

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม: การพยาบาลตาม
หลักฐานเชิงประจักษ์

เรืออากาศเอกหญิง นงนุช ศรีสมุทรนาค

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม: การพยาบาลตาม

หลักฐานเชิงประจักษ์

.....
เรืออากาศเอกหญิงนางนุช ศรีสมุทรนาค
ผู้ศึกษา

.....
รองศาสตราจารย์ ผ่องศรี ศรีมรกต,
พย.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาณัติ นิตธิธรรมง,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุพร ดนัยคุญิกุล,
พย.ด.
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์
เรื่อง
การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม: การพยาบาลตาม
หลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2556

.....
เรืออากาศเอกหญิงนางช ศรีสมุทรนาค
ผู้ศึกษา

.....
รองศาสตราจารย์ ผ่องศรี ศรีมรกต,
พย.ด.
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพา ต่อสกุลแก้ว,
พย.ด.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
เรืออากาศเอกหญิง ธนอมศิริ สุนทรธรรม,
พ.บ.,ว.ว. สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนภา ภาณิรัตน์,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาณัติ นิติธรรมยง,
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและแนวทางต่างๆ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของสารนิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอดจนสารนิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง พร้อมกันนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และเรืออากาศเอกหญิง ถนอมศิริ สุนทรธรรม กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติม ปรับปรุงเนื้อหาให้ชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึกสมเด็จพระศรี 100 ปี ชั้น 11 และ 12 แผนกนิเวศ โรงพยาบาลศิริราช ที่เอื้อเฟื้อสนับสนุนและเปิดโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตลอดระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติงาน

ขอขอบคุณนาวาอากาศเอกหญิง ดร. โสพรรณ โพทะยะ, นาวาอากาศเอกหญิง เสาวภา จอมขันเงิน, นาวาอากาศโทหญิง สุดดวงใจ พฤติกุล รวมไปถึงพยาบาลเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจในการศึกษามาโดยตลอด ตลอดจนกรมแพทย์ทหารอากาศที่สนับสนุนให้ทุนการศึกษา ให้โอกาสและเวลาในการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้การอบรมเลี้ยงดู ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนทุกด้านมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้ศึกษาตั้งแต่เยาว์วัยจนถึงปัจจุบัน และขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 54 ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาตลอดจนสำเร็จการศึกษารั้งนี้

ท้ายที่สุดขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้การช่วยเหลือและมิได้กล่าวถึงในที่นี้ ที่มีส่วนสนับสนุนให้การทำสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเป็นอย่างดี คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ทุกท่านดังที่กล่าวมาทั้งสิ้น

เรืออากาศเอกหญิง นงนุช ศรีสมุทรนาค

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขั้นสูง
PAIN MANAGEMENT AMONG PATIENT IN THE ADVANCED STAGE OF FEMALE REPRODUCTIVE
CANCER: EVIDENCE-BASED NURSING

เรืออากาศเอกหญิง นงนุช ศรีสมุทรนาท 5437240 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผ่องศรี ศรีมรกต, พย.ค., รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, Ph.D.

บทคัดย่อ

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขั้นสูงมีความสำคัญ เนื่องจากความปวดนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยส่งผลให้ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการปฏิบัติการจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและการไม่ใช้ยาที่หลากหลายจะช่วยลดความปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบ และสรุปข้อแนะนำตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาวิธีการจัดการความปวดโดยใช้กรอบ PICO ในการสืบค้น ประเมินคุณภาพโดยใช้กรอบการศึกษาของ Dicenso และคณะ (2005) และประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามรูปแบบ Therapy Domain ของ Grace (2009) ผลการสืบค้นได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ จำนวน 19 เรื่อง จากงานวิจัยระดับ 2 เป็นงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยเชิงทดลองอย่างเป็นระบบ จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยระดับ 3 เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 11 เรื่อง งานวิจัยระดับ 4 เป็นการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยที่ไม่ใช่การทดลองจำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ 5 เป็นงานวิจัยเดี่ยวที่ไม่ใช่การทดลอง จำนวน 3 เรื่องและงานวิจัยระดับ 7 เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาทั่วไปอย่างกว้างๆจำนวน 2 เรื่องโดยพบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขั้นสูง ประกอบไปด้วย 3 ประเด็นคือ 1) การประเมิน ได้แก่ ประเมินความปวด, ประเมินด้านจิตใจ, ประเมินคุณภาพชีวิต, ประเมินกลุ่มอาการร่วม และประเมินการใช้ยา 2) การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาควบคู่กับแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ ดนตรีบำบัด, การนวด, การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด, การค้นหาปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, โปรแกรมการให้ความรู้ และ จินตภาพ และ 3)การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวดระยะสั้น ได้แก่ ระดับความปวด ความวิตกกังวล การนอนหลับและคุณภาพชีวิต เป็นต้นระยะยาว ได้แก่ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การกลับมาอนช้ำ เป็นต้น

การศึกษานี้ได้ข้อแนะนำดังนี้คือ สามารถนำประเด็นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขั้นสูงเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช และนำไปศึกษาวิจัยในบริบทของแต่ละหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการ / ความปวด/ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขั้นสูง/
ระยะลุกลามการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PAIN MANAGEMENT AMONG PATIENT IN THE ADVANCED STAGE OF FEMALE REPRODUCTIVE CANCER: EVIDENCE-BASED NURSING

FLIGHT LIEUTENANT NONGNUCH SRISAMUTNAK 5437240 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PONGSRI SRIMORAGOT D.N.S., RUNGNAPA PANITRAT, Ph.D.

ABSTRACT

Pain management in the advanced stage of female reproductive cancer is essential since the pain affects physical, mental, social and spiritual health of patients. In addition to the prolonged length of stays in hospital and an increase in the treatment cost with the patient's quality of life is reduced. Therefore, the pain treatments, both pharmacological and non-pharmacological interventions, are able to reduce pain and enhance the patients' quality of life.

