

บทที่ 1

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย ข้อมูลองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายลำดับ 2 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศ (ศูนย์องค์รวมเพื่อการศึกษาและการบำบัดโรคมะเร็ง หน่วยมะเร็งวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2561) ในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการตายอันดับแรก ในอัตรา 117.6 ต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ในอัตราการตายที่สูงนี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในขณะที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามและแพร่กระจาย อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยี ก้าวหน้าในการรักษาแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (American Cancer Society, 2014) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้อาการ และอาการแสดงของโรครุนแรงมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และระยะสุดท้าย คือ อาการปวด หอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด สับสน ท้องผูก ปากแห้ง นอนไม่หลับ ซึ่งการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับอาจรวมถึงเคมีบำบัด รังสีรักษา และ การผ่าตัด เหล่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ด้วยเช่นกัน โดยพบอาการปวดร้อยละ 66.3 (Lanker VA, Velghe A, Hecke VA, Verbrugghe M, Noorgate, 2013)

อาการปวด (Cancer Pain) เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อย โดยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 30-90 ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งพบได้ทุกระยะของโรคเริ่มตั้งแต่ก่อนวินิจฉัย ระหว่างรับการรักษา ระยะของการเป็นโรค ไปจนถึงระยะสุดท้ายก่อนการเสียชีวิต (เกษกนก กมลมาตยกุลและคณะ, 2555) ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดได้น้อยลง เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมอง ภาวะ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต วิตกกังวลถึงความเจ็บป่วยของตนเอง กลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล บางรายกลัวจะตายอย่างทรมานจากความปวด ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การระงับปวดได้ผลแตกต่างกัน การจัดการความปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิง ประจักษ์ โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวครอบคลุมกิจกรรมการ พยาบาล ด้านการประเมินค่าคะแนนความปวด การวางแผน การจัดการลดความปวด โดยไม่ใช้ยา การจัดการโดยใช้ยา การทำงานร่วมกับแพทย์ เกสัชกร การประเมินผลการ จัดการดังกล่าว สามารถ ลดความปวดได้ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า แนวทางสำหรับพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดหลักสำคัญประกอบด้วย 1) การประเมินความเจ็บปวด เป็นการประเมินตั้งแต่แรกรับอย่างสม่ำเสมอจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมิน

โดยมาตรฐานระดับความปวด และประเมินซ้ำหลังได้รับบรรเทาอาการปวด 2) การบรรเทาปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา ปฏิบัติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) โดยแพทย์จะพิจารณาการให้ยาตามระดับความรุนแรงของอาการปวดร่วมกับการบรรเทาแบบไม่ใช้ยาโดยเฉพาะด้านการคลายเครียด 3) การดูแลด้านจิตสังคม เป็นการสร้างสัมพันธภาพและการให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล การใส่ใจผู้ป่วยด้วยความรู้สึกห่วงใยและเอื้ออาทร กระจือหรืออื่น 4) การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการจัดการความเจ็บปวด

จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์รายงานผู้ป่วยมะเร็ง ปีพ.ศ. 2558 - 2560 พบว่ามีจำนวน 455 ราย 560 ราย และ 228 ราย ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2556 เริ่มมีนโยบายการดำเนินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แต่ยังไม่มีการดูแลแบบต่อเนื่องและครบวงจร บุคลากรได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยด้านนี้ น้อย ในปี พ.ศ. 2559 ขยายการบริการครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง พร้อมทั้งสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการศึกษา อบรมพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวน วิเคราะห์ระบบการบริการผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความทุกข์ทรมานจากปัญหาปวด โดยที่การจัดการความเจ็บปวดยังไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการจัดการกับความเจ็บปวด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้บริการด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและจำเป็นต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลคือการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - based Practice) มาใช้ในในการปฏิบัติ โดยการนำความรู้ที่ได้จากผลการวิจัย ตำรา เอกสารวิชาการที่ผ่านการประเมินคุณภาพและระดับความเป็นไปได้ในการไปปฏิบัติมาใช้อ้างอิงในการทำคู่มือหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลซึ่งจะช่วยทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วมและมีความพึงพอใจ (จิตร สิทธิอมร, 2543) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ด้านการลดความปวดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ทีมผู้ปฏิบัติมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งจะสามารถแก้ปัญหาความหลากหลายในการปฏิบัติ และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการดูแลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ตลอดจนเป็นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้มีคุณภาพต่อไป

2. คำถามการศึกษา

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ที่พัฒนาขึ้น

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2560 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2561

5. นิยามศัพท์

5.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ ที่มีการกระจายไปยังระบบต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ สมอง ปอด ตับ อวัยวะใด อวัยวะหนึ่งหรือมากกว่า หรือผู้ที่มีการกระจายของมะเร็งอย่างกว้างขวางเฉพาะที่โดยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ในปัจจุบัน การรักษาทางการแพทย์เป็นการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อประคับประคองตามอาการ

5.2 การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หมายถึง การจัดการความปวดแบบใช้ยา และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ตามวิธีที่เหมาะสม และความชอบของผู้ป่วย

5.3 การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาและป้องกันความทุกข์ทรมาน และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น

5.4 แนวปฏิบัติทางการพยาบาล หมายถึง แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่พัฒนาขึ้นจากการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีอาการปวด ได้รับการจัดการอาการปวดตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวด สามารถดูแลตนเอง ลดการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนลดค่าใช้จ่ายส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาการอื่นๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายครั้งนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการพยาบาลที่ดีที่สุดโดยการนำโมเดลการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-based Practice Model) ในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence – trigger phase) ซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

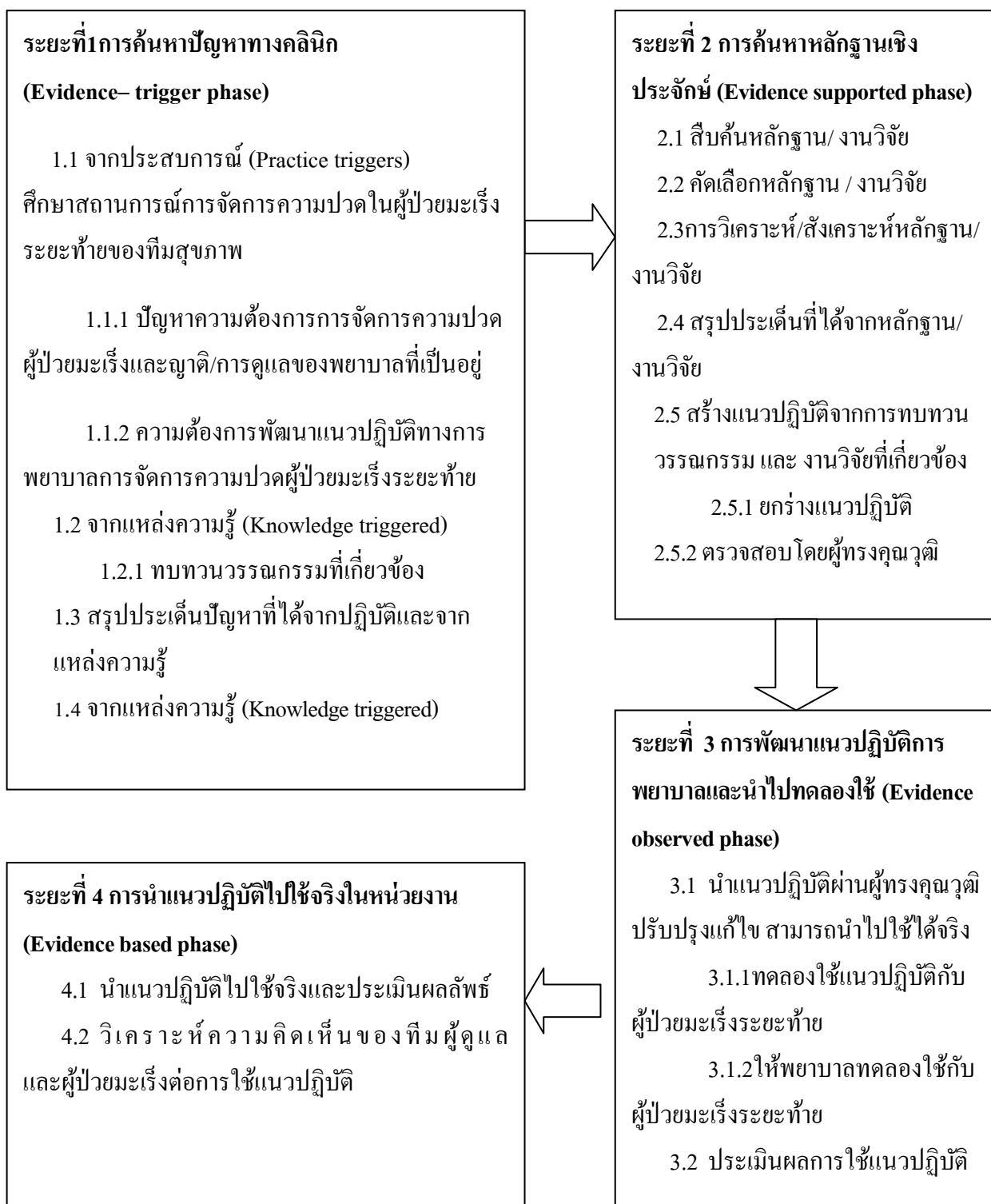
1.1 จากปัญหาที่พบได้จากการปฏิบัติงานจริง (Practice Triggers)

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered)

ระยะที่2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase)

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase)

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
 โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจก่อนศึกษาและเพื่อให้สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอย่างครอบคลุม โดยมีสาระสำคัญดังนี้คือ

1. ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
2. สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
3. กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
4. ผลกระทบจากความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
5. การจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
6. การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
7. แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

1. ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความปวดเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบายซึ่งเกิดขึ้นสัมพันธ์กับพยาธิสภาพ ทำให้ความปวดมีอิทธิพลต่อการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึก ความเข้าใจและการแปลความหมายความปวดของบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายจิตใจสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลนั้น ความปวดในโรคมะเร็งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นได้ทั้งแบบเฉียบพลัน เรื้อรังหรือทั้งสองอย่างรวมทั้งความปวดที่เพิ่มสูงขึ้นจากเดิมคือความปวดแทรก (breakthrough pain) ซึ่งพบได้ทุกระยะของโรคส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากการลุกลามของโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งและความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ การแบ่งชนิดความปวดในโรคมะเร็งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคและกลไกการเกิดความปวด ได้แก่ความปวดแบบนอซิเซพทีฟ (nociceptive pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการกดหรือการทำลายของเนื้อเยื่อจากการลุกลามแพร่กระจายของก้อนมะเร็งหรือผลจากการรักษาโดยแบ่งความปวดชนิดนี้ออกเป็นความปวดตามร่างกาย (somatic pain) มีลักษณะปวดเฉพาะที่ปวดตุ๊บๆปวดตื้อๆเหมือนถูกแทงแน่นตึงและความปวดตามอวัยวะภายใน (visceral pain) มีลักษณะปวดทั่วๆออกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจนปวดตื้อๆจุกเหมือนถูกบีบเหมือนมีควดปวดร้าวและความปวดอีกชนิดหนึ่งคือความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ซึ่งเกิดจากก้อนมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะของระบบประสาทโดยตรงส่วนใหญ่มักจะมีเรื้อรังและมีลักษณะความปวดแปล๊บๆเหมือนไฟช็อต ชาหรือปวดแสบปวดร้อน (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยมากที่สุดซึ่งสิ่งสำคัญในการรักษาเพื่อบรรเทาความปวดในโรคมะเร็งคือการค้นหาสาเหตุของความปวดร่วมกับการรักษาต้นเหตุของความปวดนั้น

2. สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2.1 สาเหตุทางกาย

2.1.1 ปวดเนื่องจากกระบวนการการดำเนินของ โรคมะเร็ง ความปวดที่เกิดจากการลุกลามจากก้อนมะเร็งโดยตรงพบได้สูงถึง ร้อยละ 78 เกิดจากก้อนมะเร็งขยายตัวทำลายเนื้อเยื่อและกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงอวัยวะที่เป็นมะเร็งและอวัยวะข้างเคียงหรือจากการที่ก้อนมะเร็งลุกลามกดเบียดหรืออุดตันอวัยวะต่างๆที่เป็นโครงสร้างของร่างกายอวัยวะภายในเช่นกระดูก สมอง ตับ กระเพาะอาหาร ถ้าได้ท่อน้ำดี มดลูก กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดความปวดในลักษณะที่รวมเรียกว่าความปวดแบบนอนซิเซพทีฟ (nociceptive pain) มะเร็งแทรกเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง ทำให้เกิด vasospasm, venous thrombosis, tumor emboli หรือ lymphangitis

2.1.2 ความปวดที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็งพบประมาณร้อยละ 19 เป็นความปวดที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาหรือภายหลังการรักษา ดังนี้

1) ความปวดที่เกิดจากการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคเช่นการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ การส่องกล้องและการเจาะไขกระดูกทำให้เกิดความปวดได้จากการทำหัตถการเหล่านี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐ เชียร, 2554)

2) ความปวดจากการผ่าตัดพบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก ผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ถูกตัดแขนหรือขาทำให้เส้นประสาทถูกตัดขาดเซลล์หุ้มประสาทเสื่อมสลายหรือปมประสาทตรงปลายถูกตัดขาดทำให้มีความปวดบริเวณที่เคยมีอวัยวะนั้นอยู่มักปวดอยู่ตลอดเวลา

3) ความปวดจากการได้รับยาเคมีบำบัด อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาเป็นผลจากการระคายเคืองของยาต่อเยื่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดอักเสบแข็ง หรือเกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่ออ่อน เมื่อยาออกนอกเส้นเลือดทำให้เกิดการอักเสบและการตายของเนื้อเยื่ออ่อนเกิดเป็นแผลลึกทำให้เกิดความปวดได้ หรืออาจเกิดจากผลข้างเคียงทำให้เกิดความปวด เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมทำให้มีอาการปวดชาปลายมือปลายเท้าภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดเป็นต้น

4) ความปวดเกิดจากรังสีรักษาทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณที่ฉายรังสีทำให้เกิดความปวดจากความผิดปกติของเส้นประสาทหรือถ้าได้รับการฉายรังสีเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดพังผืด (fibrosis) สามารถเกิดการทำลายปลายประสาททำให้เกิดความปวดได้นานเป็นเดือนหรือเป็นปี

2.1.3 ความปวดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งพบได้น้อยประมาณร้อยละ 3 ความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเกิดจากความปวดจากข้อเสื่อมภาวะกระดูกพรุนหรือโรคข้อรูห์มาตอยด์เป็นต้น ซึ่งการวินิจฉัยสาเหตุที่ถูกต้องและมีความเข้าใจพยาธิสรีระวิทยาและกลไกการเกิดความปวดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดได้เพียงพอและผู้ป่วยสามารถบรรเทาความปวดลงได้

2.2 สาเหตุทางจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลง

ปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความปวดลดลง เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมอง ภาวะซึมเศร้า

หมดหวังในชีวิต วิตกกังวลถึงความเจ็บป่วยของตนเอง กลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล บางรายกลัวตายอย่าง
 ทรมาณจากความปวด บังคับเหล่านี้ทำให้การระงับปวดได้ผลแตกต่างกันไป ผู้ป่วยบางรายแสดงความปวด
 มากกว่าปกติเพื่อให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษกว่าปกติ ผู้ป่วยมะเร็งจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจสนองตอบเมื่อ
 ทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งได้ 6 ชนิด กล่าวคือ ระยะเวลาช็อกและปฏิเสธ (Shock & Denial) ระยะเวลาโกรธ
 (Anger) ระยะเวลาต่อรอง (Bargaining) ระยะเวลาซึมเศร้า (Depression) และระยะยอมรับ (Acceptance) ปฏิกิริยาแต่
 ละชนิดอาจไม่ได้เกิดเรียงตามลำดับ และไม่จำเป็นต้องพบทุกข้อในทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา
 และการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งมักปรับตัวได้ในเวลาไม่นานนักถ้าได้รับการดูแลด้วยความเห็นอก
 เห็นใจและความเข้าใจจากครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว (สถาพร ลีลา นันทกิจ และคณะ,
 2547) บางรายอาจปฏิเสธความจริงไปตลอดชีวิต บางราย ไม่มีบางระยะ เช่น ไม่ต่อรองใดๆ แต่เศร้าทันที ใน
 รายที่สุขภาพจิตดีมากอาจยอมรับความเป็นจริงได้เร็ว และปฏิกิริยาทางจิตใจเหล่านี้อาจถดถอยย้อนกลับได้
 เช่น ผู้ป่วยยอมรับได้แล้วตอนทราบผลวินิจฉัย แต่ พออาการทรุดหนักมากขึ้น เช่น เดินไม่ได้ อาจกลับมา
 โกรธ หรือซึมเศร้าได้ใหม่ จึงเป็นทฤษฎีที่ครอบคลุม และยืดหยุ่นมาก (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์
 นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันทชาย สิทธิพันธุ์, 2551)

3 กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดขึ้นจากขบวนการของ โรคมะเร็งซึ่งสามารถอธิบายกลไกการเกิด
 ความปวดได้ด้วยความรู้ทางกายวิภาควิทยาของระบบประสาท (neuroanatomy) และสรีรวิทยาของระบบ
 ประสาท (neurophysiology) ของเส้นทางการรับรู้ความปวด (pain pathway) กล่าวคือ ความปวดใน
 โรคมะเร็งสามารถเกิดจากการที่ก้อนขยายตัวทำลายเนื้อเยื่อและกดเบียดเส้นประสาท (nociceptive pain)
 หรือเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท (neuropathic pain) ซึ่งกลไกการเกิดความปวดแต่ละชนิดต่าง
 เป็นผลจากการไปกระตุ้น (activation) ตัวรับความปวด (nociceptor) ที่ถูกกระตุ้นจากการบาดเจ็บหรือ
 เป็นผลจากที่ nociceptor ที่อยู่ตรงบริเวณส่วนปลายของเส้นประสาท (periphery) ถูกกระตุ้นจากก้อนมะเร็งที่
 ขยายตัวลุกลามกดเบียดหรือแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่ออวัยวะและเส้นประสาทอีกทั้งจากการบาดเจ็บหรือ
 การอักเสบของเนื้อเยื่อจากรังสีรักษาเคมีบำบัดและการผ่าตัดหรืออาจเป็นผลกระตุ้นของสารเคมี (chemical
 stimuli) ที่เกิดจากกระบวนการพยาธิสภาพเช่นเบรคคิไคนิน (bradykinin) ฮีสตามีน (histamine) และซีโรโต
 นิน (serotonin) ซึ่งสารเคมีเหล่านี้มีส่วนทำให้ตัวรับความปวด (nociceptor) เกิดความไวต่อการรับรู้ความ
 ปวด (hyperalgesia) นอกจากนี้ยังมีสารพี (substance P) พรอสตาแกรนดิน (prostaglandins) และลิวโคไทร
 อีน (leucotrien) ช่วยกระตุ้นที่ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดทำให้เกิดความต่างศักย์ไฟฟ้า depolarization)
 เกิดเป็นกระแสประสาท (nerve impulse) ส่งต่อไปยังไขสันหลังส่วนคอรัลซอร์น (dorsal horn) ที่เชื่อมกับ
 สับสแตนเชียลาติโนซา (substantia gelatinosa) หรือเซลล์เอสจี (S-G cell) และเส้นใยประสาทรับความรู้สึก
 ส่วนปลายจะปล่อยสารพี (substance P) และกลูตาเมต (glutamate) ไปกระตุ้นที่เซลล์ (T-cell) ทำให้เกิด
 กระแสประสาทนาส่งไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลังผ่านด้านข้างของเวนท์รอลซอร์น (ventral horn) แล้ว

ขึ้นไปตามสไปโนธาลามิกแทรค (spinothalamic tract) สมองเมื่อกระแสประสาทผ่านธาลามัส (thalamus) เข้าสู่ซีรีบรอลคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) จะแปลความปวดเป็นระดับความรุนแรงทำให้ทราบถึงตำแหน่ง ลักษณะความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้นรับรู้ถึงความไม่สุขสบายซึ่งในการรับรู้เกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีปัจจัยต่างๆอีกมากมายที่เกี่ยวข้องกับความปวด

4. ผลกระทบจากความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผลกระทบจากความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือผลข้างเคียงจากการรักษาเมื่อเกิดขึ้นบุคคลมักรับรู้ถึงความไม่สุขสบายทุกข์ทรมานและรับรู้ว่ามีโรครุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานและความผาสุกในด้านต่างๆทั้งทางด้านร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยดังนี้

4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลที่อาจเกิดจาก โรคมะเร็งหรือผลการรักษาที่รบกวนการทำงานในระบบต่างๆของร่างกายแสดงออกมาเป็นอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

4.1.1 ผลกระทบต่อการทำงานในระบบต่างๆของร่างกายพบว่าความปวดทำให้การทำงานในระบบต่างๆของร่างกายมีความผิดปกติ ได้แก่ ระบบหัวใจระบบหายใจต่อมไทรอยด์ ระบบทางเดินอาหาร ระบบการขับถ่ายและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและอาจมีการหายใจของแปรข้าง เป็นต้น และผลจากโรคมะเร็งยังก่อให้เกิดอาการทางร่างกาย ได้แก่ การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้าและนอนไม่หลับหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาบรรเทาความปวดเช่นท้องผูกคลื่นไส้อาเจียนและอาการปากแห้งคอบแห้ง (Barbro,B.,Marie,S.,Dag.,L.,et al.,2004)

4.1.2 ผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานที่ด้านร่างกายพบว่าเมื่อมีความปวดเกิดขึ้นรุนแรงและเรื้อรังนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการทำงานในระบบต่างๆของร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานที่ทางร่างกายของบุคคลประกอบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป การเคลื่อนไหวร่างกายหรือการเดินทางและการทำงานโดยทั่วไปของผู้ป่วย นอกจากนี้ความปวดส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการความปวดของตนเองโดยมักพบว่าผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรักษาเพื่อบรรเทาความปวดทั้งการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาและมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดยาผลข้างเคียงของยาทัศนคติความเชื่อต่างๆและที่สำคัญเกิดจากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่แยลงจนไม่สามารถรับการรักษาหรือปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (เกษกนก กมลมาตยกุล, จาริกา แก้วบรรจง,2555)

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีระดับความปวดที่รุนแรงขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์และการทำหน้าที่ด้านจิตใจได้สูงเนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งคิดว่าความปวดเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตจึงพบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปวดกลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและกลัวว่าความปวดจะรุนแรงมากขึ้น โกรธไม่ยอมช่วยเหลือตนเองสิ้นหวังและ

รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตมีอาการซึมเศร้าเกิดความอ่อนล้าและขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการจัดการความปวดซึ่งถ้าความปวดเกิดขึ้นอย่างยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือการแสดงออกให้เหมาะสมได้ (Patrick C, Carol M, N, Judith A. Paice, 2018)

