



รายงานวิจัย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

ต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

THE EFFECT OF NURSING CLINICAL PRACTICE GUIDELINE IN
CANCER PAIN MANAGEMENT ON PAIN AND SATISFACTION
IN CANCER PATIENTS

หัวหน้าโครงการ

นางสาวกาญจนา เพียรบุญญิตี

ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้ร่วมวิจัย

นางสาวกิ่งทิพย์ แท้มทอง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสภากาชาดไทย ปีงบประมาณ 2561

31 สิงหาคม 2561

หัวข้อวิจัย	ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวกาญจนา เพียรบุญญิต และนางสาวกัญทิพย์ แด้มทอง
หน่วยงาน	ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ปีงบประมาณ	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่องการจัดการความปวด ศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง หลายครั้ง (The one group time series design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังที่มีความปวด จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบบสอบถามสำหรับการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) , 2) แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

- 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดเท่ากับ 3.02 ± 1.31 และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด เท่ากับ 1.87 ± 1.44 ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) คะแนนความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนี้ 1) การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องมีระดับนัยสำคัญทางสถิติไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} \pm SD = 3.73 \pm 0.82$ และ 4.03 ± 0.71 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนความพึงพอใจในหัวข้ออื่นๆ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย 2) คำแนะนำในการจัดการกับความปวดและให้การพยาบาลในการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม ($\bar{X} \pm SD = 3.00 \pm 0.83$ และ 3.83 ± 0.69 ตามลำดับ), 3) การให้คำแนะนำในเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ($\bar{X} \pm SD = 2.30 \pm 0.70$ และ 3.33 ± 0.75 ตามลำดับ), 4) มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาล ($\bar{X} \pm SD = 2.16 \pm 0.69$ และ 3.46 ± 0.73 ตามลำดับ) และ 5) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องของการจัดการความปวดที่ได้รับ ($\bar{X} \pm SD = 2.96 \pm 0.76$ และ 3.96 ± 0.71 ตามลำดับ)

Research Title THE EFFECT OF NURSING CLINICAL PRACTICE GUIDELINE IN
CANCER PAIN MANAGEMENT ON PAIN AND SATISFACTION
IN CANCER PATIENTS

Researcher Ms. Kanjana Pianbanyat and Ms. Kingtip Tamthong

Organization Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital,
The Thai Red Cross Society

Year 2018

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the pain and satisfaction scale in patients cancer before and after used clinical nursing practice guideline (CNPG) on cancer pain management. This study was conducted with one group time series design. Thirty patients cancer were recruited following the criteria. Data were collected by questionnaires as followed: 1) Performance Check List, PCL, 2) Numeric Rating Scale, and 3) satisfaction scale. The data was analyzed by Paired t-test.

The research findings summarized as follows:

1) The mean pain score before used CNPG on cancer pain management was 3.02 ± 1.31 and the mean pain score after used CNPG on cancer pain management was 1.87 ± 1.44 . It's statistically significant ($p < .05$).

2) The satisfaction scale before and after used CNPG on cancer pain management was significantly ($p < .05$), and show as: 1) assess pain ($\bar{X} \pm SD = 3.73 \pm 0.82$ and 4.03 ± 0.71 , respectively) (ns). 2) advice and nursing of cancer pain management ($\bar{X} \pm SD = 3.00 \pm 0.83$ and 3.83 ± 0.69 , respectively) ($p < .05$), 3) advice of side effect from painkiller ($\bar{X} \pm SD = 2.30 \pm 0.70$ and 3.33 ± 0.75 , respectively) ($p < .05$), 4) get ready patients and family before discharge ($\bar{X} \pm SD = 2.16 \pm 0.69$ and 3.46 ± 0.73 , respectively) ($p < .05$), and 5) patients are satisfied of cancer pain management ($\bar{X} \pm SD = 2.96 \pm 0.76$ and 3.96 ± 0.71 , respectively) ($p < .05$).

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอ ตึกว่องวานิชชั้น 4 นางสาวเนตรสุวิณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ และนางวิไล ถวิลวิสาร รวมถึงพี่ๆ ศูนย์วิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ ดร. เอมอร แสงสิริ และนางวันนา จินดาเพิ่ม ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จนรายงานการวิจัยสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่พี่ๆทุกคนมอบให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ชั้น 5, 6 และ 7 ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย รวมถึงการดำเนินการทดลอง ตลอดจนผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอพระคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ จนทำให้รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
 บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
1.4 สมมติฐานการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตการวิจัย	3
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
 บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	6
2.2 บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	17
2.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด	21
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2.5 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	28

สารบัญ

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
3.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	31
3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	32
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
3.5 กระบวนการดำเนินการทดลอง	39

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
--------------------------	----

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย	62
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	63
5.3 ข้อเสนอแนะ	65

บรรณานุกรม

67

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก	ตัวอย่างเครื่องมือฉบับสมบูรณ์
ภาคผนวก ข	แผนการสอน

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวดที่เกิดขึ้นตอนนี้ ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน.....	45
2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการ ความปวด.....	50
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Paired t-test).....	52
4	เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดโดยใช้สถิติทดสอบที่ (Paired t-test).....	53

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงกลไกประตูกควบคุมความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ของ Melzack & Wall (2003).....	8
2	มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale : VAS).....	14
3	มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal Descriptive Scale: VDS).....	14
4	มาตรวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale : FPS).....	15
5	มาตรวัดความปวดของสีจิวต (Stewart's pain color scale).....	16
6	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	29
7	กราฟเส้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 1-4) และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 5-8).....	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัตราการเกิดโรคมะเร็งที่เพิ่มสูงมากขึ้น เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับแรกของประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 92.17 คนต่อประชากรแสนคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) ในปีพ.ศ. 2551-2555 ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด ไม่สุขสบายจากการรักษา อาการข้างเคียงของการรักษา ทั้งจากยาที่ได้รับและหัตถการต่างๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการปวดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง หรือที่เรียกว่า Cancer pain ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญมากและพบบ่อยถึงร้อยละ 30-90 เป็นความปวดในช่วงการวินิจฉัย ร้อยละ 30-75 ปวดในช่วงการรักษา ร้อยละ 33-59 และปวดในระยะลุกลามของโรค ร้อยละ 65-85 (Yates et al., 2002) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดที่พบบ่อยที่สุด คือ ความปวดที่เกิดจากก้อนมะเร็ง ร้อยละ 65-85 รองลงมา คือ ความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง ร้อยละ 15-25 (Urban et al., 2010) ซึ่งความปวดเป็นความรู้สึที่มีอิทธิพลอย่างมากในการทำลายความสุข ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน กระทั่งต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาการนอนหลับ และมีความวิตกกังวล ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Balducci, 2003) ความปวดอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือต่อเนื่องตลอดเวลา เป้าหมายการระงับปวด คือ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและเสียชีวิตจากโรคโดยไม่ทรมานจากความปวด ดังนั้นการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งควรสอดคล้องกับแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ คุมอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายโดยไม่ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง ผู้ป่วยยังสามารถประกอบกิจกรรมพื้นฐานต่างๆได้ด้วยตนเอง ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จากสถิติการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด Cancer pain management ของดีกั๋วองวานิช เดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการทำกิจกรรมนอกเตียงที่ระดับ ≤ 3 คิดเป็น 28 % น้อยกว่าเกณฑ์ 80% ที่ตั้งไว้ และร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความรบกวนของความปวดต่อการนอนหลับอย่างต่อเนื่องที่ระดับ ≤ 3 คิดเป็น 44 % น้อยกว่าเกณฑ์ 80% ที่ตั้งไว้เช่นกัน (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2557)

ปัจจุบันมีการศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอย่างกว้างขวาง ทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่ได้ผลในการลดความปวดมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดท่า การประคบประครองด้านจิตใจ การใช้สมาธิ สวดมนต์ การนวดบรรเทาปวด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้สื่ออารมณ์ขัน ดนตรีบำบัด จินตภาพ และนอกจากนี้การให้ความรู้ผู้ป่วยในการจัดการความปวดให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองก็สามารถลดความปวดได้ ในบทบาทของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างเต็มศักยภาพ เนื่องจากการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วย และสามารถเข้าร่วมกับวิธีการจัดการความปวดด้วยยาตามการรักษาของแพทย์ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดที่มีอยู่ มีผลต่อการรับรู้ความปวดและลดปริมาณการใช้ยาลดความปวดได้โดยอ้อม (พลสุข ศิริพล, 2551) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้หลักการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการจัดการความปวด ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความปวด นำไปสู่การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาล

คำถามของการวิจัย

ระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งกายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดลดลงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด
2. คะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งกายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (หลายครั้ง) (The One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด ผู้ป่วยใน ตึกว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

คำสำคัญ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ความปวด ความพึงพอใจ และผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ตัวแปรตาม คือ ความปวดและความพึงพอใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด หมายถึง แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การเตรียมให้การพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ขั้นตอนที่ 2) การพยาบาลในการจัดการความปวด และ ขั้นตอนที่ 3) การประเมินหลังการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายทั้งขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ประกอบด้วย 15 ข้อ ดังนี้ 1) การให้ความรู้ผู้ป่วยในการประเมิน Pain Score โดยใช้ Numeric Rating Scale เมื่อแรกรับ 2) ประเมินคะแนนความปวดเมื่อแรกรับ 3) ประเมินตำแหน่งที่ปวดและลงบันทึกทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ 4) ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเมื่อแรกรับ 5) ประเมินวิธีการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ 6) ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องวิธีการใช้ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ 7) ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องผลข้างเคียงของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับและการป้องกัน 8) แนะนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตาม que ผู้ป่วยเลือก 9) ประเมิน Pain Score ทุกเวร 10) ประเมิน Sedation score ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Strong opioids 11) ประเมินความปวดเมื่อมี Breakthrough pain 12) มีการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยเมื่อมี Breakthrough pain 13) มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 30 นาที 14) มีการส่งต่อข้อมูลความปวดของผู้ป่วยในบันทึกทางการพยาบาล และ 15) มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด (Discharge planning)

ความปวด หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกที่ไม่สบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากก้อนมะเร็ง หรือการรักษาโรคมะเร็ง เป็นความปวดเรื้อรัง ส่งผลให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลาย ก่อให้เกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวด และความรู้สึกของบุคคลนั้นบอกว่ามี ความปวด ซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยประเมินได้จากมาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด 0-10 และมีข้อความกำกับไว้ที่ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 ปวดมากที่สุด

ความพึงพอใจ หมายถึง ความพอใจและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ประกอบด้วย การประเมินความปวด วิธีการบรรเทาความปวด คำแนะนำในการจัดการกับความปวด ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความปวด

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด ผู้ป่วยใน ตึกอำนวยการชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการนำเอาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ส่งผลให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพดีขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด มีอาการปวดลดลง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดต่อระดับความปวด และความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

1.1 ความหมายของความปวด

WHO (2008) ให้ความหมายความปวดว่าเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคล เป็นความรู้สึกไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ เป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยสามารถประเมินความปวดได้จากผู้ป่วยโดยตรง

ความปวดจากโรคมะเร็ง เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล และเป็นประสบการณ์การรับรู้ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากก้อนมะเร็ง หรือการรักษาโรคมะเร็ง เป็นความปวดเรื้อรัง มีระยะเวลาความปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลาย ก่อให้เกิดการตอบสนองทั้งทางพฤติกรรม (Behavioral response) และทางสรีรวิทยา (Physiological response) ซึ่งความปวดมีความหมายแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล อาการปวดดังกล่าวมีผลรบกวนต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ท้อแท้ หรือสิ้นหวัง

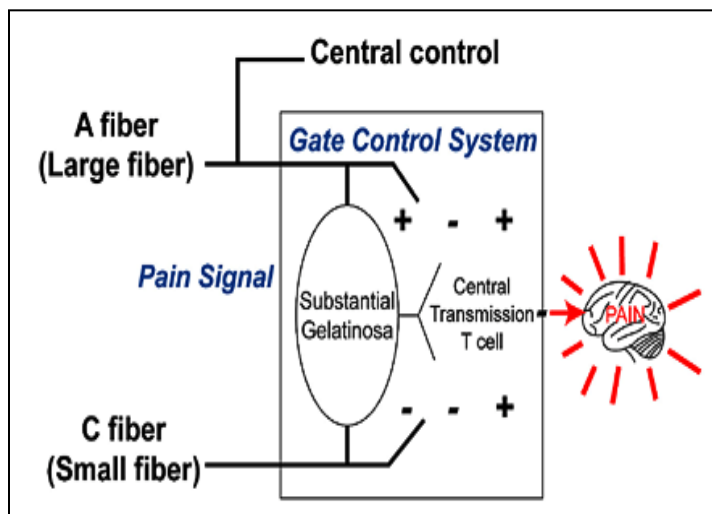
1.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวดมีหลากหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับกันมาก คือ ทฤษฎีควบคุมประตู

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

เมลแซคและวอลล์ (Melzack and Wall) คิดค้นทฤษฎีนี้ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1965 และได้พัฒนาทฤษฎีเมื่อปี ค.ศ. 1982 เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน สามารถอธิบายความปวดได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณที่ระดับไขสันหลัง ก่อนที่จะส่งไปยังสมอง ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ 1) กลไกการควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง (Spinal gate mechanism) 2) ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) 3) ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (Central biasing system) 4) ระบบความเคลื่อนไหว (Action system) (Melzack, 1999) โดยทฤษฎีควบคุมประตูสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดว่า กลไกควบคุมประตูอยู่ที่ระดับไขสันหลัง (Spinal gate mechanism) บริเวณ substantia gelatinosa หรือ SG cell โดยทำหน้าที่ยับยั้งหรือปิดกั้นทางผ่านของกระแสประสาทไม่ให้ไปสู่ T cell จึงไม่เกิดการส่งต่อกระแสประสาทไปสู่สมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกปวดขึ้น

การยับยั้งการเพิ่มกระแสประสาทของใยประสาทขนาดใหญ่ (A fiber) และใยประสาทขนาดเล็ก (C fiber) ถ้าใยประสาทขนาดใหญ่มีกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้น SG cell ให้ทำงาน ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทไม่ให้ประสานกับ T cell จึงไม่มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและไม่เกิดความรู้สึกปวด เรียกว่า ประตูปิด แต่ถ้าใยประสาทขนาดเล็กมีกระแสประสาทมากกว่าจะไปยับยั้งการทำงานของ SG cell ทำให้มีการนำกระแสประสาทไปยัง T cell และส่งกระแสประสาทต่อไปยังสมองจึงเกิดความรู้สึกปวดขึ้น เรียกว่า ประตูเปิด (Melzack & Wall, 2003) (ดังแสดงในภาพที่ 1) อีกทั้งมีระบบที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกลไกควบคุมประตูความเจ็บปวด แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ



ภาพที่ 1 แสดงกลไกประตูควบคุมความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

ที่มา: Melzack & Wall (2003)

1) ระบบรับรู้และแยกแยะ (Sensory-discriminative system) ทำหน้าที่รับรู้ และแยกแยะความรุนแรง ลักษณะและตำแหน่งของความเจ็บปวด จากการส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองโดยทางนีโอสไปโนทาลามิก (Neospinothalamic tract) ไปยังธาลามัสส่วนหลัง (Dorsal thalamus) และสมองส่วนที่รับรู้ความรู้สึก (Sensory cortex)