This study aimed to gather, integrate reviews and summarize recommendations in the process for implementing evidence-based practice by using the PICO framework, to discover and evaluate the quality of evidence by using the guidelines from the study of Dicenso, et al (2005), and evaluated by the evidence consisting of the therapy domains of Grace (2009). The search yielded 19 studies meeting the criteria. When the evidence-base was classified by level, the search results yielded the following; level 2 research comprising 2 prospective cohort studies with at least 80% follow up; level 3 research comprising 11 prospective cohort studies; level 4 research comprising 1 retrospective cohort study with poor follow up; level 5 research comprising 3 case control studies; and level 7 research comprising 3 case broadly studies. The finding revealed pain management in the advanced stage of female reproductive cancers comprises of three topics: 1) Assessment; such as pain assessment, mental assessment, symptoms assessment, quality of life assessment, and the use of analgesics assessment, 2) Intervention with pharmacological and non-pharmacological interventions, which consists of music therapy, massaging, cognitive behavioral intervention, nurse coaching to explore and modify, pain education program and guided imagery, and 3) Evaluation in both short and long terms. For short-term evaluation, such as pain, anxiety, sleeping, and quality of life, and long-term evaluation, such as length of stay in hospital, and re-admission.

According to this study, the recommendation issues were derived from an integrated review of the empirical evidence to develop guidelines for pain management in the advanced stages of female reproductive cancer. The benefits of these guidelines are to improve the quality of patient care in patients in the gynecological cancer ward. Finally, the recommendations of this study are suitable to be applied by other agencies for further research.

KEY WORDS: MANAGEMENT / PAIN / FEMALE REPRODUCTIVE CANCER PATIENT /
ADVANCED STAGE FEMALE REPRODUCTIVE / EVIDENCE-BASED NURSING

143 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	27
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	28
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	28
บทที่ 2 วิธีดำเนินการ	29
2.1. วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	29
2.2. วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์	31
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	38
3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น	38
3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	39
3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	45
3.4 สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	79
3.5 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)	89

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	96
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	106
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	120
รายการอ้างอิง	135
ประวัติผู้วิจัย	143

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งบอกประสิทธิผลของ หัตถการ/ การรักษา (Grace, 2009)	37
3.1 ฐานข้อมูล รายละเอียดของหลักฐาน ประเภทและระดับของหลักฐาน	40
3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการ นำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา	45
3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการ นำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา	73

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ระยะลุกลามและผลกระทบที่เกิดขึ้น	14
3.1 แสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	39

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกเพราะเป็นโรคร้ายแรงและเรื้อรังใช้เวลาในการรักษานาน คุกคามต่อชีวิตโดยเฉพาะความปวดก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมากอีกทั้งผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคในระยะสุดท้ายและอาการไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งจากสถิติพบว่ามะเร็งปากมดลูกพบบ่อยอยู่ในลำดับที่ 2 ของสตรีทั่วโลก และพบมากที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนา (กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์, 2550) สำหรับสถิติของประเทศอังกฤษและเวลส์ (Wales) ในปี ค.ศ. 1992 พบว่าสาเหตุการตายของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่สูงกว่ามะเร็งปากมดลูก (Chamberlian & Bowen-Simpkins, 2000) อีกทั้งยังพบว่ามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมีอัตราการเกิดที่เพิ่มขึ้นในปี 2008 มากกว่า 18,000 ราย โดยพบเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก รองลงมาคือ มะเร็งช่องคลอด (Palmer, Gillespie, 2012) จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2001 พบว่ามีผู้ป่วยสตรีรายใหม่เป็นโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพิ่มขึ้น โดยเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูกพบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูกตามลำดับ และในปีเดียวกันพบว่าอัตราการตายของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่มากที่สุด รองลงมาได้แก่ มะเร็งเยื่อบุมดลูก และมะเร็งปากมดลูก (Novak-Smith, Adnan-Kock, & Davidson, 2001).

สำหรับประเทศไทยพบว่าในกลุ่มโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีโรคมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับแรก รองลงมาได้แก่มะเร็งรังไข่ และมะเร็งคอมดลูกตามลำดับ (สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) สอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2551 พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตของประชากรหญิงไทยทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) อีกทั้งยังพบว่าระยะที่พบมากที่สุดในการป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี คือระยะที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ในช่วงอายุ 55-59 ปีเป็นช่วงอายุที่พบมีผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์มากที่สุด (สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) จากสถิติจะพบว่า ระยะที่พบ มากที่สุดคือโรคมะเร็งในระยะลุกลาม

สำหรับหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีและผู้ป่วยทางนรีเวชจากสถิติการเก็บข้อมูลผู้ป่วย 5 โรคแรกที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชในระหว่างปีพ.ศ.2554-2555 จำนวน 1,290 ราย พบ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นมะเร็งรังไข่ มะเร็งตัวมดลูก มะเร็งช่องคลอด และมะเร็งกรวยไขปลาอูตามลำดับ ซึ่งระยะที่พบมากที่สุดคือระยะที่ 2 (Stage IIb) คิดเป็นร้อยละ 75.5 และยังพบอีกว่าผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชร้อยละ 67.26 อยู่ในระยะลุกลามเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีทั้งหมด (เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2555) โดยพบว่าอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมียุทธการครองเตียงสูงกว่าโรคอื่น อันเนื่องมาจากการลุกลามของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามนี้แบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก แน่นอึดอัดท้อง ขาบวมจากการอุดตันของหลอดเลือด และอาการปวดพบมากในมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเกิดจากมะเร็งกดอวัยวะข้างเคียงและเส้นประสาท เป็นต้น 2) ด้านจิตใจ คือ มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เป็นต้น แต่ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาความปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา เสถียรภาพงษ์ (นันทนา เสถียรภาพงษ์, 2548) ซึ่งพบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ ความปวดพบถึงร้อยละ 70-90 สาเหตุของความปวดร้อยละ 60-80 เกิดจากการลุกลามของมะเร็งโดยตรงไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น กระดูก เส้นประสาท อวัยวะภายใน ร้อยละ 20-25 เกิดจากวิธีการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี เป็นต้น