4.3 ผลกระทบด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อมีความปวดรุนแรงขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางร่างกายเพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ทางสังคม แสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่นนอนไม่หลับ เมื่อมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ด้านกระบวนการคิดทัศนคติความเชื่อและความหวังต่อการรับรู้ในการจัดการความปวดพบว่าบุคคลเมื่อมีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการความปวดได้จะส่งผลให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตใจมีความมุ่งมั่นในการเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นและเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเองจะส่งผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานไร้ความสามารถรู้สึกตนเองไร้กำลัง สิ้นหวังและระดับความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความปวดเรื้อรังไม่บรรเทาหรือเกิดการข้างเคียงในระหว่างการรักษามักส่งผลต่อการให้ความหมายของความปวดทางด้านลบสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเองรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง มีความคิดว่าตนเองล้มเหลวและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

5. การจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

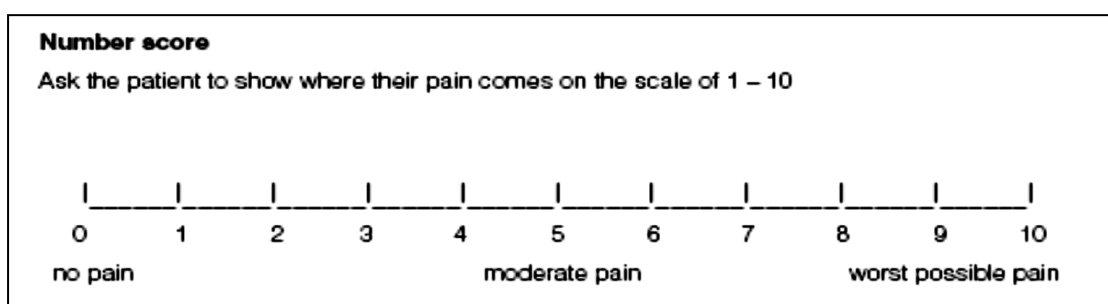
การประเมินความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ทราบถึงสาเหตุลักษณะระดับความรุนแรงของความปวดและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความปวดของบุคคลเพื่อสามารถใช้ในการวางแผนการรักษาและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการประเมินผู้ป่วยในทุกๆ มิติของความปวดให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายที่มารับบริการ (National Comprehensive Cancer Network: NCCN, 2010) การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดต้องมีความน่าเชื่อถือได้มาตรฐานมีระบบการประเมินที่ชัดเจนโดยการประเมินความปวดถูกกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 และมีการติดตามประเมินผลของการจัดการความปวดและอาการข้างเคียงอย่างต่อเนื่องสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการความปวดหรือการรักษาตามความจำเป็นเมื่อความปวดไม่บรรเทาโดยปกติมีการกำหนดเป้าหมายให้ระดับคะแนนความรุนแรงของความปวดที่รุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาต่ำกว่า 4 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน การประเมินความปวดมีการประเมินโดยใช้ข้อมูลอัตนัย (subjective data) และข้อมูลปรนัย (objective data) ดังนี้

5.1 การประเมิน โดยใช้ข้อมูลอัตนัย (subjective data) คือข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดของตนเอง (patient's self-report of pain) โดยใช้เครื่องมือประเมินที่มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ปกติเนื่องจากผลการประเมินเป็นคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยตรงทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงสามารถนำไปจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการประเมินความปวดให้ครอบคลุมดังนี้ (NCCN, 2010)

- 5.1.1 ผู้ป่วยต้องเป็นผู้บอกเล่าความปวดของตนเองในกรณีที่ผู้ป่วยพร้อมการรับรู้ สมาชิกครอบครัวหรือทีมสุขภาพต้องเป็นผู้ร่วมประเมินจากการสังเกตและการตอบสนองของผู้ป่วย
- 5.1.2 การประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุและพยาธิสภาพของความปวดโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุชนิดของความปวดและระดับความรุนแรงของความปวด
- 5.1.3 การประเมินโดยการสอบถามจากประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยได้แก่
- 5.1.3.1 ตำแหน่งที่มีความปวดโดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงตำแหน่งอาการปวดร้าวและขอบเขตของความปวด
- 5.1.3.2 การรบกวนการทำกิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยบอกถึงความปวดรบกวนการทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่เช่นการทำกิจกรรมทั่วไปอารมณ์ความสามารถในการเดินหรือการทำงาน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นการนอนหลับความอยากอาหารและความสุขในชีวิต
- 5.1.3.3 ระยะเวลาที่เกิดความปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกระยะเวลาเริ่มมีความปวดช่วงระยะเวลาที่มีความปวดและความถี่ของความปวด
- 5.1.3.4 ลักษณะความปวดเช่นความปวดตามร่างกาย (somatic pain) มีลักษณะปวดเฉพาะที่ปวดตุ๊บๆปวดตื้อๆเหมือนถูกแทงแน่นตึงความปวดตามอวัยวะภายใน (visceral pain) มีลักษณะปวดทั่วๆบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจนปวดตื้อๆจุกเหมือนถูกบีบเหมือนมีคบิดปวดร้าวและความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic pain) ส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดเรื้อรังและมีลักษณะความปวดแปล๊บๆเหมือนไฟช็อตซาหรือปวดแสบปวดร้อน โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกลักษณะความปวดของตัวเองออกมาเพื่อทำให้ทราบชนิดของความปวดเพื่อสามารถจัดการรักษาได้ถูกต้อง
- 5.1.3.5 การวางแผนการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยาถ้าผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยาให้ผู้ผู้ป่วยบอกมียาที่ชนิดที่ใช้รักษาอธิบายวิธีการใช้ยาได้หรือไม่
- 5.1.3.6 การตอบสนองการรักษาในปัจจุบันถึงผลความปวดบรรเทาความต่อเนื่องของผู้ป่วยในการรักษาหรือการเกิดอาการแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียงจากยาเช่นท้องผูกคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น
- 5.1.3.7 การประเมินประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปวดเช่นการให้ความหมายความปวดความรู้ความเชื่อวัฒนธรรมการแสดงออกเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยและครอบครัวเป้าหมายหรือความคาดหวังต่อการจัดการความปวดการเข้าถึงทางเลือกในการรักษาและการคัดกรองผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างไร
- 5.1.3.8 ความรุนแรงของความปวดใช้การประเมินด้วยมาตรวัดความปวดโดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกความปวดเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงผ่านมาและความปวดในปัจจุบันทั้งในขณะที่พักและมีการเคลื่อนไหว โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้ในการศึกษาวิจัยและใช้เป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วยในการรักษาต้องมีคุณสมบัติด้านความตรงและความน่าเชื่อถือ โดยผู้ประเมิน

จะต้องพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดส่วนใหญ่นิยมใช้ได้แก่มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analogue scales [VAS]) มาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (verbal rating scale [VRS]) และมาตรวัดความปวดโดยการประเมินจากการแสดงออกทางสีหน้า (Wong-Baker faces pain rating scale) และการรายงานข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อคำถาม ดังนี้

มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analogue scales [VAS]) โดยมีเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตรจุดเริ่มต้นคือไม่มีความปวดเลยและจุดสิ้นสุดคือปวดมากที่สุดที่คิดได้โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้คือความรุนแรงของความปวดเครื่องมือนี้มีความไวเข้าใจง่ายสะดวกต่อการใช้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา

5.2 การประเมินโดยใช้ข้อมูลปรนัย (objective data) คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตอาการ และอาการแสดงที่ตอบสนองออกมาของผู้ป่วย โดยวิธีการนี้มักนำมาใช้กับผู้ป่วยที่พร้อมการรับรู้ หรือมีข้อจำกัดในการสื่อสารทำให้ไม่สามารถบอกเล่าความปวดของตนเองออกมาได้ โดยประเมินจากอาการ และอาการแสดงถึงความไม่สบายที่เกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย และพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวด ดังนี้

5.2.1 ประเมินจากอาการ และอาการแสดงถึงความไม่สบายที่เกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย พบว่าเมื่อเกิดความปวดขึ้นจะมีผลกระทบระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงอาการที่ผิดปกติ เช่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก มือเท้าเย็น มีการเกร็งกล้ามเนื้อ และถ้าความปวดรุนแรงเป็นระยะเวลายาวนานผู้ป่วยอาจเกิดอาการช็อค หหมดสติจากความปวดได้ (พงศ์ภรณ์ เจาพะเกษตริน, 2547)

5.2.2 การประเมินพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่พร้อมการรับรู้ เช่น ผู้มีภาวะสมองเสื่อม อัลไซเมอร์หรือมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ส่วนใหญ่มีการประเมินความปวดโดยใช้พฤติกรรมแสดงออกเป็นตัวชี้วัดใน 6 ด้านประกอบด้วย 1) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้าหน้านิ้วควมวด ทำหน้าบูดเบี้ยว ทำหน้าย่นหรือหลับตา เป็นต้น 2) การแสดงออกด้วยถ้อยคำ เช่น

การส่งเสียงครวญคราง การตะคอกตะโกนออกมาเสียงดัง หรืออาจจะได้ยินเสียงหายใจดังๆ 3) การเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำท่าแข็งเกร็ง เขยิบตึง กระสับกระส่าย หรือนอนงอตัวอยู่นิ่งๆ 4) การเปลี่ยนแปลงการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว เช่น การแสดงความก้าวร้าว แยกตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง 5) การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น ปฏิเสธการรับประทานอาหาร เมื่ออาหาร มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพักผ่อน การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ เช่น ร้องไห้ สับสน หงุดหงิด โกรธง่าย หรือแสดงออกว่าตนเองกำลังทุกข์ทรมานจากความปวด เป็นต้น

6. การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการเลือกใช้กลยุทธหลากหลายวิธีแต่การบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมแบบองค์รวมที่มสุขภาพต้องมีความเข้าใจชนิดของความปวดพยาธิสภาพของความปวดเภสัชวิทยาของยาที่ใช้ในการบรรเทาความปวดและภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ซึ่งการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการบรรเทาความปวดโดยใช้ยาตามหลัก 3 ชั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) และการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

6.1 การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา (pharmacological management)

การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาคือเป็นหัวใจสำคัญของการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพบหลักฐานที่มีการแนะนำไปใช้ทั่วโลกคือการให้ยาแก้ปวดตามลำดับขั้น (By ladder) 3 ชั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) และนอกจากนั้นยังเสนอแนะให้ยึดหลักการบริหารยาแก้ปวดโดยการรับประทาน (By oral) ตามเวลา (By clock) ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล (for the individual) และใส่ใจรายละเอียด (attention to details) (WHO, 2007) ดังนั้นทีมผู้ดูแลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพจึงต้องมีความรู้เรื่องเภสัชวิทยาการรักษาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งดังนี้

6.1.1 ชนิดของยาแก้ปวดที่ใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

6.1.1.1 ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (nonopioid analgesic) เป็นยาแก้ปวดที่ไม่มีส่วนประกอบที่ไปออกฤทธิ์กับตัวรับโอปิออยด์ได้แก่ยา อะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือเอ็นเซด (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDS]) โดยใช้ยาในกลุ่มนี้ในการรักษาความปวดระดับเล็กน้อยดังนี้

(1) ยาอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) เช่น ยาพาราเซตามอล มีฤทธิ์ลดปวดลดไข้แต่ไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบในการรักษาควรพิจารณาใช้ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์สั้นเป็นยาบรรเทาปวดที่มีความปลอดภัยและเลือกใช้เป็นอันดับแรกในผู้สูงอายุที่มีความปวด โดยขนาดของยาที่ให้ไม่เกิน 4 กรัมต่อวันและควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคไตและผู้ป่วยโรคตับ

6.1.1.2 กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือเอ็นเซด (NSAIDS) มีฤทธิ์บรรเทา

ความปวดโดยการไปยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซิจีเนส (cyclooxygenase [COX]) ชนิดที่ 1 และ 2 ที่ระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายในการสังเคราะห์พรอสตาแกรนดิน (prostaglandins) ซึ่งเป็นสารเคมีที่ก่อให้เกิดการอักเสบที่เป็นสาเหตุความรุนแรงของความปวด ดังนั้นกลไกด้านการอักเสบของยากลุ่มเอนเซด (NSAIDs) จึงมีผลให้การอักเสบลดลงและลดการกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกปวดส่วนปลายทำให้ความปวดบรรเทาลงได้ยากลุ่มนี้จึงมี 2 ชนิดคือชนิดที่ยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซิจีเนส (COX) ชนิดที่ 1 และ 2 ได้แก่ยาไอบูโพรเฟน (ibuprofen) ไดโคลฟีแนค (diclofenac) คีโตโพรเฟน (ketoprofen) เป็นต้น ผลข้างเคียงที่พบคือการทำงานของไตบกพร่องทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและยับยั้งการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดส่วนอีกชนิดคือชนิดยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซิจีเนส (COX) ชนิดที่ 2 เช่นซีลีโคซิบ (celecoxib) รีฟีโคซิบ (refecoxip) เป็นต้นพบว่าลดความเสี่ยงการเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารลงได้เมื่อเลือกใช้ยาชนิดนี้ (Paice & Ferrell, 2011)

6.1.1.3 ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesic) เป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptors) ในระบบประสาทส่วนกลางและเนื้อเยื่อต่างๆ ซึ่งเป็นยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพสูงสำหรับการรักษาความปวดในโรคมะเร็งที่มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบได้บ่อยคืออาการท้องผูกคลื่นไส้ อาเจียนผื่นคัน และที่สำคัญที่ผู้ป่วยกลัวคือมีผลกดการหายใจเมื่อใช้ในขนาดสูง (Ferrell & Paice, 2011) ยาชนิดนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioide) และโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioide) (Leppert, 2011) ดังนี้

(1) โอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioide) ใช้รักษาความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลางหรือใช้ร่วมกับยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ ได้แก่ ยา ترامาดอล (tramadol) ไดไฮโดรโคดีอิน (dihydrocodeine) และ โคดีอิน (codeine)

(2) โอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioide) ใช้รักษาความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ได้แก่ แกมอร์ฟิน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) ออกซิโคโดน (oxycodone) เป็นต้น

6.1.1.3 ยาเสริม (adjuvant analgesics) ยากลุ่มนี้ไม่ใช่ยาแก้ปวดแต่เป็นยาที่ใช้สำหรับเสริมฤทธิ์ยาแก้ปวดจากการศึกษาพบว่าการใช้ยาเสริมร่วมกับยาแก้ปวดสามารถใช้ได้ผลดีในการรักษาความปวดที่เหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ยากลุ่มนี้ได้แก่ยาด้านอาการซึมเศร้า (antidepressants) ยาระงับชัก (anticonvulsants) (Ferrell & Paice, 2011) ดังนี้

(1) ยาด้านอาการซึมเศร้า (antidepressants) ได้ถูกกำหนดให้ใช้บรรเทาความปวดเนื่องจากยากลุ่มนี้เมื่อใช้ในขนาดต่างๆจะไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) ที่ถูกหลั่งออกมาเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายและไปกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายที่รับรู้ความปวด ดังนั้นจึงสามารถยับยั้งความปวดได้ยากลุ่มนี้ได้แก่ มิทริปไทลีน (amitriptyline) เวนลาฟาซีน (venlafaxine) และดูโรซีติน (duloxetine) ผลข้างเคียงที่พบคือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและอาจทำให้เกิดอาการง่วงซึมได้

(2) ยาต้านโรคลมชัก (antiepileptic) เป็นยาที่ใช้ร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และยาต้านอาการซึมเศร้าในการรักษาความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยยากลุ่มนี้ไปยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทและลดความสามารถของ glutamate ที่หลั่งจากปลายประสาท afferent C fiber กับ NMDA receptor ทำให้ลดการกระตุ้นของ nerve membranes ที่จะส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลังส่วนคอรีซัลฮอร์น (dorsal horn) ทำให้ประจวบความปวดปิดจึงทำให้ความรู้สึกปวดลดลงยากลุ่มนี้ได้แก่กาบาเพนติน (gabapentin) และพรีกาบาลิน (pregabalin) เป็นต้น

นอกจากนั้นยังมีการรักษาต้านโรคมะเร็ง (anticancer therapies) เพื่อบรรเทาความปวดเช่น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบประคับประคองเพื่อยับยั้งการลุกลามของก้อนมะเร็งที่ทำให้ความปวดบรรเทา หรือการใช้รังสีรักษาเพื่อบรรเทาความปวดในกรณีที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูกและไม่สามารถควบคุมความปวดด้วยการรักษาด้วยยาได้

6.1.2 การบริหารยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งดังนี้

6.1.2.1 การเลือกวิถีทางการบริหารยาแก้ปวดพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ที่มีความปวดเรื้อรังต้องได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดทางปากเนื่องจากมีความปลอดภัยและมีความสะดวกง่ายต่อการบริหารยามากกว่าการให้ยาผ่านทางอื่น แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาเม็ดหรือยาน้ำได้เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้อาเจียนหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของโรคที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นที่ต้องบริหารยาทางใต้ผิวหนังส่วนการให้ยาทางหลอดเลือดดำพิจารณาใช้ในกรณีมีข้อห้ามการให้ยาผ่านทางใต้ผิวหนังและเมื่อมีความปวดระดับรุนแรงโดยสามารถปรับปริมาณการให้ยาได้รวดเร็วคือ 1-5 มิลลิกรัมทุก 10 นาทีเมื่อเปรียบเทียบกับ การปรับขนาดยามอร์ฟินที่ให้ทางปากคือ 5-10 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง (Caraceni et al., 2012)

6.1.2.2 การพิจารณาขนาดยาและการปรับเปลี่ยนขนาดยาแก้ปวดการเริ่มพิจารณาขนาดยาแก้ปวดที่ใช้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความปวดและประสิทธิภาพของยาแก้ปวดที่ใช้รักษา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนขนาดยา โดยปกติมีการปรับเปลี่ยนขนาดของยาโอปิออยด์หลังการเริ่มการรักษาหรือเมื่อความปวดแ่ลงซึ่งสามารถปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 30-100 หรือปรับปริมาณจำนวนยาให้เพียงพอกับการใช้โดยคำนวณจากปริมาณยาที่ใช้เมื่อมีความปวดแทรก (breakthrough pain) ของวันที่ผ่านมาซึ่งขนาดของยาที่ปรับขึ้นจะต้องมีความต่อเนื่องสามารถบรรเทาความปวดและมีผลข้างเคียงน้อย โดยการให้ยาแก้ปวดเพิ่มขึ้นแก่ผู้ป่วยตามเวลาอย่างต่อเนื่องครบรอบ 24 ชั่วโมง (around the clock) เพื่อให้ยาอยู่ในกระแสเลือดคงที่ทำให้สามารถควบคุมความปวดได้ เช่นการให้ยาแก้ปวดมอร์ฟินทางปากจะเริ่มออกฤทธิ์ 30 นาทีหลังให้ยาและจะออกฤทธิ์ได้นาน 4 ชั่วโมงจึงแนะนำให้บริหารยาทุก 4 ชั่วโมงเป็นขนาดปกติของการให้ยามอร์ฟินซึ่งถ้ามีความปวดแทรกขึ้นในระหว่างนั้นต้องมีการเพิ่มขนาดยาขึ้น

6.1.2.3 การจัดการอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดพบว่า การป้องกันความปวดจะต้องมีการป้องกันผลข้างเคียงของยาแก้ปวด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ตามเวลาอย่างต่อเนื่องครบรอบ 24 ชั่วโมง (around the clock) ในการรักษาระยะยาวซึ่งอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์คือ

(1) อาการคลื่นไส้ อาเจียนพบได้ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การให้ยาเมโทโคลพรามายด์ (metoclopramide) ในขนาดสูงมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Caraceni et al., 2012)

(2) อาการท้องผูกเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ในระยะยาวจึงมีการกำหนดใช้ยาละลายร่วมในการรักษาแก่ผู้ป่วยเป็นประจำเพื่อป้องกันอาการท้องผูกได้แก่ยาซันนา (senna) ไบซาโคดีล (bisacodyl) แลคทูโลส (lactulose)

(3) อาการข้างเคียงอื่นๆที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์คืออาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง เช่น อาการง่วงซึม การรับรู้หรือการเคลื่อนไหวลดลง และกล้ามเนื้อกระตุกจึงควรมีการพิจารณาลดขนาดยาหรือปรับเปลี่ยนยาโอปิออยด์ (Caraceni et al., 2012) นอกจากนี้การรักษาด้วยยากลุ่มยาโอปิออยด์ในระยะยาวอาจพบการหายใจผิดปกติขณะนอนหลับ (sleep-disordered breathing) ซึ่งมีลักษณะคล้ายการหยุดหายใจขณะนอนหลับ (sleep apnea) ซึ่งจะต้องมีการประเมินและวิธีการจัดการทางคลินิกที่เหมาะสม (Portenoy, 2011)

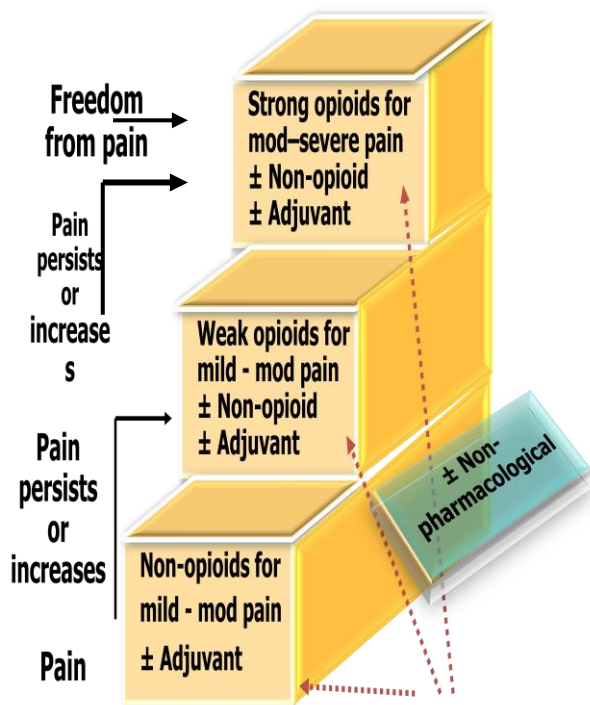
6.1.2.4 การเลือกการรักษาความปวดในโรคมะเร็งตามความรุนแรงของความปวดที่ผู้ป่วยรายงานและการรักษาความปวดในปัจจุบัน โดยใช้หลักการให้ยาแก้ปวด 3 ขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) เป็นข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระดับความปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-3 จาก 10) ให้ยาแก้ปวดในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอลหรือยาแอสไพริน

ขั้นที่ 2 ระดับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 4-6 จาก 10) ที่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ด้วยยาพาราเซตามอลหรือยาแอสไพรินให้ใช้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อน เช่น ทรามาดอล โคเดอีน ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์และยาเสริม

ขั้นที่ 3 ระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง (คะแนน 7-10 จาก 10) ให้ใช้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง เช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์และยาเสริม

จากหลักการเลือกให้ยาแก้ปวดดังกล่าวควรเริ่มระดับขึ้นตามระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย และสามารถปรับเพิ่มหรือลดระดับยาแก้ปวดได้ตามระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยมีความปวดเรื้อรังส่วนความปวดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันการเริ่มให้ยาควรเริ่มขั้นที่ 3 ตั้งแต่ในครั้งแรกแต่เมื่อความปวดลดลงจึงลดระดับยาแก้ปวดตามขั้นที่ตรงกับระดับความรุนแรงของความปวดดังแสดงในภาพที่ 2



