2008, from MHTML : FILE://I: \Pain management cancer treatment center of america.mth.

Carroll, D., & Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. Journal of Advanced Nursing; 27(3): 63-64.

Chang, S.Y. (2008). Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. Taehan Kanho Hakhoe Chi; 38(4):493-502.

Chaudakshetrin, P. (2009). Validation of the Thai version of Brief pain inventory (BPI-T) in cancer patients. Journal of Medical Association Thai ; 92(1) : 34-40.

Christie, W., & Moore, C. (2004). The impact of humor on patients with cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing; 9(2): 211-18.

Department of Community Health State of Michigan. (2007). Michigan board of nursing guidelines for the use of controlled substances for the treatment of pain. retrieved September 11, 2008, from <http://www.michigan.gov>.

- Farrer, K. (2007). Pain control. In Kinghorn, S., & Gain, S. (Eds.) Palliative nursing: improving end-of-life care 2nd (pp.23-42). Toronto : Churchill Livingstone ELSEVIER.
- Ferrel, B., & Paice, J. (2008). Managing pain from advance cancer in the palliative care setting. Clinical journal of Oncology Nursing ; 12(4): 575-580.
- Gara, G., Singer, A.G., Taira, B.R., Chohan, J., Cardoz, H., Chisena, E., & Thode, H.C. (2010). Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in pediatric emergency department patient. Academic Emergency Medicine; 17(1) : 50-54.
- Goldberg, G.R., & Morrison, R.S. (2008). Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. Journal of Clinical Oncology ; 25(13) : 1972-801.
- Gordon, D.B., Dahl, J.C., Miashowski, C., McCarberg, B., Todd, K.H., Paice, J.A., Lipman, A.G., Bookbinder, M., Sanders, S.H., Turk, D.C., & Carr, D.B. (2005). American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. Archives of Internal Medicine; 165(14): 1574-1580.
- Hamza, M. & Dionne, R. A. (2009). Mechanisms of Non-Opioid Analgesics Beyond Cyclooxygenase Enzyme Inhibition. Current Molecular Pharmacology; 2(1) : 1-14.
- Herr, K., Coyne, P.J., Key, T., Manworren, R., McCafferry, M., Merkel, S., Polosi-Kelly, J., & Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendation. Pain Management Nursing; 7(2) : 44-52.
- International Association for the Study of Pain. (2005). Time to modify the WHO analgesic ladder. Pain Clinical Update; 13(5): 1-2.

- International Association for the study of Pain. (2009). Mechanisms of cancer pain. retrieved December 20, 2009, from <http://www.iasp-pain.org>.
- Jane, S. W., Wilkie, D.J., Gallucc, B.B., & Beaton, R.D., (2008). Systematic review of massage intervention for adult patients with cancer : a methodological perspective. *Cancer Nursing* ; 31(6): 24-34.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. JCAHO Standard for pain management. retrieved September 11, 2008, from <http://www.Jcaho.org>.
- Kersten, P., White, P.J., & Tennant, A. (2010). The visual analogue WOMAC 3.0 scale- Internal validity and responsiveness of the VAS version. retrieved April 11, 2010, from <http://www.biomedcentral.com>.
- Kitisomprayoonkul, W., Klaphajone, J., & Kovindha, A. (2006). Thai short-form McGill pain questionnaire. *Journal of Medical Association Thai* ; 89(6) : 846-53.
- Kravitz, R.L., Tancredi, D.J., Grennan, T., Kalauokalani, D., Street, Jr. R.L., Slee, C.K., Wun. T., Oliver, J.W., Lorig, K., & Franks, P. (2011). Cancer health empowerment for living without pain (Ca-HELP): Effects of a tailored education and coaching intervention and impairment. *Pain* ; 152 : 1572-1582.
- Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hamphill, L., Benton, K., Mellis, B.K., Beaty B., Felton, S., Yamashita, T.E., Bryant, L.L., & Fairclough, D.L. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer : a randomized trial. *Ann Intern Med*; 149(6): 369-79.
- Lewis, S.L., Heitkemper, M.M., Dirksen, S.R., O'Brien, P.G., & Bucher, L. (2007). *Medical – surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (7th). St.Loious : Elsevier Saunders.

- Loos, M.J.A., Houterman, S., Scheltinga, M.R.M., & Roumen, R.M.H. (2008). Evaluating postherniorrhaphy groin pain : visual analogue or verbal rating scale?. Hernia; 12 : 147-51.
- Lovell, P., Joslin, A., Tansley, L., Roberts, K., Richardson, H., Merkin-Eyre, K., & Macnish, S. (2007). Complementary therapies. In Kinghorn, S., & Gain, S. (Eds.) Palliative nursing: improving end-of-life care 2ND (pp.227-39). Toronto : Churchill Livingstone ELSEVIER.
- Lugtenberg, M., Burgers, J.S., & Westert, G.P. (2009). Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. Quality Self Health Care; 18(5) : 385-92.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1993). Pain : clinical manual for nursing practice. Baltimore : W Mosby.
- Mcintyre, R., & Lugton, J. (2005). Supporting the family and carers. In Lugton, J., & McIntyre, R. (eds.), Palliative care : the nursing role 2nd (pp 261-301). Philadelphia: ELSEVIER Churchill Livingstone.
- McKenna, D.H., Sumstad, D., Bostrom, N., Kadidlo, D.M., Fautsch, S.M., Dewaad, R., McGlave, P.D., Weisdorp, D.J., Wagner, J.E., McCullough, J., & Miller, J.S. (2007). Good manufacturing practices production of natural killer cells for immune therapy : a six-year single-institution experience. Transfusion; 47(3): 2007.
- Melzack, R. (2005). The McGill questionnaire. Anesthesiology ; 103(1) : 199-202.
- Menefee, L.A., & Monti, D.A. (2005). Nonpharmacologic and complementary approaches to cancer pain management. The journal of the American osteopathic association; 105(5): 15-20.

National Comprehensive Center Network. (2008). NCCN clinical practice guidelines in oncology adult cancer pain. retrieved September 11, 2008, from <http://www.nccn.org>.

National Guideline Clearinghouse. (2008). Guideline for the management of cancer pain in adults and children. retrieved September 11, 2008, from <http://www.guideline.gov>.

National Institute of Health : Warren grant magnuson clinical center. (2003). Pain intensity instruments.

National Institute of Health. (2005). Depression and cancer. Retrieved October 20, 2008, from [http://www. News.thresholds.org](http://www.News.thresholds.org).

National Library Guideline. (2009). The management of pain in patient with cancer. retrieved September 11, 2009, from <http://www.nhshealthquality.org>.

Nawarak, S. (2006). The development of clinical nursing practice guideline for managing pain in patient with cancer. The faculty of studies: Mahidol University.

Oncology Nursing Society. (2005). Cancer pain management. retrieved September 11, 2008, from <http://www.ons.org>.

Ornetti, P., Dougados, M., Patternotte, S., Logeart, I., & Gossec, L. (2010). Validity of a numerical rating scale to assess functional impairment in hip and knee osteoarthritis: comparison with the WOMAC function scale. retrieved February 20, 2010, from <http://www.ard.bmj.com>.

Pearson, A., Field, J., & Jordan, Z. (2007). Evidence-based clinical practice in nursing and health care : assimilating research, experience and expertise.

Park, J., Linde, K., Manheimer, E., Molsberger, A., Sherman, K., Smith, C., Sung, J., Vickers, A., & Schnyer, R. (2008). The status and future of acupuncture clinical research. The Journal of Alternative and Complementary Medicine ; 14(7) : 871-81.

Peter, M.T.K., Alexander, P.J.V., Erik, T., Rasha, E.G., Johannes, J.R., Ayman, K.E., & Mart, A.F.J.V.D.L. (2006). The validity and reliability of the graphic rating scale and verbal rating scale for measuring pain across cultures : a study in Egyptian and Dutch woman with rheumatoid arthritis. Clinical Journal of Pain ; 22(9) : 827-30.

Press, W.H., Teukolsky, S.A., Vetterling, W.T. & Flannery, B.P. (2007). Numerical Recipes : the art of scientific computing 3rd. Cambridge: Cambridge university press.

Ried, N., & McCormack, P. (2005). Symptom management. In Lugton, J., & McIntyre, R. (eds.), Palliative care : the nursing role 2nd (pp 91-132). Philadelphia: ELSEVIER Churchill Livingstone.

Roffe, L., Schmidt, K., & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. Psycho-Oncology; 14 : 607-17.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). Control of pain in adults with cancer. retrieved September 11, 2008, from <http://www.sign.ac.uk>.

Smeltzer, S.C., Bare, G.B., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2007). Textbook of medical-surgical nursing, 11st. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Susman, E. (2005). Cancer pain management guideline issued for children; adult guidelines updated. Journal of the National Center Institute; 97(10) : 711-2.

The Joanna Briggs Collaboration Institute. (2009). JB levels of evidence and grades of recommendation.

- Vlayen, J., Aertgeerts, b., Hannes, K., Sermeus, W. & Ramaekers, D., 2005. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines : multiple similarities and one common deficit. Oxford Journal Medicine ; 17(2) : 235-242.
- Ware, L.J., Epps, C.D., Herr, K., & Packard, A. (2006). Evaluation of the revised Faces pain scale, Verbal descriptor scale, and Iowa pain thermometer in older minority adult. Pain Management Nursing ; 7(3) : 117-25
- Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer : systematic review. Journal of Advanced Nursing; 63(5) : 430-9.
- Wood, S. (2008). Assessment of pain. retrieved September 19, 2011, from <http://www.nursing time.net>.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2005). Use of a behavioralpain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Intensive and Critical Care Nursing ; 22 : 32-39.

ภาคผนวก ก
หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย





หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ขอทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของ นางภาวดี วัฒนพันธุ์
อาจารย์สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เรื่อง “ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อ
ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร” ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ หลอกหลวงแต่
ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย
2. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย
ความปลอดภัย อาการ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย โดยละเอียดแล้วตาม
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยแนบท้าย
3. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น
4. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มี
ผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่ข้าพเจ้าควรได้รับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้า
โครงการวิจัยและพยาน

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม/ผู้ปกครอง
(.....)

ลงชื่อ..... หัวหน้าโครงการ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างแบบสอบถาม



แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาล
เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

1. อายุ.....ปี

2. ตำแหน่ง

☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ พยาบาลเทคนิค ☐ ผู้ช่วยพยาบาล

3. ประสบการณ์ทำงาน.....ปี

สำหรับผู้วิจัย

☐ 1-2

☐ 3

☐ 4

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาล

สำหรับผู้วิจัย

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้สามารถใช้ได้จริงในการทำงานหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

2. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ช่วยให้การจัดการกับอาการเจ็บปวดในผู้ป่วย
มะเร็งดีขึ้นหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

3. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้นกว่า
การดูแลตามวิธีเดิมที่ปฏิบัติหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

4. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ควรมีการปรับแก้ไขหรือไม่

☐ ไม่สมควร

☐ สมควร ระบุ

5. ท่านคิดว่าสมควรใช้นโยบายการพยาบาลนี้ต่อไปหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายทางการแพทย์
เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง | ☐ 1 |
| 2. อายุ ☐ วัยผู้ใหญ่ ☐ วัยสูงอายุ | ☐ 2 |
| 3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่า/แยก | ☐ 3 |
| 4. ระดับการศึกษา | |
| ☐ ไม่ได้เรียน ☐ อ่านออกเขียนได้ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา | ☐ 4 |
| ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 5. ภูมิลำเนา | |
| ☐ ในเขตเมือง ☐ นอกเขตเมือง | ☐ 5 |
| 6. สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ☐ มี ☐ ไม่มี | ☐ 6 |
| 7. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต | |
| ระบุ..... | ☐ 7 |
| 8. การวินิจฉัยโรค ระบุ..... | ☐ 8 |
| 9. ระยะของโรค ระบุ..... | ☐ 9 |

สำหรับผู้วิจัย

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายทางการแพทย์

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. ความพึงพอใจต่อการประเมินความเจ็บปวดที่ท่านได้รับ | |
| ☐ ไม่พอใจ ☐ พอใจน้อย ☐ พอใจปานกลาง ☐ พอใจมาก | ☐ 10 |
| 2. ความพึงพอใจต่อวิธีการบรรเทาปวดที่ท่านได้รับ | ☐ 11 |
| ☐ ไม่พอใจ ☐ พอใจน้อย ☐ พอใจปานกลาง ☐ พอใจมาก | |
| 3. ความพึงพอใจต่อคำแนะนำในการจัดการกับความเจ็บปวดที่ท่านได้รับ | ☐ 12 |
| ☐ ไม่พอใจ ☐ พอใจน้อย ☐ พอใจปานกลาง ☐ พอใจมาก | |
| 4. ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความเจ็บปวด | ☐ 13 |
| ☐ ไม่พอใจ ☐ พอใจน้อย ☐ พอใจปานกลาง ☐ พอใจมาก | |