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้นพบว่าค่าเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลประมาณ 300,000-500,000 บาทต่อคนต่อปีและมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.85 วัน (กรมการแพทย์, 2553) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมหาศาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง ซึ่งแฝงในรูปการรักษาทางกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพ การใช้ยาระงับปวด การผ่าตัด การหยุดงานหรือแม้แต่การชดเชยจากการเสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน (เจือ อโนธารมณ, 2547) ดังนั้นประเด็นปัญหาในการศึกษาค้นคว้าจึงมุ่งไปที่การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามเนื่องจากหอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมียุทธการครองเตียงสูงและมีผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีอยู่ในอันดับ 5 โรคแรก และพบว่าผู้ป่วยอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามมีอัตราการครองเตียงและอัตราการกลับมานอนซ้ำสูง อันเนื่องมาจากผู้ป่วยมะเร็งมีอาการต่างๆที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ เช่น อาการปวดอ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ช่องปากอักเสบ นอนไม่หลับซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งอาการปวด

เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ผู้ป่วยมีความปวดปานกลางถึงรุนแรงมีผลให้การจัดการความปวดในระยะต่อมามีความยุ่งยากมากขึ้น ต้องใช้เวลามากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาล ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงต้องให้ความสำคัญและหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (Gynecologic cancer) เป็นการเจริญ หรือการแบ่งเซลล์ที่ผิดปกติในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี คือ ปากมดลูก มดลูก รังไข่ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ช่องคลอด ท่อนำไข่ และมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก (Allan, 2007) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ชนิด และสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็ง

1.1 มะเร็งปากมดลูก (cervical cancer)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่สองของมะเร็งในสตรีทั่วโลกซึ่งอาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและลักษณะของก้อนมะเร็ง ในระยะแรกอาจจะไม่มีความผิดปกติ และการตรวจพบจากการทดสอบแปปหรือการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคป ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ (Tortolero-Luna & Franco, 2004) มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวปากมดลูกเรียกว่า Dysplasia การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกตินี้เกิดขึ้นในบริเวณที่เรียกว่า Transformation zone (T zone) คือบริเวณที่เป็นรอยต่อระหว่าง squamous epithelium กับ columnar epithelium ที่อยู่โดยรอบของปากมดลูกด้านนอก (external os) นั่นเองซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเช่น HPV type 16, 18, 31, 33, 35, 34 การรักษา มะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรคและยังช่วยในการพยากรณ์โรคด้วย (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2554)

1.2 มะเร็งรังไข่ (ovarian cancer)

มะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก แต่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ มักไม่มีอาการในระยะแรก ทำให้วินิจฉัยได้ล่าช้าซึ่งแตกต่างจากมะเร็งปากมดลูกที่มี Papanicolaou smear ช่วยในการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะก่อนลุกลาม มะเร็งรังไข่พบได้ทุกอายุขึ้นอยู่กับชนิดในผู้ป่วยอายุน้อยเฉลี่ย 21 ปี มักพบกลุ่ม germ cell ถึงร้อยละ 60 พบประมาณร้อยละ 5-12 ถ้าอายุอยู่ในวัยหมดประจำเดือน พบมากที่สุดคือ อายุ 54 ปี จะเป็นชนิดเนื้อเยื่อบุผิว (epithelial cell) ถึงร้อยละ 80 และยังเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 80 ไม่ว่าจะในประเทศไทยหรือต่างประเทศ (DiSaia & Creasman, 2002) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็น

สาเหตุของมะเร็งรังไข่ (Kramer & Greene, 2004) ได้แก่ การเป็นมะเร็งร่วมกับมะเร็งอื่นๆ กรรมพันธุ์ จำนวนบุตรและการตั้งครรภ์ การตกไข่ การได้รับสารระคายเคืองเยื่อบุช่องท้อง เป็นต้น

1.3 มะเร็งมดลูก (uterine cancer) หรือ carcinoma of corpus

มะเร็งมดลูก จะแบ่งเป็น มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกซึ่งเป็น adenocarcinoma อันเป็น ectoderm กับมะเร็งส่วนที่ไม่ใช่เยื่อบุโพรงมดลูกอันเป็น mesoderm ได้แก่ มะเร็ง sarcoma ของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เส้นเลือด หรือส่วนอื่นๆของเนื้อมดลูก ร้อยละ 95 ของมะเร็งมดลูก เป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (จิตติ หาญประเสริฐ และ ศิริวรรณ ตังจิตกมล, 2554) ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1.3.1 มะเร็งเยื่อบุมดลูก (endometrial cancer) มะเร็งเยื่อบุมดลูก เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเยื่อบุมดลูก พบได้เป็นอันดับ 3 ของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในประเทศไทย และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆพบในสตรีที่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี สาเหตุที่แท้จริงยังทราบไม่ชัด แต่ที่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเยื่อบุมดลูก ได้แก่ การใช้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือน, โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน, ความอ้วน, ผู้ที่มีบุตรมากหรือไม่มีบุตร, การที่ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ, การได้รับยาต้านเอสโตรเจน และการมีประวัติมะเร็งในครอบครัว (จิตติ หาญประเสริฐ และ ศิริวรรณ ตังจิตกมล, 2554; Allan, 2007)

1.3.2 มะเร็งมดลูกชนิดซาร์โคมา (uterine sarcoma) เป็นมะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อ mesenchymal ของมดลูก ได้แก่ stroma ของเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial stroma) กล้ามเนื้อมดลูก (uterine muscle) และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) มะเร็งชนิดนี้พบได้น้อย โดยมีอุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 1 ของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีหรือประมาณร้อยละ 3-7 ของมะเร็งมดลูก มะเร็งชนิดซาร์โคมาที่พบบ่อยมี 3 ชนิด ได้แก่ carcinoma (CS) ในอดีตนิยมเรียกว่า malignant mixed mullerian tumors (MMMT), leiomyosarcoma (LMS) มะเร็งทั้ง 2 ชนิดมีอุบัติการณ์รวมกันประมาณร้อยละ 85 ของมะเร็งมดลูกชนิดซาร์โคมาทั้งหมด ส่วนที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 คือ endometrial stromal sarcoma (ESS) พบประมาณร้อยละ 15 ของมะเร็งมดลูกชนิดซาร์โคมา มะเร็งมดลูกชนิดซาร์โคมาเป็นมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี โดยอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival rate) น้อยกว่าร้อยละ 50 แม้จะพบในระยะเริ่มต้นก็ตาม (จิตติ หาญประเสริฐ และ ศิริวรรณ ตังจิตกมล, 2554) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดยังไม่ทราบแน่นอนนอกพบได้บ่อยในสตรีที่อ้วน เป็นเบาหวาน มีความดันโลหิตสูง และประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมีประวัติการได้รับรังสีรักษาที่บริเวณอุ้งเชิงกรานมาก่อน หรือเคยได้รับฮอร์โมนทดแทน (Winter, Ostor, Kapp & Petru, 2004)