2) ระบบเร้าทางอารมณ์ (Motivational affective system) ทำหน้าที่เร้าทางอารมณ์ และสิ่งไม่พึงพอใจ ซึ่งส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองโดยทาง พัลลีโอสไปโนทาลามิก (Paleospinothalamic tract) ไปยัง ธาลามัสด้านใน (Medial thalamus) ระบบลิมบิก (Limbic system) และสมองส่วนหน้า (Frontal cortex) ระบบนี้จะแสดงผลกลับไปยังระบบควบคุมประตูด้วย

3) ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ทำงานโดยระบบประสาทที่อยู่สูงขึ้นไปหรือระบบนีโอคอร์ติคัลทำหน้าที่ประเมินสัญญาณนำเข้าในเชิงประสบการณ์ในอดีต โดยแสดงต่อทั้งระบบรับรู้และแยกแยะ ระบบเร้าทางอารมณ์ และระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังด้วย

1.3 ประเภทความปวด (สถาพร สีสานันทกิจ, 2550)

1) แบ่งตามระยะเวลาของการเกิดความปวด แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเนื้อเยื่อถูกทำลาย ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดและเกิดการตอบสนองต่อความปวดทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ความปวดมีระยะเวลาจำกัดขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั่น เช่น ความปวดหลังผ่าตัด

1.2 ความปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) ความปวดเป็นผลจากระยะเวลาของพยาธิสภาพของโรค ความปวดจะค่อยๆเกิดขึ้นและเป็นไปอย่างซ้ำๆ และไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าความปวดจะสิ้นสุดเมื่อไร โดยส่วนมากระยะเวลาของความปวดมักจะมีระยะเวลาความปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2) แบ่งตามสรีรวิทยาของพยาธิสภาพ

2.1 Somatic pain เกิดจากการกระตุ้น nociceptors ในบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ โดยทั่วไปสามารถระบุตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน และบอกลักษณะปวดว่า ปวดตื้อๆ (Aching) ปวดแปล็บๆ (Sharp) ปวดตุบๆ (Throbbing) ปวดแน่นๆ หรือตึงเมื่อถูกกด (Pressure-like)

2.2 Visceral pain เป็นอาการปวดที่เกิดจากอวัยวะภายในและอวัยวะอื่นๆ มีผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติ โดยมักจะบอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน บริเวณปวดโดยมากเป็นวงกว้างและบ่อยครั้งที่ความปวดมีการกระจาย (Referred pain) ไปยังผิวหนังบริเวณอื่น โดยมากความปวดที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะบอกว่า ปวดตื้อๆ ลึกๆ (Deep aching) หรือปวดตุบๆ (Throbbing)

2.3 Neuropathic pain เกิดจากมีการบาดเจ็บหรือการทำลายของเส้นประสาททั้งระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง มักจะปวดแบบแสบร้อน ชา หรือรู้สึกเหมือนถูกไฟช็อต อาการปวดแบบนี้มักพบจากการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด

1.4 สาเหตุของการเกิดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (สถาพร สีสานันทกิจ, 2550)

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย

1) จากการเกี่ยวเนื่องของก้อนมะเร็ง (Due to tumor involvement)

1.1 การกระจายของเซลล์มะเร็งมายังกระดูก เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดก่อให้เกิดความปวดโดยตรง

1.2 มากที่สุด การกระจายของเซลล์มะเร็งมายังกระดูก ก่อให้เกิดความปวดตั้งแต่จากการทำลายกระดูกเฉพาะที่ มีการดึงรั้งของเยื่อหุ้มกระดูกจากก้อนเนื้อที่โตขึ้น จากภาวะของ

กระดูกซี่โครงหรือหัก อันเป็นผลจากกระบวนการพยาธิสภาพจากการแทรกซึมของเซลล์มะเร็งไปยังเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ

1.3 จากการกดทับหรือแทรกซึมของเซลล์มะเร็งต่อเส้นประสาทส่วนปลาย ก่อให้เกิดภาวะปวดตื้อหรือปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง การแทรกซึมของเซลล์มะเร็งต่อ Brachial หรือ Lumbosacral plexus อาจก่อให้เกิดความปวด และสูญเสียประสาทการรับรู้ รวมถึงการสูญเสียอาการแสดงทางด้านการเคลื่อนไหวด้วย

1.4 การแทรกซึมของเซลล์มะเร็งต่อ Soft tissue ก่อให้เกิดความปวด เนื่องจากการทำลายเนื้อเยื่อตรงบริเวณนั้น และจากการแทรกซึมไปยังเนื้อเยื่อที่ไวต่อการรับรู้ความปวด อาทิเช่น ฟังผืด หรือเยื่อหุ้มกระดูก การแทรกซึมต่อ Soft tissue ยังก่อให้เกิดความปวดจากการไปกดทับ หรือมีการแทรกซึมเข้าไปยังเส้นประสาท และ vessels ชนิดต่างๆ การแทรกซึมของเซลล์มะเร็งต่อผิวหนังและเยื่อเมือกต่างๆ ก่อให้เกิดความปวดเฉพาะที่

2) ความปวดที่เป็นผลจากการบำบัดโรค (Pain associated with treatment)

2.1 หัตถการต่างๆ ที่กระทำเพื่อให้ได้ถึงการวินิจฉัยหรือการบอกระยะของโรคมะเร็งสามารถก่อให้เกิดผลของความปวด

2.2 ผลตามมาจากการผ่าตัดโรคมะเร็ง

2.3 ผลจากการได้รับยาเคมีบำบัด อาทิเช่น เยื่อช่องปากอักเสบ หลอดเลือดดำอักเสบ เนื้อเยื่อตายจากภาวะ Extravasation ภาวะปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ และพบได้บ่อยครั้งขึ้นจากยาเคมีบำบัด กลุ่ม Taxanes, Vinca alkaloids และ Platinum drugs พบว่าก่อให้เกิดผลข้างเคียงด้านการทำลายเส้นประสาท

2.4 ผลจากการได้รับรังสีรักษา ก่อให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

3) ความปวดที่ไม่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งหรือจากการบำบัดโรคมะเร็ง (Pain unrelated to Cancer or Treatment) ผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีความปวดอีกจำนวนหนึ่งซึ่งพบได้น้อยมากที่เกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งหรือเป็นผลจากการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง โดยมากเป็นความปวดธรรมดาที่พบเกิดขึ้นได้เป็นปกติวิสัยในคนทั่วไป อาทิเช่น ปวดตามข้อ ปวดจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ หรือโรคของเส้นโลหิตส่วนปลาย เช่น งูสวัด เป็นต้น

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดจากโรคมะเร็ง มีดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ อาจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ และการแสดงออกถึงความรู้สึกปวดที่มีความแตกต่างกันบ้างในระดับความอดทนต่ออาการปวด ในผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้อาการปวดเปลี่ยนไปเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การส่งสัญญาณประสาท และการรับรู้ช้าลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่ความรุนแรงของอาการปวดไม่ลดลง (Berman et al., 2008)

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการตอบสนองต่อความปวด พบว่า เพศชายจะแสดงความรู้สึกของความปวดน้อยกว่าเพศหญิง แต่การตอบสนองความปวดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสังคมและวัฒนธรรมด้วย (Blackkall, 2000)

2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ปัจจัยที่พบว่ามีผลสำคัญ ได้แก่

2.1 ระยะของโรคมะเร็ง เมื่อโรคมะเร็งมีการลุกลามมากขึ้น อาการปวดจะปรากฏเด่นชัดขึ้น (Chang et al., 2000)

2.2 ระยะเวลาความปวด ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเป็นความปวดเรื้อรัง โดยมีระยะเวลาความปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2.3 ตำแหน่ง/ ชนิดของอวัยวะที่เป็นโรคมะเร็ง หากมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง ตำแหน่งหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็งจึงมีความเกี่ยวข้องกับความปวด

2.4 ชนิดของความปวดตามตำแหน่งพยาธิสรีรวิทยา ความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) หรือความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (Deep somatic pain) พบร้อยละ 73 เป็นชนิดของความปวดที่พบเป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็ง (Potter & Higginson, 2004)

2.5 ความปวดจากการรักษา

3) ปัจจัยด้านการรับรู้ ความจำ และการให้ความหมายของความปวด

3.1 ประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความปวด โดยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้การจัดการความปวดยากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดี (Berman et al., 2008)

3.2 การให้ความหมายของความปวด ผู้ป่วยโรคกระดูกเรื้อรังมักคิดเชื่อมโยงว่าอาการปวดเป็นสัญญาณเตือนว่าโรคกระดูกเรื้อรังหรือการลุกลามของมะเร็งที่เป็นมากขึ้น ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิตและทำให้ความหวังลดลง นอกจากนี้ความคิดที่ว่าตนเองจะไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นได้มีความสัมพันธ์กับความปวด (Burke et al., 2007)

4) ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์

4.1 ความวิตกกังวล ความกลัว โดยความวิตกกังวล ความกลัว จะไปกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว ส่งผลให้เพิ่มระดับความเจ็บปวด กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคกระดูกเรื้อรังที่มีความวิตกกังวล ความกลัวสูง จะมีคะแนนความรุนแรงความปวดสูง (Jablonski, 2005)

4.2 ภาวะซึมเศร้า ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น

5) ปัจจัยด้านสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับความปวด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคกระดูกเรื้อรังจัดการกับความปวดได้ดีขึ้น

1.6 การประเมินความปวด

การประเมินความปวด สามารถทำได้ 5 วิธี ดังนี้

1) การประเมินความปวดโดยคำบอกเล่าของผู้ป่วย การประเมินวิธีนี้นิยมใช้กันมาก เพราะทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและมีความเชื่อถือได้ในระดับสูง เนื่องจากการรายงานความปวดจากผู้ป่วยเอง สิ่งที่จะต้องซักถาม คือ

- ระดับความรุนแรงของความปวด
- บริเวณหรือตำแหน่งที่ปวด
- ขอบเขตของความปวด
- ระยะเวลาที่ปวด
- เวลาที่เริ่มปวด
- ความถี่ของความปวด
- ลักษณะของความปวด

2) การประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรม (Behavioral assessment) เป็นการสังเกตการแสดงออกทางสีหน้า เสียง ภาษาทางกายหรือการเคลื่อนไหว และพฤติกรรมอื่นๆ เนื่องจากความปวดกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะตัว เป็นการแสดงออกให้บุคคลอื่นทราบว่าตนเองมีอาการปวดเกิดขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ (Nagaviroj and Jaturapatporn, 2009)

2.1 พฤติกรรมแสดงออกที่ไม่ใช้คำพูด (Nonverbal) เช่น นอนนิ่งๆ นอนบิดตัวไปมา กันไม่ให้บุคคลอื่นโดนบริเวณนั้น การลูบคลำบริเวณที่ปวด กระสับกระส่าย กระวนกระวาย การถอนหายใจ หรือหายใจเสียงดัง เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการเปล่งเสียง (Vocalization) เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ สะอึกสะอื้น ตะโกน ตะคอก เป็นต้น

2.3 การแสดงออกทางสีหน้า (Sad facial expression) เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด หลับตาแน่น เม้มริมฝีปากหรือกัดฟัน หน้าบิตเบี้ยว หน้าเศร้า น้ำตาไหล เป็นต้น

2.4 พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว เอะอะโวยวาย ซึมเศร้า เป็นต้น

3) การประเมินด้านสรีรวิทยา (Physiological assessment) ประเมินได้โดยการตรวจร่างกาย และการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะผิวหนังหรืออวัยวะที่ได้รับ ความปวด ในรายที่มีความปวดอาจพบอาการทางระบบประสาทซิมพาเธติก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออก ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เป็นต้น ส่วนอาการทางระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ได้แก่ อ่อนเพลีย ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง คลื่นไส้และอาเจียน เป็นต้น

4) การประเมินจากการขอยาบรรเทาอาการปวด การใช้ยาบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยจะเป็น สิ่งบ่งชี้ระดับความรุนแรงของความปวด โดยปริมาณความต้องการใช้ยาระงับปวดที่เพิ่มขึ้นจะแปรผันตามระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น

5) การประเมินจากประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวกับความปวด ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มปวด รูปแบบของความปวด เช่น ปวดต่อเนื่องตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ การดำเนินโรคของความปวด เช่น คงที่หรือปวดมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความปวด ควรประเมินว่าความปวดนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือปวดเป็นพักๆ หรือปวดเพิ่มขึ้นมาอีกแม้ว่าได้รับยาแก้ปวดคงที่แล้ว เรียกความปวดชนิดนี้ว่า “Breakthrough pain” ส่วนความปวดที่เกิดจากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นเพิ่มจากปกติ เช่น การทำแผล การทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนย้าย ความปวดนี้เรียกว่า “Incident pain” รวมถึงประวัติการรักษาที่ได้รับอยู่

1.7 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด

เครื่องมือที่ช่วยในการประเมินอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีหลากหลาย ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการปวดมีหลายแบบ ดังนี้

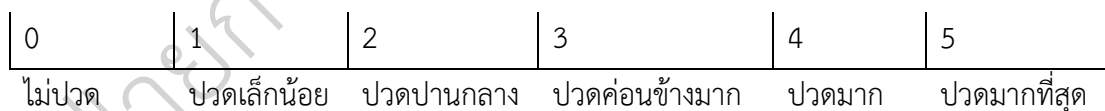
1) เครื่องมือประเมินความปวดในมิติทางเดียว (One-Dimension/ Scale)

1.1) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale : VAS) โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า “0” หมายถึง ไม่มีความปวด และ “10” หมายถึง ปวดมากที่สุด จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยจุดลงบนเส้นตรงนั้น ตรงที่ผู้ป่วยคิดว่าประมาณความปวดตอนนั้นๆ



ภาพที่ 2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale : VAS)

1.2) มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal Descriptive Scale: VDS) เป็นการบอกความปวดโดยบอกเป็นคำพูด ได้แก่ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด เป็นการประเมินโดยให้ผู้ผู้ป่วยใช้คำบอกเล่าด้วยคำพูดง่ายๆ ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกปวดขณะนั้น ข้อดีของ VDS คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยมักใช้คำกลางๆ เช่น ปวดมาก อาจบอกแค่ปวดปานกลาง ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง



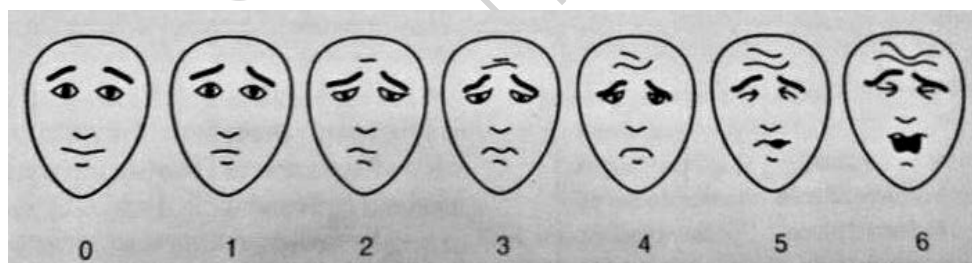
ภาพที่ 3 มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal Descriptive Scale: VDS)

1.3) มาตรฐานวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรฐานที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้บ่อย เนื่องจากง่ายและไม่สิ้นเปลืองเวลา โดยอธิบายให้ ผู้ป่วยเข้าใจว่า “0” หมายถึง ไม่มีความปวด และ “10” หมายถึง ปวดมากที่สุด ข้อดีของ NRS คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน การมีตัวเลขกำกับทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความปวดได้ง่าย (Herr & Garand, 2011)



ภาพที่ 4 มาตรฐานวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS)

1.4) มาตรฐานวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale : FPS) ประเมินจากการแสดงออกของสีหน้า โดยการสอบถามผู้ป่วยว่าขณะนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดระดับใด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้บอกตำแหน่งของสีหน้าที่ตนเองรู้สึกปวด โดยรูปหน้าคนทดแทนความรู้สึกปวดในขณะนั้น