สำหรับผู้วิจัย



แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

รายนามคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ

- 1.อาจารย์ภาวดี วิมลพันธุ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง หัวหน้าโครงการ
- 2.นางพรทิวา คำวรรณ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- 3.นางกัตติกา พิงคะสัน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- 4.นางนลินี แข็งสาริกิจ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

รายนามที่ปรึกษา

- 1.รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
- 2.น.พ.ยอดชาย ปลอดอ่อน วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
- 3.น.พ.พิชัย พงศ์มันจิต ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยให้บรรเทาจากความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง

คำนิยาม

ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็ง หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากการเติบโตลุกลามของเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดการกดทับอวัยวะหรือการอักเสบทำลายเนื้อเยื่อ เส้นเลือด และเส้นใยประสาท การลุกลามของเซลล์มะเร็งไปที่กระดูก และการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยมีสาเหตุส่งเสริมจากความเจ็บปวดเรื้อรังที่เป็นอยู่ สภาพจิตอารมณ์ และการรู้คิดของผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดจากสาเหตุมะเร็ง สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับบริการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นมาตรฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์



การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

1. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งเป็นแนวปฏิบัติที่ทีมพัฒนาคุณภาพแนวปฏิบัติเรื่องนี้ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติเดิมของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (2551) ตามแนวทางพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหาจากคุณภาพการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 2) การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การลดระดับความเจ็บปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 3) การสืบค้นหลักฐานอ้างอิง ได้แก่ ความรู้และผลการวิจัยจากวารสารการพยาบาลและฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ได้แก่ Pubmed, Joanna Briggs, SIGN, National Guideline Clearinghouse, CINAHL, Cochrane Library, GALE CENGAGE, IR-web, SpringerLing, Google และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย เป็นต้น คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ best practice for cancer pain, guideline for cancer pain, cancer, cancer pain, cancer pain management พบหลักฐานอ้างอิงที่ได้จากการทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 4 เรื่อง ผลการวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 2 เรื่อง แนวปฏิบัติทางคลินิก 6 เรื่อง และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 4 เรื่อง จากนั้นวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเพื่อการประยุกต์ใช้ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติโดยกำหนดกรอบแนวปฏิบัติแล้วนำเสนอ “ร่าง” แนวปฏิบัติและทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ ตัวแทนของวิสัญญีพยาบาล และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จากนั้นหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) สำหรับทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน, อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน, เกสซ์กรซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน, ศัลยแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน และวิสัญญีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ภายหลังการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของเนื้อหา ได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 ราย เพื่อปรับปรุงข้อบกพร่องก่อนการวิจัย ผลการทดสอบไม่พบปัญหาการปฏิบัติ จากนั้นประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยแบบประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for research and evaluation : AGREE instrument) ของ St. George's Hospital Medical School, London ซึ่งแปลโดย ฉวีวรรณ ธงชัย และผ่านการ

ตรวจสอบความตรงด้านภาษาและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว มีค่าความเชื่อมั่น .91 ได้ผลการประเมินเท่ากับร้อยละ 99.28 5) การใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 6) การวิเคราะห์และสรุปผลลัพธ์ที่ได้ 7) การพิมพ์และเผยแพร่ผลการวิจัย

2. การแบ่งระดับคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงและการแบ่งระดับข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ

ประเมินคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงก่อนกระบวนการแบ่งระดับคุณภาพโดยใช้ Critical Appraisal Tools ของ The Joanna Briggs Institute (Pearson, Field, & Jordan, 2007) จากนั้นจึงแบ่งระดับคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงและแบ่งระดับข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (2009)

เกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง

ระดับของหลักฐาน	ความเป็นไปได้	ความเหมาะสม	การให้ความหมาย	ประสิทธิผล	หลักฐานอ้างอิงทางเศรษฐศาสตร์
1	การสังเคราะห์งานวิจัยคุณภาพสูงที่มีข้อสรุปชัดเจน	การสังเคราะห์งานวิจัยคุณภาพสูงแบบเมตาที่มีข้อสรุปชัดเจน	การสังเคราะห์งานวิจัยคุณภาพสูงแบบเมตาที่มีข้อสรุปชัดเจน	การวิเคราะห์วิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเมตาหรือวิจัยเดี่ยวหรือหลายเรื่องซึ่งเป็นวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และมีความเชื่อมั่นสูง	การสังเคราะห์การประเมินผลของการเปรียบเทียบระหว่างวิธีปฏิบัติชนิดทางเลือกที่สำคัญหลายๆวิธีกับผลลัพธ์ทางคลินิกโดยคำนึงถึงการตรวจสอบค่าใช้จ่ายและการวิเคราะห์ที่มีความไวทางคลินิก
2	การสังเคราะห์งานวิจัยที่มีข้อสรุปน่าเชื่อถือ	การสังเคราะห์งานวิจัยแบบเมตาที่มีข้อสรุปชัดเจน	การสังเคราะห์งานวิจัยแบบเมตาที่มีข้อสรุปชัดเจน	วิจัยเดี่ยวหรือหลายเรื่องซึ่งเป็นวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ขนาดน้อยกว่าและมีความเชื่อมั่นต่ำกว่าหรือวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างหรือวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม	การประเมินผลของการเปรียบเทียบระหว่างวิธีปฏิบัติชนิดทางเลือกที่สำคัญหลายๆวิธีกับผลลัพธ์ทางคลินิกโดยคำนึงถึงการตรวจสอบค่าใช้จ่ายและการวิเคราะห์ที่มีความไวทางคลินิก

ระดับ ของ หลักฐาน	ความเป็น ไปได้	ความ เหมาะสม	การให้ ความหมาย	ประสิทธิผล	หลักฐานอ้างอิง ทางเศรษฐศาสตร์
3	ก.กร สังเคราะห์ ตำรา,เอกสาร วิชาการ, ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญที่ มีข้อสรุป น่าเชื่อถือ ข.วิจัยเดี่ยว หรือหลาย เรื่องที่มี คุณภาพสูง	ก.การ สังเคราะห์ ตำรา,เอกสาร วิชาการ,ความ คิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ แบบเมตาที่มี ข้อสรุป น่าเชื่อถือ ข.วิจัยเดี่ยว หรือหลาย เรื่องที่มี คุณภาพสูง	ก.การ สังเคราะห์ ตำรา,เอกสาร วิชาการ,ความ คิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ แบบเมตาที่มี ข้อสรุป น่าเชื่อถือ ข.วิจัยเดี่ยว หรือหลาย เรื่องที่มี คุณภาพสูง	ก.การศึกษาเปรียบเทียบ ชนิดมีกลุ่มควบคุม ข.การศึกษารายกรณี ชนิดมีการควบคุม ค.การศึกษาแบบเฝ้า สังเกตโดยไม่มีการ ควบคุม	การประเมินผลของการ เปรียบเทียบระหว่างวิธี ปฏิบัติชนิดทางเลือกที่ สำคัญหลายวิธีกับการ ตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่มี ข้อจำกัดและการ วิเคราะห์ที่ไม่มีความไว ทางคลินิก
4	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ที่ยึดถือตามผลงานวิจัย หรือข้อตกลง	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ หรือยึดถือ ตามทฤษฎี เศรษฐศาสตร์

ระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติ

ระดับข้อ เสนอแนะ	ความเป็น ไปได้	ความเหมาะสม	การให้ความหมาย	ประสิทธิผล
A	มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน สมควรนำไปประยุกต์ใช้อย่าง ยิ่ง	มีหลักฐานสนับสนุน ชัดเจนสมควรนำไป ประยุกต์ใช้อย่างยิ่ง	มีหลักฐานสนับสนุน ชัดเจนสมควรนำไป ประยุกต์ใช้อย่างยิ่ง	มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน สมควรนำไปประยุกต์ใช้ อย่างยิ่ง
B	มีหลักฐานสนับสนุนปานกลางซึ่ง สมควรพิจารณาไปประยุกต์ใช้	มีหลักฐานสนับสนุนปานกลาง ซึ่งสมควรพิจารณาไป ประยุกต์ใช้	มีหลักฐานสนับสนุนปานกลาง ซึ่งสมควรพิจารณาไป ประยุกต์ใช้	มีหลักฐานสนับสนุนปานกลาง ซึ่งสมควรพิจารณาไป ประยุกต์ใช้
C	มีหลักฐานสนับสนุนไม่ชัดเจน ควรระวังในการประยุกต์ ใช้	มีหลักฐานสนับสนุนไม่ ชัดเจนควรระวังในการ ประยุกต์ ใช้	มีหลักฐานสนับสนุนไม่ ชัดเจนควรระวังในการ ประยุกต์ ใช้	มีหลักฐานสนับสนุนไม่ชัดเจน ควรระวังในการประยุกต์ ใช้

หมายเหตุ: ในแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานต่อท้าย

ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ เช่น (1A) หมายความว่า เป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพระดับ 1 และมีระดับ

ข้อเสนอแนะนำไปสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับ A

3. หลักฐานที่ได้จากการสืบค้น

แหล่งข้อมูล 1. Biegler, K.A., Alejandro, C.M., & Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment and Meditation. retrieved September 28, 2009, from <http://web.ebscohost.com>.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิต่อผู้ป่วยมะเร็งที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด
การออกแบบวิจัย	Systematic review
ระดับของหลักฐาน	3
กลุ่มตัวอย่าง	เอกสารเกี่ยวกับปัญหาด้านการรู้คิด(cognitive)ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิธีบำบัดที่มีความเสี่ยง การทำสมาธิและการรู้คิด การทำสมาธิในโรคมะเร็ง
การเก็บรวบรวมข้อมูล	ไม่ได้ระบุ
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	มีหลายปัจจัยที่สามารถฟื้นฟูการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็ง ที่สำคัญคือ การทำสมาธิสามารถช่วยพัฒนาการรู้คิดของผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาการทำงานของสมอง ช่วยบรรเทาปัญหาที่เป็นกลุ่มอาการซึ่งสัมพันธ์กับมะเร็ง เช่น ความเครียด ความอ่อนล้า อาการคลื่นไส้ ความเจ็บปวด ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ดีและนอนหลับได้สบายขึ้น
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	การทำสมาธิสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 2. Cancer pain Organization. (2007). Treatments : Breakthrough pain.
retrieved August 16, 2008, from <http://www.cancer-pain.org>.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Guideline
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) การจินตนาการ การทำสมาธิ และการนวด
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การจินตนาการ การทำสมาธิ และการนวด
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 3. Cancer treatment Center of America. (2007). Physical Therapy : Complementary Forms of Alternative Medicine. retrieved September 11, 2008, from MHTML : FILE:///I: Physical Therapy Complementary Forms of Alternative Medicine.mth.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Expert opinion
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	การนวดเป็นวิธีการหนึ่งของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	สามารถใช้การนวดกับผู้ป่วยมะเร็งได้
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 4. Cancer treatment Center of America. (2007). Pain management. retrieved September 11, 2008, from MHTML : FILE:///I: \Pain Management Cancer Treatment Center of America

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Expert opinion
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	การบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง มี 2 ประเภท คือ การใช้ยา และการ ไม่ใช้ยา
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	การบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง มี 2 ประเภท คือ การใช้ยา และการ ไม่ใช้ยา
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 5. Chang, S.Y. (2008). Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. Taehan Kanho Hakhoe Chi; 38(4):493-502.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	ศึกษาผลของการนวดโดยใช้มือร่วมกับ Aroma therapy ต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยใน Hospice
การออกแบบวิจัย	RCT
ระดับของหลักฐาน	2
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่อาศัยใน Hospice จำนวน 58 คน
การเก็บรวบรวมข้อมูล	ใช้ Pain scale, Questionnaire
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	การนวดแบบสุคนธบำบัดจะช่วยลดระดับความเจ็บปวดและระดับความซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	การนวดจะช่วยลดระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 6. Christie, W., & Moore, C. (2004). The impact of humor on patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*; 9(2): 211-218.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	ศึกษาผลของการใช้กิจกรรมคลายเครียดกับผู้ป่วยมะเร็ง
การออกแบบวิจัย	Systematic review
ระดับของหลักฐาน	2
กลุ่มตัวอย่าง	วิจัยชนิด RCT และ non- RCT จำนวน 20 เรื่อง
การเก็บรวบรวมข้อมูล	สืบค้นจากฐานข้อมูล Medline, CINAHL, Evidence Based Medicine, PsycINFO
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	อารมณ์ขันเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งยังช่วยเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด N-K cell ด้วย นอกจากนี้การหัวเราะจะช่วยลดความเจ็บปวดได้
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	กิจกรรมคลายเครียด เช่น การหัวเราะ หรือกิจกรรมอื่นๆ จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้ระดับความเจ็บปวดลดลง
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	A