1.4 มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (carcinoma of the valva)

มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เป็นมะเร็งที่พบได้น้อยประมาณ 3-5% ของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี พบมากในสตรีที่มีอายุประมาณ 60-80 ปี อย่างไรก็ตามเริ่มพบได้ในสตรีที่มีอายุน้อยลงเรื่อยๆ เป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์ผิวหนังจึงมักลุกลามช้ามักมีประวัติหรืออาการมานานหลายปีเนื่องจากเซลล์เยื่อบุผิวของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเป็นชนิด squamous cell ดังนั้นมะเร็งส่วนใหญ่จึงเป็นชนิด squamous cell หรือ epidermoid carcinoma ประมาณร้อยละ 86-92 รองลงมาคือ melanoma, sarcoma, Bartholin gland carcinoma สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ เนื่องจากโรคนี้นักพบมากในสตรีที่มีอายุมากและฐานะต่ำ ทำให้สันนิษฐานว่าโรคนี้น่าจะเกิดจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่างๆมาเป็นเวลานานดูแลรักษาความสะอาดไม่ดี มีการติดเชื้อไวรัส หูดหงอนไก่ รวมทั้งผู้ป่วยที่เคยรับการรักษามะเร็งปากมดลูกมาก่อน นอกจากนี้ยังพบในสตรีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน หมดประจำเดือนแล้ว (Allan, 2007; Tortolero-Luna & Franco, 2004)

1.5 มะเร็งช่องคลอด (vaginal carcinoma)

มะเร็งช่องคลอดเป็นมะเร็งที่พบได้น้อยประมาณ 2% ของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (Allan, 2007; Tortolero-Luna & Franco, 2004) ส่วนมากเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาจากที่อื่น โดยเฉพาะจากปากมดลูก เยื่อบุมดลูก และปากช่องคลอดประมาณร้อยละ 80 เป็นชนิด squamous cell carcinoma ที่เหลือเป็น adenocarcinoma, melanoma และ sarcoma พบมากในช่วงอายุประมาณ 50-70 ปีพบน้อยมากในผู้ที่อายุต่ำกว่า 40 ปี (Allan, 2007) สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุเดียวกับมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา การระคายเคืองที่ช่องคลอดเป็นเวลานานร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมักจะให้ประวัติเคยรับการรักษามะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีหลังจากเป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งช่องคลอดโดยเชื่อว่าน่าจะมีกลไกเกิดจากมี residual disease ที่เยื่อบุผิวของช่องคลอด หลังการรักษา มะเร็งปากมดลูกเป็น primary disease ใหม่ที่มีความเสี่ยงจาก carcinogenesis จากอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง มีความเสี่ยงจากการที่เยื่อบุผิวถูกรังสีจากรังสีรักษาเช่นเดียวกับมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่างอื่นๆ (Allan, 2007; Tortolero-Luna & Franco, 2004)

1.6 มะเร็งท่อนำไข่ (fallopian tube carcinoma)

มะเร็งท่อนำไข่ เป็นมะเร็งที่พบน้อยที่สุดคือประมาณร้อยละ 1 ของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีทั้งหมด พบมากในสตรีที่อายุเฉลี่ย 55 ปี (Allan, 2007) ประมาณร้อยละ 85 ของมะเร็งที่พบที่ท่อนำไข่จะเป็นรอยโรคที่แพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น เช่น รังไข่ เยื่อบุโพรงมดลูก และทางเดินอาหาร ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่แน่ชัดมีรายงานพบว่าปัจจัยทางด้าน

ฮอร์โมน ภาวะเจริญพันธุ์และทางกรรมพันธุ์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อำไข่เช่นกัน (นาฏยา เกื้อกูลรัฐและนิวัติ อินทวิเชียร, 2554) และบางตำรากล่าวว่าการอักเสบเรื้อรังที่ท่อำไข่ ปีกมดลูกอักเสบ และภาวะ tubal endometriosis เป็นสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้ (Allan, 2007)

1.7 การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกและมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก (gestational trophoblastic disease-GTD)

GTD เป็นกลุ่มโรคที่เกิดขึ้นจากการเจริญผิดปกติของเซลล์รก แบ่งตามพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อออกเป็น 4 ชนิดได้แก่ ครรภ์ไข่ปลาอุก (hydatidiform mole or molar pregnancy) ครรภ์ไข่ปลาอุกลูกกลม (invasive mole หรือ chorioadenoma destruens) มะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก (gestational choriocarcinoma) และพลาเซนตา ไชท์ โทรโฟบลาสติก ทูเมอร์ (placenta site trophoblastic tumour: PSTT) การเรียกโดยรวมว่า GTD เป็นการเรียกที่ครอบคลุมกลุ่มของโรคนี้ทั้งหมด ทั้งที่เป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็ง สำหรับกลุ่มที่เป็นมะเร็งจะเรียกรวมว่า gestational trophoblastic tumour (GTN) หรือเรียกว่ามะเร็งเนื้อรก อันได้แก่ invasive mole และ choriocarcinoma ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก เกิดตามหลังการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ร้อยละ 25 เกิดตามหลังการตั้งครรภ์ปกติอีก และอีกร้อยละ 25 เกิดตามหลังการแท้ง หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก โรคนี้หากแบ่งตาม Hammond 's classification สามารถจำแนกได้ 2 แบบคือ