ภาพที่ 5 มาตรฐานวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale)

ที่มา: Ham, Sloane & Warshaw, 2002

1.5) มาตรฐานวัดความปวดของสจ๊วต (Stewart's pain color scale) ใช้แถบสีแทนระดับความปวดของผู้ป่วย กำหนดเป็น 10 ช่อง โดยให้ผู้ป่วยเลือกแถบสีตามระดับความปวดของตนเอง ข้อดีของมาตรฐานวัดความปวดของสจ๊วต คือ การแยกแยะความรู้สึกปวดด้วยสีที่ต่างกัน ทำให้แยกแยะระดับความปวดได้ชัดเจน ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกปวดไม่สัมพันธ์กับสีของมาตรฐานวัด ไม่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่ตาบอดสี เนื่องจากไม่สามารถแยกแยะสีได้

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
เขียว	เหลือง	เหลือง	ส้ม	ส้ม	แดง	แดง	น้ำตาล	ดำ	ดำ
เหลือง		ส้ม		แดง		น้ำตาล		น้ำตาล	
ไม่รู้สึก				ปวด					ปวดมาก
ปวด				ปาน					จนทน
				กลาง					ไม่ได้

ภาพที่ 6 มาตรฐานวัดความปวดของสจ๊วต (Stewart's pain color scale)

2) เครื่องมือวัดความปวดแบบหลายทิศทาง หรือแบบผสมผสาน (Multidimension pain assessment tools) มีดังนี้

2.1) The Short-Form McGill Questionnaire (McGill-SF) เป็นการวัดความปวด โดยมีคะแนนเต็ม 15 คะแนน เป็นการประเมินความปวดทั้งความรุนแรงและคุณภาพ

2.2) The Functional Pain Scale มีระดับคะแนน 0-5 คะแนน เป็นการวัดความรุนแรงและการทำหน้าที่หรือผลกระทบต่อร่างกายจากอาการปวด (Gloth et al., 2001)

2.3) McGill Pain Questionnaire เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง และให้ข้อมูลเชิงลึกในการประเมินความปวด เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความปวดชนิดหลายมิติที่ใช้มากที่สุด ประเมินความปวดโดยลักษณะของกลุ่มคำ 20 กลุ่มคำ 10 กลุ่มคำแรก เป็นการวัดมิติด้านความรู้สึก (Sensory dimension) อีก 5 กลุ่มคำ เป็นการวัดมิติด้านอารมณ์ (Affective dimension) ส่วนอีก 4 กลุ่มคำ เป็นการประเมินด้านอื่นๆ ข้อดีของ McGill Pain Questionnaire คือ การแบ่งออกเป็นชุดคำต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถ

เลือกค่าได้ตรงกับความปวดที่ตนเองประสบได้มากที่สุด (Valley, 2003) แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา เนื่องจากค่อนข้างยาว อาจทำให้ผู้ป่วยให้ความสนใจลดลง

2.4) Brief Pain Inventory (BPI) มักใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 2 ส่วน คือ ความรุนแรงและผลกระทบจากความปวดในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน และข้อคำถามอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ เป็นข้อมูลความรุนแรงของความปวด 16 องค์ประกอบปวดมากที่สุด (Worst pain) ปวดน้อยที่สุด (Least pain) ปวดทั่วๆ หรือเท่ากัน (Pain on the average) และปวดเหมือนกับที่ผ่านมา

2. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การจัดการความปวดถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง การที่จะบำบัดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการกับความปวดทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา

2.1 การจัดการความปวดโดยการใช้ยา

1) วิธีการบริหารยาเพื่อบรรเทาอาการปวด ใช้ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้กำหนดหลักการใช้ยาระงับปวด โดยอาศัยจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ ตามระดับความรุนแรงของอาการปวด ประกอบด้วยบันได 3 ขั้น (WHO three steps Analgesic Ladder) ดังนี้ (Ersek & Poe, 2004)

ขั้นที่ 1 อาการปวดในระดับเล็กน้อย (Mild pain) แนะนำให้ใช้ยาระงับความปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน และยาแก้แสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในรายที่มีอาการปวดในระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)

ขั้นที่ 2 อาการปวดในระดับปานกลาง (Moderate pain) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 1 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด หรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาระงับปวดชนิด Weak opioids ร่วมกับยาระงับปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น Codeine Tramol Tramadol ในรายที่มีอาการปวดในระดับปานกลาง (มีคะแนนตั้งแต่ 4-6 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)

ขั้นที่ 3 อาการปวดในระดับรุนแรง (Severe pain) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 2 แล้วผู้ป่วย

ยังคงมีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาาระงับปวดชนิด Strong opioids ร่วมกับยา าระงับปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น Morphine Fentanyl หรือ Methadone ในรายที่มีอาการปวดในระดับรุนแรง (มีคะแนนตั้งแต่ 7-10 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)

2) หลักการของการใช้ยาาระงับปวด (สถาพร สีสานันทกิจ, 2550)

1. โดยทั่วไปนิยมให้ยาแก้ปวดตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ เกณฑ์การใช้ยาแก้ปวดตามบันไดสามขั้น (WHO Analgesic Ladder)
2. ใช้ยาในขั้นที่ 1 ร่วมกับขั้นที่ 2 หรือขั้นที่ 3 เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวด และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดจากยาแต่ละกลุ่มให้ลดน้อยลง แต่จะไม่ใช้ยากลุ่ม weak opioids ร่วมกับ strong opioids
3. NSAIDs เป็นกลุ่มยาแก้ปวดที่มีประโยชน์มากสำหรับใช้บำบัดความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของกระดูกและความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ การอักเสบ หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain)
4. การใช้ยากลุ่ม opioids ต้องตระหนักถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น วิงเวียน อาเจียน ง่วง ซึม ท้องผูก กัดกร่อนหายใจ เป็นต้น โดยให้ยาป้องกันอาการที่คาดว่าจะต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นนอน และเฝ้าระวัง พร้อมให้การรักษาแก้ไขทันทีเมื่อพบมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น
5. ใช้ยากลุ่มยาเสริมหรือที่เรียกกันในชื่อ Co-analgesics หรือ Adjuvants ซึ่งประกอบด้วย
 - 5.1 กลุ่มยา antidepressants ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วย amitriptyline, imipramine, desipramine และ nortriptyline เป็นต้น ยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการระงับปวดที่ไม่ต่างกัน และใช้ขนาดยาน้อยกว่าที่ใช้รักษาอาการซึมเศร้า
 - 5.2 กลุ่มยา anticonvulsants ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วย carbamazepine, oxcarbazepine, phenytoin, sodium valproate, gabapentin และ pregabalin เป็นต้น
 - 5.3 กลุ่มยา steroids ซึ่งถูกนำมาใช้สำหรับบำบัดภาวะต่างๆ เช่น กรณีสปวดหลังจากไขสันหลังถูกกดทับจากก้อนมะเร็ง ปวดกระดูกอย่างรุนแรงจากการลุกลามของโรคมะเร็ง และเนื้อเยื่อบวมหรืออักเสบจากการแทรกเบียดของมะเร็งก่อให้เกิดความปวด เป็นต้น
6. รักษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด ถ้าสามารถตรวจค้นหาสาเหตุและรักษาได้ เช่น ถ้า

ความปวดที่เกิดขึ้นมีต้นเหตุจากโรคมะเร็ง การนำเอาวิธีการบำบัดรักษาโรคมะเร็งชนิดต่างๆ มาใช้อาจให้ผลในการระงับปวดได้ เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด อย่างไรก็ตามขณะที่ให้การบำบัดความปวดด้วยวิธีต่างๆ จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดร่วมด้วยในระยะเริ่มแรกเสมอ และค่อยลดขนาดของยาแก้ปวดลงเมื่อความปวดบรรเทาลง

2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้อย่างเต็มศักยภาพและสามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยลดขนาดของการใช้ยาแก้ปวด ลดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Hadjistavropoulos & Hadjistavropoulos, 2008) มีดังนี้

1) การใช้วิธีทางกายภาพ (Physical or Cutaneous stimulation) เป็นการกระตุ้นผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อ

1.1) การประคบร้อน-เย็น (Heat and Cold Applications) การประคบร้อนช่วยทำให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือด และเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ส่วนการประคบเย็นจะช่วยลดการหลั่งสารเคมี เช่น กรดแลคติก โปแตสเซียม อีออน และฮิสตามีน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความปวด การประคบร้อน-เย็น ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ดี

1.2) การนวด (Massage) การนวดสามารถบรรเทาอาการปวดได้ โดยส่งเสริมให้มีการหลั่ง Endorphine และ Enkephaline จากการยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทของใยประสาทขนาดเล็กเอ เดลตา และใยประสาทซี และการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นเซลล์ เอส จี ให้ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทไปประสาทกับที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิดจึงไม่มีกระแสประสาทผ่านส่งไปยังสมอง เป็นผลให้อาการปวดลดลง อีกทั้งการนวดเป็นการทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น กรดแลคติกที่เกิดขึ้นไหลเวียนไปกับกระแสเลือด ทำให้ลดสิ่งที่จะกระตุ้นตัวรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อาการปวดจึงลดลงหลังนวดทันที (Willison, 2006)

1.3) การจัดท่า (Positioning) การจัดท่าเป็นวิธีการที่ทำให้มีความสบาย ช่วยจัดแรงกดบริเวณที่ปวด จึงเป็นตัวช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความเจ็บปวด

1.4) การใช้เครื่อง TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) เป็น

การกระตุ้นปลายประสาทด้วยเครื่องไฟฟ้าผ่านผิวหนัง การใช้เครื่อง TENS ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าต่ำ โดยจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทส่วนปลายขนาดใหญ่และยับยั้งการส่งผ่านของสัญญาณความปวด ทำให้ความปวดลดลง เวลากระตุ้นประมาณ 20-30 นาที ซึ่งสามารถลดความปวดได้นานถึง 3-4 ชั่วโมง โดยให้การรักษาประมาณ 3-4 ครั้ง/วัน

1.5) การสัมผัส (Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ คล้ายกับการนวดทำให้ SG ทำงานมากขึ้น ยับยั้งการทำงานของ T cell ทำให้ประตูปิด ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ซึ่งทำให้อาการปวดลดลง นอกจากนี้ตามทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน พบว่าเมื่อใยประสาทขนาดใหญ่ถูกระตุ้นโดยการสัมผัสจะเกิดการปล่อยเอนเคฟาลินและเอนดอร์ฟิน ให้มายับยั้งการทำงานของซัสสแทนที ซึ่งเมื่อการทำงานของซัสสแทนทีถูกยับยั้ง ทำให้เซลล์หยุดส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดสู่สมอง ดังนั้นการรับรู้อาการปวดจึงลดลง

1.6) การกดจุด (Acupressure) บรรเทาความเจ็บปวดโดยอาศัยหลักการเดียวกันกับการนวด

2) การปรับกระบวนการความคิด (Cognitive-behavioral techniques) เป็นกลวิธีในการปรับการตีความในการรับรู้ความรู้สึกปวด

2.1) การสอนหรือการให้ข้อมูล (Information support) การสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวด เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และเป็นการเพิ่มระดับความทนต่อความปวด

2.2) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นการผ่อนคลายอารมณ์และความวิตกกังวล และลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เช่น การผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจ (Rhythmic Breathing) การเริ่มต้นด้วยการหายใจเข้าออกอย่างช้าๆ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด โดยลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความวิตกกังวลเช่นกัน รวมถึงการทำสมาธิ (Meditation) เป็นการเน้นความสนใจของบุคคลออกไปจากความเจ็บปวด

2.3) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นวิธีการเบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจของบุคคลมายังสิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้ ทำให้บุคคลหันเหความสนใจออกจากความเจ็บปวด ลดการรับรู้ความรู้สึกต่อความปวด นอกจากนี้ยังกระตุ้นจะทำให้เกิดการหลั่ง Endorphins และ Enkephalins ซึ่งเป็นสารยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด ทำให้ลดการรับรู้อาการปวดและเพิ่มความทนต่ออาการปวดได้ เช่น ดนตรีบำบัด (Music therapy) การสร้างอารมณ์ขัน การสร้างจินตภาพ การอ่านหนังสือ เป็นต้น

2.4) การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจ และเกิดความรู้สึกที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ (McCaffery, 2002) เป็นวิธีการควบคุมอาการปวดขั้นพื้นฐาน ที่ดีที่สุดสามารถกระทำได้ก่อนวิธีการอื่นๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะ กระตุ้นหรือสนับสนุนความสามารถของผู้ป่วยแต่ละคน ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาและมีอิทธิพลต่อการบรรเทาจากอาการปวดที่เป็นอยู่

การจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ไม่ว่าจะเป็นการบรรเทาอาการปวดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลควรมีความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ ทำให้การดูแลเกี่ยวกับอาการปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างครอบคลุม ควบคุมอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

- ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมให้การพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
- ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลในการจัดการความปวด
- ขั้นตอนที่ 3 การประเมินหลังการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมให้การพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

1) ประเมินความปวดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จากการซักประวัติความปวดจากผู้ป่วยและครอบครัว (Jahn et al., 2014) ลงบันทึกแบบประเมินความปวด ตามรายละเอียดดังนี้

- 1.1 ตำแหน่งที่ปวด
- 1.2 ลักษณะของอาการปวด
- 1.3 ความรุนแรงของอาการปวด
- 1.4 ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น
- 1.5 ปัจจัยที่ทำให้ปวดลดลง
- 1.6 อาการไม่สบายตัวต่างๆ
- 1.7 วิธีการบรรเทาความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย

1.8 ประวัติการใช้ยาแก้ปวด

2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเอง (Koller et al., 2012) โดยมีการให้ความรู้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งในคู่มือมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความหมายของความปวดและความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของตัวโรคเอง

2.2 การประเมินความปวดและการบันทึกคะแนนความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) และ/ หรือ Visual Analogue Scale (VAS) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รายงานอาการปวดจากความรู้สึกของตัวเองโดยแบ่งระดับความปวดที่ได้รับจากการประเมินความปวดเป็น 4 ระดับ เพื่อวางแผนการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

2.3 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด

2.4 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด การให้ความรู้ (Education program) เพื่อบรรเทาความปวดด้วยตนเอง

2.5 การจัดการความปวดและประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain

2.6 การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง และการจดบันทึก

3) พยาบาลวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการตั้งเป้าหมายควบคุมระดับความปวดที่สามารถยอมรับได้ pain score ≤ 3 (Bandieri et al., 2012)

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลในการจัดการความปวด

1) พยาบาลให้ความรู้ในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล เพื่อให้เห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด (Gorin et al., 2012) การติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง ตามคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเอง โดยเนื้อหาการให้ความรู้ ดังนี้

1.1 การประเมินระดับคะแนนความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) เป็นหลัก และ/ หรือ Visual Analogue Scale (VAS) โดยประเมินความปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อมี breakthrough pain

1.2 การจัดการความปวดด้วยการให้ความรู้ (Education program) เพื่อบรรเทาความปวดด้วยตนเอง (Davies et al., 2011)

1.3 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด

1.4 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด

1.5 การแนะนำผู้ป่วยในการขอยาแก้ปวดทันทีเมื่อมี Breakthrough pain และประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain (Davies et al., 2011; Soden et al., 2013)

1.6 การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง และการจดบันทึก

2) การจัดการความปวดของผู้ป่วยตามคะแนนความปวด ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตาม ขั้นตอนของ World Health Organization: WHO pain relief ladder (Davies et al., 2011; Gorin et al., 2012)