แหล่งข้อมูล 7. Department of Community Health State of Michigan. (2007). Michigan Board of nursing Guidelines for the use of Controlled Substances for the Treatment of Pain. retrieved September 11, 2008, from <http://www.michigan.gov>.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Guideline
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	1. ประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับการปวด การตรวจด้านร่างกายและความต้องการการสนับสนุนทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย 2. ปริมาณยาโอปิออยด์ที่ให้ควรมีขนาดเหมาะสม แนวปฏิบัติในการบรรเทาปวดของพยาบาล 1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด 2. ประเมินระดับความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐานและบันทึกข้อมูลความเจ็บปวด 3. ดูแลการให้ยาบรรเทาปวดและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการบรรเทาปวด 4. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา 5. บันทึกการประเมินความเจ็บปวด การบรรเทาปวด การประเมินผลและการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลให้ชัดเจนและได้ใจความ
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	แนวปฏิบัติในการบรรเทาปวดของพยาบาลประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด การประเมินระดับความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐานและบันทึกข้อมูลความเจ็บปวด การให้ยาบรรเทาปวดและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการบรรเทาปวด โดยเฉพาะยาในกลุ่มโอปิออยด์ การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	A

แหล่งข้อมูล 8. Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hamphill, L., Benton, K., Mellis, B.K., Beaty B., Felton, S., Yamashita, T.E., Bryant, L.L., & Fairclough, D.L.(2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Ann Intern Med*; 149(6): 369-379.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	ศึกษาผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวด ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย
การออกแบบวิจัย	RCT
ระดับของหลักฐาน	1
กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 380 คน ที่ส่วนใหญ่ 90% อาศัยใน Hospice และมีระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง
การเก็บรวบรวมข้อมูล	ใช้ Memorial pain assessment card , Brief pain inventory, McGill quality of life questionnaire, Memorial symptom assessment scale
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	- การนวดช่วยลดระดับความเจ็บปวดและผ่อนคลายอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย - ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากกว่านี้
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	การนวดช่วยลดระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 9. National Comprehensive Center Network. (2008). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Adult Cancer Pain. retrieved September 11, 2008, from <http://www.nccn.org>.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Guideline
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	แนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ที่มีความปวด 1. วัดระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดแบบ NAS 2. กำหนดให้มีการประเมินระดับความเจ็บปวด 3. ประเมินซ้ำระดับความเจ็บปวดภายหลังการบำบัดเพื่อรับทราบประสิทธิผล 4. ดูแลด้านจิตสังคม 5. ให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย 1-3 mild pain ให้ NSAIDs or Acetaminophen 4-6 moderate pain ให้ Short acting opioid 7-10 severe pain ให้ Opioid อาจใช้ Adjuvant analgesic ในผู้ป่วย Bone pain, Neuropathic pain, Visceral pain และในรายที่ต้องการลดการใช้ โอปิออยด์ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเจ็บปวดส่วนใหญ่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้โดยการใช้เทคนิคที่เหมาะสมและยาที่ปลอดภัยขึ้นอยู่กับการประเมินความเจ็บปวด การบรรเทาปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งการประเมินซ้ำความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	ควรประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดแบบ NAS อย่างต่อเนื่องและประเมินซ้ำหลังได้รับการบรรเทาปวดโดยการให้ยาซึ่งพิจารณาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดของ WHO Analgesic ladder พร้อมทั้งดูแลด้านจิตสังคม และให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วย
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	A

แหล่งข้อมูล 10. National Guideline Clearinghouse. (2008). Guideline for the management of cancer pain in adults and children. retrieved September 11, 2008, from <http://www.guideline.gov>.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Guideline
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	1.การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง 1.1 การประเมินทั่วไปว่ามีความเจ็บปวดหรือไม่ 1.2 หลักการพื้นฐานการประเมินความเจ็บปวดประกอบด้วย ก. ประวัติการปวด ข. การประเมินจิตสังคม ค.การตรวจทางร่างกายและระบบประสาท ง.การสรุปวินิจฉัยอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง 1.3 การประเมินข้อความเจ็บปวดมะเร็งอย่างต่อเนื่องและบันทึกผลการประเมิน 1.4 การประเมินความเจ็บปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม เช่น ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางสมอง ผู้ถูกทารุณกรรม ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ ชีวิต 2 การจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง 2.1 บรรเทาปวดโดยการใช้ยาอย่างเหมาะสมและมีการใช้ยาเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 2.2 บรรเทาความเจ็บปวดตั้งแต่วะเริ่มแรกโดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรายงานและมีการปรับเปลี่ยนขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะสม 2.3 บำบัดรักษาความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องโดยใช้ยาโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์นานและโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์เร็วเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเฉียบพลัน

รายการ	ข้อมูล
	2.4 ประเภทของยาที่ใช้ ก. ยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์(Non- opioid) ได้แก่ พาราเซตามอล (Paracetamol) เอนเสด (NSAIDs) ข. ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ ค. กลุ่มยาเสริมฤทธิ์ เช่น ยากันชัก (Anticonvulsants) ยาคลายเครียด (antidepressant) ยารักษาอาการหัวใจเต้นผิดปกติ (Antiarrhythmics) ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) เป็นต้น 2.5 การให้ความรู้เรื่องสาเหตุการปวด ชนิดและเหตุผลของการใช้ยา วิธีการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนขนาดของยา การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียง เวลาและวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา 2.6 บรรเทาปวดโดยวิธีการทางจิตวิทยา เช่น การผ่อนคลาย(Relaxation)การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral method) และ Supportive therapy 2.7 การบรรเทาปวดโดยวิธีการจัดการกับร่างกายผู้ป่วย เช่น การนวด
การตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้	1.การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง 2. การจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง 2.1 บรรเทาปวดโดยการใช้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 2.2 บรรเทาความเจ็บปวดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดและมีการปรับเปลี่ยนขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะสม 2.3 ประเภทของยาที่ใช้ ได้แก่ ยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์ (Non-opioid) ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ กลุ่มยาเสริมฤทธิ์ 2.4 การให้ความรู้เรื่องสาเหตุการปวด ชนิดและเหตุผลของการใช้ยา วิธีการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนขนาดของยา การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียง เวลาและวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา 2.5 บรรเทาปวดโดยวิธีการทางจิตวิทยา เช่น การผ่อนคลาย(Relaxation)การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral method) และ Supportive therapy 2.6 การบรรเทาปวดโดยวิธีการจัดการกับร่างกายผู้ป่วย เช่น การนวด
ระดับข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 11. National Library Guideline. (2009). The management of pain in patient with cancer. retrieved September 11, 2008, from <http://www.nhshealthquality.org>.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Guideline
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด และสาเหตุของความเจ็บปวด -สอบถามความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ถ้าพบควรประเมินความ เจ็บปวดตามรูปแบบการประเมินอีกครั้ง
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวด และสาเหตุของความเจ็บปวด -สอบถามความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ถ้าพบควรประเมินความ เจ็บปวดตามรูปแบบการประเมินอีกครั้ง
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	A

แหล่งข้อมูล 12. Oncology Nursing Society. (2005). Cancer Pain Management. retrieved September 11, 2008, from <http://www.ons.org>.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Expert opinion
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	1. การจัดการกับความเจ็บปวดเบื้องต้นเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพเกี่ยวกับ การประเมิน การวางแผน การบรรเทาปวด และการประเมินผลลัพธ์ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยด้านร่างกาย จิตอารมณ์ จิตวิญญาณและสังคม 2. ทีมสุขภาพตระหนักและให้ความสำคัญเรื่องความเจ็บปวดเหมือนสัญญาณชีพที่ 5 และมีการประเมินความปวดตามแนวปฏิบัติ
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	ควรให้ความสำคัญและประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งตามแนวปฏิบัติ
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	A

แหล่งข้อมูล 13. Roffe, L., Schmidt, K., & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-oncology*; 14: 607-617.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	เพื่อสรุปและประเมินผลการนำจินตภาพบำบัดไปใช้เป็นวิธีการรักษาแบบผสมผสานในผู้ป่วยมะเร็ง
การออกแบบวิจัย	Systematic review
ระดับของหลักฐาน	2
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยชนิด RCT จำนวน 6 เรื่อง และงานวิจัยชนิด Control trial 2 เรื่อง
การเก็บรวบรวมข้อมูล	Electronic search และ Extracted and Validated independently by two researchers
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	จินตภาพบำบัดเป็นวิธีการบรรเทาปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	จินตภาพบำบัดเป็นวิธีการบรรเทาปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). Control of pain in adults with cancer. retrieved September 11, 2008, from <http://www.sign.ac.uk>

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Guideline
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	1. จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ 2. ควรให้มีการประเมินความเชื่อด้านความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับการประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วย 3. ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องความเจ็บปวดและแนะนำวิธีการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย 4. ควรประเมินเพื่อหาสาเหตุของความเจ็บปวด ชนิดและความรุนแรงของความเจ็บปวด ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บปวดเพื่อพิจารณาวิธีการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพ 5. ชักประวัติการเจ็บปวดของผู้ป่วยในประเด็นบริเวณที่ปวดและความถี่ของความเจ็บปวด ความรุนแรงของความเจ็บปวด บริเวณที่ความรู้สึกปวดส่งต่อถึงเวลาที่มีความเจ็บปวด ลักษณะปวด ปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้นหรือลดลง สาเหตุของการปวด ชนิดของความเจ็บปวด ประวัติการใช้ยาบรรเทาปวด ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวดและผลลัพธ์ และ อาการแสดงของความผิดปกติด้านจิตอารมณ์ 6. ควรประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากมะเร็งในผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยแบบประเมินได้แก่ มาตรวัดด้วยการมองเห็น (Visual Analogue Scales) มาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales) และมาตรวัดด้วยคำพูด (Verbal Rating Scales) 7. สำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านความรู้สึกนึกคิดควรประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวด ถ้ายังสามารถใช้แบบประเมินได้แต่ในรายที่ไม่สามารถทำได้ควรใช้มาตรวัดแบบสังเกตพฤติกรรม (Observational Pain Rating Scales)

รายการ	ข้อมูล
	8. ควรประเมินอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 9. ใช้แนวทางปฏิบัติในการบรรเทาปวดจากโรคมะเร็งในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง โดยพิจารณาตามลำดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ควรให้ยาบรรเทาปวดอย่างสม่ำเสมอและให้เมื่อเกิดความเจ็บปวดเฉียบพลันในระหว่างการรักษา (Breakthrough pain) โดยเฉพาะผู้ที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลางและรุนแรง 10. ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากระบบประสาทควรได้รับยากล่อมประสาทหรือยากันชัก โดยเผื่อระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการยา 11. การบรรเทาปวดที่บรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็งได้ผลได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย
การตัดสินใจนำผลการวิจัยไปใช้	1. ควรประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วย 3. ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาปวด 2. ควรประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากมะเร็งโดย มาตรวัดด้วยการมองเห็น (visual analogue scales) มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scales) 3. ใช้แนวทางปฏิบัติในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง โดยพิจารณาตามความรุนแรงของความเจ็บปวด ควรให้ยาบรรเทาปวดอย่างสม่ำเสมอและให้เมื่อเกิดความเจ็บปวดเฉียบพลันในระหว่างการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลางและรุนแรง 10. ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากระบบประสาทควรได้รับยากล่อมประสาทหรือยากันชัก โดยเผื่อระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการยา 11. การบรรเทาปวดที่บรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็งได้ผลได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย
ระดับข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ	B

แหล่งข้อมูล 15. Susman, E. (2005). Cancer Pain Management Guideline Issued for Children ; Adult Guideines Updated. Journal of the National Nenter Institute; 97(10) : 711-712.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	-
การออกแบบวิจัย	Expert opinion
ระดับของหลักฐาน	4
กลุ่มตัวอย่าง	-
การเก็บรวบรวมข้อมูล	-
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	ผู้ป่วยมะเร็งควรได้รับการบรรเทาปวดโดยยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน หากอาการไม่บรรเทาควรปรับเปลี่ยนเป็นยาในกลุ่มมอร์ฟินโดยไม่ควรวิตกกังวลถึงปัญหาในการติดยา
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	ผู้ป่วยมะเร็งควรได้รับการบรรเทาปวดโดยยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน หากอาการไม่บรรเทาควรปรับเปลี่ยนเป็นยาในกลุ่มมอร์ฟินโดยไม่ควรวิตกกังวลถึงปัญหาในการติดยา
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	A

แหล่งข้อมูล 16. Wilkinson, S. ,Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer : systematic review. Journal of Advanced Nursing; 63(5) : 430-9.