1. Benign GTD (hydatidiform mole) ซึ่งมีทั้งแบบ complete และ partial hydatidiform mole

2. Malignant GTD หรือ GTT หรือ GTN ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ 1) Non-metastases GTD หมายถึง GTD ที่อยู่เฉพาะตัวมดลูก พบได้ร้อยละ 13 ของมะเร็งเนื้อรก และ 2) metastases GTD หมายถึง GTD ที่มีการแพร่กระจายของโรคไปสู่วัยวะอื่นๆ นอกมดลูกพบประมาณร้อยละ 4 หลังจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกตำแหน่งที่แพร่กระจายไปบ่อยที่สุดคือปอด พบถึงร้อยละ 80 รองลงมาคือ ช่องคลอด สมอง และตับ มะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก เป็นมะเร็งที่มีการพยากรณ์โรคดี เนื่องจากมีความไวต่อการรักษา สามารถรักษาให้หายได้มากกว่าถึงร้อยละ 90 สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากการได้รับสารอาหารโปรตีนต่ำ จากความยากจน ได้รับสารแคโรทีนน้อย ได้รับสารต่างๆซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรค เช่น เชื้อไวรัส ยาฆ่าแมลงต่างๆ ฮอร์โมนเอสโตรเจน การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุก และพบมากในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี (Allan, 2007)

1.8 มะเร็งเยื่อบุช่องท้อง (primary peritoneal adenocarcinoma-PPA)

เป็นมะเร็งที่พบได้น้อย อุบัติการณ์ในการเกิดยังไม่แน่ชัด บางตำรากล่าวว่าพบอยู่ในช่วง 7-21% ของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว (epithelial ovarian carcinoma or papillary serous ovarian carcinoma) บางตำรากล่าวว่าพบประมาณ 10% ของผู้ป่วยรังไข่ PPA ยังสามารถเรียกด้วยคำอื่นๆได้เช่น serous surface carcinoma of the peritoneum papillary tumor of the peritoneum, serous surface papillary carcinoma, mesothelioma, papillary serous carcinoma of the peritoneum (PSCP) แบ่งออกเป็นหลายชนิด เช่น serous, endometrioid, mucinous, clear cell, Brenner, mixed müllerian จุดเริ่มต้นของ PPA มาจากเยื่อบุช่องท้อง และสามารถกระจายออกไปนอกช่องท้อง โดยทำให้เกิดพยาธิสภาพที่รังไข่หรือไม่ก็ได้ เมื่อเป็นแล้วไม่สามารถค้นหาการเป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้นได้ส่วนใหญ่ได้มาจากการตรวจทางฮิสโตโลยี จากการศึกษาพบว่ามักเกิดตามหลังการผ่าตัดรังไข่ออก 2 ข้าง และพบในกรณีที่บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งรังไข่ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการกลายพันธุ์ของ BRCA genes ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงเฉลี่ยอายุ 60 ปีพบมากในช่วงอายุ 57-67 ปี จึงจัดเป็นมะเร็งนรีเวช อย่างไรก็ตามสามารถพบในเพศชายได้ (Goff, 2004; Selman, Niemann & Copeland, 2000; ถนอมศิริ สุนทรธรรม และ วีระ สุรเศรษฐวงศ์, 2554)

2. การแบ่งระยะของโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (staging)

การแบ่งระยะของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ในปัจจุบันใช้วิธีการแบ่งระยะของโรคมะเร็งตามระบบที่นิยม 2 ระบบดังนี้ (Allan, 2007; DiSaia & Creasman, 2002) คือ 1) The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) system และ 2) The International Union Against Cancer (UICC) ซึ่งใช้ระบบ TNM (T=Tumor, N=Node, M=Metastasis) ซึ่งการแบ่งระยะของโรคทั้ง 2 ระบบนี้อาศัยหลักตามการแพร่กระจายทางกายวิภาคของโรคมะเร็ง (anatomical extent) การแบ่งระยะของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่นิยมใช้มากที่สุดคือ FIGO มีดังนี้

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก

ระยะ 0 มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกในเยื่อบุ (carcinoma in situ หรือ intraepithelial carcinoma) ระยะนี้เซลล์มะเร็งยังไม่ผ่านชั้น basement แต่อาจไปที่เยื่อบุของ endocervical glands

ระยะที่ I มะเร็งอยู่ที่ปากมดลูกเท่านั้น (การพบการกระจายของมะเร็งไปที่ตัวมดลูกไม่นำมาพิจารณาด้วย) แบ่งเป็น ระยะ IA เป็น preclinical carcinoma ของปากมดลูกซึ่งวินิจฉัยได้

จากการดูด้วย กล้องจุลทรรศน์เท่านั้น โดยในระยะนี้สามารถแบ่งย่อยได้เป็น ระยะ IA1 มีการแพร่กระจายลึกลงไป ใน stroma เพียงเล็กน้อยสามารถตรวจพบได้โดยกล้องจุลทรรศน์เท่านั้น และระยะ IA2 มีรอยโรคสามารถวัดขนาดได้โดยผ่านกล้องจุลทรรศน์ความลึกของการกระจายวัดจากฐานของชั้น epithelium ทั้งบริเวณผิวหรือบริเวณที่เป็น glandular ก็ตามไม่เกิน 5 มม.และมีความกว้าง วัดตามแนวนอนไม่เกิน 7 มม.ถ้าเกินกว่านี้จะจัดเข้าในระยะที่ IB สำหรับระยะ IB ขนาดของรอยโรคโตกว่าในระยะที่ IA2 ไม่ว่าจะตรวจพบได้ทางคลินิกหรือไม่ก็ตามถ้ามีการกระจายไปยังอวัยวะที่มีช่องว่างส่วนใดก็ตามก็จะไม่มีการเปลี่ยนระยะของโรคแต่ต้องบันทึกไว้ด้วย เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาประกอบการรักษาต่อไป

ระยะที่ II มะเร็งลุกลามไปนอกปากมดลูก แต่ไม่ถึงผนังอุ้งเชิงกรานหรือไปที่ช่องคลอดแต่ไม่ถึง 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง แบ่งเป็นระยะ IIA มะเร็งลุกลามไปที่ช่องคลอดส่วนบน แต่ไม่ได้ลุกลามไปที่ parametrium และระยะ IIB มะเร็งมีการลุกลามไปยัง parametrium แต่ยังไม่ถึงอุ้งเชิงกราน