- Non-opioids:
 - Acetaminophen
 - NSAIDS
- Weak opioids:
 - Codeine
 - Tramadol
- Strong opioids:
 - Morphine
 - Fentanyl
 - Methadone
- Adjuvants:
 - Anticonvulsants
 - Antidepressants
 - Corticosteroids

ภาพที่ 2 WHO 3- Step Analgesic Ladder

6.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามีความสำคัญในการช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดร่วมกับการรักษาด้วยยา โดยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดและช่วยลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดและภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดลง (Cassileth, Trevisan, & Gubili, 2007) สำหรับวิธีการเลือกนำมาใช้ต้องมีการพิจารณาให้เหมาะสมตามความชอบของบุคคลสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งวิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดจากโรคมะเร็งดังนี้

6.2.1 วิธีการบรรเทาความปวดโดยการกระทำต่อร่างกาย (physical modalities) เนื่องจากโดยปกติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดมักพบว่ามีอาการอ่อนเพลียสมรรถภาพทางกายลดลงและมีอาการปวดตามโครงร่างกล้ามเนื้อซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งหรือจากการรักษาวิธีการบรรเทาความปวดโดยการกระทำต่อร่างกายจึงเป็นการใช้เทคนิคการกระตุ้นผ่านทางร่างกายโดยมีผลต่อกลไกในเนื้อเยื่อโดยตรง ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความยืดหยุ่นรู้สึกผ่อนคลายและช่วยลดความปวดที่เกิดจากโรคมะเร็งได้ (MenefeePujol, & Monti, 2007) ดังนี้

6.2.1.1 การนวด (massage therapy) เป็นการปฏิบัติโดยการกดการถูหรือการทาบบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนและผิวหนังบนร่างกายเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความปวดจึงไม่มีกระแสประสาทส่งผ่านไปยังสมองทำให้ลดความปวดได้และเป็นการเพิ่ม

ความทนต่อความปวดทำให้เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟินเพื่อไปประจันสารสื่อประสาทความปวดที่ไขสันหลัง ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและระบบการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น

6.2.1.2 การฝังเข็ม (acupuncture) เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนจีนโบราณที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นจุดในร่างกายโดยใช้เข็มปักผ่านผิวหนังบริเวณจุดที่กำหนดไว้ซึ่งการฝังเข็มจะช่วยปรับกลไกความปวดภายในโดยการกระตุ้นเส้นประสาทเล็กๆ ในกล้ามเนื้อแล้วส่งสัญญาณประสาทไปยังไขสันหลังผ่านไปยังสมองให้มีการกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้เพิ่มการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (endogenous opioids) คาสทีโคลามีน (catecholamines) และซีโรโทนิน (serotonin) ในพลาสมาและเนื้อเยื่อสมองให้มีการยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell หรือ T cell) จึงทำให้ความปวดลดลงซึ่งการฝังเข็มสามารถควบคุมทั้งความปวดเรื้อรังและความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ (Cassileth et al., 2007; Lin & Chen, 2008)

6.2.1.3 การสัมผัส (touch therapies) เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดด้วยพลังงานตามทฤษฎีสนามพลังงานที่อยู่รอบๆ ตัวมนุษย์ซึ่งเชื่อว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพลังงานโดยการให้มืออยู่เหนือร่างกายผู้ป่วยและเคลื่อนไหวย่างรวดเร็วจะทำให้สนามพลังงานของผู้ป่วยมีพลังเพิ่มขึ้นจึงมีการทดสอบการรักษาด้วยพลังงานสนามแม่เหล็กนี้ในการจัดการความปวดรักษาก่อนมะเร็งโรคลมชักและอาการปวดศีรษะจากไมเกรน (Cassileth & Deng, 2004)

6.2.1.4 การจัดเปลี่ยนท่า (positioning) ส่วนใหญ่จะกระทำในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวตัวเองได้น้อยหรือผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจึงต้องมีการจัดเปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ โดยจัดให้อยู่ในแนวปกติของร่างกายที่ถูกต้องเพื่อช่วยลดแรงกดและการดึงตัวของกล้ามเนื้อที่จะทำให้เกิดความปวดและแผลกดทับได้

6.2.2 วิธีการบรรเทาความปวดโดยใช้กระบวนการคิด (cognitive modalities) เป็นวิธีการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการนึกคิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อความปวดให้มีการรับรู้ความปวดทางด้านบวกทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความปวดและสามารถจัดการความปวดได้ (Thomas & Weiss, 2000) วิธีการบรรเทาความปวดโดยใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรมมีดังนี้

6.2.2.1 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation) เป็นวิธีการกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ทำให้เกิดความสบายและช่วยในการบรรเทาความปวดได้ซึ่งเทคนิคผ่อนคลายที่ใช้ได้แก่การหายใจลึกๆ การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อและการสร้างจินตนาการ (Berenson, 2007)

6.2.2.2 การฝึกสมาธิ (meditation) เป็นการฝึกจิตใจให้สงบผ่อนคลายโดยการฝึกบริหารจิตใจของตนเองให้มีสติรับรู้อยู่กับอริยาบถของร่างกายจิตใจและอารมณ์ของตนเองอย่างต่อเนื่องเช่นการกำหนดลมหายใจเข้าออกหรือการมุ่งความสนใจไปที่การยุบพองของหน้าท้องโดยส่วนใหญ่การทำสมาธิจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางศาสนา นอกจากนี้ยังพบว่าการทำสมาธิยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายบรรเทาอาการทางกายและอารมณ์ปวดลดลง

6.2.2.3 การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นเทคนิคที่ใช้กระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วยให้เบี่ยงเบนความสนใจจากประสบการณ์ไม่สุขสบายจากความปวดโดยการดึงความสนใจมาสู่สิ่งที่กำลังกระทำอยู่เพื่อเป็นการให้ข้อมูลใหม่เข้าสู่สมองส่วนเรติคูลาร์ฟอร์เมชันทำให้มีความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นมากขึ้นและสนใจต่อความปวดลดลงส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลงนอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งความปวดจึงทำให้ผู้ป่วยมีความทนต่อความปวดเพิ่มขึ้น

6.2.2.4 การสอนให้ความรู้ (educational) และการฝึกทักษะเป็นวิธีการที่เน้นการให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติความเชื่อและการรับรู้ที่ถูกต้อง (Thomas & Weiss, 2000)

ส่วนทีมผู้ดูแลต้องมีการติดตามความปวดของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ที่มีการใช้เอกสารแผ่นพับหรือคู่มือแนะนำเพื่อช่วยลดความปวดและความเชื่อที่ผิดๆซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพและช่วยให้ความปวดบรรเทาได้

7. แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ปัจจุบันวงการพยาบาล การแพทย์ และสาธารณสุข มีการใช้ผลงานวิจัย (Research utilization) หรือการปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐาน (Evidence-base Practice) เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ความกดดันของผู้ใช้และผู้ให้บริการทางสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ทันสมัยในการตอบสนองในการใช้บริการทางสุขภาพต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้รับตลอดจนข้อสงสัยในประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างไร้พรมแดน การจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพใหม่ ที่มีเป้าหมายหลักให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพดี เน้นการใช้ความรู้ในการขับเคลื่อนงานต่างๆให้สำเร็จ วิชาชีพการพยาบาลมีความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดการบูรณาการความรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการไปสู่เป้าหมายหลัก คือ คุณภาพ ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐาน (Evidence-Based Nursing) เป็นกระบวนการที่พยาบาลได้นำฐานความรู้หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) มาใช้ร่วมกับการตัดสินใจให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการการแก้ไขปัญหาที่จำเพาะต่อบุคคล โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ จากผลการวิจัยต่าง ๆ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ทางด้านการดูแลผู้ป่วย หรือมาจากสิ่งที่ผู้ป่วยพึงพอใจ (อรพรรณ โตสิงห์, 2546; ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549; วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, 2552; Nay, 2003)

7.1 คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องและคำจำกัดความของการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

แนวปฏิบัติ (Protocol) หมายถึง ขั้นตอนของการปฏิบัติที่ระบุทิศทางชัดเจน มีความเป็นเหตุเป็นผลในการปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาทางคลินิก อาจใช้กระบวนการปฏิบัติที่ต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ถูกกำหนดโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาขึ้นใช้เฉพาะหน่วยงาน ไม่มีการยึดหยุ่น ที่ต้องถือปฏิบัติ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548; Francis & Bottrell, 2003 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2548)

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Procedure) หมายถึง กลุ่มของกิจกรรมที่อธิบายขั้นตอน หรือวิธีการปฏิบัติในคลินิก (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ศุภชุตินกุล, สงวน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543; Francis & Bottrell, 2003 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2548)

เส้นทางการดูแล (Critical/Clinical pathway) หมายถึงเอกสารย่อๆที่แสดงกิจกรรม หรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพ ที่มีแนวปฏิบัติในบทบาทของพยาบาลร่วมด้วยเป็นแผนการดูแลตามช่วงเวลาต่างๆ ตลอดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งมีการเขียนไว้แล้วในรูปแบบมาตรฐานหรือเป็นสมมติฐานที่ผู้ให้บริการร่วมกันจัดทำขึ้นเพื่ออธิบายสิ่งที่ทีมเชื่อว่าเป็นวิธีการดูแลรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยถ่ายทอดแนวคิดเป็นรูปธรรมที่เข้าใจได้ง่ายมีการเชื่อมโยงกระบวนการและผลลัพธ์ที่ชัดเจนสามารถใช้ทบทวนกระบวนการดูแลรักษาได้ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543; อนุวัฒน์ศุภชุตินกุล, 2543; Francis & Bottrell, 2003 อ้างถึงใน วรรณภา ศรีชัยรัตน์, 2548)

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline, CPG) หมายถึงเอกสาร หรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยนักปฏิบัติทางคลินิก/ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง(คณะกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์, 2544; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004; The National Guideline Clearinghouse, 2006 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

แนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice guideline) หมายถึง แนวปฏิบัติ ที่พยาบาลจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้นสภากาพยาบาล(2547)ให้ความหมายแนวปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นเครื่องมือส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลแบบองค์รวม โดยอยู่บนพื้นฐานของการใช้ความรู้และหลักฐานอ้างอิงร่วมกับ จริยธรรมและความมีอิสระของวิชาชีพเพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจตรงกัน

การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงการบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด จากงานวิจัย ประสิทธิภาพ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในการกำหนดแนวทาง หรือตัดสินใจเลือกในการให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ(สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2550)

7.2 ขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐาน โดยทั่วไปประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551; วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, 2552) คือ

7.2.1 การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก

ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยถูกกำหนดโดยนักปฏิบัติทางคลินิกในรูปของคำถามที่สามารถหาคำตอบได้โดยเริ่มจากการใช้ประสบการณ์และการสร้างความคิดรวบยอดจากตัวผู้รวบรวมข้อมูลในปัญหา หรือประเด็นที่มีความจำเป็นต้องปรับปรุงวิธีการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เดิม ให้มีความชัดเจนและครอบคลุมถึงสาเหตุของปัญหาและสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาซึ่งแหล่งของปัญหาอาจมาจาก ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นประจำในหน่วยงาน หรือปัญหาที่ได้จากการสังเกตการปฏิบัติทางคลินิกที่ผ่านมา จากข้อมูลรายงานอุบัติเหตุ หรืออุบัติการณ์ การรายงานผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย การกำหนดปัญหาจะต้องมีความชัดเจนทั้งกลุ่มประชากร วัตถุประสงค์ การรักษา กลุ่มเทียบเคียง และผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อนำไปสู่การสืบค้นหลักฐาน / งานวิจัยที่ต้องการได้ครอบคลุม