รายการ	ข้อมูล
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการนวดต่อการลดกลุ่มอาการด้านร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิต อาการไม่พึงประสงค์
การออกแบบวิจัย	Systematic review
ระดับของหลักฐาน	3
กลุ่มตัวอย่าง	เอกสารจำนวน 1325 เรื่อง
การเก็บรวบรวมข้อมูล	การทบทวนเอกสาร
ผลการวิจัย/ ข้อเสนอแนะ	การนวดอาจทำให้ระดับความวิตกกังวลและปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด ของผู้ป่วยมะเร็งลดลง
การตัดสินใจนำ ผลการวิจัยไปใช้	การนวดจะช่วยลดระดับความรู้สึกปวดของผู้ป่วยมะเร็ง
ระดับข้อเสนอแนะใน การนำสู่การปฏิบัติ	B

4. สำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดจากมะเร็งจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ดังนี้ (Level4A)(Department of Community Health State of Michigan, 2007; National Comprehensive Center Network, 2008)

1. ประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับไว้ในหอผู้ป่วย แล้วสรุปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยปัญหาที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด พร้อมทั้งประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวด (Level4B) (National Guideline Clearinghouse, 2005) (Level4A) (National Library Guideline, 2009) ประกอบด้วย

- **มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เซนติเมตร (Numerical Rating Scale)** ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยตัวเลขหรืออักษรไทย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้

- **มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า (Faces Pain Scale)** ใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยการเลือกภาพใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด

2. บรรเทาความเจ็บปวดตามระดับความรุนแรง (Level4A) (National Comprehensive Center Network, 2008)

ผู้ที่มีความเจ็บปวดเล็กน้อย (Pain score 1-3) ใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ (Non-opioid agent) โดยกำหนดเวลาให้ยาที่แน่นอนครอบคลุม 24 ชม. และหากมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ใจสั่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ท้องอืด เบื่ออาหาร อาจใช้ยาอื่นบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยที่ปวดปานกลาง (Pain score 4-6) ใช้ยาบรรเทาปวดที่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบและมีฤทธิ์อ่อน (Weak opioid) และยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบ และอาจใช้ยาบรรเทาอาการตามแผนการรักษาหากมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ใจสั่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ท้องอืด เบื่ออาหาร เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมาก (Pain score 7-10) จะใช้ยาบรรเทาปวดที่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบออกฤทธิ์เร็วและมีฤทธิ์นาน (Strong opioid) และอาจให้ร่วมกับยาบรรเทาปวดที่ไม่มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบหากมีอาการไม่สุขสบาย เช่น ใจสั่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ท้องอืด เบื่ออาหาร อาจใช้ยาอื่นบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

3. ประเมินผลลัพธ์หลังการบรรเทาปวด ถ้าเป็นการให้โดยยาฉีดจะประเมินหลังการฉีด 15 นาที ประเมินหลังได้รับยารับประทาน 60 นาที ถ้ายังมีความเจ็บปวดเล็กน้อยควรบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา การดูแลด้านจิตสังคม และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว หากความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาหรือให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

(Level4B) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

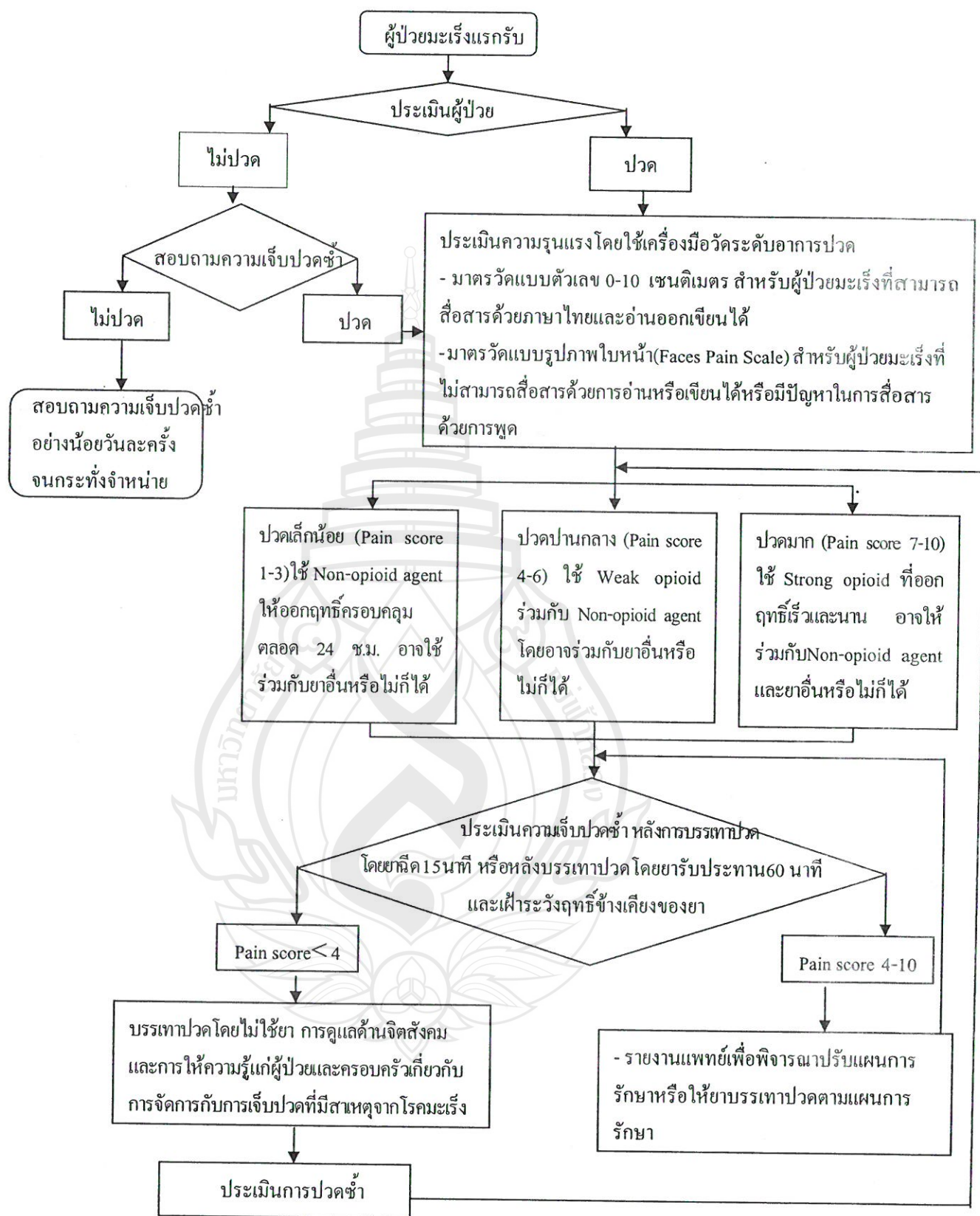
4. ควรเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยาทุกชนิดที่ให้ เช่น ยา NSAIDs อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกในทางเดินอาหาร ดังนั้นควรประเมินอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารหลังได้รับยา 30 นาที ส่วนยาโอปิออยด์อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ง่วงซึม หายใจช้าลงและอาจหยุดหายใจได้ ดังนั้นควรใช้ sedation score ประเมินก่อนให้ยาโอปิออยด์ และหลังได้รับยาก่อนนี้ 15 นาที สำหรับเกณฑ์การประเมินมีดังนี้ 0 = ตื่น 1 = ง่วงซึม 2 = หลับลุกตื่น แต่ง่วง 3 = หลับลุกไม่ตื่น S = นอนหลับลุกตื่นได้ง่ายไม่มีอาการง่วงซึม หากผู้ป่วยมีคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปควรแจ้งให้แพทย์รับทราบเพื่อป้องกันการหายใจผิดปกติหรือหยุดหายใจ (Level4A) (Susman, 2005) (Level4B) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

5. ประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องพร้อมการประเมินสัญญาณชีพทุกเวรในรายที่ความเจ็บปวดทุเลาลง หรือมีคะแนนปวดน้อยกว่า 4 (Level4A) (Oncology Nursing Society, 2006) พร้อมทั้งประเมินจิตสังคมซ้ำทุกวันในรายที่มีความผิดปกติหรือทุกสัปดาห์ในรายที่ปกติจนกระทั่งจำหน่าย

6. การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยการผ่อนคลายหรือวิธีการคลายเครียด (Level2A) (Christie, & Moore, 2005) ได้แก่ การทำสมาธิ (Level3B) (Biegler, Alejandro, & Cohen, 2009) การหายใจแบบผ่อนคลาย (Level4B) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008) จินตภาพบำบัด (Level2B) (Roffe, Schmidt, & Ernst, 2005) การนวด (Level 4B) (Cancer pain Organization, 2007; Cancer treatment Center of America, 2007) (Level 1B) (Kutner, 2008) (Level 2B) (Chang, 2008) (Level 3B) (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) ควรมีการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย และปรับตามความต้องการและความชอบของผู้ป่วย (Level4A) (National Comprehensive Center Network, 2008)

7. การดูแลด้านจิตสังคม เป็นการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือ และสัมผัสเพื่อให้กำลังใจ (Level4B) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)

8. การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดจากมะเร็ง ได้แก่ โอกาสในการได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด วิธีการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาปวด (Level4A) (National Library Guideline, 2009) (Level4B) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008)



ผังภูมิแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดจากมะเร็ง

บรรณานุกรมและเอกสารอ้างอิง

- พรทิวา คำวรรณ.(2549). ข้อมูลบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายของหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์. มปส.
- ภาวดี วิมลพันธุ์. (2551). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ : มปส.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2548). วิจัยทางการพยาบาล. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2550). สถิติโรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์. มปส.
- Bardia, A., Barton, D.L., Prokop, L.J., Bauer, B.A., & Moynihan, T.J. (2006). Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. retrieved August 28, 2008, from <http://web.ebscohost.com>.
- Biegler, K.A., Alejandro, C.M., & Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment and Meditation. retrieved September 28, 2009, from <http://web.ebscohost.com>.
- Cancer pain Organization. (2007). Treatments : breakthrough pain. retrieved August 16, 2008, from <http://www.cancer-pain.org>.
- Cancer treatment Center of America. (2007). Physical Therapy : Complementary forms of alternative medicine. retrieved September 11, 2008, from [MHTML : FILE:///Physical Therapy Complementary Forms of Alternative Medicine.mth](#).
- Cancer treatment Center of America. (2007). Pain management. retrieved September 11, 2008, from [MHTML : FILE:///Pain Management Cancer Treatment Center of America.mth](#).

- Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J., & Alvarez, H. (2006). Music for pain relief. retrieved August 28, 2008, from <http://web.ebscohost.com>.
- Chang, S.Y. (2008). Effects of aroma hand massage on pain, state anxiety and depression in hospice patients with terminal cancer. Taehan Kanho Hakhoe Chi; 38(4):493-502.
- Christie, W. & Moore, C. The impact of humor on patients with cancer. (2005). Clinical Journal of Oncology Nursing; 9(2): 211-18.
- Department of Community Health State of Michigan. (2007). Michigan board of nursing guidelines for the use of controlled substances for the treatment of pain. retrieved September 11, 2008, from <http://www.michigan.gov>.
- Goldberg, G.R. & Morrison, R.S. (2008). Pain management in hospitalized cancer patients :a systematic review. Journal of Clinical Oncology ; 25(13) : 1972- 801.
- Gordon, D.B., Dahl, J.C., Miashowski,C., McCarberg,B., Todd, K.H., Paice, J.A., Lipman, A.G., Bookbinder, M., Sanders, S.H., Turk, D.C., & Carr, D.B. (2005). American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. Archives of Internal Medicine; 165(14): 1574-1580.
- Jane, S. W., Wilkie, D.J., Gallucci, B.B., & Beaton, R.D. (2008). Systematic review of Massage intervention for adult patients with cancer : a methodological perspective. Cancer Nursing ; 31(6) : 24-34.
- Joanna Briggs Collaboration Paper. (2009). JB levels of evidence and grades of recommendation.