ระยะที่ III มะเร็งลุกลามไปถึง 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่างหรือผนังอุ้งเชิงกราน แบ่งเป็น ระยะ IIIA มะเร็งลุกลามลงไปที่ 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง แต่ยังไม่ถึงผนังอุ้งเชิงกราน และ ระยะ IIIB มะเร็งลุกลามไปที่ parametrium จนถึงผนังอุ้งเชิงกรานหรือลุกลามไปยังท่อไต ทำให้มีการอุดตันของท่อไต 1 หรือทั้ง 2 ข้างทำให้ไตบวม (hydronephrosis) หรือไตสูญเสียหน้าที่

ระยะที่ IV มะเร็งลุกลามออกนอกอุ้งเชิงกรานเข้าไปถึงกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก หรือลุกลามสู่อวัยวะใกล้เคียง และอวัยวะอื่นๆ ออกไป เช่น ตับ ปอด สมอง เป็นต้น แบ่งเป็นระยะ IVA มะเร็งลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก และระยะ IVB มะเร็งลุกลามออกไปอวัยวะนอกอุ้งเชิงกรานแท้ (true pelvis) เช่น ตับ ปอด สมอง

การแบ่งระยะของมะเร็งรังไข่

ระยะที่ I มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในรังไข่ แบ่งเป็น ระยะที่ IA มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในรังไข่ข้างเดียว ไม่มีน้ำในช่องท้องไม่มีมะเร็งที่ผิวนอกรังไข่แคปซูลยังอยู่ปกติ, ระยะที่ IB มะเร็งจำกัดอยู่ในรังไข่ทั้งสองข้าง ไม่มีน้ำในช่องท้องไม่มีมะเร็งที่ผิวนอกรังไข่แคปซูลยังอยู่ปกติ และระยะที่ IC มะเร็งจำกัดอยู่ในรังไข่ข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้แต่มีมะเร็งที่ผิวของรังไข่เท่านั้นหรือแคปซูลแตก หรือมีเซลล์มะเร็งปรากฏในน้ำในช่องท้องหรือน้ำที่ล้างช่องท้อง

ระยะที่ II มะเร็งกระจายไปที่รังไข่ข้างเดียวหรือสองข้างพร้อมกับมีการกระจายไปที่อวัยวะในอุ้งเชิงกราน แบ่งเป็นระยะที่ IIA มีการกระจายไปที่มดลูก และ/หรือ ท่อนำไข่, ระยะที่ IIB

มีการกระจายไปที่อวัยวะอื่นที่อุ้งเชิงกราน นอกเหนือจากมดลูกหรือรังไข่ และระยะที่ IIC มะเร็งมีการกระจายเท่ากับระยะที่ IIA หรือ IIB พร้อมกับมีมะเร็งที่ผิวของรังไข่ข้างเดียว หรือสองข้างหรือแคปซูลแตกหรือมีเซลล์มะเร็งปรากฏในน้ำในช่องท้อง หรือน้ำล้างช่องท้อง

ระยะที่ III มะเร็งอยู่ที่รังไข่ข้างเดียว หรือสองข้างจะมีมะเร็งอยู่ที่เยื่อบุช่องท้องนอกอุ้งเชิงกราน และ/หรือมีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองกลุ่มรีโทรเพริโทเนียม (retroperitoneum) หรืออินกวนอล (inguinal) หรือมีการกระจายไปที่ผิวหนังของตับ หรือมีมะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณอุ้งเชิงกรานแต่มีการกระจายไปที่ลำไส้เล็ก หรือโอเมนตัม (omentum) ที่สามารถพิสูจน์ได้ทางฮิสโตโลยี (histology) แบ่งเป็น ระยะที่ IIIA มะเร็งส่วนใหญ่จำกัดอยู่เฉพาะบริเวณอุ้งเชิงกราน ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่มีการกระจายไปยังผิวเยื่อบุบริเวณช่องท้อง โดยมีขนาดโตไม่เกิน 2 ซม. ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ทางฮิสโตโลยี โดยแบ่งเป็น ระยะที่ IIIB มะเร็งอยู่ที่รังไข่ข้างเดียวหรือสองข้างแต่มีการกระจายไปที่เยื่อบุช่องท้อง โดยมีขนาดไม่เกิน 2 ซม. ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และระยะที่ IIIC ขนาดของมะเร็งที่อยู่ในช่องท้องโตเกิน 2 ซม. และ/หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองกลุ่มรีโทรเพริโทเนียม (retroperitoneum) หรืออินกวนอล (inguinal)

ระยะที่ IV มะเร็งอยู่ที่รังไข่ข้างเดียว หรือสองข้างพร้อมกับมีการกระจายไปไกล เช่น ปอด ตับ ถ้ามีน้ำในช่องปอด จะต้องพิสูจน์ได้ว่ามีเซลล์มะเร็งนั้นด้วย มีการกระจายไปในพารานไคมา (parenchymal liver)

การแบ่งระยะของมะเร็งเยื่อบุมดลูก

ระยะที่ 0 carcinoma in situ

ระยะที่ I มะเร็งอยู่ภายในตัวมดลูก แบ่งออกเป็น ระยะที่ IA ความลึกของโพรงมดลูกไม่เกิน 8 ซม. และระยะที่ IB ความลึกของโพรงมดลูกเกิน 8 ซม.

ระยะที่ II มะเร็งลุกลามลงไปที่ปากมดลูก แต่ยังไม่ออกไปนอกมดลูก

ระยะที่ III มะเร็งลุกลามออกนอกมดลูก แต่ยังไม่ออกนอกเชิงกราน

ระยะที่ IV มะเร็งกระจายสู่กระเพาะปัสสาวะ เรคตัม (rectum) หรือกระจายออกนอกอุ้งเชิงกราน โดยแบ่งเป็น ระยะที่ IVA มะเร็งกระจายลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง และ ระยะที่ IVB มะเร็งกระจายลุกลามไปยังอวัยวะที่ไกลออกไปนอกอุ้งเชิงกราน

การแบ่งระยะของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

ระยะที่ 0 carcinoma in situ

ระยะที่ I มะเร็งอยู่ที่บริเวณ vulva หรือ valve และ perineum ขนาดไม่เกิน 2 ซม. โดยแบ่งเป็นระยะที่ IA มะเร็งอยู่ที่บริเวณ vulva หรือ valve และ perineum ขนาดไม่เกิน 2 ซม. และกระจายไปยัง stroma ในขนาดที่น้อยกว่า 1 มม. และระยะที่ IB มะเร็งอยู่ที่บริเวณ vulva หรือ valve และ perineum ขนาดไม่เกิน 2 ซม. และกระจายไปยัง stroma ในขนาดที่มากกว่า 1 มม.