2.1 Ladder step 1: Mild pain (คะแนนความปวด 1–3) Non – urgent: เน้นการให้การ สนับสนุน, สอนและการติดตามอาการเป็นระยะ โดยมีขั้นตอนในการดูแล ดังนี้

2.1.1 การประเมินและให้การพยาบาล โดยประสานงานกับแพทย์ ในการจัดการอาการปวด ของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

2.1.2 การจัดการความปวดแบบใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับ Mild pain แพทย์ควรใช้ ยาแก้ปวด Acetaminophen ในขนาดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย หรือ Non – Steroidal Anti – Inflammatory Drug: NSAID โดยให้ prn หรือให้อย่างสม่ำเสมอ และต้องบอกผลข้างเคียงจาก การใช้ยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยทราบ

2.1.3 การจัดการความปวดด้วยการให้ความรู้ (Education program) เพื่อบรรเทาความปวด ด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายเบาๆที่ผู้ป่วยชอบ ได้แก่ เดิน วิ่งเบาๆ ยืดเหยียด การประคบอุ่นหรือประคบเย็น นั่งสมาธิ โยคะ ฟังเพลง และการใช้เทคนิคผ่อนคลาย ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2.1.4 เมื่อพบว่ามี Breakthrough pain หรือเริ่มมีระดับความปวดแบบทันที และ/หรือ เหนียวแน่นและ/หรือเพิ่มขึ้นต้องรีบแจ้งทันที

2.1.5 การประเมินความปวดด้วยตนเองซ้ำภายหลังการรับประทานยาบรรเทาปวด 30 นาที ต่อเนื่อง และการจดบันทึก

2.1.6 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้องแจ้งแพทย์แล้วปรับยา และส่งปรึกษาสหสาขา วิชาชีพมาช่วยดูแลบรรเทาปวดต่อไป

2.2 Ladder step 2: mild to moderate pain (คะแนนความปวด 4–6) **Urgent:** การให้ความสำคัญในการติดตามการใช้ยาแก้ปวด ภายใน 24 ชั่วโมง

2.2.1 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด โดยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับ mild to moderate pain ประสานงานกับแพทย์ ควรได้รับยากลุ่ม Weak Opioid เช่น Tramadol , Acetaminophen with codeine ซึ่งอาจจะให้รวมกับการ adjuvant medications หรือไม่ก็ได้ซึ่งการadjuvant medications ที่ใช้ในการลดอาการปวด ได้แก่

2.2.2 ถ้ายากลุ่ม Weak Opioid สำหรับ mild to moderate pain ใช้ไม่ได้ผล ไม่ควรเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นในกลุ่มเดียวกัน แต่ควรเปลี่ยนมาใช้ยา Step 3 ได้เลย

2.2.3 ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามเวลา (Around the clock) สม่าเสมอครบถ้วน

2.2.4 เมื่อพบว่าผู้ป่วยมี Breakthrough pain หรือเริ่มมีระดับความปวดแบบทันที และ/หรือเฉียบพลันและ/หรือเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องรีบแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที

2.2.5 พยาบาลประเมินระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยซ้ำภายหลังการรับประทานยาบรรเทาปวด 30 นาทีต่อเนื่อง และการจดบันทึก

2.2.6 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

2.2.6.1 การพยาบาลทางจิตสังคม (psychosocial intervention) การใช้ complementary Intervention โดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique), การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นทีละส่วน (progressive muscle relaxation), การใช้จินตภาพ (imagery) เป็นต้น

2.2.6.2 Counseling โดยการให้คำปรึกษาการจัดการความปวดด้วยตนเอง

2.2.6.3 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้องแจ้งแพทย์ปรับยา และส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพมาช่วยดูแลบรรเทาปวด เช่นการฝังเข็ม สัมผัสบำบัด การนวดผ่อนคลาย การใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทผ่านทางผิวหนังเพื่อลดความเจ็บปวด (transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS)

2.2.7 การจัดการความปวดเมื่อมี Breakthrough pain และการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด

2.2.8 บันทึก Pain score เมื่อมี Breakthrough pain และหลังการจัดการความปวด

2.2.9 ติดตามและประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด

2.3 Ladder step 3: moderate to severe pain (คะแนนความปวด 7–10) Emergent:
ต้องได้รับยาบรรเทาปวดทันที การดูแลผู้ป่วยและการประเมินมีดังนี้

2.3.1 ประเมินและรายงานแพทย์ทันที รวมทั้งเตรียมการที่จะให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดทันที

2.3.2 ถ้าเริ่มปวดทันทีและเฉียบพลัน ระดับความปวดเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งก่อน

2.3.3 ติดตาม vital signs รวมทั้งอาการแสดงต่างๆ ประเมินความปวดและอาการ รวมทั้งจัดการอาการปวดทันที

2.3.4 การจัดการความปวดแบบใช้ยา โดยร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้ยาในกลุ่ม Strong opioid ดังนี้

2.3.4.1 การใช้ยากกลุ่ม Strong opioid ซึ่งได้แก่ Morphine หรืออนุพันธ์ของ Morphine ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดรุนแรง ซึ่งอาจให้ร่วมกับการใช้ adjuvant medications หรือไม่ก็ได้ ซึ่ง adjuvant medications ที่ใช้ในการลดอาการปวด ได้แก่

2.3.4.2 การใช้ยากกลุ่ม Strong opioid ควรอยู่ในรูปของยารับประทาน ถ้าผู้ป่วยยังสามารถรับประทานได้

2.3.4.3 การใช้ยา Morphine ให้มีการเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก กดการหายใจ

2.3.4.4 ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามเวลา (Around the clock) มากกว่าการร้องขอเมื่อมีอาการปวด

2.3.4.5 ใส่ใจรายละเอียดของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

2.3.4.6 ติดตามและประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด

2.3.5 ประเมินที่สหสาขาเพื่อรับการรักษาอื่นๆเพิ่ม โดยรายงานแพทย์ เมื่อพบว่ายาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยได้ ซึ่งให้แพทย์พิจารณาให้การรักษาอื่นๆเพิ่ม

2.3.6 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยใช้

2.3.6.1 การพยาบาลทางจิตสังคม (psychosocial intervention) โดยใช้

1) complementary Intervention และ 2) relaxation technique, progressive muscle relaxation technique, imagery technique เป็นต้น

2.3.6.2 Counseling โดยการให้คำปรึกษาการจัดการความปวดด้วยตนเอง

2.3.6.3 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้องแจ้งแพทย์ปรึกษา และส่งปรึกษา pain clinic หรือ psychologist นักกายภาพ เพื่อใช้การฝังเข็ม สัมผัสบำบัด นวด transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวด

2.3.7 การจัดการความปวดและประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain พยาบาลต้องจัดการความปวด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างทันที่ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจกับการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการปวด และมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการใช้ opioid และประเมินซ้ำหลังการได้รับยาเมื่อมี breakthrough pain ภายใน 15 - 30 นาที

2.3.8 บันทึก Pain score เมื่อมี Breakthrough pain และประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด

2.3.9 ประเมินและบันทึก Sedative score

2.3.10 พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกคะแนนความปวดลงในคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน โดยบันทึกคะแนนความปวดของตนเองอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อมี breakthrough pain และมีการประเมินความปวดซ้ำหลังรับประทานยาแก้ปวดไปแล้ว 30 นาที

2.3.11 แนะนำผู้ป่วยให้นำคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองทุกครั้งที่มาพบแพทย์

- 3) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการจัดการความปวดขณะอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านเป็นระยะ อย่างน้อย 6 ครั้ง
- 4) มีการทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการจัดการความปวดก่อนกลับบ้าน
- 5) พยาบาลทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะๆจนกว่าจะจำหน่าย (Gorin et al., 2012)
- 6) บันทึกคะแนนความปวดและมีการส่งเวรต่อเรื่องอาการปวดของผู้ป่วยให้ทราบทุกเวร

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินหลังการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อน Discharge

3.1) ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

3.1.1 ประเมินระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนเตรียมจำหน่าย โดยระดับความปวดที่ยอมรับได้ สามารถพักผ่อนได้หรือปฏิบัติกิจกรรมได้ pain score ≤ 3 (Bandieri et al., 2012)

3.1.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จากความสามารถในการจัดการความปวดด้วยตนเองก่อนกลับบ้าน

3.1.3 จัดเตรียมคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้จดบันทึกคะแนนความปวดด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน

3.1.4 ทบทวนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ควบคุมปวดและผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยทบทวนเป็นรายบุคคลก่อนการจำหน่าย (Koller et al., 2012)

3.1.5 พยาบาลติดตามความปวดของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน โดยขอเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสะดวก เพื่อติดตามการจัดการความปวดทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน (Koller et al., 2012; Jahn et al., 2014)

3.2) เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

พยาบาลมีการโทรศัพท์ติดตามประเมินความปวดของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ภายใน 1 สัปดาห์ และแนะนำผู้ป่วยให้ประเมินความปวดด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมการจดบันทึกข้อมูลลงในสมุดคู่มือ

ปัจจุบันแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย

- 1) การให้ความรู้ผู้ป่วยในการประเมิน Pain Score โดยใช้ Numeric Rating Scale เมื่อแรกรับ
- 2) ประเมินคะแนนความปวดเมื่อแรกรับ
- 3) ประเมินตำแหน่งที่ปวดและลงบันทึกทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ
- 4) ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเมื่อแรกรับ
- 5) ประเมินวิธีการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ
- 6) ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องวิธีการใช้ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ
- 7) ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องผลข้างเคียงของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับและการป้องกัน
- 8) แนะนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตาม que ผู้ป่วยเลือก
- 9) ประเมิน Pain Score ทุกเวอร์
- 10) ประเมิน Sedation score ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Strong opioids
- 11) ประเมินความปวดเมื่อมี Breakthrough pain
- 12) มีการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยเมื่อมี Breakthrough pain
- 13) มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 30 นาที
- 14) มีการส่งต่อข้อมูลความปวดของผู้ป่วยในบันทึกทางการพยาบาล และ
- 15) มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด (Discharge planning) เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติการพยาบาล

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

วัชรินทร์ โพธิ์เมือง (2555) ศึกษาผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาลและประสิทธิผลของการจัดการความปวดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการความปวดตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดสูงกว่าการได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทารกแรกเกิดที่ได้รับการจัดการความปวดตามปกติมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการร้องไห้ 3.41 วินาที ซึ่งมากกว่าการได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติซึ่งมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการร้องไห้เท่ากับ 0.45 วินาที และพยาบาลทุกคนมีความเห็นว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีประโยชน์ต่อหน่วยงานและควรมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ภาวดี วิมลพันธุ์ และพรทิวา คำวรรณ (2556) ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลลดลงจากก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับคะแนนความปวดภายหลังการใช้แนวปฏิบัติของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก

ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และมาลินี อยู่ใจเย็น (2558) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 83 ราย พบว่า ก่อนออกจากห้องพักฟื้นมีระดับความปวดลดลง วัดระดับความปวดได้คะแนนเล็กน้อย (Numeric Rating Scale = 1-3) มากที่สุดจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 อยู่ในระดับมาก

5. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (สัปดาห์ที่ 1-4) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและจากทะเบียนประวัติ ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวด

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 5-8) ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด โดยให้การพยาบาลตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ขณะที่ท่านรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยพยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความปวดและความพึงพอใจ (สัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (หลายครั้ง) (The One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

O₁ O₂ O₃ O₄ X O₅ O₆ O₇ O₈

ภาพที่ 8 แสดงแบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียว วัดหลายครั้ง

X	หมายถึง	ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด
O ₁₋₄	หมายถึง	ระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 1-4)
O ₅₋₈	หมายถึง	ระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 5-8)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด ผู้ป่วยใน ตึกว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด
3. ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็น
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการอื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแยลงจนไม่สามารถร่วมมือในงานวิจัยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อให้อำนาจทดสอบมากขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้การเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ลดลง (Burns & Glove, 2005) ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยใน ตึกอำนวยการชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าสาขาวิชารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานตึกอำนวยการ โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยผ่าน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคำนึงถึงความสมัครใจและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก คือ

1. ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และชี้แจงสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด กรณีมีข้อสงสัยต่างๆสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่เผยแพร่เป็นข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเท่านั้น และไม่เปิดเผยความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

หลักการเคารพในบุคคล (Respect for person) การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

หลักการให้ประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) ผู้ป่วยอาจจะได้รับประโยชน์ โดยเมื่อเข้าร่วมการวิจัยซึ่งได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด อาจทำให้ความปวดลดลงได้ หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีจากแพทย์ผู้รักษา แต่หากพบว่ามีอันตรายเกิดขึ้นและพิสูจน์ได้ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การรักษาความลับของผู้ป่วยโดยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่มี identifier ที่ระบุถึงตัวผู้ป่วย ข้อมูลทางการแพทย์และพยาบาลที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน โดยวิธีสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล” ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วยแผนการสอนเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง

จัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล” ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 2 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

แผนการสอนการเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล” การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $CVI = .87$ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ปรับปรุงเนื้อหาในแผนการสอน ให้กระชับและปรับภาษาที่ใช้ให้เป็นภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายขึ้น

2. ปรับปรุงแผนการสอนให้มีการประเมินผลที่ชัดเจนขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำแผนการสอน มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานร่วงานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 คน แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและเนื้อหา รวมถึงความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานร่วงานิชชั้น 5, 6 และ 7 แล้วนำส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์มาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้พบว่า พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานร่วงานิชชั้น 5, 6 และ 7 มีความเข้าใจในเนื้อหา เข้าใจในภาษาที่ใช้ และสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการทดลองต่อไป

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล

(Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อกิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการ
ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

หัวข้อกิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ ปฏิบัติ
1. ให้ความรู้ผู้ป่วยในการประเมิน Pain Score โดยใช้ Numeric Rating Scale เมื่อแรกรับ		
2. ประเมินคะแนนความปวด (Pain Score) เมื่อแรกรับ		
3. ประเมินตำแหน่งที่ปวดและลงบันทึกทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ		
4. ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเมื่อแรกรับ		
5. ประเมินวิธีการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
6. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องวิธีการใช้ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ		
7. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องผลข้างเคียงของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับและการป้องกัน		
8. แนะนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามที่ผู้ป่วยเลือก		
9. ประเมิน Pain Score ทุกเวอร์		
10. ประเมิน Sedation score ในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Strong opioids		
11. ประเมินความปวดเมื่อมี Breakthrough pain		
12. มีการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยเมื่อมี Breakthrough pain		
13. มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 30 นาที		
14. มีการส่งต่อข้อมูลความปวดของผู้ป่วยในบันทึกทางการพยาบาล		
15. มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด (discharge planning)		
รวมคะแนน		

เกณฑ์การประเมิน

ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน N/A = ประเมินไม่ได้เนื่องจากไม่เกิดเหตุการณ์นั้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน ซึ่งถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 2 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .8$ จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $CVI = 1$ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ปรับภาษาที่ใช้ให้สั้นและกระชับมากขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL)

เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล มาปรับปรุงแก้ไขให้

สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 คน แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและเนื้อหา รวมถึงความเข้าใจของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 พบว่า ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบที่ใช้มีความเหมาะสม เข้าใจง่าย และสามารถใช่แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการทดลองต่อไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นวปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน (ภาคผนวก ก) สำหรับรายละเอียดของขั้นตอนการสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยทำการศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเลือกข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อนำมาออกแบบสอบถาม

3.1.2 สร้างแบบสอบถามโดยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นตัวเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษา ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด และยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