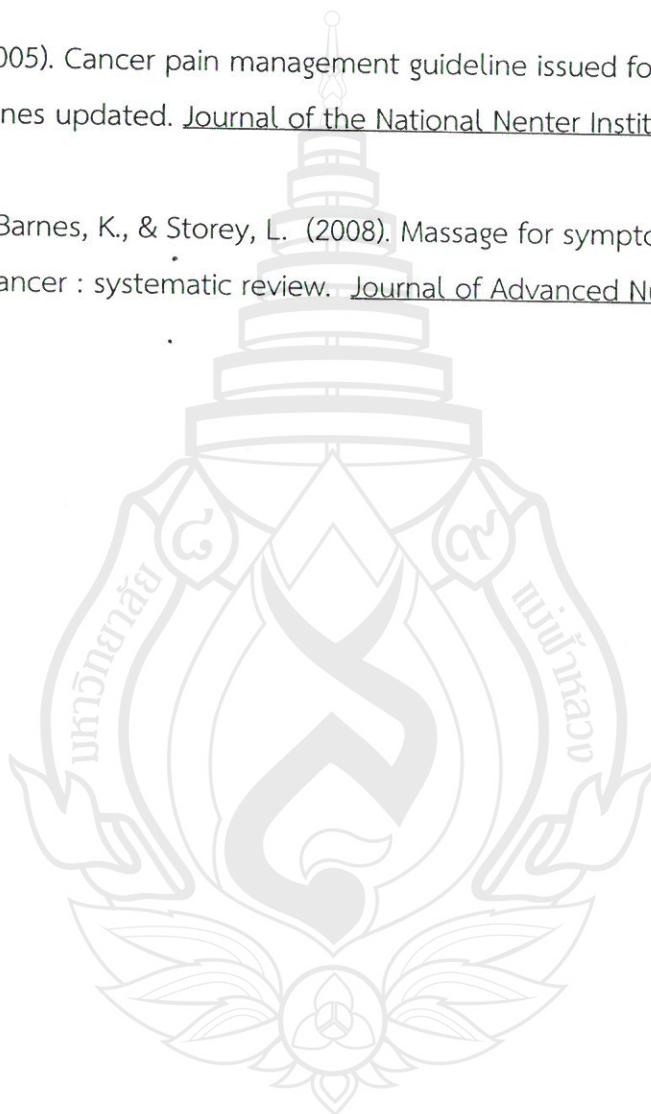
- Kutner, J.S., Smith, M.C., Corbin, L., Hamphill, L., Benton, K., Mellis, B.K., Beaty, B., Felton, S., Yamashita, T.E., Bryant, L.L., & Fairclough, D.L.(2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer : a randomized trial. *Ann Intern Med*; 149(6): 369-79.
- Nilsson, U. (2008). The anxiety-and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN journal* 87(4): 780-807.
- National Comprehensive Center Network. (2008). NCCN clinical practice guidelines in oncology adult cancer pain. retrieved September 11, 2008, from <http://www.nccn.org>.
- National Guideline Clearinghouse. (2008). Guideline for the management of cancer pain in adults and children. retrieved September 11, 2008, from <http://www.guideline.gov>.
- National Library Guideline. (2009). The management of pain in patient with cancer. retrieved September 11, 2009, from_ <http://www.nhshealthquality.org>.
- Oncology Nursing Society. (2005). Cancer pain management. retrieved September 11, 2008, from <http://www.ons.org>.
- Pearson, A., Field, J., & Jordan, Z. (2007). Evidence-based clinical practice in nursing and health care : assimilating research, experience and expertise.
- Robb, K.A., Bennett , M.I., Johnson M.I., Simpson, K.J. & Oxberry, S.G. (2008). Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. retrieved September 11, 2009, from <http://web.ebscohost.com>.
- Roffe, L., Schmidt, K., & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-oncology*; 14 : 607-17.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). Control of pain in adults with cancer. retrieved September 11, 2008, from <http://www.sign.ac.uk>.

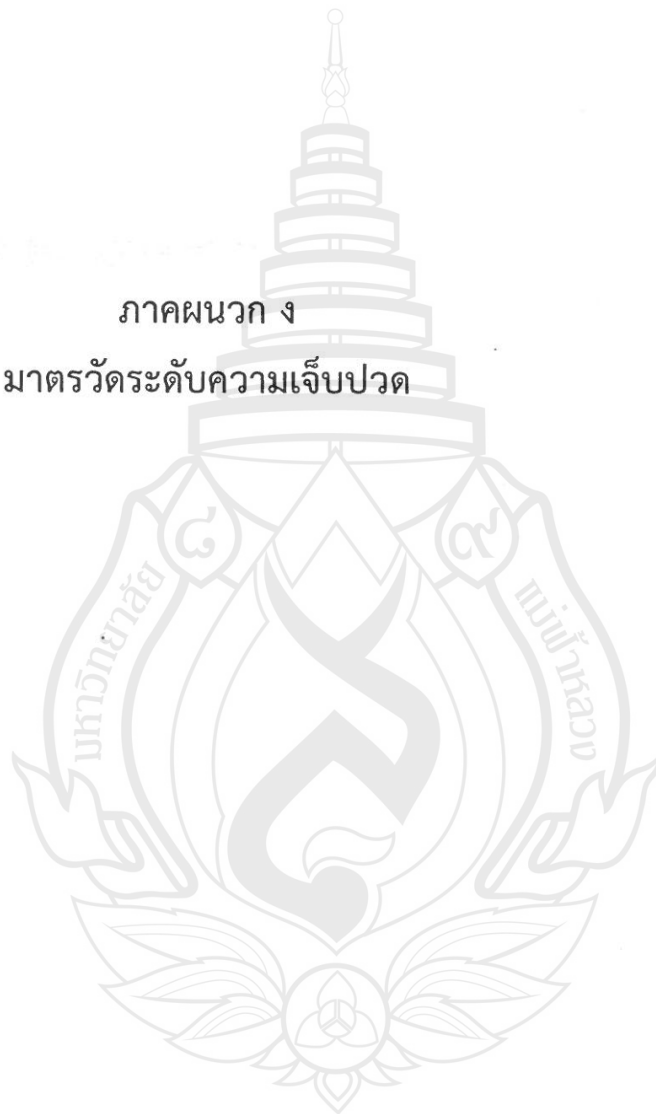
Smeltzer, S.C., Bare, G.B., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2007). Textbook of medical-surgical nursing, 11st. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Susman, E. (2005). Cancer pain management guideline issued for children ; adult guidelines updated. Journal of the National Nenter Institute; 97(10) : 711-2.

Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with Cancer : systematic review. Journal of Advanced Nursing; 63(5) : 430-9.



ภาคผนวก ง
มาตรวัดระดับความเจ็บปวด



1. มาตรวัดแบบมีตัวเลข 0-10 เซนติเมตร (Numerical Rating Scale)

เป็นเครื่องมือประเมินความเจ็บปวด ที่ประกอบด้วยเส้นตรง และมีตัวเลขคะแนนความรู้สึกเจ็บปวด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้เข้าใจโดยระบุความรุนแรงของของ ความเจ็บปวดด้วยตัวเลขหรืออักษรไทยได้

วิธีการใช้ ถามผู้ป่วยว่า : ถ้า 0 คือไม่ปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด กรุณาบอกว่าขณะนี้ท่านรู้สึกปวดในระดับใด



การแปลผลมีดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่ปวด
คะแนน	1 - 3	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดเล็กน้อย
คะแนน	4 - 6	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดปานกลาง
คะแนน	7 - 9	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดมาก
คะแนน	10	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดมากที่สุด

เกณฑ์การกำหนดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดมีดังนี้

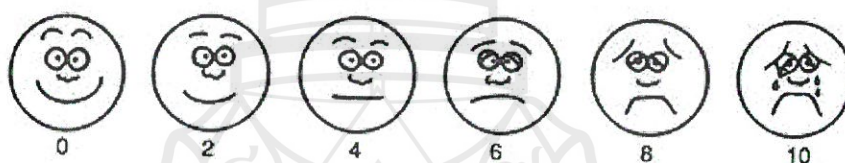
คะแนน	> 0 - < 4	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับน้อย
คะแนน	4 - < 7	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับปานกลาง
คะแนน	7 - 10	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับมาก

2. มาตรวัดแบบรูปภาพใบหน้า (FACES pain rating scale)

เป็นเครื่องมือประเมินความเจ็บปวดซึ่งมีรูปภาพสื่อความรู้สึกปวดที่ผู้ป่วยจะเรียงกำลังมีอยู่ในระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยใบหน้ายิ้มแย้ม และมีเลข 0 กำกับจะแทนความรู้สึกไม่ปวดเลย ส่วนใบหน้าที่กำลังร้องไห้และมีเลข 10 กำกับจะแสดงความรู้สึกปวดมากที่สุด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด ซึ่งไม่สามารถสื่อสารด้วยการอ่านหรือเขียนได้หรือมีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูด

วิธีการใช้ แจ้งผู้ป่วยว่า : ให้ท่านเลือกภาพใบหน้าที่สามารถอธิบายได้ว่าขณะนี้ท่านมีความเจ็บปวดอย่างไร



การแปลผลมีดังนี้

ใบหน้าที่มีคะแนน	0	หมายถึง	ไม่ปวด
ใบหน้าที่มีคะแนน	2	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดน้อยมาก
ใบหน้าที่มีคะแนน	4	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดน้อย
ใบหน้าที่มีคะแนน	6	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดปานกลาง
ใบหน้าที่มีคะแนน	8	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดมาก
ใบหน้าที่มีคะแนน	10	หมายถึง	มีความรู้สึกปวดมากที่สุด

เกณฑ์การกำหนดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดมีดังนี้

คะแนน	> 0 - < 4	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับน้อย
คะแนน	4 - < 7	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับปานกลาง
คะแนน	7 - 10	หมายถึง	มีความรุนแรงของความเจ็บปวดในระดับมาก

ภาคผนวก จ
วิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา



การทำสมาธิ (Meditation)

เป็นกิจกรรมการผ่อนคลายความวิตกกังวล ร่วมกับการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย จากความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ ความสงบของสิ่งแวดล้อมและการเบี่ยงเบนความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่ง จะลดการสื่อสารสัญญาณประสาทสำหรับความรู้สึกปวด ร่างกายจะมีการหลั่งของ endorphin ที่ช่วยลดการรับกระแสสัญญาณประสาท และเกิดการยับยั้งการหลั่งของ substance-P ที่ช่วยในการสื่อสารกระแสสัญญาณปวดไปยังสมอง ทำให้ผู้ป่วยหลุดจากความเจ็บปวด เหมาะสำหรับผู้ที่มีความสนใจในเรื่องสมาธิปฏิบัติ ควรฝึกเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีอาการเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4 ใช้บรรเทาปวดหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดแล้วความรุนแรงของความเจ็บปวดอยู่ในระดับน้อย

เอกสารหรืออุปกรณ์ประกอบ

หนังสือหรือเทปสวดมนต์ทั่วไป

วิธีการ

1. ให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจก่อนโดย

1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

1.2 ให้ผู้ป่วยพักในท่านั่งหรือท่านอนที่รู้สึกผ่อนคลายและสบาย จากนั้นฝึกหายใจเข้าช้าๆ แล้วผ่อนลมหายใจออก โดยนับเป็นการหายใจ 1 ครั้ง ฝึกประมาณ 2- 3 ครั้ง จนผู้ป่วยทำได้

1.3 แนะนำให้ผู้ป่วยกำหนดการรับรู้ที่จุดใดจุดหนึ่งของร่างกาย พร้อมกับการหายใจเข้าและออก โดยนับการหายใจเริ่มจาก 1, 2, 3...แล้วเพิ่มจำนวนครั้ง จนถึง 20 ครั้ง

2. เมื่อฝึกได้แล้ว ให้ปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ภายใต้การดูแลของพยาบาลเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งประเมินจากการที่ผู้ป่วยยืนยันว่ามีสมาธิจดจ่อกับการหายใจ และสามารถนับจำนวนครั้งของการหายใจได้โดยไม่ผิดพลาด หรือคิดเรื่องอื่นขณะฝึกหายใจ

3. เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอโดยกำหนดช่วงเวลาปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเองและเมื่อมีความเจ็บปวดระดับคะแนน 1-3

หมายเหตุ บางรายที่นับถือศาสนาพุทธ อาจมีการนำเทปสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฝึกสวดมนต์ก่อนการฝึกทำสมาธิ

การหายใจแบบผ่อนคลาย (Relaxation)

เป็นกิจกรรมการฝึกหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวล และลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดเรื้อรังและทำให้ความเจ็บปวดมีความรุนแรงขึ้น กิจกรรมนี้จะลดการสื่อสารสัญญาณประสาทสำหรับความรู้สึกปวด ทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวด ควรฝึกเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีอาการเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4