ระยะที่ II มะเร็งอยู่ที่บริเวณ vulva หรือ valve และ perineum ขนาดมากกว่า 2 ซม

ระยะที่ III มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังท่อปัสสาวะส่วนล่าง และ/หรือ ช่องคลอด หรือทวารหนัก รวมทั้งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ข้างเคียง ข้างใดข้างหนึ่ง

ระยะที่ IV มะเร็งมีการแพร่กระจายมากขึ้น ดังนี้ระยะที่ IVA มะเร็งมีการแพร่กระจายมากขึ้นไปยังท่อปัสสาวะส่วนบน เชื้อบุกระเพาะปัสสาวะเรคตัม หรือจำกัดอยู่ที่กระดูกเชิงกราน รวมทั้งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ข้างเคียงทั้งสองข้าง และระยะที่ IVB แพร่กระจายไปไกล รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน

การแบ่งระยะของมะเร็งช่องคลอด

ระยะที่ 0 carcinoma in situ, intraepithelial carcinoma

ระยะที่ I มะเร็งอยู่ที่บริเวณช่องคลอด

ระยะที่ II มะเร็งกระจายไปยังเนื้อเยื่อ paravaginal แต่ยังไม่ถึงผนังเชิงกราน

ระยะที่ III มะเร็งกระจายไปถึงผนังเชิงกราน

ระยะที่ IV มะเร็งแพร่กระจายมากขึ้น ดังนี้ คือระยะที่ IVA แพร่กระจายไปยังกระเพาะปัสสาวะหรือ ลำไส้ตรง และ/หรือกระจายไปยัง ture pelvis และ ระยะที่ IVB มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆที่ไกลออกไป

การแบ่งระยะของมะเร็งท่อนำไข่

ระยะที่ 0 carcinoma in situ

ระยะที่ I มะเร็งอยู่ที่ท่อนำไข่ ข้างเดียว หรือสองข้างก็ได้ โดยแบ่งเป็น ระยะที่ IA มะเร็งอยู่ที่ท่อนำไข่เพียงข้างเดียว มะเร็งอยู่บริเวณ submucosa และ/หรือ muscularis ไม่มีการทะลุไปยัง serosal surface ไม่มีน้ำในช่องท้อง, ระยะที่ IB มะเร็งอยู่ที่ท่อนำไข่ทั้งสองข้าง มะเร็งอยู่บริเวณ submucosa และ/หรือ muscularis ไม่มีการทะลุไปยัง serosal surface ไม่มีน้ำในช่องท้อง,

ระยะที่ IC พบ มะเร็งที่ท่อนำไข่ข้างเดียวหรือสองข้างรวมทั้งมีการกระจายไปยังserosa หรือพบเซลล์มะเร็งในน้ำในช่องท้อง หรือน้ำล้างช่องท้อง

ระยะที่ II มะเร็งแพร่กระจายไปยังอุ้งเชิงกราน สำหรับระยะนี้แบ่งย่อยได้คือระยะที่ IIA มีการแพร่กระจายไปยังมดลูก และ/หรือรังไข่, ระยะที่ IIB มีการแพร่กระจายไปยังอุ้งเชิงกรานส่วนอื่นๆ และ ระยะที่ IIC มีการแพร่กระจายไปยังอุ้งเชิงกรานส่วนอื่นๆ และพบเซลล์มะเร็งในน้ำในช่องท้อง หรือน้ำล้างช่องท้อง

ระยะที่ III มะเร็งแพร่กระจายไปยังเยื่อบุช่องท้อง หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณ retroperitoneal หรือ inguinal มีการกระจายไปยังผิวนอกของตับสำหรับระยะนี้แบ่งย่อยได้คือระยะที่ IIIA มะเร็งแพร่กระจายไปยังเยื่อบุช่องท้อง โดยกลีองจุลทรรศน์ ยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง, ระยะที่ IIIB มะเร็งแพร่กระจายไปยังเยื่อบุช่องท้อง ในขนาดน้อยกว่า 2 ซม.มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง และระยะที่ IIC มะเร็งแพร่กระจายไปยังเยื่อบุช่องท้อง ในขนาดน้อยกว่า 2 ซม.มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ IV มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ไกลออกไป เช่น ปอด ตับ โดยผู้ป่วยจะมีน้ำในช่องท้อง

การแบ่งระยะของมะเร็งเนื้องอก

ระยะที่ I มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะภายในตัวมดลูก แบ่งออกเป็น ระยะที่ IA มะเร็งอยู่ในตัวมดลูก ไม่มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ 1) hCG>100,000mIU/ml 2) ระยะของโรคเป็นมานานเกิน 6 เดือน หลังยุติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ระยะที่ IB มะเร็งอยู่ในตัวมดลูกมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่าง และ ระยะที่ IC มะเร็งอยู่ในตัวมดลูก มีปัจจัยเสี่ยงสองอย่าง

ระยะที่ II มะเร็งมีการกระจายออกนอกตัวมดลูกแต่ยังจำกัดอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์ (รังไข่ ท่อนำไข่ ช่องคลอด broad ligament) โดยระยะนี้แบ่งออกเป็น ระยะที่ IIA มะเร็งจำกัดอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์ โดยไม่มีปัจจัยเสี่ยง, ระยะที่ IIB มะเร็งลุกลามออกไปนอกตัวมดลูก แต่ยังคงอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์และมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่าง และ ระยะที่ IIC มะเร็งลุกลามออกไปนอกตัวมดลูก แต่ยังคงอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์และมีปัจจัยเสี่ยงสองอย่าง