3.2 แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 เรียงลำดับตัวเลข โดยมีตัวเลขกำกับไว้ เริ่มจากเลข 0-10 และมีตัวหนังสือเขียนอธิบายไว้ใต้ตัวเลข ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และตัวเลข 10 ปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวด แล้วทำเครื่องหมายวงกลมบนตัวเลขนั้น ซึ่งเป็นคะแนนความปวดของผู้ป่วย จะมีคะแนนความปวดได้ตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน (ภาคผนวก ก)

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นวปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความปวด วิธีการบรรเทาความปวด คำแนะนำในการจัดการกับความปวด ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความปวด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (ภาคผนวก ก)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึก

ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน ซึ่งถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพิ่มระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการปวด เวลาและรอบของความปวด
2. แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความปวด จึงไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด เพิ่มคำแนะนำในเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด และการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในเรื่องการจัดการความปวด

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดชนิด

ตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดที่ใช้ในการวิจัย ผู้ป่วยใน ตึกอำนวยการชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 คน โดยการประเมินความปวดซ้ำ (Test-retest method) ห่างกัน 8 ชั่วโมง และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient: r) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) เท่ากับ .89 ซึ่งการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) นั้น จะใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $\geq .7$ จึงจะกล่าวได้ว่าเครื่องมือมีความคงที่สูง (Carmine and Zeller, 1979)

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ณ แผนกผู้ป่วยใน ตึกก่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยแบ่งกระบวนการดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการจัดการความปวดโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล” เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล
3. เรียนเชิญแพทย์เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้วิจัยเรียนเชิญ นพ. เพชร อลิสาพันธ์ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย) เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยใน ตึกก่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา

6. เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และประสานงานกับผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอ และพยาบาลประจำการ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

7. เตรียมพยาบาลประจำการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

แจ้งพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเตรียมและการดำเนินการทดลอง จัดการอบรมพยาบาลวิชาชีพ 1 ครั้ง ได้แก่ โครงการเรื่องการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 78.38

ผู้วิจัยอธิบายให้เข้าใจในเรื่องการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

ภายหลังการอบรมพยาบาลที่เข้ารับการอบรมสามารถอธิบายแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

8. เตรียมกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยทำการสำรวจและศึกษาประวัติของผู้ป่วยใน ตึกว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ศึกษาข้อมูลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน เพื่อคัดกรองให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แล้วนำข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างมาบันทึก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด ผู้ป่วยใน ตึกว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขา รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยโรคกระดูกที่มีความปวด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินความปวดและความพึงพอใจก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 1-4) ได้แก่

- 1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและศึกษาประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วย
- 2) ผู้วิจัยประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ความถี่ของอาการปวด เวลาที่ปวด ระยะเวลาที่ปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวด ผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด วิธีการบรรเทาความปวดที่ใช้ในปัจจุบันและอดีต ภายใน 24-48 ชั่วโมง
- 3) พยาบาลประจำการ ให้การพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแบบเดิม ประกอบด้วย 1) ประเมินระดับความปวดก่อนการจัดการความปวด 2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติเรื่องการประเมินความปวดและวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้และไม่ใช้ยา 3) วางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด 4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดแบบใช้ยา/ไม่ใช้ยา 5) ประเมินระดับความปวดหลังการจัดการความปวด 6) สังเกตอาการข้างเคียงภายหลังการจัดการความปวดทั้งแบบใช้และไม่ใช้ยา 7) บันทึกกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความปวด 8) วางแผนการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย/ญาติ เพื่อเตรียมจำหน่าย และ 9) ส่งต่อข้อมูลการจัดการความปวดหากมีการย้ายผู้ป่วยไปรักษายังสถานพยาบาลอื่นหรือห่อผู้ป่วยอื่น ในสัปดาห์ที่ 2-4
- 4) ผู้วิจัยประเมินความปวดและความพึงพอใจและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวดภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแบบเดิม ในสัปดาห์ที่ 4

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 5-8) ได้แก่

- 1) พยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด ประเมินผู้ป่วยเมื่อเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป
- 2) ผู้วิจัยประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS)

ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ความถี่ของอาการปวด เวลาที่ปวด ระยะเวลาที่ปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวด ผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด วิธีการบรรเทาความปวดที่ใช้ในปัจจุบันและอดีต รวมถึงการตอบสนองต่อการบรรเทาความปวดเมื่อแรกรับ ภายใน 24-48 ชั่วโมง

3) พยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด มีการให้ความรู้ผู้ป่วยในการประเมินคะแนนความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และให้ความรู้ในเรื่องวิธีการใช้ยาาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงผลข้างเคียงของยาาระงับปวดและการป้องกัน

4) บรรเทาความปวดโดยใช้ยาาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งพิจารณาตามหลักการขององค์การอนามัยโลก (WHO three steps Analgesic Ladder) อาจให้ยาร่วมกับการบรรเทาผลข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ท้องอืด ท้องผูก เป็นต้น และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาาระงับปวด ในรายที่ได้รับยากลุ่ม Strong opioids จะได้รับการประเมิน Sedation score ทุกวัน หากพบอาการผิดปกติแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

5) ประเมินคะแนนความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 15 นาที หากเป็นชนิดเฉียบพลัน หรือ 30 นาที หากเป็นชนิดเรื้อรัง ประเมินความปวดเมื่อมี Breakthrough pain และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาาระงับปวดแล้วหลังจากนั้น 15-30 นาที ควรมีการประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยาลด Breakthrough pain

6) ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10) แนะนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตาม que ผู้ป่วยเลือก เช่น การประคบร้อนหรือประคบเย็น การนวด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ ฟังเพลง การสร้างจินตภาพ เป็นต้น พร้อมกับดูแลด้านจิตสังคมโดยให้การช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แล้วประเมินซ้ำภายใน 1-2 ชั่วโมง บันทึกคะแนนความปวดที่ได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด จากนั้นประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องทุก 4-8 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10) ดูแลให้ได้รับการบรรเทาความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

7) ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากที่สุด (มีค่าคะแนน 4-10 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10) มีการรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา จากนั้นประเมินคะแนนความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 15 นาที หากเป็นชนิดเฉียบพลัน หรือ 30

นาที่ หากเป็นชนิดรับประทาน เมื่อผู้ป่วยมีคะแนนความปวดน้อยกว่า 4 ดูแลให้การพยาบาลตามข้อ 6 หากมีการปรับแผนการรักษาแล้ว คะแนนความปวดยังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 รายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาต่อไปจนกว่าคะแนนความปวดน้อยกว่า 4

8) ในระหว่างดำเนินการวิจัย มีการปรึกษาหารือ ส่งต่อข้อมูลความปวดระหว่าง พยาบาลที่ผลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติงานทุกเวร และระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรม เรื่องการจัดการความปวด

9) พยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด เป็นระยะๆ อย่างน้อย 6 ครั้ง (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง)

10) ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 8

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความปวดและความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 8) ได้แก่

- 1) ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนความปวดก่อนและหลังการบรรเทาความปวดที่บันทึกไว้จนครบ
- 2) ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ในสัปดาห์ที่ 8
- 3) สิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
- 4) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ ศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (หลายครั้ง) (The One-Group Time Series Design) เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด ผู้ป่วยใน ตึก ว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความปวดของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวดและคะแนนความพึงพอใจก่อนและ หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวดที่เกิดขึ้นตอนนี้ ลักษณะของความปวด เวลานั้นและรอบของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	66.7
หญิง	10	33.3
อายุ ($\bar{X}$ = 53.23, SD = 13.70, Min = 18, Max = 78)		
18-27	2	6.67
28-37	1	3.33
38-47	5	16.67
48-57	10	33.33
58-67	9	30
68-77	2	6.67
78-87	1	3.33
สถานภาพสมรส		
โสด	6	20
คู่	22	73.33
หม้าย	1	3.33
หย่า/ แยกกันอยู่	1	3.33
ศาสนา		
พุทธ	30	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวดที่เกิดขึ้นตอนนี้ ลักษณะของความปวด เวลนานานและรอบของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน (n=30) (ต่อเนือง)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	50.0
มัธยมศึกษา	7	23.3
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	4	13.3
ปริญญาตรี	1	3.3
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.7
อื่นๆ	1	3.3
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	3	10.0
รับจ้าง	5	16.7
ค้าขาย	6	20.0
ธุรกิจส่วนตัว	4	13.3
เกษตรกร	1	3.3
อื่นๆ	11	36.7
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
10,000-20,000	13	43.3
20,001-30,000	5	16.7
30,001-40,000	3	10.0
40,001-50,000	2	6.7
>50,000	7	23.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวดที่เกิดขึ้นตอนนี้ ลักษณะของความปวด เวลนานานและรอบของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน (n=30) (ต่อเนือง)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
CA breast	2	6.7
CA cervix	2	6.7
CA lung	3	10.0
CA colon	1	3.3
CA esophagus	2	6.7
NPC	5	16.7
อื่นๆ	15	50.0
แผนการรักษาปัจจุบัน		
การฉายรังสี	12	40.0
การให้ยาเคมีบำบัด	1	3.3
การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด	10	33.3
อื่นๆ	7	23.3
ตำแหน่งที่มีความปวด		
ศีรษะ	5	16.7
ตา	2	6.7
คอ	3	10.0
อก	2	6.7
แขน	2	6.7
ท้อง	6	20.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวดที่เกิดขึ้นตอนนี้ ลักษณะของความปวด เวลารานานและรอบของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน (n=30) (ต่อเนื่อง)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หลัง	1	3.3
ขา	3	10.0
อื่นๆ	6	20.0
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด (เดือน)		
1-2	16	53.3
3-4	6	20.0
5-6	5	16.7
7-8	2	6.7
11-12	1	3.3
คะแนนความปวด		
1-3	13	43.3
4-6	14	46.7
7-10	3	10.0
ลักษณะของความปวด		
ปวดตื้อๆ	11	36.7
ปวดตื้อๆ	7	23.3
ปวดแปล็บๆ	1	3.3
ปวดเหมือนเข็มทิ่ม	5	16.7
ปวดชาๆ	3	10.0
อื่นๆ	3	10.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวดที่เกิดขึ้นตอนนี้ ลักษณะของความปวด เวลานานและรอบของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน (n=30) (ต่อเนือง)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เวลานานและรอบของความปวด		
ปวดเป็นระยะๆ	24	80.0
ปวดตลอดเวลา	6	20.0
ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน		
Paracetamol	1	3.3
Tramol	2	6.7
TWC	1	3.3
Kapanol	2	6.7
Tramol+ paracetamol	6	20.0
MST+ MIR	3	10.0
MST+ Pentanyl patch+ MIR	1	3.3
MO Syrup+ Pentanyl patch	2	6.7
Neurontin+ MO Syrup+ Pentanyl patch	2	6.7
Neurontin+ MST+ MIR	2	6.7
อื่นๆ	8	26.7

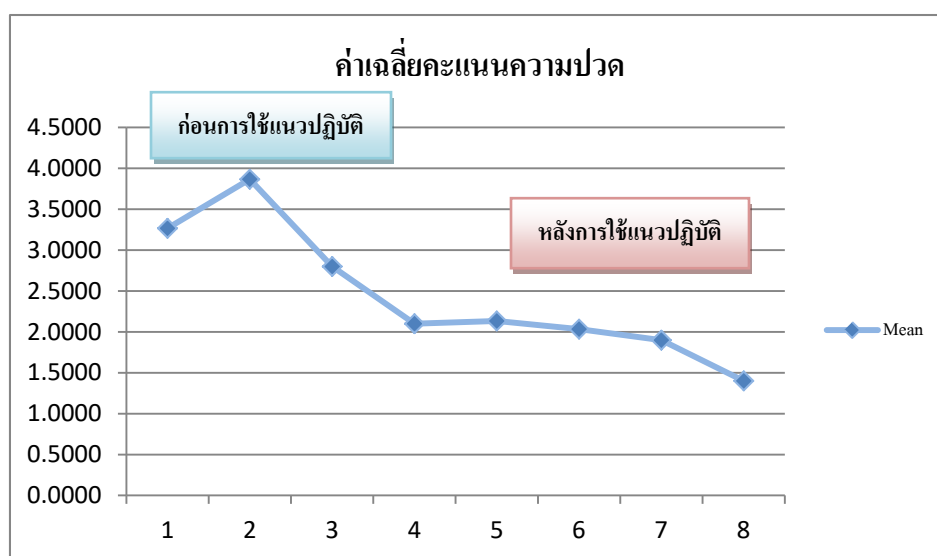
จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 48-57 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 53.23 (SD = 13.7) มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 73.33 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตำแหน่งอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ มะเร็งหลังโพรงจมูก คิดเป็นร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่รักษาด้วยการฉายรังสี คิดเป็นร้อยละ 40 ตำแหน่งที่มีความปวดส่วนใหญ่ปวดบริเวณท้อง คิดเป็นร้อยละ 20 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่ปวด 4-6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ปวดแบบตื้อๆ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36.7 รอบของความปวด ปวดเป็นระยะๆ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน ผู้ป่วยใช้ยาระงับปวดหลายกลุ่มเพื่อบรรเทาความปวด คิดเป็นร้อยละ 26.7 และใช้ยาระงับปวด Tramol ร่วมกับ Paracetamol รองลงมา คิดเป็นร้อยละ 20

ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด (n = 30)

สัปดาห์ที่	คะแนนความปวด X (SD)
สัปดาห์ที่ 1	3.86 (1.65)
สัปดาห์ที่ 2	3.26 (1.77)
สัปดาห์ที่ 3	2.80 (1.49)
สัปดาห์ที่ 4	2.10 (2.02)
สัปดาห์ที่ 5	2.13 (1.56)
สัปดาห์ที่ 6	2.03 (1.75)
สัปดาห์ที่ 7	1.90 (1.74)
สัปดาห์ที่ 8	1.40 (1.54)

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 3.86 (SD = 1.65), 3.26 (SD = 1.77), 2.80 (SD = 1.49) และ 2.10 (SD = 2.02) ตามลำดับ และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด สัปดาห์ที่ 5, 6, 7 และ 8 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 2.13 (SD = 1.56), 2.03 (SD = 1.75), 1.90 (SD = 1.74) และ 1.40 (SD = 1.54) ตามลำดับ ซึ่งแสดงในลักษณะกราฟเส้น ดังนี้



ภาพที่ 8 กราฟเส้นเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 1-4) และหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 5-8)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวดและคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด	X	SD	t	p-value
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	3.02	1.31	4.758	.002
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	1.87	1.44		

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด เท่ากับ 3.02 ± 1.31 และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด เท่ากับ 1.87 ± 1.44 ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดน้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่อง การจัดการความปวด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

คะแนนความพึงพอใจ	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ		หลังการใช้แนวปฏิบัติ		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง	3.73	0.82	4.03	0.71	-1.51	.142
ได้รับคำแนะนำในการจัดการกับความปวดและได้รับการพยาบาลในการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม	3.00	0.83	3.83	0.69	-3.78	.001
ได้รับคำแนะนำในเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด	2.30	0.70	3.33	0.75	-4.88	.000
มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาล	2.16	0.69	3.46	0.73	-6.04	.000
ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องของการจัดการความปวดที่ได้รับ	2.96	0.76	3.96	0.71	-4.91	.000