เอกสารหรืออุปกรณ์ประกอบ

คู่มือการฝึกหายใจ ของกรมสุขภาพจิต

วิธีการ

1. ให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจก่อน โดย
 - 1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
 - 1.2 ให้ผู้ป่วยพักในท่านอนที่รู้สึกสบาย หลังขา หายใจเข้าให้เต็มที่ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆโดยนับเป็นการหายใจ 1 ครั้ง
 - 1.3 ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติโดยหายใจเข้าเต็มที่ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ประมาณ 4-5 ครั้ง แล้วถามความรู้สึกผู้ป่วย หากผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหรือรู้สึกโล่งภายใน มีสีหน้าสดชื่นขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้แล้ว
2. แนะนำให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดช่วงเวลาปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเอง และเมื่อมีอาการเจ็บปวดระดับคะแนน 1-3

จินตภาพบำบัด (Imagery)

เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด โดยใช้กิจกรรมการฝึกหายใจร่วมกับการจินตนาการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายร่างกายและอารมณ์ ซึ่งจะลดการสื่อสารสัญญาณประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดเนื่องจากกล้ามเนื้อเกิดการคลายตัว ร่างกายจะมีการหลั่งของ Endorphin ที่ช่วยลดการรับกระแสสัญญาณประสาทปวด และเกิดการยับยั้งการหลั่งของ Substance -P ที่กระตุ้นการสื่อสารกระแสสัญญาณปวด ควรฝึกเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีอาการเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4

เอกสารหรืออุปกรณ์ประกอบ

เทปประกอบกิจกรรมการผ่อนคลายจากความเครียด ของกรมสุขภาพจิต

วิธีการ

1. ให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจก่อนโดย

1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

1.2 ให้ผู้ป่วยพักในท่านั่งหรือนอนที่รู้สึกผ่อนคลายและสบาย

2. ให้ผู้ป่วยฟังเทปประกอบกิจกรรมการผ่อนคลายจากความเครียด แล้วปฏิบัติตามเสียงที่ได้ยินจากแถบบันทึกดังนี้

“ (...เสียงดนตรี...เสียงคลื่น..เสียงนกร้อง...) สวัสดิ์ค่ะ ต่อไปนี้จะเป็นการผ่อนคลายความเครียดด้วยตัวของตนเอง ขอให้คุณนั่งในท่าที่สบาย หลังพิงพนักเก้าอี้ วางแขนทั้งสองไว้ข้างๆ ลำตัว ปล่อยขาตามสบายอย่าไขว้กัน ปล่อยแขนขาให้เป็นอิสระ

ดีมาก กลับตาลงชะ แล้วทำตามทีบอก เราจะแนะนำให้คุณรู้จักการฝึกการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้เวลาช่วงสั้นๆ ประมาณ 10 นาที เท่านั้น คุณพร้อมหรือยัง ถ้าคุณพร้อมเราจะเริ่มกันเลย

หลับตาชะ พังสมาธิไปที่ลมหายใจ หายใจเข้าทางจมูก หายใจช้าๆ หายใจเข้า แล้วก็หายใจออก เข้า แล้วออก ทุกครั้งที่คุณหายใจออกให้คุณผ่อนคลายตัวเองทีละน้อย คิดถึงคำว่าสบายทุกครั้งที่คุณหายใจออก หายใจแบบนี้ไปเรื่อยๆ จากนั้น ให้คุณพังสมาธิไปที่กล้ามเนื้อแขน ทำตัวตามสบายอย่าฝืน ปล่อยกล้ามเนื้อแขนให้คลายตัว เมื่อคุณผ่อนคลาย คุณจะรู้สึกว่า แขนของคุณมีน้ำหนักมากขึ้น มากขึ้น และยังแขนของคุณหนักเท่าไร หมายถึงว่า คุณได้ก้าวลึกไปสู่ความรู้สึกผ่อนคลายแท้จริงมากเท่านั้น

สัมผัสกับความรู้สึกสบายนี้ให้เต็มที่ จากนั้นปล่อยให้ความรู้สึกสบายค่อยๆ แผ่ไปยังกล้ามเนื้อไหล่อย่างช้าๆ

ใช่ คุณทำถูกแล้ว จงพังสมาธิไปที่กล้ามเนื้อไหล่ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อไหล่ เมื่อคุณคลายกล้ามเนื้อส่วนนี้ คุณจะรู้สึกสบายขึ้น ส่งความรู้สึกสบายนี้ต่อไปยังกล้ามเนื้อส่วนนอก ปล่อยกล้ามเนื้อ

อกให้คลายตัว คลายความตึงเครียด ปลดปล่อยความเครียดทั้งหลายจากออกไปจากร่างกายของคุณ เมื่อความเครียดสลายไป คุณจะรู้สึกสบายมากขึ้น และเข้าสู่การผ่อนคลาย ในระดับลึกลงไปอีก

คุณจะรู้สึกเป็นสุขจากการผ่อนคลายนี้ ส่งความรู้สึกไปที่กล้ามเนื้อท้อง ปล่อยให้มันคลายตัว อย่าเกร็ง คลายกล้ามเนื้อตามสบาย จะทำให้คุณรู้สึกสบายตัวมากขึ้น

ต่อจากนั้นจึงเลื่อนไปที่กล้ามเนื้อหลัง ปล่อยให้คลายตัว เมื่อคุณผ่อนคลายได้จริงๆ คุณจะรู้สึกว่า ตัวเองกำลังจมลึกลงไปใ้ในเก้าอี้ที่คุณนั่ง สัมผัสกับความรู้สึกสบายและเป็นสุขแบบนี้ให้มากๆ

คราวนี้มาถึงกล้ามเนื้อขา ไข่แล้ว ปล่อยให้กล้ามเนื้อขาให้คลายตัว เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย คุณจะรู้สึกขาของคุณหนักขึ้น หนักขึ้น และสบายมากขึ้นด้วย

ขณะนี้ร่างกายของคุณอยู่ในภาวะการผ่อนคลายเรียบร้อยแล้ว ส่งความรู้สึกผ่อนคลายมายัง ลำคอ และใบหน้า เพื่อให้กล้ามเนื้อคอและใบหน้า ผ่อนคลาย ปลดปล่อยความเครียดออกไป เลิกขมวดคิ้ว ทำหน้าตามสบาย ดุจว่า ตอนนี้คุณรู้สึกสบายมากแค่ไหน เมื่อกล้ามเนื้อทุกส่วนคลายตัว คุณจะรู้สึกสบาย จงดื่มด่ำกับความรู้สึกผ่อนคลายที่ลึกลึกลงนี้ให้เต็มอิ่ม

ตอนนี้อยากให้ผ่อนคลายใจของคุณ ให้จินตนาการถึงสถานที่ที่สงบสุข คิดว่าคุณกำลังเดินเล่น เลียบชายหาดสีทองในตอนเช้าตรู่ (...เสียงคลื่น...เสียงนกร้อง...) คุณมองเห็นท้องฟ้าใส อากาศโปร่งสบาย มีฝูงนกบินผ่านไปมา คุณเห็นต้นไม้โน้มกิ่งก้านไปตามแรงลม คุณได้ยินเสียงใบไม้ไหว (...เสียงใบไม้สอแตกในเนื้อหาคำพูด...) เสียงคลื่นกระทบฝั่งลูกแล้วลูกเล่า (...เสียงคลื่น...เสียงนกร้อง...) คุณจะรู้สึกอบอุ่นจากแสงแดดอ่อน อ่อน ที่สัมผัสตัวคุณ ทำให้คุณรู้สึกสบาย และผ่อนคลายมากจริงๆ

เมื่อคุณรู้สึกสบายอย่างเต็มที่แล้ว ให้คุณบอกกับตัวเองว่า ฉันรู้สึกสบายมาก ฉันสามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆได้ ฉันสามารถแก้ไขปัญหามในชีวิตของฉันได้อย่างแน่นอน

เมื่อนับถึงสาม ให้คุณลืมตาขึ้น และยังรู้สึกว่าตัวคุณยังสบายและผ่อนคลายอยู่เหมือนเดิมหนึ่ง สอง สาม

เรามมาถึงขั้นสุดท้ายของการฝึกการคลายความเครียดแล้วนะคะ ขอแนะนำให้คุณฝึกการผ่อนคลายแบบนี้ได้บ่อยๆ ทุกครั้งที่คุณรู้สึกเครียด โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 10 นาที เท่านั้น จะให้คุณคลายเครียดได้มากจริงๆ ค่ะ(...เสียงดนตรี...)"

3. หลังการปฏิบัติสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย หากผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายหรือสุขสบายขึ้นแล้ว แนะนำให้ปฏิบัติเมื่อรู้สึกเครียดหรือเมื่อมีความเจ็บปวดระดับคะแนน 1-3

การนวด

เป็นการนวดโดยใช้วิธีกดจุดลดความเจ็บปวด (Acupressure) ควรทำเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีอาการเจ็บปวดหรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4 และยอมรับการนวดร่างกาย

เอกสารหรืออุปกรณ์ประกอบ

คู่มือการนวด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติ ของ สมพร กันทรดุษฎี เติริยมชัยศรี

วิธีการ

1. ให้ผู้ป่วยพักในท่านั่งหรือนอนที่รู้สึกสบาย
2. แนะนำและสาธิตวิธีการกดจุดลดความเจ็บปวดแก่ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลดังนี้

2.1 ใช้นิ้วชี้และหรือนิ้วกลางกดจุดโดยใช้น้ำหนัก 1 ใน 3 (ประมาณ 30%) ของแรงที่สามารถกดได้ นานประมาณ 10 รอบของการหายใจเข้าออก เริ่มจากบริเวณศีรษะเริ่มจากตำแหน่งกระหม่อมหน้ามาด้านหลัง และลงมาถึงบริเวณต้นคอ จากนั้นกดบริเวณด้านข้างระยะห่าง 1 นิ้วจากแนวกระดูกสันหลังทั้งสองข้างบริเวณช่องระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละอัน เรื่อยลงมาถึงก้นกบและกดย้อนขึ้นมาถึงต้นคอ นับเป็น 1 รอบ

2.2 กดจุดจำนวน 3 รอบ

3. ภายหลังการแนะนำ ให้ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทดลองกดจุดลดความเจ็บปวด โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่จากวิธีการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและสอบถามผลลัพธ์ของการปฏิบัติจากผู้ป่วย
4. เมื่อฝึกปฏิบัติได้แล้ว ให้ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกดจุดลดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยวันละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอทุกวันหรือ เมื่อมีความเจ็บปวดระดับคะแนน 1-3

ภาคผนวก จ
การดูแลด้านจิตสังคม



การดูแลด้านจิตสังคม

เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีแรงสามารถปรับตัวให้เผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างเจ็บป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลที่ส่งผลให้ความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น