7.2.2 สืบค้นหาหลักฐาน/งานวิจัยที่ดีที่สุดอย่างเป็นระบบ

การสืบค้นหาหลักฐาน/ งานวิจัยเพื่อตอบคำถามที่กำหนดขึ้นจะต้องทำอย่างเป็นระบบควรได้รวบรวมประเด็นที่สำคัญในการสืบค้น ตลอดจน คำสำคัญของการสืบค้น เพื่อให้แน่ใจว่าได้ทำการสืบค้นหลักฐาน/ งานวิจัยจากแหล่งข้อมูลทุกแหล่งอย่างครอบคลุม ทั้งฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วารสารฉบับตีพิมพ์หนังสือประมวลการประชุมวิชาการ รวมถึงการติดต่อผู้วิจัยโดยตรง

7.2.3 ประเมินและวิเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย เมื่อค้นได้หลักฐาน/งานวิจัย ตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลที่ต้องการแล้ว จะต้องมีการประเมิน และวิเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย ที่ได้จากงานวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนนี้ผู้พัฒนาต้องอ่านงานวิจัย/ หลักฐานที่ผ่านการคัดกรอง เลือกระรและวิเคราะห์ และสร้างข้อสรุปขององค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย แต่ละเรื่อง นำผลการวิจัยที่ได้มาสกัดและเรียบเรียง ซึ่งการอ่านงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องมีการประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ควบคู่ไปด้วย โดยประเมินด้านความตรง ความเที่ยง และความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก เพื่อจะได้คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพและมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข ส่วนการประเมินงานวิจัยที่จะนำมาใช้จะต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific Merit) มีความตรง (Accurate) มีความน่าเชื่อถือ (Believable) และการมีความหมายทางคลินิก (Meaningful) รวมทั้งจะต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Implementation Potential) ในแง่ของการเปรียบเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility of implementation) และความคุ้มค่าในการนำไปใช้ (Cost-benefit Ratio)

7.2.4 สังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย เมื่อผ่านขั้นตอนการประเมินและวิเคราะห์/งานวิจัย และคัดเลือกได้งานวิจัยมาแล้ว จะต้องมาสังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติโดยคำนึงถึงกลยุทธ์ในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่กำหนดโดยนักปฏิบัติทางคลินิกความรู้และประสบการณ์ของนักปฏิบัติทางคลินิกและความเหมาะสมของกลุ่มผู้รับบริการ

7.2.5 การประเมินผลการปฏิบัติการ/ผลลัพธ์เป็นขั้นตอนขั้นสุดท้ายของการพัฒนาซึ่งผู้พัฒนาจะต้องกำหนดเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ก่อนลงมือดำเนินการ รวมทั้งระยะเวลาของการประเมินด้วย เช่นก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการและภายหลังดำเนินการแล้วเป็นเวลานานเท่าใดขั้นตอนหรือกระบวนการเหล่านี้เปรียบเทียบกับโมเดลการแก้ปัญหา (Problem solving model) ที่เริ่มจากการกำหนดประเด็นปัญหา หรือความต้องการค้นหา/สืบค้นแนวทางการแก้ไขหรือนวัตกรรมปรับให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้และประเมินประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมด ผู้ใช้เป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการนี้ซึ่งหมายความว่า การประเมินหรือการกำหนดประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติในคลินิก และมาจากความคิดเห็นของทุกคนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้จัดการการพยาบาลและนักปฏิบัติทางคลินิก

7.3 การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) และระดับของข้อเสนอแนะ (Grade of recommendation) ช่วยให้สามารถตัดสินใจใช้ผลงานวิจัยนั้นได้อย่างชัดเจนขึ้นโดยไม่มี ความลำเอียง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีและเหมาะสม การให้ระดับความน่าเชื่อถือ และระดับของข้อเสนอแนะของหลักฐานซึ่งมีคณะกรรมการและสถาบันต่างๆ ได้ให้ข้อเสนอแนะ จำแนกตามประเภทของหลักฐานดังนี้

7.3.1 ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ เมลินีย์ และไฟเอท์-โอเวอร์โฮลต์ (Melnyk&Fineout-Overholt 2005 อ้างถึงใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2551) แบ่งงานวิจัยเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Meta-analysis, Systematic review) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) การทบทวนอย่างเป็นระบบเป็นการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งโดยใช้กระบวนการที่น่าเชื่อถือในการสืบค้น การประเมิน/วิเคราะห์ และการสังเคราะห์ เพื่อตอบคำถามทางคลินิก การวิเคราะห์เมต้า เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณในการสรุปผลวิจัยจากงานวิจัยหลายๆเรื่องส่วนใหญ่จะสรุปค่าสถิติของขนาดอิทธิพลของหัตถการ/การรักษาจากการทำงานวิจัยหลายเรื่องเพราะฉะนั้นจะให้ค่าที่มีความตรงและความน่าเชื่อถือมากกว่าผลงานที่ได้จากงานวิจัยเรื่องเดียวแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือในระดับสูงสุดที่จะเป็นแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกเพราะสร้างมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดหัวข้อนั้นๆ

ระดับ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials)

ระดับ 3: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Controlled Trials without randomization)

ระดับ 4: หลักฐานจากงานวิจัยกรณีศึกษาเชิงสังเคราะห์และมีการศึกษาย้อนหลังหรือไปข้างหน้า (Case controlled and cohort studies)

Case control หมายถึง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังในตัวแปรที่จะทำนายเหตุการณ์บางอย่างได้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะบางอย่างของบุคคลในคนที่ใช่และคนที่ไม่ใช่

Cohort study หมายถึง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาดูตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาตัวแปร หรือผลของตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง

ระดับ 5: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากกลุ่มงานวิจัยเชิงพรรณนาและงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and qualitative study)

ระดับ 6: หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ

ระดับ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและหรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

7.3.2 คณะกรรมการ Evidenced-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ได้แบ่งระดับของหลักฐานออกเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 หรือ ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized Controlled Trials หรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized Controlled Trials

ระดับที่ 2 หรือ ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุมแต่อาจเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ระดับที่ 3 หรือ ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยบรรยายแบบอื่นๆ

ระดับที่ 4 หรือ ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากการปฏิบัติกันๆยังไม่มีข้อค้นพบจากการทำวิจัยทางคลินิกเลย หรือมีงานวิจัยแต่เมื่อพิจารณาแล้ว ไม่มีความสอดคล้องกับบริบทของการปฏิบัติ

7.3.3 ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Oncology Nursing Society: ONS (ONS Level of Evidence), 2001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

| ONS Level | Level of Evidence Subcategory | Evidence Source | Strength of Evidence |
|-----------|-------------------------------|---|----------------------|
| I | 1 | หลักฐานที่มาจากการวิเคราะห์ห้เมต้าการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างและการควบคุมทั้งหมด (Meta-analysis or systematic review of multiple well designed randomized, controlled clinical trials) | Strongest ↑ |
| | 2 | หลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Well-controlled randomized clinical trials with adequate sample size) | |
| | 3 | หลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Well-controlled trials without randomization, single group pre/post, cohort, time series studies) | |
| II | 4 | หลักฐานงานวิจัยที่ออกแบบไม่มีการทดลอง (Well conducted, systematic review of none experimental design studies) | ↓ Weakest |
| | 5 | หลักฐานงานวิจัยที่ศึกษาย้อนหลังในตัวแปรที่จะทำนายเหตุการณ์ (Well conducted case control study) | |
| | 6 | หลักฐานงานวิจัยที่ไม่มีการออกแบบที่ดี หรือ ไม่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบได้กับงานวิจัยเชิงบรรยาย (Poorly controlled or uncontrolled studies correlational descriptive studies) | |
| | 7 | หลักฐานงานฉันทมติที่ยังมีข้อขัดแย้งของผู้เชี่ยวชาญ (Conflicting evidence ,not reach significant, Consensus report) | |
| III | 8 | หลักฐานเชิงคุณภาพ รายงานการศึกษารายกรณี หลักฐานที่ได้จากกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ (Qualitative designs, Case studies, opinions of expert authorities, agencies or committees) | |

(Oncology Nursing Society, 2001)

7.3.4 สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) ได้จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (Level of evidence) ดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Meta-analysis, Experimental studies, RCT or One or more large experimental studies)

ระดับที่ 2: หลักฐานทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (One or more smaller RCT) หรือหลักฐานจากงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasiexperimental studies; without randomization)

ระดับที่ 3: หลักฐานจากการศึกษา Cohort studies มีกลุ่มควบคุม Case-Controlled, Observational studies (without control group)

ระดับที่ 4: หลักฐานจากผู้เชี่ยวชาญหรือความเห็นร่วมกัน (Expert Opinion or physiology bench research, or consensus)

และการประเมินข้อเสนอแนะของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ (Grade of Recommendations) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) พิจารณาองค์ประกอบ 4 ประเด็นคือ 1) Feasibility 2) Appropriateness 3) Meaningfulness 4) Effectiveness ดังนี้

Grade A ข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ได้เลยเป็นที่ยอมรับทางจริยธรรมมีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมากในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนมาก (Strong support that merits application)

Grade B ข้อเสนอแนะสามารถนำไปปฏิบัติได้แต่ต้องมีการเตรียมการ มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีปานกลางในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนปานกลาง (Moderate support that warrants consideration of application)

Grade C ข้อเสนอแนะไม่สามารถนำไปปฏิบัติ (Not support)

7.3.5 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2009) ให้ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ 7 ระดับตามเกณฑ์ของ เมลินีย์และไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลล์ และการประเมินระดับข้อเสนอแนะ (Strength of Recommendation) โดยประเมินการนำหลักฐานไปใช้ตามเกณฑ์ของจำแนก เป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ A หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ระดับสูง มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่ามาก

ระดับ B หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำมีประโยชน์และคุ้มค่า ปานกลาง

ระดับ C หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำไม่เพียงพอเนื่องจากมีประโยชน์และคุ้มค่าเป็นส่วนน้อย ควรพิจารณากับผู้ป่วยเฉพาะบุคคล

ระดับ D หมายถึง ไม่แนะนำ เนื่องจากไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า

ระดับ I หมายถึง ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

7.3.6 การประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE (The AGREE Collaboration, 2001) การใช้เครื่องมือนี้ของไต้ยแปลและเรียบเรียงโดย ฉวีวรรณ ชงชัย (2547) ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 นำไปทดลองใช้ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 โครงสร้างส่วนประกอบ

ของเครื่องมือ AGREE เครื่องมือนี้เป็นแบบวัดลิเกิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วย 6 มิติในแต่ละมิติจะมีการจำแนกข้อย่อยรวมทั้งหมด 23 ข้อคำถามซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

7.3.6.1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (Scope and purpose) มี 3 ข้อ

- (1) แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
- (2) คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
- (3) ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

7.3.6.2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement) มี 4 ข้อ

- (1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ
- (2) ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
- (3) มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้ในแนวปฏิบัติชัดเจน
- (4) แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

7.3.6.3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Rigour of development) ความชัดเจนในขั้นตอนการพัฒนา มี 7 ข้อ

(1) มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบกำหนดคำที่ใช้ค้น ช่วงเวลา และค้นหาจากแหล่งไหน

(2) ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจนเช่น เลือกเฉพาะการศึกษาที่เป็น

RCT

(3) ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน

(4) มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ ความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ

(5) ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน

(6) แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อนนำมาใช้

(7) ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติที่ทันสมัย การกำหนดช่วงเวลาในการปรับปรุง เช่น ทุก 3-4 ปี หรือเมื่อมีข้อมูลทางการแพทย์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