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ในเรื่องการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน ($X \pm SD = 3.73 \pm 0.82$ และ 4.03 ± 0.71 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนความพึงพอใจในหัวข้ออื่นๆ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการให้คำแนะนำในการจัดการกับความปวดและให้การพยาบาลในการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม ($X \pm SD = 3.00 \pm 0.83$ และ 3.83 ± 0.69 ตามลำดับ) การให้คำแนะนำในเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ($X \pm SD = 2.30 \pm 0.70$ และ 3.33 ± 0.75 ตามลำดับ) มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาล ($X \pm SD = 2.16 \pm 0.69$ และ 3.46 ± 0.73 ตามลำดับ) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องของการจัดการความปวดที่ได้รับ ($X \pm SD = 2.96 \pm 0.76$ และ 3.96 ± 0.71 ตามลำดับ) โดยคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดลดลงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด
2. คะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด ผู้ป่วยใน ตึกอำนวยการชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่มีความปวด
3. ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็น
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการอื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางแยลงจนไม่สามารถร่วมมือในงานวิจัยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อทำให้มีอำนาจทดสอบมากขึ้น และมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้การเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ลดลง (Burns & Glove, 2005) ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เริ่มตั้งแต่วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยทำการสำรวจและศึกษาประวัติของผู้ป่วยใน ตึกอำนวยการชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยศึกษาข้อมูลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็น เมื่อพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย ขอความร่วมมือและเชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล” ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้และปรับปรุงจนสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้และปรับปรุงจนสามารถนำไปใช้ได้จริง

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน

3.2 แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 เรียงลำดับตัวเลข โดยมีตัวเลขกำกับไว้ เริ่มจากเลข 0-10 และมีตัวหนังสือเขียนอธิบายไว้ใต้ตัวเลข ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และตัวเลข 10 ปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวด แล้วทำเครื่องหมายวงกลมบนตัวเลขนั้น ซึ่งเป็นคะแนนความปวดของผู้ป่วย จะมีคะแนนความปวดได้ตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความปวด วิธีการบรรเทาความปวด คำแนะนำในการจัดการกับความปวด ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด การเตรียมความ

พร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความปวด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้และปรับปรุงจนสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลขมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ณ แผนกผู้ป่วยใน ตึกอำนวยการชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษา และมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยแบ่งกระบวนการดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการจัดการความปวดโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์และการบรรเทาความปวด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล” เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล
3. เรียนเชิญแพทย์เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้วิจัยเรียนเชิญ นพ. เพชร อลิสาพันธ์ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย) เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยขอหนังสือ เพื่อขอรับการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล แผนกผู้ป่วยใน ตึกว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา

6. เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และประสานงานกับผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอ และพยาบาลประจำการ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

7. เตรียมพยาบาลประจำการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

แจ้งพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเตรียมและการดำเนินการทดลอง จัดการอบรมพยาบาลวิชาชีพ 1 ครั้ง ได้แก่ โครงการเรื่องการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ในวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2560

ภายหลังการอบรมผู้วิจัยอธิบายให้เข้าใจในเรื่องการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัย โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

8. เตรียมกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยทำการสำรวจและศึกษาประวัติของผู้ป่วยใน ตึกว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ศึกษาข้อมูลด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน เพื่อคัดกรองให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ แล้วนำข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างมาบันทึก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยโรคกระดูกเรื้อรังที่มีความปวด ผู้ป่วยใน ตึกว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 สาขา
รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยโรคกระดูกเรื้อรังที่มีความปวด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินความปวดและความพึงพอใจก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 1-4) ได้แก่

1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและศึกษาประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

2) ผู้วิจัยประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ความถี่ของอาการปวด เวลาที่ปวด ระยะเวลาที่ปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวด ผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด วิธีการบรรเทาความปวดที่ใช้ในปัจจุบันและอดีต ภายใน 24-48 ชั่วโมง

3) พยาบาลประจำการ ให้การพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแบบเดิม ประกอบด้วย 1) ประเมินระดับความปวดก่อนการจัดการความปวด 2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติเรื่องการประเมินความปวดและวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้และไม่ใช้ยา 3) วางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด 4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดแบบใช้ยา/ไม่ใช้ยา 5) ประเมินระดับความปวดหลังการจัดการความปวด 6) สังเกตอาการข้างเคียงภายหลังการจัดการความปวดทั้งแบบใช้และไม่ใช้ยา 7) บันทึกกิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความปวด 8) วางแผนการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย/ญาติ เพื่อเตรียมจำหน่าย และ 9) ส่งต่อข้อมูลการจัดการความปวด หากมีการย้ายผู้ป่วยไปรักษายังสถานพยาบาลอื่นหรือหอบุคคลอื่น ในสัปดาห์ที่ 2-4

4) ผู้วิจัยประเมินความปวดและความพึงพอใจและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแบบเดิม ในสัปดาห์ที่ 4

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 5-8) ได้แก่

- 1) พยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด ประเมินผู้ป่วยเมื่อเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป
- 2) ผู้วิจัยประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ความถี่ของอาการปวด เวลาที่ปวด ระยะเวลาที่ปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวด ผลกระทบที่เกิดจากอาการปวด วิธีการบรรเทาความปวดที่ใช้ในปัจจุบันและอดีต รวมถึงการตอบสนองต่อการบรรเทาความปวดเมื่อแรกรับ ภายใน 24-48 ชั่วโมง
- 3) พยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด มีการให้ความรู้ผู้ป่วยในการประเมินคะแนนความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และให้ความรู้ในเรื่องวิธีการใช้ยาาระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงผลข้างเคียงของยาาระงับปวดและการป้องกัน
- 4) บรรเทาความปวดโดยใช้ยาาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งพิจารณาตามหลักการขององค์การอนามัยโลก (WHO three steps Analgesic Ladder) อาจให้ยาร่วมกับการบรรเทาผลข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ท้องอืด ท้องผูก เป็นต้น และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยาาระงับปวด ในรายที่ได้รับยาในกลุ่ม Strong opioids จะได้รับการประเมิน Sedation score ทุกเวร หากพบอาการผิดปกติแจ้งให้แพทย์ทราบทันที
- 5) ประเมินคะแนนความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 15 นาที หากเป็นชนิดฉีดยา หรือ 30 นาที หากเป็นชนิดรับประทาน รวมทั้งประเมินความปวดเมื่อมี Breakthrough pain และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาาระงับปวดแล้วหลังจากนั้น 15-30 นาที ควรมีการประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยาลด Breakthrough pain
- 6) ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10) แนะนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตาม que ผู้ป่วยเลือก เช่น การประคบร้อนหรือประคบเย็น การนวด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ ฟังเพลง การสร้างจินตภาพ เป็นต้น พร้อมกับดูแลด้านจิตสังคมโดยให้การช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แล้วประเมินซ้ำภายใน 1-2 ชั่วโมง บันทึกคะแนนความปวดที่ได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด จากนั้นประเมินความปวดซ้ำอย่างต่อเนื่องทุก 4-8 ชั่วโมง หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10) ดูแลให้ได้รับการบรรเทาความ

ปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

7) ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากที่สุด (มีค่าคะแนน 4-10 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10) มีการรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา จากนั้นประเมินคะแนนความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดภายใน 15 นาที หากเป็นชนิดฉีด หรือ 30 นาที หากเป็นชนิดรับประทาน เมื่อผู้ป่วยมีคะแนนความปวดน้อยกว่า 4 ดูแลให้การพยาบาลตามข้อ 6 หากมีการปรับแผนการรักษาแล้ว คะแนนความปวดยังมากกว่าหรือเท่ากับ 4 รายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาต่อไปจนกว่าคะแนนความปวดน้อยกว่า 4

8) ในระหว่างดำเนินการวิจัย มีการปรึกษาหารือ ส่งต่อข้อมูลความปวดระหว่างพยาบาลที่ผลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติงานทุกเวร และระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด

9) พยาบาลประจำการที่ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด เป็นระยะๆ อย่างน้อย 6 ครั้ง (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง)

10) ผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 8

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความปวดและความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวด (สัปดาห์ที่ 8) ได้แก่

- 1) ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนความปวดก่อนและหลังการบรรเทาความปวดที่บันทึกไว้จนครบ
- 2) ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ในสัปดาห์ที่ 8
- 3) สิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
- 4) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข

(Numeric Rating Scale: NRS) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data Analysis and Statistics)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวดและคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดน้อยกว่าก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ในเรื่องการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน ส่วนเรื่องการให้คำแนะนำในการจัดการกับความปวดและให้การพยาบาลในการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม การให้คำแนะนำในเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องของการจัดการความปวดที่ได้รับ คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ระดับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดลดลงต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด เท่ากับ 3.02 ± 1.31 และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด เท่ากับ 1.87 ± 1.44 ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดน้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 คะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด ในเรื่องการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} \pm SD = 3.73 \pm 0.82$ และ 4.03 ± 0.71 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนความพึงพอใจในหัวข้ออื่นๆ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการให้คำแนะนำในการจัดการกับความปวดและให้การพยาบาลในการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม ($\bar{X} \pm SD = 3.00 \pm 0.83$ และ 3.83 ± 0.69 ตามลำดับ) การให้คำแนะนำในเรื่องการสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ($\bar{X} \pm SD = 2.30 \pm 0.70$ และ 3.33 ± 0.75 ตามลำดับ) มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาล ($\bar{X} \pm SD = 2.16 \pm 0.69$ และ 3.46 ± 0.73 ตามลำดับ) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเรื่องของการจัดการความปวดที่ได้รับ ($\bar{X} \pm SD = 2.96 \pm 0.76$ และ 3.96 ± 0.71 ตามลำดับ) โดยคะแนนความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด โดย

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด ไม่สุขสบายจากการรักษา อาการข้างเคียงของการรักษาทั้งจากยาที่ได้รับและหัตถการต่างๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีการปวดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง หรือที่เรียกว่า Cancer pain ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญมากและพบบ่อยถึงร้อยละ 30-90 เป็นความปวดในช่วงการวินิจฉัย ร้อยละ 30-75 ปวดในช่วงการรักษา ร้อยละ 33-59 และปวดในระยะลุกลามของโรค ร้อยละ 65-85 (Yates et al., 2002) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดที่พบบ่อยที่สุด คือ ความปวดที่เกิดจากก้อนมะเร็ง ร้อยละ 65-85 รองลงมา คือ ความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง ร้อยละ 15-25 (Urban et al., 2010) ซึ่งความปวดเป็นความรู้สึกที่มีอิทธิพลอย่างมากในการทำลายความสุข ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน กระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาการนอนหลับ และมีความวิตกกังวล ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Balducci, 2003) ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการจัดการความปวด ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ดี ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการในเรื่องของการจัดการความปวดของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น ทำให้การพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความปวด นำไปสู่การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี วิมลพันธุ์ และพรทิวา คำวรรณ (2556) ที่ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลลดลงจากก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X = 2.27$ และ $\bar{X} = 3.77$, $t = 5.55$, $p < 0.0001$) นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับคะแนนความปวดภายหลังการใช้แนวปฏิบัติของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X = 2.27$ และ $X = 0.03$, $t = 3.17$, $p < 0.01$) โดยที่ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$) สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และมาลินี อยู่ใจเย็น (2558) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 83 รายพบว่า ก่อนออกจากท้องพักฟื้นมีระดับความปวดลดลง วัดระดับความปวดได้คะแนนเล็กน้อย (Numeric Rating Scale = 1-3) มากที่สุด จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 อยู่ในระดับมาก

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด มีผลทำให้ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้จริง ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องนี้อย่างยั่งยืน คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการสนับสนุนจากผู้บริหาร ร่วมกับการกระตุ้นเตือนบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งผลให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีการกำกับ และติดตามให้ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด เพื่อส่งเสริมให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐาน ตอบสนองความต้องการในเรื่องของการจัดการความปวดของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาล โดยการจัดอบรมเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวด เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งกลุ่มอื่นต่อไป
4. ด้านการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในระดับสากล ด้านผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือถึงผลการให้การปฏิบัติทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัตินี้ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการทางการพยาบาลที่ได้รับเพิ่มมากขึ้นจริง คณะผู้วิจัยจึงวางแผนที่จะเผยแพร่ผลการวิจัยในระดับนานาชาติต่อไป ทั้งในรูปแบบการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการนานาชาติ และการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีหลายกลุ่มโรคที่มีความทุกข์ทรมานจากความปวดแตกต่างกันไปตามพยาธิสภาพของโรค ได้รับการดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จึงควรนำแนวทางการศึกษาวิจัยนี้ไปปรับใช้ เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆต่อไปได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. ปัจจุบันการทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) มีการทบทวนทุก 2 ปี เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยในปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้น และเผยแพร่กันอย่างกว้างขวาง ดังนั้นผู้นำทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ควรให้การสนับสนุนบุคลากรที่มีความสามารถในการทบทวนวรรณกรรมได้มีเวลาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในยุคเทคโนโลยีดิจิทัลนี้

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และมาลินี อยู่ใจเย็น. (2558). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 30(1): 86-99.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2557). **ตัวชี้วัด Cancer pain**. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ม.ค.-พ.ค. 57 (เอกสารอัดสำเนา).
- ภาวดี วิมลพันธุ์ และพรทิวา คาวรรณ. (2556). ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร. พยาบาลสาร 40(3): 85-96.
- วัชรินทร์ โพธาเมือง. (2555). ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล และประสิทธิผลของการจัดการความปวดของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2550). การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: 21 Century Co., LTD.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2557). **จำนวนและอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคสำคัญปีพ.ศ. 2537-2555**.

ภาษาอังกฤษ

- Balducci, L. (2003). Management of Cancer Pain in Geriatric Patients. **The Journal of Supportive Oncology** 1(3): 175-191.
- Bandieri E, Sichetti D, Romero M, Fanizza C, Belfiglio M, & Buonaccorso L, et al. (2012). Impact of early access to a palliative/ supportive care intervention on pain management in patients with cancer. **Ann Oncol** 23: 2016–2020.

- Blackkall, G.F. (2000). Psychological techniques in pain management. In P.P. Raj. (Ed.). **Practical management of pain**. 3rd ed. St. Louis: MO. Harcourt Health Sciences.
- Burke, M.K., Brown, E., Lemon, P. and Eby, L. (2007). **Medical Surgical Nursing Care**. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Burn, N. and Grove, S.K. (2005). **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization**. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Chang, V.T., Hwang, S.S., Feuerman, M. and Kasimis, B.S. (2000). Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a veterans affairs medical center: A role for symptom assessment. **Cancer** 88: 1175-1183.
- Davies A, Zeppetella G, Anderson S, Damkier A, Vejlgaaardb T, & Nauck F, et al. (2011). Multi Centre European study of breakthrough cancer pain: Pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. **European Journal Pain** 15: 756-63.
- Ersek, M. and Poe, C.K. (2004). Pain. In S.M. Lewis, M.M. Heitkemper, S.R. Dirksen (Eds.). **Medical-Surgical nursing: Assessment and Management of clinical problems**. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Gloth, F.M., Scheve, A.A., Stober, C.V., Chow, S. and Prosser, J. (2001). The Functional Pain Scale: reliability, validity, and responsiveness in an elderly population. **Journal Am Med Dir Assoc** 2(3): 110-114.
- Gorin SS, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HSL, & Spring B, et al. (2012). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients with Cancer. **Journal Clinical Oncology** 30: 539-47.
- Hadjistavropoulos, T. and Hadjistavropoulos, D.H. (2008). **Pain Management for Older Adults**. USA: IASP Press.
- Ham, R.J., Sloane, P.D., & Warshaw, G.A. (2002). **Primary care geriatrics: A case-based approach**. St. Louis: Mosby.
- Herr, K.A. and Garand, L. (2011). Assessment and measurement of pain in older adults. **Clinical Geriatric Medicine** 17(3): 457-478.