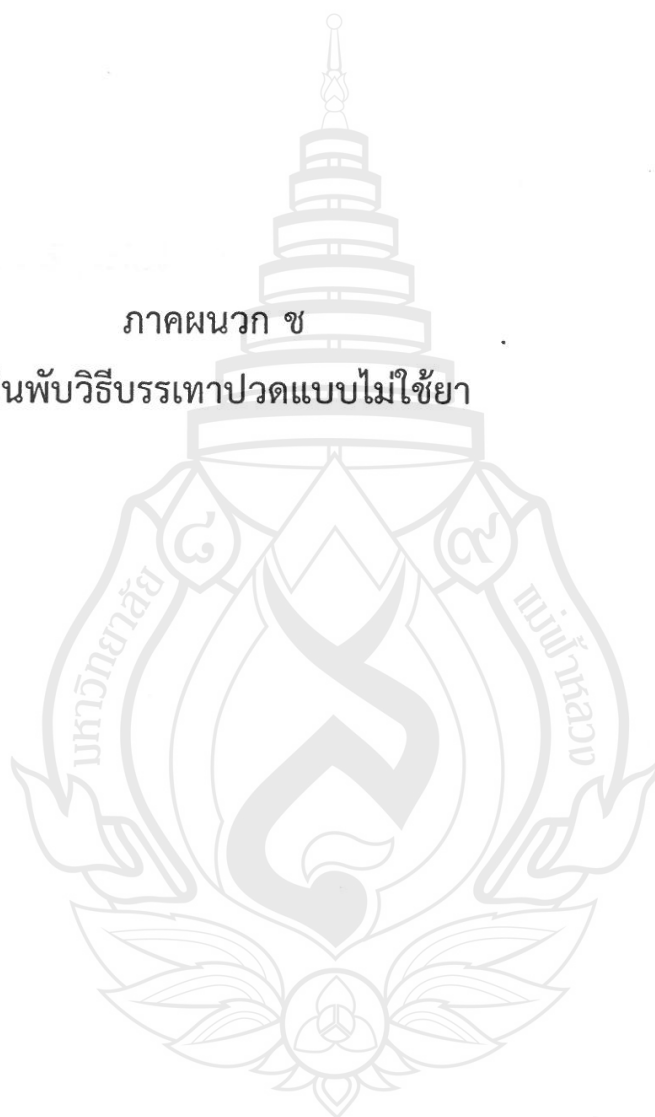
เอกสารหรืออุปกรณ์ประกอบ

คู่มือการดูแลด้านจิตสังคม

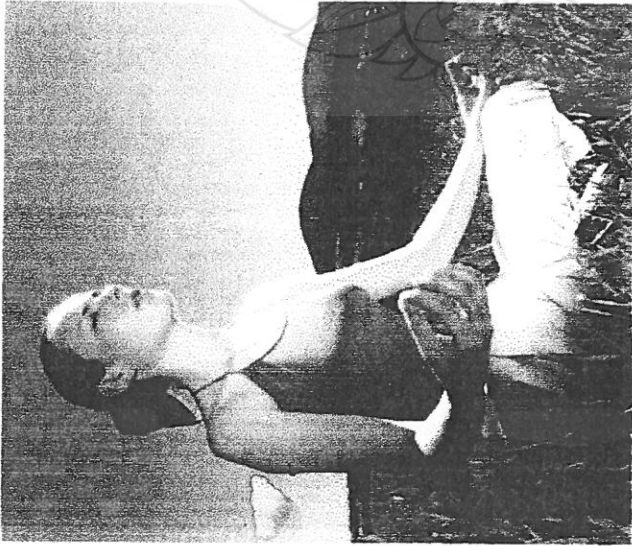
วิธีการ

1. สร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแล
2. อยู่เป็นเพื่อนในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด สัมผัสผู้ป่วยเบาๆ เพื่อเป็นกำลังใจและถ่ายทอดความรู้สึกห่วงใยและเอื้ออาทร
3. รับฟังปัญหาหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใส่ใจและกระตือรือร้น
4. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตประจำวัน
5. แนะนำญาติให้มาเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และแนะนำถึงวิธีการให้กำลังใจผู้ป่วย การอยู่เป็นเพื่อน และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย หรือให้โอกาสผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์
6. ประเมินจิตแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า หรือมีพฤติกรรมหรือมีอาการที่แปรปรวนมาก เช่น หงุดหงิดมาก นอนไม่หลับ เป็นต้น

ภาคผนวก ช
แผ่นพับวิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา



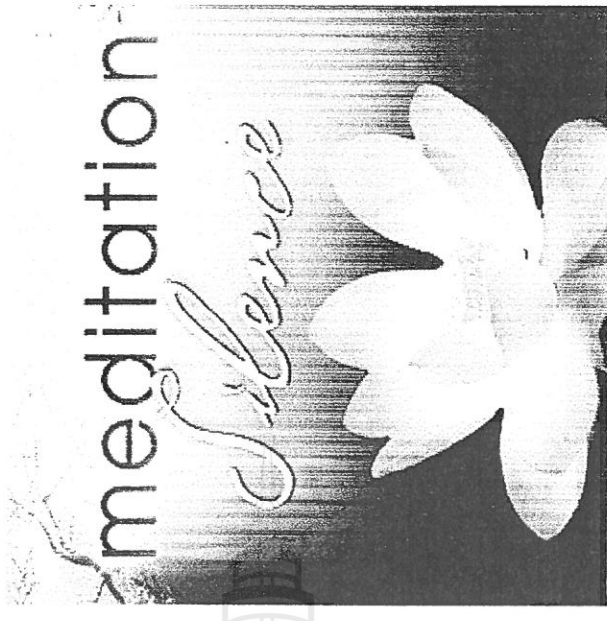
3. เมื่อสามารถปฏิบัติได้เอง ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยกำหนดช่วงเวลาปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเอง



หมายเหตุ

ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธ อาจฝึกสวดมนต์ก่อนการฝึกทำสมาธิก็ได้

การทำสมาธิเพื่อ ลดอาการปวด สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง



โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

การทำสมาธิ

การทำสมาธิเป็นกิจกรรมการผ่อนคลาย ความวิตกกังวลและเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากการปวดที่เป็นอยู่

ผู้ป่วยควรทำจิตใจให้สงบและมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งของร่างกาย หรือการหายใจเข้าออก เพื่อไม่ให้เกิดความคิดที่ฟุ้งซ่าน ซึ่งจะลดการสื่อสารสัญญาณประสาทความรู้สึกราวที่กระตุ้นส่งไปยังสมอง ทั้งยังทำให้ร่างกายมีการหลั่งของสาร Endorphin ที่ออกฤทธิ์ในการช่วยลดการรับกระแสสัญญาณประสาท และยับยั้งการหลั่งของสาร substance-P ที่กระตุ้นการสื่อสารสัญญาณปวดจากบริเวณไขสันหลังไปยังสมองส่วนที่รับความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากการปวด

เหมาะสำหรับผู้ที่มีความสนใจในเรื่องสมาธิปฏิบัติ การฝึกเมื่อผู้ป่วยยังไม่มีอาการปวด หรือมีคะแนนปวดต่ำกว่า 4



วิธีการ

1. ให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจก่อน โดย
 - 1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ
 - 1.2 พักในท่านั่งหรือท่านอนที่รู้สึกผ่อนคลายและสบาย จากนั้นฝึกหายใจเข้าช้าๆ แล้วผ่อนลมหายใจออก โดยนับเป็นการหายใจ 1 ครั้ง
- 1.3 ฝึกการหายใจต่อประมาณ 2-3 ครั้ง จนกระทั่งทำได้

1.4 กำหนดการรับรู้ที่จุดใดจุดหนึ่งของร่างกาย พร้อมกับหายใจเข้าและออก โดยนับการหายใจเริ่มจาก 1, 2, 3... แล้วเพิ่มจำนวนครั้ง จนถึง 20 ครั้ง



2. เมื่อฝึกหายใจได้แล้ว ผู้ป่วยควรฝึกปฏิบัติวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ภายใต้การดูแลของพยาบาลเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งประเมินจากการที่ผู้ป่วยยืนยันว่ามีสมาธิจดจ่อกับการหายใจ และสามารถนับจำนวนครั้งของการหายใจได้โดยไม่ผิดพลาด หรือคิดเรื่องอื่นขณะฝึกหายใจ

ข้อแนะนำ



การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4-5 ครั้ง

ควรฝึกทุกครั้งที่มีอาการปวด รู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่นั่งได้

ทุกครั้งที่ยายใจออก ให้รู้สึกว่าได้ผลักดัน

ความเครียดออกมาด้วยจนหมด อาการปวดทุเลาลง เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น

ในแต่ละวัน ควรฝึกการหายใจที่ถูกริธีให้ได้ประมาณ 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันในคราวเดียวกัน



ผลดีจากการหายใจแบบผ่อนคลาย

1. ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อน้อยลง ทำให้อาการปวดทุเลาลง
2. ความวิตกกังวลลดลง สบายใจมากขึ้น
3. สมานิตดีขึ้น
4. ความจำดีขึ้น
5. ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น
6. สมอองเงมใส คิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้นกว่าเดิม

การหายใจแบบผ่อนคลาย

(Relaxation Breathing)



หลักการ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจสั้น โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อมีการปวด คนเราจะยิ่งหายใจและตื้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการนอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้ออกซิเจนที่อุดมมากขึ้นปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อ หน้าท้องและลำไส้ด้วย



หัวใจเต้นช้าลงสมองแจ่มใสเพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกช้าๆ จะทำให้รู้สึกรู้ว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น นอกจากนี้การนับเลขขณะหายใจเข้าและออก จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสมาธิและเบนความสนใจจากอาการปวดที่มีอยู่ การส่งกระแสประสาทที่รับรู้การปวดจากสมองส่ง

วิธีการฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลังคา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง



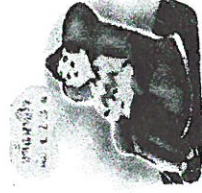
ค่อยๆ หายใจเข้า พร้อมกับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4... ให้มีผู้สังเกตว่าท้องพองออก



กลืนหายใจเอาไว้ชั่วคราว นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับหายใจเข้า

1 2 3 4

กลืนหายใจ



ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างๆ

1...2...3...4...5...6...7...8 พยายามไล่ลมหายใจ

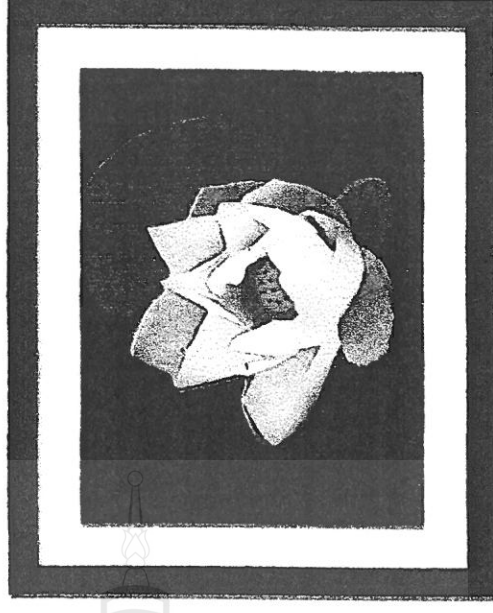
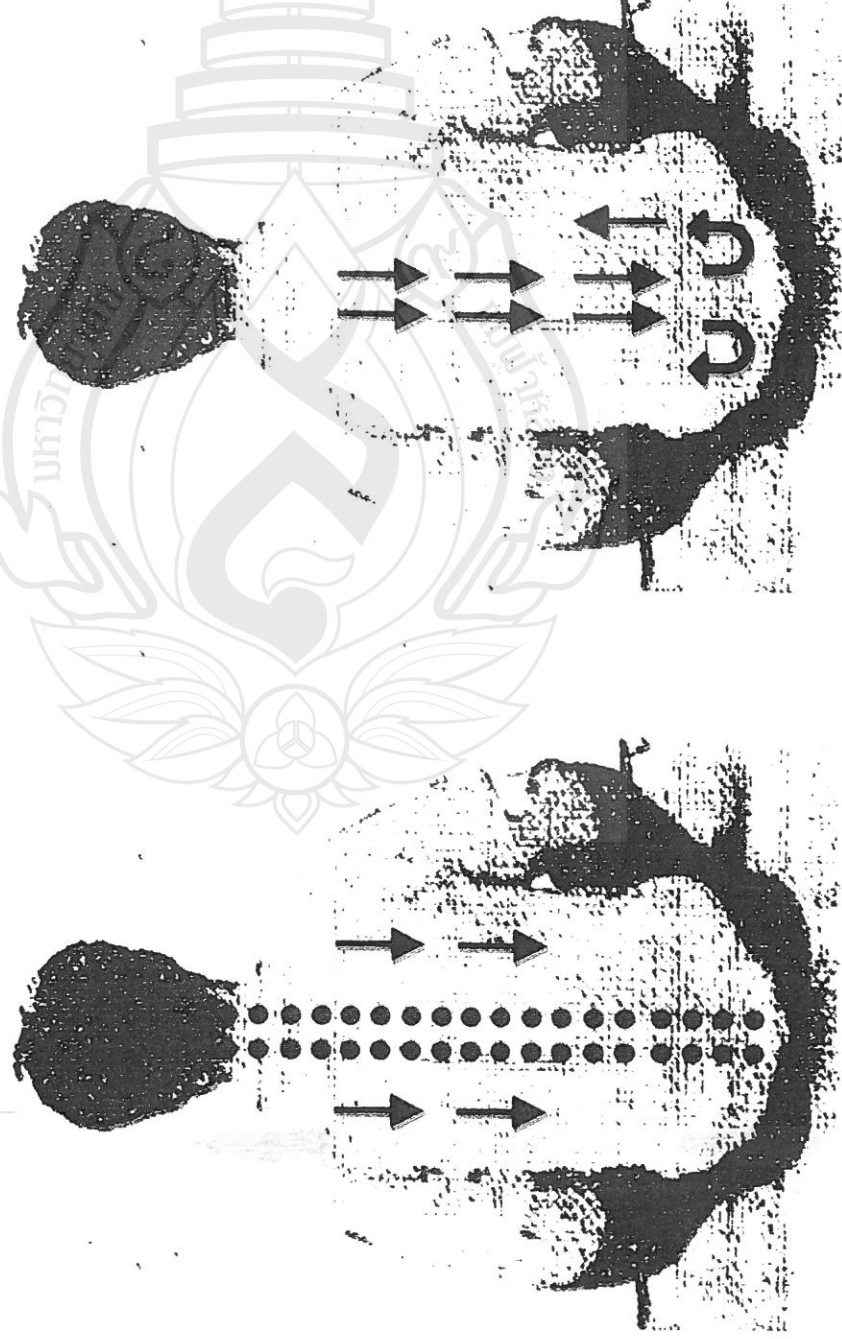
ออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้าๆ กลืนไว้แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าหายใจเข้า