7.3.6.4 ความชัดเจนและการนำเสนอ (Clarity and presentation) มี 4 ข้อ

(1) ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน

(2) ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์

(3) ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย

(4) มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติเช่นอาจเป็นรูปของแผนผังสรุปแนวทางที่ทำ

7.3.6.5 การประยุกต์ใช้ (Applicability) มี 3 ข้อ

(1) ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้

(2) มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ

(3) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

7.3.6.6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ (Editorial independence) มี 2 ข้อ

- (1) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ
- (2) มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

7.5 การประเมินความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ตามเกณฑ์การนำผลงานวิจัยไปใช้ (Research utilization) ของโพลิต และคณะ (Polit, Beck & Hungler, 2001) โดยมีขั้นตอนในการพิจารณาให้ได้ตามคุณภาพดังนี้

7.5.1 ความสามารถในการเทียบเคียง (Transferability) เป็นการเทียบเคียงความรู้ ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยพิจารณาถึงความคล้ายคลึงและเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการนำข้อเสนอไปใช้หรือไม่ ปรัชญา ความเชื่อ บุคลากร งบประมาณหรือโครงสร้างการบริหารและการให้บริการจากงานวิจัยและหน่วยงานที่จะนำผลวิจัยไปใช้ มีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ ผลการวิจัยสอดคล้องกับหน่วยงานหรือไม่

7.5.2 ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ (Feasibility) พิจารณาจากความพร้อมของบุคลากรในหน่วยงานด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการนำผลงานวิจัยไปใช้ รวมถึงความร่วมมือของบุคลากร รวมทั้งพิจารณาความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ ทรัพยากรที่จำเป็นอื่นๆ จะช่วยเอื้อ ให้การปฏิบัติกรพยายามเป็นไปได้จริง

7.5.3 ความคุ้มค่า – คุ้มทุน (Cost – benefit ratio) ในการนำข้อเสนอไปใช้ต้องมี การประเมินสัดส่วนระหว่างประโยชน์ ความคุ้มค่าต่อผู้ป่วย บุคลากรในหน่วยงานและองค์กร โดยเฉพาะที่เกิดกับผู้ป่วย กล่าวคือต้องประเมินความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น และต้องประเมินให้ได้ว่าหากปฏิบัติในรูปแบบเดิมจะก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไรและหากไม่ใช้ตามข้อเสนอจะเกิดการสูญเสียอย่างไร

สรุปขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยายามตามหลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน

- (1) กำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก
- (2) สืบค้นหาหลักฐาน/งานวิจัยที่ดีที่สุดอย่างเป็นระบบ
- (3) ประเมินและวิเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย
- (4) สังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย
- (5) การประเมินผลการปฏิบัติการ /ผลลัพธ์

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการนำกระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เที่ยงตรง เชื่อถือได้ และสามารถตรวจสอบได้มาใช้ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ในขั้นตอนการดำเนินการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ มีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย กลุ่มผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

1.1.1 กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่

1.1.1.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย และมาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคุณสมบัติดังนี้

- (1) อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
- (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย
- (3) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

1.1.1.2 ญาติ/ผู้ดูแล เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือ ช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งญาติหรือผู้ดูแลอาจมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือไม่ก็ได้ เช่น คู่สมรส บุตร หลาน บุตรเขย บุตรสะใภ้ น้องเขย น้องสะใภ้ คัดเลือกตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (1) เป็นเพศชายและเพศหญิง
- (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดีสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย
- (3) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

1.1.2 กลุ่มผู้ให้บริการประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1.1.2.1 แพทย์ ที่ทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 1.1.2.2 พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 1.1.1.3 เภสัชกรที่จ่ายยาและให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- 1.1.1.4 แพทย์แผนไทย ผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีดังนี้

1.2.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ โชน 4 ประกอบด้วยโรงพยาบาลยางตลาด โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลหนองกุงศรี และโรงพยาบาลท่าคันโท ทั้งหมด 30 ราย ในขณะที่ศึกษาที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการในระหว่างเดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ.2561

1.2.2 ญาติหรือผู้ดูแล 30 รายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด

1.2.3 แพทย์ 4 ราย พยาบาลวิชาชีพ 20 ราย และ แพทย์แผนไทย 1 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความปวด (Pain Scale) (ภาคผนวก ก)

2.2 แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความสอดคล้อง ความเป็นจริง ความสะดวก ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติจริง (ภาคผนวก ข)

2.3 แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้เกณฑ์การใช้งานวิจัย (Research utilization criteria) (Polit & Hungler, 2001 อ้างถึงใน พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย, 2551) เพื่อศึกษาคุณภาพของแนวปฏิบัติมีความตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข ความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้อันจะนำไปสู่แนวปฏิบัติไปใช้ รวมทั้ง ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการนำไปใช้ (ภาคผนวก ค)

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้ดูแลต่อการจัดการความปวด ที่พัฒนาขึ้นโดย โรงพยาบาลมหาชิรลงกรณชัยบุรี (อ้างถึงในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) โดยสอบถามความพึงพอใจในการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นรายข้อกำหนดระดับความคิดเห็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ส่วนคำถามปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจในภาพรวม (ภาคผนวก ง)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 แบบการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นโดยใช้เกณฑ์การใช้งานวิจัย (Research utilization criteria) (Polit & Hungler, 2001 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

3.2 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติตาม Research utilization criteria (Polit & Hungler, 2001 อ้างถึงใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

4. ขั้นตอนการดำเนินการ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการขั้นสูง ของซูกัพ (Soukup, 2000) มี 4 ระยะ ดังนี้

4.1 ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ดำเนินงานดังนี้

1.1 ศึกษาจากตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers)

1.1.1 ขนาดของปัญหา ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดจากเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558-30 กันยายน 2560

1.1.2 ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวิธีการดังนี้

(1) สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพื่อทราบการรับรู้ปัญหาความปวด การจัดการบรรเทาอาการปวด การรับรู้การช่วยเหลือการบรรเทาอาการปวดจากญาติผู้ดูแล

(2) สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการจัดการความปวด แนวคำถามหลักได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีปัญหาปวด และต้องการความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง 2) ช่วยเล่ากิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดอย่างไรบ้าง 3) ญาติผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดอย่างไรบ้าง

1.1.3 ศึกษากระบวนการ/ แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีปัญหาปวด ปัญหาและความต้องการของบุคลากรผู้ให้บริการดังนี้

(1) สํารวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง สนทนากลุ่มย่อย เกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ปัญหาและความต้องการของบุคลากร ความคาดหวังต่อแนวปฏิบัติโดยมีแนวคำถามดังนี้ 1) แนวทางการจัดการอาการปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร 2) ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด 3) ท่านต้องการให้ปรับระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างไร

(2) สังเกตแนวทางการปฏิบัติทั้งแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วมมีแนวทางการสังเกตคือ สังเกตบทบาทการดูแล ลักษณะการบริการ พฤติกรรมการบริการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง กับเจ้าหน้าที่ การประสานงานการดูแล การบันทึกข้อมูล การส่งต่อระหว่างทีม

(3) สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการการดูแล การจัดการความปวด ของผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ดูแล ความต้องการของบุคลากรเพื่อวิเคราะห์และเสนอแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

1.2 ศึกษาตัวกระตุ้นจากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggers) โดยการทบทวน ตำรา งานวิจัยแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แนวปฏิบัติทางคลินิก บทความงานวิจัย การสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

4.2 ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก

Evidence supported phase)

2.1 กำหนดคำถามการทบทวน (Review questions) เพื่อนำไปสู่การสืบค้น และการคัดเลือกหลักฐานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้คำถามคือ แนวปฏิบัติ/วิธีการในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่เหมาะสมมีวิธีใดบ้าง

2.2 สืบค้นหารายงานการวิจัย (search strategy) โดยทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัย และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่เดิม เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงประเด็นปัญหาจึงกำหนดขอบเขตในการสืบค้นดังนี้

2.2.1 กำหนดกรอบในการสืบค้นโดยประยุกต์ใช้ PICO Framework (Melnyk & Fineout - Overholt, 2011) ดังนี้ คือ

P (Population): ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

I (Intervention): การประเมิน/จัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา

C (Comparisons): ไม่มี

O (Outcome): อาการปวดจากมะเร็ง

2.2.2 กำหนดแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นผู้ศึกษาทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลดังต่อไปนี้

(1) ฐานข้อมูลสารสนเทศ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ปริญญาโทและปริญญาเอก รายงานการศึกษาระดับของมหาวิทยาลัยไทย

(2) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic databases) ได้แก่ Thai List , CINHNAL, ProQuest, , Science Direct, Pubmed

(3) สืบค้นด้วยมือ (Hand searching) ได้แก่ รายงานการวิจัย รายงานการศึกษาระดับ บทความ ที่ตีพิมพ์ทั้งในวารสารไทยและต่างประเทศ ตำราต่างๆ

(4) สืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงงานหรือบรรณานุกรม (Reference list) ของบทความ งานวิจัยต่างๆ

2.2.3 กำหนดคำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้นโดยพิจารณาจากหัวเรื่องหรือคำที่เป็นแนวคิดหลัก (Concept) ได้แก่

- (1) Pain assessment & Pain instrument
- (2) Pain management
- (3) Pain management & complementary therapy
- (4) Pain management & CPG & CNPG
- (5) Palliative care, End of life care
- (6) Cancer pain
- (7) Non – Drug Pain relief
- (8) Drug Pain relief
- (9) Nursing practice guideline
- (10) Clinical practice guideline

2.2.4 คัดเลือกเอกสารหลักฐาน/งานวิจัย

2.2.4.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเข้ามศึกษา (Inclusion criteria)

(1) งานวิจัยได้แก่ งานทบทวนอย่างเป็นระบบหรืองานวิเคราะห์เมตา (Systematic Review) และ Meta-analysis, Experimental study, Survey, Expert's opinions ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการอาการปวด แนวคิดการพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวดตามหลักฐานเชิงปฏิบัติ ทั้งที่เป็นเอกสารฉบับเต็มและบทความวิจัย

(2) เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก หรือแนวปฏิบัติการพยาบาล

Clinical practice guideline, evidence-based practice, Clinical nursing practice guideline ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 - 2017 ทั้งภาษาไทย และกำหนดขอบเขตทบทวนเอกสารที่ 5 ปี

2.2.4 เกณฑ์ในการคัดหลักฐานออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ

หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนปี ค.ศ. 2014

2.3 สรุปหลักฐานงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมดจากฐานข้อมูลต่างๆ

2.3.1 ประเมินและวิเคราะห์คุณภาพของหลักฐาน/งานวิจัย (Critical Appraisal) ที่มีคุณภาพตามหลักฐานแต่ละแบบและสรุปหลักฐานงานวิจัยที่มีคุณภาพได้ทั้งหมด

2.3.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ เมลน์นิค และไฟเอท์-โอเวอร์โฮลท์ (Melnik & Fineout-Overholt, 2005 อ้างถึงใน ฟองคา ติลกสกุลชัย, 2551) เนื่องจากแจกแจงรายละเอียดในการประเมินหลักฐานได้อย่างละเอียด สามารถประเมินหลักฐานงานวิจัยทั่วไป ที่เป็นข้อมูลทางสุขภาพครอบคลุมถึงหลักฐานที่ได้จากความคิดเห็น (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งจำแนกเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับ 1: หลักฐานที่ได้วรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมตาของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ 2: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างค่อน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมมีการออกแบบวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม

ระดับ 4: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตาม

ไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ 5: หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ

ระดับ 7: หลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

2.4 ประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ของโพลิต และคณะ (Polit, Beck & Hungler, 2001 อ้างถึงใน ฟองคา คิลกสกูลชัย, 2551) รายละเอียดการประเมิน ประกอบด้วย การเทียบเคียงนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the finding) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of implementation) และความคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost – benefit ratio)

2.5 ประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้ Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE (The AGREE Collaboration, 2001)

2.6 การประเมินระดับของข้อเสนอแนะ ตามความสามารถในการของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประยุกต์ใช้ (Grade of Recommendation) ตามเกณฑ์ของ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2009) จำแนก เป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ A หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ระดับสูง มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่ามาก

ระดับ B หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำอยู่ มีประโยชน์และคุ้มค่า ปานกลาง

ระดับ C หมายถึง ความมั่นใจของคำแนะนำไม่เพียงพอ เนื่องจากมีประโยชน์และคุ้มค่าเป็นส่วนน้อย ควรพิจารณากับผู้ป่วยเฉพาะบุคคล

ระดับ D หมายถึง ไม่แนะนำ เนื่องจากไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่า

3. การวิเคราะห์/สังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัย

ผู้ศึกษาอ่านวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ลงในตาราง ดังรายละเอียด คือชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์ ชื่อเรื่อง แบบการวิจัย สถานที่เก็บข้อมูล วัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หัตถการ/การรักษาและผลการวิจัย ประเมินคุณภาพของงานวิจัย ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ การสรุปเพื่อนำไปใช้ ผู้ศึกษาสังเคราะห์หลักฐาน/งานวิจัยโดยสกัดเอาข้อมูลที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการอาการปวด สรุปประเด็นในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวด เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด มีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. สรุปข้อค้นพบที่ได้จากการทบทวนหลักฐาน/ งานวิจัย

4.1 นำประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนจำแนกออกเป็น 3 ประเด็นใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การประเมินอาการปวด 2) การจัดการอาการปวด 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลการจัดการอาการปวด 4) การดูแลต่อเนื่อง

4.2 ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติต่อทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และ ผู้เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย เกษัชกร โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้คือ เพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติ ทาหรือ และขอความคิดเห็นในการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประเมินและให้คำปรึกษาการใช้แนวปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และศึกษาความเป็นไปได้ ในการนำแนวปฏิบัติไปดูแลผู้ป่วย

5. ร่างแนวปฏิบัติและคู่มือแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์

5.1 ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย

- (1) แผนผังการไหลของงาน
- (2) เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการปวด Pain Scale ตามความ

เหมาะสม ได้แก่ Five finger score, Face Rating Scale, Numeric Rating , Scale FLACC

- (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล ต่อการจัดการความปวด
- (4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่

ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

(5) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

6.2 ตรวจสอบคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือ แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้เกณฑ์การใช้งานวิจัย

(Research utilization criteria) (Polit & Hungler, 2001 อ้างถึงใน ฟองคา ติลกสกุลชัย, 2551) โดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 ท่าน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 4 ท่าน

6.3 ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4.3 ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไปทดลองใช้จริงในคลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โชน 4 โรงพยาบาลยางตลาด โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลหนองกงศรี และ โรงพยาบาลท่าคันโท ทั้งหมด 30 ราย มีแนวทางดังนี้

4.3.1 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมบุคลากรในการใช้แนวปฏิบัติ

4.3.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง"

4.3.2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

4.3.2.1 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลใช้แนวปฏิบัติจริงที่คลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลยางตลาด โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลหนองกงศรี และ โรงพยาบาลท่าคันโท จำนวน 10 ราย

4.3.2.2 ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไปทดลองใช้จริง 30 ราย

4.3.3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

4.3.3.1 ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (ภาคผนวก ข) เพื่อประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ สรุปประเด็นข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษานำร่อง

4.3.3.2 ประเมินคุณภาพของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ของ AGREE (2001)

4.3.3.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการจัดการกับความเจ็บปวด

4.4 ระยะเวลาที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะที่ 2 (Evidence – supported phase) และ ระยะที่ 3 (Evidence-observed phase) เพื่อให้ได้รูปแบบการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริง และวางแผนดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติสู่รูปแบบใหม่

4.4.1 นำเสนอผลการปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อคณะกรรมการที่มำนาทางคลินิกโรงพยาบาลหนองงูงศรี และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภาคผนวก ก

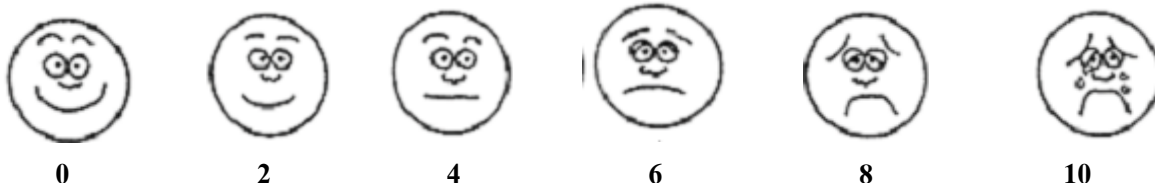
แบบประเมินระดับความปวด

แบบประเมินระดับความปวด Name:Date.....

1. Five finger score:

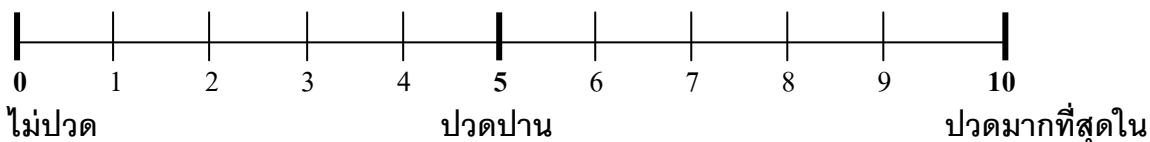


2. Faces Score:



ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง ปวดรุนแรงมาก ปวดที่สุดในชีวิต

3. Numeric Scale



4. FLACE SCALE:

| พฤติกรรม | 0 คะแนน | 1 คะแนน | 2 คะแนน |
|-----------------------------|--|---|--|
| หน้า | เฉย ไม่ยิ้ม | หน้าตาเบะหรือขมวดคิ้ว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมบางครั้ง | คางสั้น กัดฟันแน่นเป็นบ่อยๆ หรือตลอดเวลา |
| ขา | อยู่ในท่าปกติสบายๆ | อยู่ในท่าสบาย กระสับกระส่าย เกร็ง | เตะหรืองอขาขึ้น |
| การเคลื่อนไหว | นอนเงียบๆท่าปกติ เคลื่อนไหวเล็กน้อย | บิดตัวไปมา แอนหน้าแอนหลัง เกร็ง | ตัวงอ เกร็งจนแข็ง หรือ สั่นกระตุก |
| ร้องไห้ | ไม่ร้อง (ตื่นหรือหลับก็ได้) | ครางอือๆ หรือครางเบาๆ บ่นเป็นบางครั้ง | ร้องไห้ตลอด หรือร้องสะอึก สะอื้น บ่นบ่อยๆ |
| การสนองตอบต่อ การปลอบโยน | เชื่อฟังดี สบายๆ | สามารถปลอบโยนด้วยการสัมผัส โอบกอดพูดคุยเพื่อดึงดูความสนใจ เป็นระยะๆ | ยากที่จะปลอบโยนหรือทำให้ สบาย |

Scale Used: Fire finger score คะแนน.....
 Faces score คะแนน.....
 Numeric scale คะแนน.....
 FLACE SCALE คะแนน..... ลงชื่อพยาบาล.....

(ที่มา: Toolkit, WHO, 1990)

ภาคผนวก ข

แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

1. ท่านมีความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

() เข้าใจดี () ยังไม่เข้าใจ () ไม่แน่ใจ

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความสอดคล้องในการนำไปปฏิบัติหรือไม่

() สอดคล้อง () ไม่สอดคล้อง () ไม่แน่ใจ

3. เนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความครอบคลุมความเป็นจริงตามที่พบหรือไม่

() จริง () ไม่จริง () ไม่แน่ใจ

4. ความสะดวกในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองไปใช้

() สะดวก () ไม่สะดวก () ไม่แน่ใจ

5. ท่านมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

() เหมาะสม () ไม่เหมาะสม () ไม่แน่ใจ

เพราะ.....

6. ท่านมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

() เป็นไปได้ () เป็นไปไม่ได้ () ไม่แน่ใจ

7. ท่านมีความคิดเห็นว่ามีปัญหาและอุปสรรคใดบ้างในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

7.1 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับผู้ป่วย

.....

7.2 ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

.....

ภาคผนวก ค

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด
ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด
 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์
 การพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะ
 สุดท้าย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ไปใช้ โดยการใช้ประเมิน
 ตาม Research utilization criteria (Polit & Hungler, 2001) ดังนี้

1. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข (Clinical relevance)
 - () ใช่
 - () ไม่ใช่ และ ส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องได้แก่

2. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ปฏิบัติได้ (Scientific Merit)
 - () ใช่
 - () ไม่ใช่ และ ส่วนที่ไม่น่าเชื่อถือและไม่ควรนำไปใช้ได้แก่
 - เพราะเหตุใด.....

3. ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (Implementation Potential)
 - 3.1 แนวปฏิบัติที่ใช้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ (Transferability the finding)
 - () เหมาะสม เหตุผล
 - เพราะ.....
 - () ไม่เหมาะสม เหตุผล
 - เพราะ.....

 - 3.2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในสถานพยาบาลวิชาชีพ (Feasibility of Implementation)

| | | | | |
|---------------------------------|-----|-----|-----|--------|
| พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ | () | ใช่ | () | ไม่ใช่ |
| วิธีการไม่ยุ่งยาก | () | ใช่ | () | ไม่ใช่ |

 - 3.3 ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการนำไปใช้ (Cost – benefit ration)

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|--------|
| การใช้แนวปฏิบัติครั้งนี้มีความเสี่ยงหรือไม่ | () | ใช่ | () | ไม่ใช่ |
| โปรดระบุ..... | | | | |
| ก่อให้เกิดประโยชน์หรือไม่ | () | ใช่ | () | ไม่ใช่ |
| โปรดระบุ..... | | | | |
| สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงเกินไปหรือไม่ | () | ใช่ | () | ไม่ใช่ |
| โปรดระบุ..... | | | | |

4. ความคิดเห็นโดยสรุปต่อแนวปฏิบัตินี้

1. เนื้อหาสาระครอบคลุม

ใช่ ไม่ใช่

ควรเพิ่มเติมในเรื่อง.....

2. ภาษาที่ใช้

เหมาะสม ควรปรับปรุงโปรดระบุ.....

.....

3. ความสามารถในการนำไปใช้

ใช้ได้

ใช้ไม่ได้

เพราะเหตุใด.....

.....

ความคิดเห็นเพิ่มเติม

.....
.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก ง

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการจัดการกับความเจ็บปวด

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อการจัดการกับความเจ็บปวด

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....

ทำเครื่องหมาย / ในช่องการประเมิน

| รายการ | พอใจมาก (2คะแนน) | พอใจปาน กลาง (1คะแนน) | ไม่พอใจ (0คะแนน) |
|---|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. ท่านพึงพอใจต่อการได้รับการเอาใจใส่พูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเจ็บปวด | | | |
| 2. ท่านพึงพอใจต่อการได้รับยาบรรเทาปวด | | | |
| 3. ท่านพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำ เพื่อบรรเทาอาการปวด | | | |
| 4. ท่านพึงพอใจกับการควบคุมอาการปวดขณะอยู่โรงพยาบาล. ครั้งนี้ | | | |
| 5. ท่านพึงพอใจต่อคู่มือการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีน | | | |

พัฒนาขึ้นโดย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (อ้างอิงในกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ขอบคุณค่ะ