- Jablonski A. (2005). A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life. **Journal of Hospice and Palliative Nursing** 7: 23-36.
- Jahn P, Kuss O, Schmidt H, Bauer A, Kitzmantel M, & Jordan K, et al. (2014). Improvement of pain-related self-management for cancer patients through a modular transitional nursing intervention: A cluster-randomized multicenter trial. **Pain** 155: 746-54.
- Koller A, Miaskowski C, Geest SD, Opitz O, Spichiger E. (2012). A Systematic Evaluation of Content, Structure, and Efficacy of Interventions to Improve patients' Self-Management of Cancer Pain. **Journal Pain Symptom Manage** 44: 264-84.
- McCaffery, M. (2002). What is the role of nondrug methods in the nursing care of patients with acute pain?. **Pain Management Nursing** 3(3): 77-80.
- Melzak, R. (1999). From the gate to the Neuromatrix. **Pain** 6: 121-126.
- Melzack, R. and Wall, P.D. (2003). **Pain management**. London: Elsevier.
- Nagaviroj, K. and Jaturapatporn, D. (2009). Cancer pain-progress and ongoing issues in Thailand. **Pain Research Manage** 14(5): 361-362.
- Potter, J., and Higginson, I.J. (2004). Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. **Lung cancer** 43: 247-257.
- Soden K, Ali S, Alloway L, Barclay D, Perkins P, Barker S. (2013). How do nurse in specialist Palliative Care access and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study. **Palliative Medicine** 24(3): 294-298.
- Urban, D., Cherny, N. and Catane, R. (2010). The management of cancer pain in the elderly. **Oncology/Hematology** 73: 176-183.
- Valley, M.A. (2003). Pain Measurement. In P.P. Raj. (Ed.). **Pain medicine: a comprehensive review**. Missouri: Mosby.
- Willison, K.D. (2006). Integrating Swedish massage therapy with primary health care initiatives as part of a holistic nursing approach. **Complementary Therapies in Medicine** 14: 254-260.

World Health Organization. (2008). **National cancer control programs: Policies and managerial guidelines**. Geneva: World Health Organization.

Yates, P.M., et al. (2002). Barriers to effective cancer pain management: A survey of hospitalized cancer patients in Australia. **Journal Pain Symptom Manage** 23: 393-405.

COPY RIGHT
ฝ่ายการพยาบาล รพ.จุฬาลงกรณ์

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด และยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน

1.2 แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 เรียงลำดับตัวเลข โดยมีตัวเลขกำกับไว้ เริ่มจากเลข 0-10 และมีตัวหนังสือเขียนอธิบายไว้ใต้ตัวเลข ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และตัวเลข 10 ปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวด แล้วทำเครื่องหมายวงกลมบนตัวเลขนั้น ซึ่งเป็นคะแนนความปวดของผู้ป่วยจะมีคะแนนความปวดได้ตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยમેเร็งต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความปวด วิธีการบรรเทาความปวด คำแนะนำในการจัดการกับความปวด ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความปวด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

แผนการสอนเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล”

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับ ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ระดับความปวด ลักษณะของความปวด และยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน

1.2 แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 เรียงลำดับตัวเลข โดยมีตัวเลขกำกับไว้ เริ่มจากเลข 0-10 และมีตัวหนังสือเขียนอธิบายไว้ใต้ตัวเลข ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และตัวเลข 10 ปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวด แล้วทำเครื่องหมายวงกลมบนตัวเลขนั้น ซึ่งเป็นคะแนนความปวดของผู้ป่วยจะมีคะแนนความปวดได้ตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยમેร็งต่อการใช้นวปฏิบัติทางการพยาบาล และผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความปวด วิธีการบรรเทาความปวด คำแนะนำในการจัดการกับความปวด ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่ายในเรื่องการจัดการความปวด และผลลัพธ์ที่เกิดจากการบรรเทาความปวด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ID Code.....

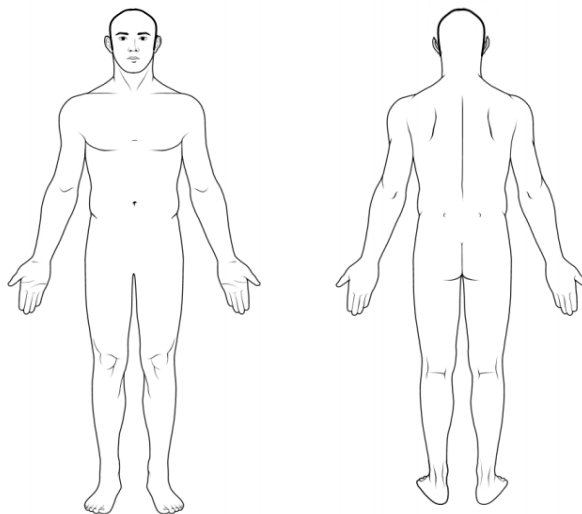
วันที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่
☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า/แยกกันอยู่
4. ศาสนา ☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์
☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
5. ระดับการศึกษา ☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 2. มัธยมศึกษา
☐ 3. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ☐ 4. ปริญญาตรี
☐ 5. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....
6. อาชีพ ☐ 1. ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 2. รับจ้าง
☐ 3. ค้าขาย ☐ 4. ธุรกิจส่วนตัว
☐ 5. เกษตรกร ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน ☐ 10,000-20,000 บาท ☐ 20,001-30,000 บาท
☐ 30,001-40,000 บาท ☐ 40,001-50,000 บาท
☐ อื่นๆ (ระบุ).....
8. ระยะของโรค
9. แผนการรักษาที่ได้รับ ☐ การฉายรังสี ☐ การให้ยาเคมีบำบัด
☐ การฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ☐ การใส่แร่
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

10. ตำแหน่งที่มีความปวด (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)



11. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด

12. คะแนนความปวดที่เกิดขึ้นตอนนี้ (0-10 คะแนน).....

13. ลักษณะของความปวด () 1. ปวดตื้อๆ () 2. ปวดตื้อๆ
() 3. ปวดแปล๊บๆ () 4. ปวดเหมือนเข็มทิ่ม
() 5. ปวดชาๆ () 6. อื่นๆ (ระบุ).....

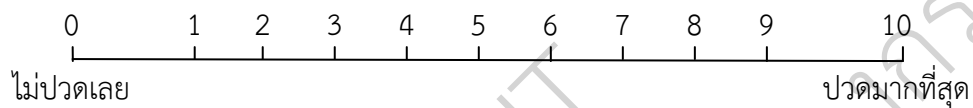
14. เวลารอบและรอบของความปวด () ปวดเป็นระยะๆ () ปวดตลอดเวลา

15. ยารักษาปวดที่ได้รับในปัจจุบัน

.....

.....

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความปวดตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ตัวเลขเริ่มตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย จนกระทั่งถึง 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมายวงกลมลงบนตัวเลขระหว่าง 0-10 ที่ใดก็ได้ ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกปวดของท่านในขณะนี้มากที่สุด



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้นโยบายทางการแพทย์และ
ผลลัพธ์ในการบรรเทาความปวด

คำชี้แจง: ทำเครื่องหมาย / ในช่องซึ่งท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หัวข้อ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านได้รับการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง					
2. ท่านได้รับคำแนะนำในการจัดการกับความปวดและได้รับการพยาบาลในการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม					
3.					
4.					
5.					

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

แผนการสอนเรื่อง “การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล”

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL) เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

COPY RIGHT
ฝ่ายการพยาบาล รพ.จุฬาลงกรณ์

แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Performance Check List: PCL)

เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

หัวข้อกิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ให้ความรู้ผู้ป่วยในการประเมิน Pain Score โดยใช้ Numeric Rating Scale เมื่อแรกรับ		
2. ประเมินคะแนนความปวด (Pain Score) เมื่อแรกรับ		
3. ประเมินตำแหน่งที่ปวดและลงบันทึกทางการพยาบาลเมื่อแรกรับ		
4. ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวดเมื่อแรกรับ		
5. ประเมินวิธีการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ		
6. ให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องวิธีการใช้ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
รวมคะแนน		

เกณฑ์การประเมิน

ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน N/A = ประเมินไม่ได้เนื่องจากไม่เกิดเหตุการณ์นั้น

หมายเหตุ: ผู้ปฏิบัติต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน 80% คิดเป็นคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน

ภาคผนวก ข

แผนการสอน

แผนการสอน

เรื่องการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มด้วยวิธีการสอนในเรื่องการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ผู้สอน นางสาวกาญจนา เพียรบุญฤดี และนางสาวกิ่งทิพย์ แท้มทอง

กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานร่วงานชั้น 5, 6 และ 7

สถานที่ ห้องประชุม ตึกอภิสสเบธ จักรพงษ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานร่วงานมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานร่วงานสามารถให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานร่วงานตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดมีอาการปวดลดลง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี พร้อมทั้งขอความร่วมมือ ในการทำวิจัยครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพใน หน่วยงานรื่องวานิช สามารถบอกถึงการ พยาบาลตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล	บทนำ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวกาญจนา เพียรบุญญิตี และดิฉัน นางสาวกัททิพย์ แด้มทอง พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน รื่องวานิช จะขอให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลตาม แนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วย มะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใน หน่วยงานรื่องวานิชมีความรู้ ความเข้าใจสามารถให้การ พยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและ เหมาะสม ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสอน ➤ นิยามศัพท์ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ มีพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและมีอาการปวดจากโรคมะเร็ง ซึ่งอาการปวดดังกล่าวมีผลรบกวนต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้	ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้าง สัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การพยาบาลตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล เรื่องการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ รับไว้ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้ เกี่ยวกับการพยาบาล ตามแนวปฏิบัติการ พยาบาลเรื่องการ จัดการความ	Power point	5 นาที 45 นาที	พยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยงานรื่อง วานิชมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี กับผู้สอน ให้ความ สนใจ มีความพร้อมใน การรับฟังและให้ความ ร่วมมือในการวิจัย พยาบาลวิชาชีพใน หน่วยงานรื่องวานิช สามารถบอกถึงการ พยาบาลตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
เรื่องการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับ ไว้ในโรงพยาบาล	ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบาย ทุกข์ทรมาน หรือท้อแท้ สิ้น หวัง Breakthrough cancer pain หมายถึง อาการปวดจาก มะเร็งที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ➤ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเรื่องการ จัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ <u>ขั้นตอนที่ 1</u> การเตรียมให้การพยาบาลในการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง <u>ขั้นตอนที่ 2</u> การพยาบาลในการจัดการความปวด <u>ขั้นตอนที่ 3</u> การประเมินหลังการดูแลและเตรียมความพร้อม ก่อนการจำหน่าย ❖ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมให้การพยาบาลในการ จัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 1. ประเมินความปวดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากการ ซักประวัติความปวดจากผู้ป่วยและครอบครัว ลงบันทึกแบบ ประเมินความปวด ตามรายละเอียดดังนี้	ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ รับไว้ในโรงพยาบาล			เรื่องการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ รับไว้ในโรงพยาบาล และมีส่วนร่วมในการ ซักถามข้อสงสัย