การกดจุด **ลดอาการปวด** **สำหรับผู้สูงอายุเริ่ม** **(Acupressure)**

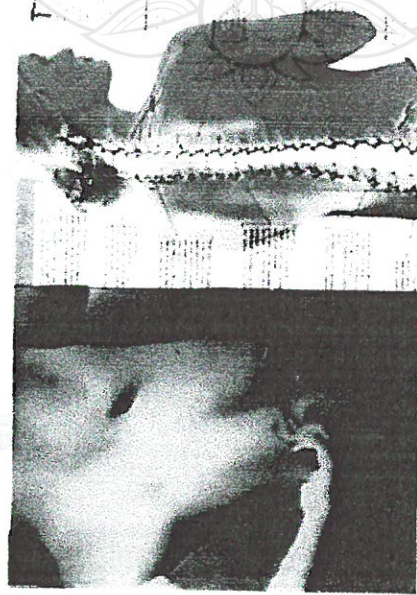
1. กดจุดบริเวณคอและไหล่
 2. กดจุดบริเวณข้อมือและข้อศอก
 3. กดจุดบริเวณเข่าและข้อเท้า

ทำซ้ำ 1 ครั้ง
 ทุกวันเป็นเวลา 15 นาที
 ให้ทำวันละ 3 ครั้ง



• SW. 1555555555 •

การกดจุดลดอาการปวด ถ้าได้รับอุบัติเหตุมาเร็ว (Acupressure)

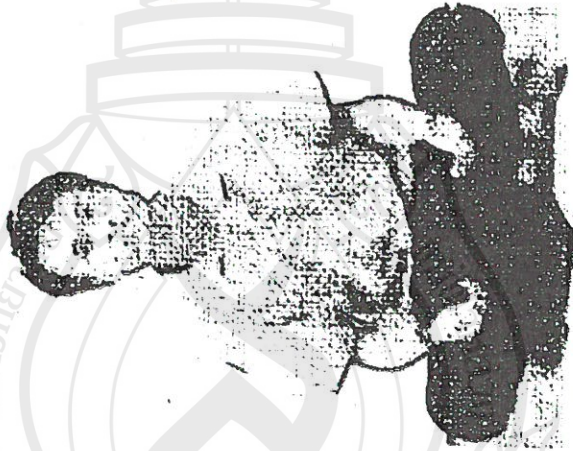


อัตประสงก์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีระบบประสาทจากอาการปวด

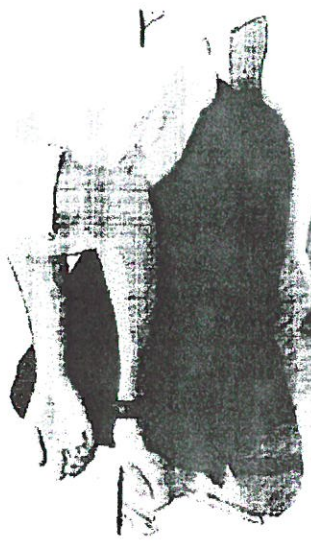
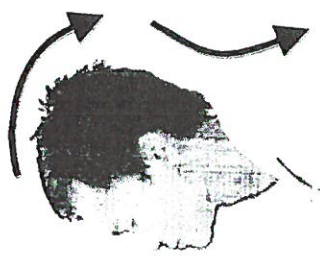
วิธีการ

ให้ผู้ป่วยพักในท่านั่งหรือนอนตะแคง
ที่รู้สึกสบาย



ใช้นิ้วชี้และหรือนิ้วกลางกดในตำแหน่ง
โดยใช้น้ำหนัก 1 ใน 3 (ประมาณ 30%)
ของแรงที่พืดกด สามารถออกแรงได้รวดเร็ว
แต่จะรักษานานประมาณ 10 รอบ ของการ
หายใจเข้า-ออก

เริ่มจากบริเวณที่ระงะจากตำแหน่งกระหม่อม
หน้ามาด้านหลังศีรษะ: แต่ละตำแหน่งห่างกัน
ประมาณ 1 นิ้ว และลงมาถึงบริเวณต้นคอ



ภาคผนวก ซ
การคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด



การคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Scale-level CVI)

สูตรการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด

$\text{ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด} = \frac{\text{ผลรวมสัดส่วนคะแนนความคิดเห็นของทรงคุณวุฒิ}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}}$ (ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ)
--

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางการแพทย์

$$= \frac{1+1+1+1+0.89}{5}$$

$$= .98$$

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางการแพทย์
สำหรับผู้ป่วย

$$= \frac{1+1+1+1+1}{5}$$

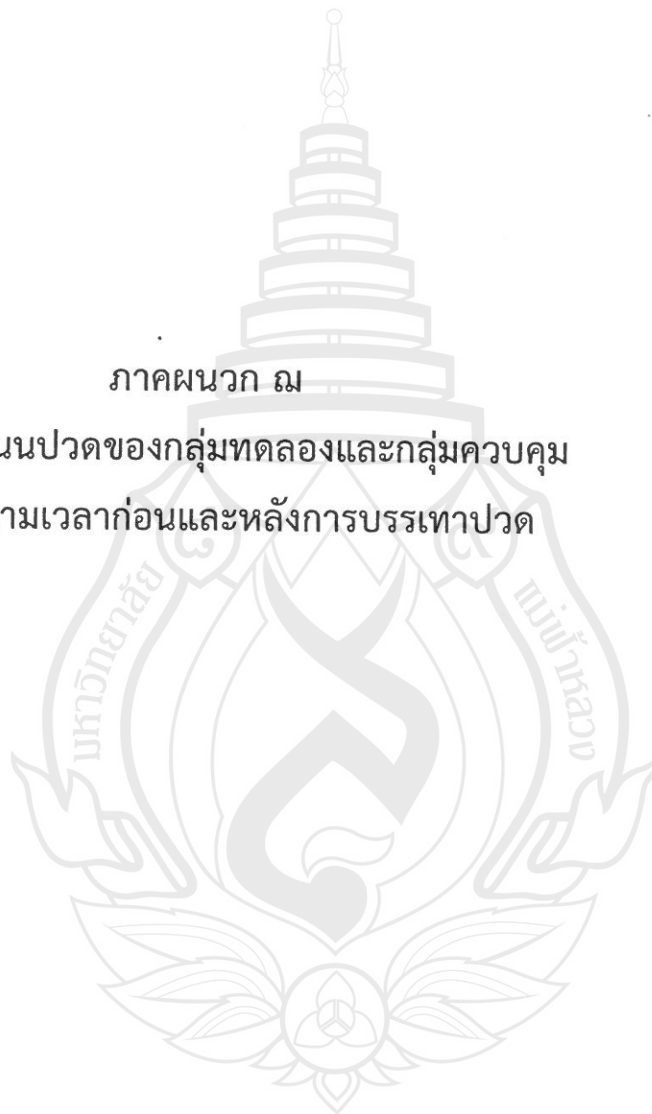
$$= 1$$

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางการแพทย์
สำหรับบุคลากร

$$= \frac{1+1+1+1+1}{5}$$

$$= 1$$

ภาคผนวก ฅ
ข้อมูลคะแนนปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำแนกตามเวลา ก่อนและหลังการบรรเทาปวด



ตารางข้อมูลคะแนนปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกก่อนและหลังการบรรเทาปวด

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการบรรเทาปวด	หลังการบรรเทาปวด	ก่อนการบรรเทาปวด	หลังการบรรเทาปวด
1	4	3	4	4
2	10	5	8	8
3	2	0	3	3
4	10	5	8	3
5	2	2	3	3
6	3	2	2	2
7	3	2	3	3
8	3	3	3	3
9	3	2	3	3
10	5	4	5	5
11	3	2	3	3
12	4	2	4	4
13	4	3	4	4
14	3	2	3	3
15	3	0	2	2
16	4	3	5	1
17	3	2	3	3
18	3	2	3	3
19	3	2	2	2
20	4	3	6	6
21	5	0	5	3
22	3	2	3	3
23	3	3	3	3
24	1	3	3	3
25	3	1	3	3
26	3	1	2	2
27	3	1	3	3
28	5	3	4	4
29	3	2	3	3
30	5	3	4	4

ภาคผนวก ญ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. น.พ.อิทธิพงษ์ ยอดประสิทธิ์ ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. พ.ญ.สิริธร โขลิตกุล วัสดุแพทย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3. ภ.ญ.สุกานดา เด่นจันตา เกษัชกร โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
4. อาจารย์สุทธิดา พงษ์พรรณงาม อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
5. น.ส.อัจฉรา สุจาจริง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



ภาคผนวก ก
ประวัติผู้วิจัย



ประวัติคณะผู้วิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางภาวดี วิมลพันธุ์

(ภาษาอังกฤษ) Ms.Pawadee Wimolphan

2. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

3. ประวัติการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พ.ศ. 2527
- สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2531
- พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2536
- การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2530

4. ประวัติการทำงาน

- พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ร.พ. เชียงรายประชานุเคราะห์
พ.ศ. 2527-2534
- พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ร.พ. เชียงรายประชานุเคราะห์
พ.ศ. 2536-2540
- หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ร.พ. เชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2540-2548
- พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลศัลยศาสตร์ พ.ศ. 2548-2551
- อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

การพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลศัลยศาสตร์(การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร)

6. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ชื่อเรื่องของผลงาน การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

ชื่อการประชุม การประชุมวิชาการสามัญประจำปีสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2542

สถานที่ วัน เวลา ศูนย์ประชุมประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร 2542

ชื่อเรื่องของผลงาน	เปรียบเทียบความคาดหวังกับกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องเพื่อสำรวจดู
ชื่อการประชุม	การประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่ วัน เวลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2543
ชื่อเรื่องของผลงาน	การศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด
ชื่อการประชุม	การประชุมการประกันคุณภาพการรักษายาบาลประจำปี
สถานที่ วัน เวลา	ศูนย์ประชุมอิมแพค อรีนา เมืองทองธานี 2549
ชื่อเรื่องของผลงาน	การศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
ชื่อการประชุม	การประชุมการประกันคุณภาพการรักษายาบาล เขต1/2 ประจำปี 2549
สถานที่ วัน เวลา	โรงแรมอินคำ เชียงราย 2549
ชื่อเรื่องของผลงาน	การศึกษาประสิทธิภาพกิจกรรมชมรมผู้ป่วยมะเร็ง
ชื่อการประชุม	การประชุมการประกันคุณภาพการรักษายาบาลประจำปี 2550
สถานที่ วัน เวลา	ศูนย์ประชุมอิมแพค อรีนา เมืองทองธานี 2550
ชื่อเรื่องของผลงาน	การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ชื่อการประชุม	การประชุมวิชาการสาธารณสุขเขต 1
สถานที่ วัน เวลา	โรงแรมลิตเติลดัก เชียงราย 10 พฤษภาคม 2551
7. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ	
ชื่อเรื่องผลงาน	การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
ชื่อวารสาร	เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสามัญประจำปีสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2542
ชื่อเรื่องผลงาน	เปรียบเทียบความคาดหวังกับกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจริงของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องเพื่อสำรวจดู
ชื่อวารสาร	เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ชื่อเรื่องผลงาน	การศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด
ชื่อวารสาร	เอกสารประกอบการประชุมการประกันคุณภาพการรักษายาบาลประจำปี 2549
ชื่อเรื่องผลงาน	การศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น
ชื่อวารสาร	เอกสารประกอบการประชุมการประกันคุณภาพการรักษายาบาล เขต1/2

ประจำปี 2549

ชื่อเรื่องผลงาน	การศึกษาประสิทธิภาพกิจกรรมชมรมผู้ป่วยมะเร็ง
ชื่อวารสาร	เอกสารประกอบการประชุมการประกันคุณภาพการรักษายาบาลประจำปี 2550
ชื่อเรื่องผลงาน	การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ชื่อวารสาร	วารสารวิชาการสาธารณสุขเขต 1

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางพรทิwa คำวรรณ
(ภาษาอังกฤษ) Ms.Porntiwa Kamwan
2. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 8
หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก หอผู้ป่วยสมเด็จย่า ศัลยกรรม
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
3. ประวัติการศึกษา
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
วิทยาลัยพยาบาลสววรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ พ.ศ. 2522
 - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขารบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2544
 - ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2523
4. ประวัติการทำงาน
- พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยหนัก ร.พ. เชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2522-2523
 - วิสัญญีพยาบาล ร.พ.เชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2524-2542
 - หัวหน้าหอผู้ป่วยสมเด็จย่า ศัลยกรรม ร.พ.เชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2542-ปัจจุบัน
5. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ -
6. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ
- ชื่อเรื่องผลงาน การศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
ในโรงพยาบาล
- ชื่อวารสาร วารสารโรงพยาบาลแพร่