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของอาการปวด ความรุนแรงของอาการปวด ปัจจัยที่ทำให้ความปวดมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลง อาการไม่สบายต่างๆ วิธีการบรรเทาความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย และประวัติการใช้ยาแก้ปวด 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการให้ความรู้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 2.1 การประเมินความปวดและการบันทึกคะแนนความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) และ/ หรือ Visual Analogue Scale (VAS) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รายงานอาการปวดจากความรู้สึกของตัวเอง โดยแบ่งระดับความปวดที่ได้รับจากการประเมินความปวดเป็น 4 ระดับ เพื่อวางแผนการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยต้องทราบถึงความหมายของตัวเลข 0-10 ดังนี้				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	0 = ไม่ปวดเลย (No Pain) 1-3 = ปวดเล็กน้อย (Mild Pain) 4-6 = ปวดปานกลาง (Moderate Pain) 7-10 = ปวดมากที่สุด (Severe Pain) 2.2 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และผลข้างเคียง วิธีการบริหารยาเพื่อบรรเทาอาการปวด ใช้ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้กำหนดหลักการใช้ยาระงับปวด โดยอาศัยจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ ตามระดับความรุนแรงของอาการปวด ประกอบด้วยบันได 3 ขั้น (WHO three steps Analgesic Ladder) ดังนี้ ขั้นที่ 1 อาการปวดในระดับเล็กน้อย (Mild pain) แนะนำให้ใช้ยาระงับความปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน และยาแก้แสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในรายที่มีอาการปวดในระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ขั้นที่ 2 อาการปวดในระดับปานกลาง (Moderate pain) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 1 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาระงับปวดชนิด Weak opioids ร่วมกับยาระงับปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น Codeine Tramol/ Tramadol ในรายที่มีอาการปวดในระดับปานกลาง (มีคะแนนตั้งแต่ 4-6 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10) ขั้นที่ 3 อาการปวดในระดับรุนแรง (Severe pain) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 2 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาระงับปวดชนิด Strong opioids ร่วมกับยาระงับปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น Morphine Fentanyl หรือ Methadone ในรายที่มีอาการปวดในระดับรุนแรง (มีคะแนนตั้งแต่ 7-10 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	หลักการของการใช้ยาระงับปวด 1. โดยทั่วไปนิยมให้ยาแก้ปวดตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ เกณฑ์การใช้ยาแก้ปวดตามบันไดสามขั้น (WHO Analgesic Ladder) 2. ใช้ยาในขั้นที่ 1 ร่วมกับขั้นที่ 2 หรือขั้นที่ 3 เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวด และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดจากยาแต่ละกลุ่มให้น้อยลง แต่จะไม่ใช้ยากลุ่ม weak opioids ร่วมกับ strong opioids 3. NSAIDs เป็นกลุ่มยาแก้ปวดที่มีประโยชน์มากสำหรับใช้บรรเทาความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของกระดูกและความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ การอักเสบ หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) 4. การใช้ยากลุ่ม opioids ต้องตระหนักถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก กัดกร่อนหายใจ เป็นต้น โดยให้ยาป้องกันอาการที่คาดว่าจะต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอน และเฝ้าระวัง				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	พร้อมให้การรักษาแก้ไขทันทีเมื่อพบมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น 5. ใช้ยากลุ่มยาเสริมหรือที่เรียกกันในชื่อ Co-analgesics หรือ Adjuvants ซึ่งประกอบด้วย 5.1. กลุ่มยา antidepressants ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วย amitriptyline, imipramine, desipramine และ nortriptyline เป็นต้น ยาแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการระงับปวดที่ไม่ต่างกัน และใช้ขนาดยาที่น้อยกว่าที่ใช้รักษาอาการซึมเศร้า 5.2. กลุ่มยา anticonvulsants ยาในกลุ่มนี้ประกอบด้วย carbamazepine, oxcarbazepine, phenytoin, sodium valproate, gabapentin และ pregabalin เป็นต้น 5.3. กลุ่มยา steroids ซึ่งถูกนำมาใช้สำหรับบำบัดภาวะต่างๆ เช่น กรณีปวดหลังจากไขสันหลังถูกกดทับจากก้อนมะเร็ง ปวดกระดูกอย่างรุนแรงจากการลุกลามของโรคมะเร็ง และเนื้อเยื่อไขสันหลังอักเสบจากการแทรกเบียดของมะเร็งก่อให้เกิดความปวด เป็นต้น				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	6. รักษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด ถ้าสามารถ ตรวจค้นหาสาเหตุและรักษาได้ อาทิเช่น ถ้าความปวดที่ เกิดขึ้นมีต้นเหตุจากโรคมะเร็ง การนำเอาวิธีการบำบัดรักษา โรคมะเร็งชนิดต่างๆ มาใช้อาจให้ผลในการระงับปวดได้เป็น อย่างดี อาทิเช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด ดังนั้นในการบำบัด ความปวดจึงต้องระลึกถึงวิธีการต่างๆ เหล่านี้ควบคู่ไปด้วย เสมอ อย่างไรก็ตามขณะที่ให้การบำบัดความปวดด้วยวิธี ต่างๆ ตามที่กล่าวไว้เหล่านี้จำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย ในระยะเริ่มแรกเสมอ และค่อยลดขนาดของยาแก้ปวดลง เมื่อความปวดบรรเทาลง 2.3 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด โดย การให้ความรู้ เพื่อบรรเทาความปวดด้วยตนเอง เช่น การ ประคบร้อน/เย็น การใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยการควบคุม การหายใจ การทำสมาธิ ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การสนทนา กับผู้อื่น การ สร้างอารมณ์ขัน การนวด การกดจุด การสร้างจินตภาพ การ จัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	2.4 การจัดการความปวดและประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain 2.5 การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องและการจดบันทึก 3. พยาบาลวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการตั้งเป้าหมายควบคุมระดับความปวดที่สามารถยอมรับได้ pain score ≤ 3 ❖ ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลในการจัดการความปวด 1. พยาบาลให้ความรู้ในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล เพื่อให้เห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด การติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 1.1 การประเมินระดับคะแนนความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) เป็นหลัก และ/ หรือ Visual Analogue Scale (VAS) โดยประเมินความปวดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อมี breakthrough pain				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	1.2 การจัดการความปวดด้วยการให้ความรู้ (Education program) เพื่อบรรเทาความปวดด้วยตนเอง 1.3 การจัดการความปวดแบบใช้ยา และ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด 1.4 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาแก้ปวด 1.5 การแนะนำผู้ป่วยในการขอยาแก้ปวดทันที เมื่อมี Breakthrough pain และประเมินซ้ำเมื่อมี Breakthrough pain 1.6 การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง และการจดบันทึก 2. การจัดการความปวดของผู้ป่วยตามคะแนนความปวด ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามขั้นตอนของ World Health Organization: WHO Analgesic Ladder 2.1 Ladder step 1: Mild pain (คะแนนความปวด 1-3) Non – urgent: เน้นการให้การสนับสนุน สอน และการติดตามอาการเป็นระยะ โดยมีขั้นตอนในการดูแล ดังนี้				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	2.1.1 การประเมินและให้การพยาบาล โดยประสานงานกับแพทย์ ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว 2.1.2 การจัดการความปวดแบบใช้ยา ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับ Mild pain (คะแนนความปวด 1-3) แพทย์ควรใช้ยาแก้ปวด Acetaminophen ในขนาดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย หรือ Non – Steroidal Anti – Inflammatory Drug: NSAID โดยให้ prn หรือให้อย่างสม่ำเสมอ โดยต้องบอกผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดให้ผู้ป่วยทราบ 2.1.3 การจัดการความปวดด้วยการให้ความรู้ (Education program) เพื่อบรรเทาความปวดด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความเหมาะสม เช่น การประคบอุ่นหรือประคบเย็น นั่งสมาธิ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หรือการใช้เทคนิคผ่อนคลาย ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	2.1.4 เมื่อพบว่า มี Breakthrough pain หรือเริ่มมีระดับความปวดแบบทันที และ/หรือเฉียบพลันและ/หรือเพิ่มขึ้นต้องรีบแก้ทันที 2.1.5 การประเมินความปวดด้วยตนเองซ้ำภายหลังการรับประทานยาบรรเทาปวด 30 นาทีต่อเนื่อง และการจดบันทึก 2.1.6 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้องแจ้งแพทย์แล้วปรับยา และส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพมาช่วยดูแลบรรเทาปวดต่อไป 2.2 Ladder step 2: mild to moderate pain (คะแนน ความปวด 4 – 6) Urgent: การให้ความสำคัญในการติดตามการใช้ยาแก้ปวดภายใน 24 ชั่วโมง การจัดการความปวดแบบใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด โดยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับ mild to moderate pain ประสานงานกับแพทย์ ควรได้รับยากลุ่ม Weak Opioid เช่น Tramadol , Acetaminophen with codeine ซึ่งอาจจะให้ร่วมกับการ				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	adjuvant medications หรือไม่ได้ ซึ่งการให้ adjuvant medications ที่ใช้ในการลดอาการปวด ได้แก่ a) Anticonvulsants เช่น gabapentin สำหรับ neuropathic pain b) Antidepressant เช่น nortriptyline สำหรับ neuropathic pain c) Local anesthesia สำหรับ neuropathic pain d) การใช้ bisphosphonates เช่น Aredia/ pamidronate, zoledronic acid/ zometra สำหรับ bone pain 2.2.2 ถ้ายากกลุ่ม Weak Opioid สำหรับ mild to moderate pain ใช้ไม่ได้ผล ไม่ควรเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่นในกลุ่มเดียวกัน แต่ควรเปลี่ยนมาใช้ยา Step 3 ได้เลย 2.2.3 ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามเวลา (Around the clock) สม่ำเสมอครบถ้วน				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	2.2.4 เมื่อพบว่าผู้ป่วยมี Breakthrough pain หรือเริ่มมีระดับความปวดแบบทันที และ/หรือเฉียบพลัน และ/ หรือเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องรีบแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที 2.2.5 พยาบาลประเมินระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยซ้ำภายหลังการรับประทานยาบรรเทาปวด 30 นาที และจดบันทึก 2.2.6 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยใช้ 2.2.6.1 การพยาบาลทางจิตสังคม โดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นทีละส่วน (progressive muscle relaxation) การใช้จินตภาพ (imagery) เป็นต้น 2.2.6.2 Counseling โดยการให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการความปวดด้วยตนเอง				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	2.2.6.3 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้อง แจ้งแพทย์ปรับยา และส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพมาช่วยดูแล บรรเทาปวด เช่น การฝังเข็ม สัมผัสบำบัด การนวดผ่อนคลาย การใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทผ่านทางผิวหนัง เพื่อ ลดความเจ็บปวด (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: TENS) 2.2.7 การจัดการความปวด และประเมินซ้ำ เมื่อมี Breakthrough pain 2.2.8 บันทึก Pain score เมื่อมี Breakthrough pain และหลังการจัดการความปวด 2.2.9 ติดตามและประเมินผลข้างเคียงจาก การใช้ยาแก้ปวด 2.3 Ladder step 3: moderate to severe pain (คะแนนความปวด 7-10) Emergent: ต้องได้รับยา บรรเทาปวดทันที การดูแลผู้ป่วยและการประเมินมีดังนี้ 2.3.1 ประเมินและรายงานแพทย์ทันที				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	รวมทั้งเตรียมการที่จะให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดทันที 2.3.2 ถ้าเริ่มปวดทันทีและเฉียบพลัน ระดับความปวดเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งก่อน ติดตาม vital signs รวมทั้งอาการแสดงต่างๆ ประเมินความปวด และอาการแสดงต่างๆ รวมทั้งจัดการอาการปวดทันที 2.3.3 การจัดการความปวดแบบใช้ยา โดยร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้ยาในกลุ่ม Strong opioid ดังนี้ 2.3.3.1 การใช้ยากลุ่ม Strong opioid ซึ่งได้แก่ Morphine หรืออนุพันธ์ของ Morphine ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดรุนแรง ซึ่งอาจจะให้รวมกับการใช้ adjuvant medications หรือไม่ได้ ซึ่ง adjuvant medications ที่ใช้ในการลดอาการปวด ได้แก่				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	a) corticosteroids เช่น dexamethasone สำหรับ bone pain และ neuropathic pain ปวดจาก Spinal cord compression, Bowel obstruction, Lymphedema pain, Liver capsule pain, ปวดศีรษะจาก Increased intracranial pressure b) anticonvulsants เช่น gabapentin/neurontin สำหรับ neuropathic pain c) antidepressant เช่น nortriptyline สำหรับ neuropathic pain d) local anesthesia สำหรับ neuropathic pain e) การใช้ bisphosphonates เช่น aredia/pamidronate, zoledronic acid สำหรับ bone pain 2.3.4.2 การใช้ยาในกลุ่ม Strong opioid ควรอยู่ในรูปของยาปรับประทาน ถ้าผู้ป่วยยังสามารถรับประทานได้ 2.3.4.3 การใช้ยา Morphine ควรมีการเฝ้า				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ระวังผลข้างเคียงเช่น ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก กด การหายใจ โดยเฉพาะการใช้ยาระงับปวดกลุ่มStrong opioid ซึ่งยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วย ง่วงซึม กดการหายใจ (หายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/ นาที) ดังนั้นจึงควรประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) และอัตราการหายใจภายหลังได้รับยาระงับปวด Sedation score 0= ไม่ง่วงเลย อาจนอนหลับตาแต่รู้ตัว ตื่นอยู่ พูด โต้ตอบได้อย่างรวดเร็ว 1= ง่วงเล็กน้อย นอนหลับๆตื่นๆ ปลุกตื่นง่าย ตอบ คำถามได้อย่างรวดเร็ว 2= ง่วงพอควร อาจหลับอยู่แต่ปลุกตื่นง่าย ตอบ คำถามได้ช้าหรือไม่ช้าก็ได้ แต่พูดคุยได้สักครู่ ผู้ป่วยจะอยาก หลับมากกว่าคุยด้วย 3= ง่วงอย่างมาก ปลุกตื่นยากมากหรือไม่ตื่น ไม่ โต้ตอบ				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	S= ผู้ป่วยกำลังหลับพักผ่อน สามารถปลุกตื่นได้ไม่ยาก เป็นการหลับปกติ คือ ตื่นได้ง่ายเมื่อมีสิ่งกระตุ้น ไม่ต้องการยาแก้ปวด 2.3.4.4 ผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดตามเวลา (Around the clock) มากกว่าการร้องขอเมื่อมีอาการปวด 2.3.4.5 ใส่ใจรายละเอียดของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ 2.3.4.6 ติดตามและประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด 2.3.5 ประเมินทีมสหสาขาเพื่อรับการรักษาอื่นๆเพิ่ม โดยรายงานแพทย์เมื่อพบว่ายาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับยังไม่สามารถควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยได้ ซึ่งให้แพทย์พิจารณาให้การรักษาอื่นๆเพิ่ม เช่น a) Radiotherapy เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยที่ Bone pain หรือSpinal cord compression				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	b) Surgery c) Interventional treatment เช่น epidural, intrathecal, celiac block 2.3.6 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยใช้ 2.3.6.1 การพยาบาลทางจิตสังคม โดยใช้ relaxation technique, progressive muscle relaxation technique, imagery technique เป็นต้น 2.3.6.2 Counseling โดยการให้คำปรึกษา เรื่องการจัดการความปวดด้วยตนเอง 2.3.6.3 กรณีความปวดเพิ่มขึ้นพยาบาลต้อง แจ้งแพทย์ปรับยา และส่งปรึกษา pain clinic , psychologist หรือนักกายภาพ เพื่อใช้การฝังเข็ม การนวด การกดจุด หรือ Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: TENS เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการ ความปวด 2.3.7 การจัดการความปวดและประเมินซ้ำ				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	เมื่อมี Breakthrough pain พยาบาลต้องจัดการความปวด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างทันท่วงที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจกับการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการปวด และมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการใช้ opioid และประเมินซ้ำหลังการได้รับยาเมื่อมี breakthrough pain ภายใน 15 - 30 นาที 2.3.8 บันทึก Pain score เมื่อมี Breakthrough pain และหลังการจัดการความปวด 2.3.9 ประเมินและบันทึก Sedative score 2.3.10 พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกคะแนนความปวดลงในคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเอง โดยบันทึกคะแนนความปวดของตนเองทุกครั้งที่ประเมิน และทุกครั้งเมื่อมี breakthrough pain และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดแล้วหลังจากนั้น 15 - 30 นาที ควรมีการประเมินระดับความปวดซ้ำหลังได้รับยาลด Breakthrough pain				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	2.3.11 แนะนำผู้ป่วยให้นำคู่มือการจัดการความ ปวดด้วยตนเองทุกครั้งที่มาพบแพทย์ 3. มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการ จัดการความปวดขณะอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้านเป็น ระยะๆ อย่างน้อย 6 ครั้ง 4. มีการทบทวนความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่อง การจัดการความปวดก่อนกลับบ้าน 5. โรงพยาบาลทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความ ปวดแก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องจำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะๆจนกว่าจะจำหน่าย 6. บันทึกคะแนนความปวดและมีการส่งเวรต่อเรื่อง อาการปวดของผู้ป่วย ให้ทราบทุกเวร ❖ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินหลังการดูแลและเตรียม ความพร้อมก่อน Discharge 3.1 ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 3.1.1 ประเมินระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วย ก่อนเตรียมจำหน่าย โดยระดับความปวดที่ยอมรับได้				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	สามารถพักผ่อนได้หรือปฏิบัติกิจกรรมได้ pain score ≤ 3 3.1.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จากความสามารถในการจัดการความปวดด้วยตนเอง ก่อนกลับบ้าน 3.1.3 จัดเตรียมคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้จดบันทึกคะแนนความปวดด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน 3.1.4 ทบทวนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคุมปวดและผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยทบทวนเป็นรายบุคคลก่อนการจำหน่าย 3.1.5 พยาบาลติดตามความปวดของผู้ป่วย เมื่อกลับบ้าน โดยขอเบอร์โทรศัพท์ที่ผู้ป่วยสะดวก เพื่อติดตามการจัดการความปวดทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	3.2 เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลมีการโทรศัพท์ติดตามประเมินความ ปวดของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และมีการจดบันทึกข้อมูล ของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุป การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่อง การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวได้รับการพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพในการจัดการกับความปวด นำไปสู่การที่ผู้ป่วย โรคมะเร็งจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป	ผู้วิจัยสรุป ตลอดจน เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย และกล่าวคำ ขอขอบคุณ พยาบาล วิชาชีพในหน่วยงาน ว่องวานิช		10 นาที	พยาบาลวิชาชีพใน หน่วยงานว่องวานิช แสดงความสนใจ ให้ ความร่วมมือ และ ซักถามเกี่ยวกับการ พยาบาลตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล เรื่องการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ รับไว้ในโรงพยาบาล

รายการอ้างอิง

- Bandieri E, Sichetti D, Romero M, Fanizza C, Belfiglio M, & Buonaccorso L, et al. (2012). Impact of early access to a palliative/ supportive care intervention on pain management in patients with cancer. **Ann Oncol** 23: 2016–2020.
- Blackkall, G.F. (2000). Psychological techniques in pain management. In P.P. Raj. (Ed.). **Practical management of pain**. 3rd ed. St. Louis: MO. Harcourt Health Sciences.
- Davies A, Zeppetella G, Anderson S, Damkier A, Vejlgaard T, & Nauck F, et al. (2011). Multi Centre European study of breakthrough cancer pain: Pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. **European Journal Pain** 15: 756–63.
- Gorin SS, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HSL, & Spring B, et al. (2012). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients with Cancer. **Journal Clinical Oncology** 30: 539-47.
- Koller A, Miaskowski C, Geest SD, Opitz O, Spichiger E. (2012). A Systematic Evaluation of Content, Structure, and Efficacy of Interventions to Improve patients' Self-Management of Cancer Pain. **Journal Pain Symptom Manage** 44: 264-84.
- Soden K, Ali S, Alloway L, Barclay D, Perkins P, Barker S. (2013). How do nurse in specialist Palliative Care access and manage breakthrough cancer pain? A multicenter study. **Palliative Medicine** 24(3): 294–298.