ระยะที่ III มะเร็งมีการกระจายไปยังปอด ซึ่งอาจมีหรือไม่มีมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ก็ได้ โดยระยะนี้แบ่งออกเป็น ระยะที่ IIIA มะเร็งกระจายออกไปถึงปอด ซึ่งอาจมีหรือไม่มีมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ก็ได้ และไม่มีปัจจัยเสี่ยง, ระยะที่ IIIB มะเร็งกระจายออกไปถึงปอด ซึ่งอาจมีหรือไม่มีมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ก็ได้ และมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่าง และ ระยะที่ IIC มะเร็งกระจายออกไปถึงปอด ซึ่งอาจมีหรือไม่มีมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ก็ได้ และมีปัจจัยเสี่ยงสองอย่าง

ระยะที่ IV มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ โดยระยะนี้แบ่งออกเป็น ระยะที่ IVA มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่น และไม่มีปัจจัยเสี่ยง, ระยะที่ IVB มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ และมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่าง และ ระยะที่ IVC มะเร็งกระจายไปยังอวัยวะอื่น และมีปัจจัยเสี่ยงสองอย่าง

การแบ่งระยะมะเร็งเยื่อบุช่องท้อง

ใช้หลักการการแบ่งระยะมะเร็งเช่นเดียวกับมะเร็งรังไข่ ส่วนมากพบเมื่ออยู่ในระยะที่ 3 (70-75%) หรือ ระยะที่ 4 (25%) มักพบการกระจายของมะเร็งไปยังปอดและตับ (Goff, 2004; Selman, Niemann, & Copeland, 2000)

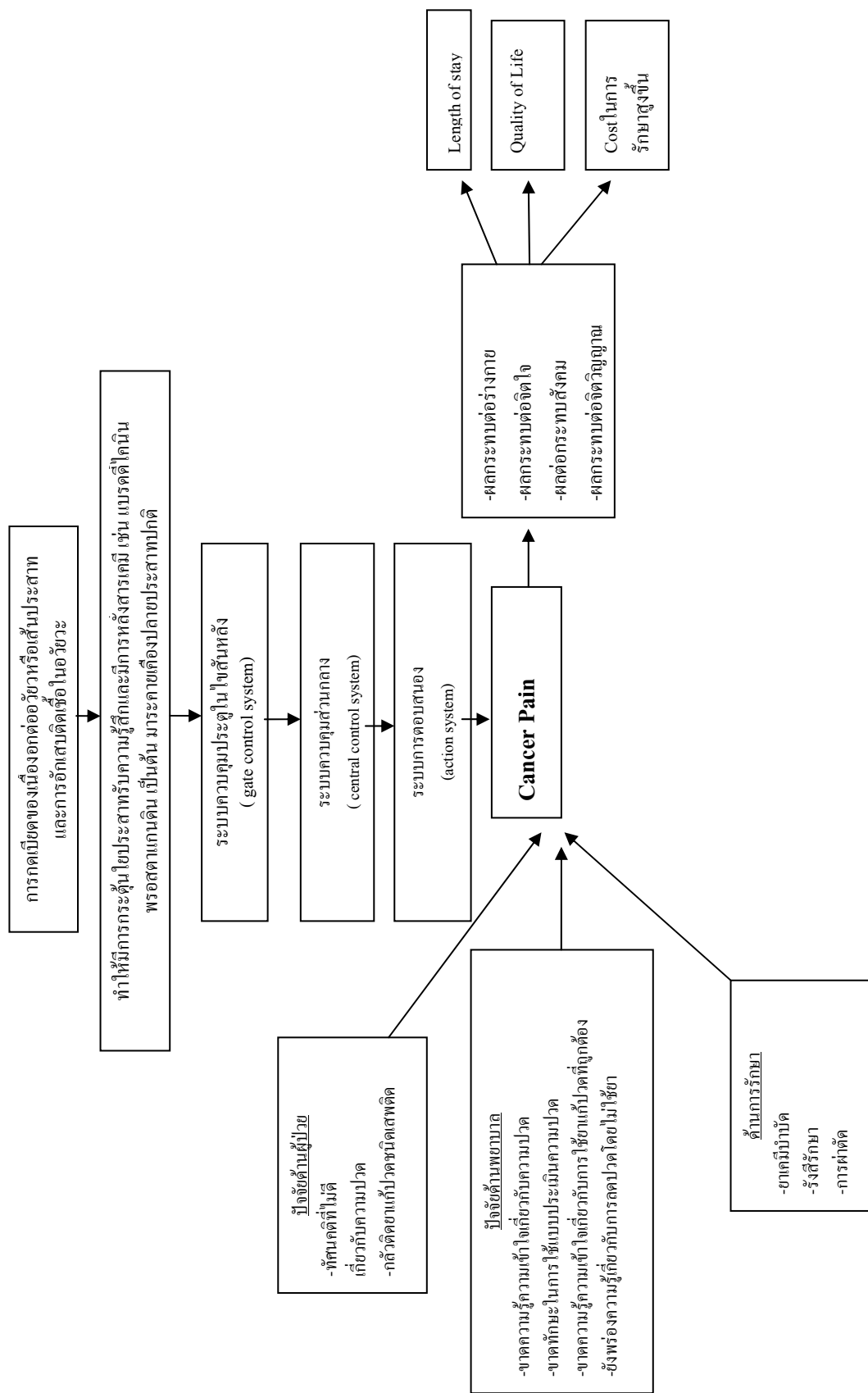
ดังนั้นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามในที่นี้จึงหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ในระยะที่ 2 (stage II) ขึ้นไป

3. อาการของโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

อาการของโรคมะเร็ง เป็นอาการที่อาจเกิดจากก้อนมะเร็งมีการเติบโต หรือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ หรือกระจายไปทั่วร่างกาย หรืออาจเป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งผลิตสารบางชนิด แล้วไปมีผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ อาการทั่วไปที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อาการเบื่ออาหาร/น้ำหนักลด อาการไข้ อาการปวด (กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์, 2550) อาการของมะเร็งแต่ละชนิดที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อาการของมะเร็งปากมดลูก จะมีเลือดออกจากช่องคลอด หรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์ (contact bleeding) ตกขาว เป็นของเหลวสีชมพูๆ หรือเลือดจางๆ ออกมาหลังปัสสาวะในรายที่เป็นมากอาจมีอาการตกขาวเป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น หรือมีลักษณะคล้ายมีน้ำไหลออกตลอดเวลา อาการปวดพบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือมีการกระจายไปแล้ว โดยจะปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขา และร้าวไปหัวเข่า (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2553) อาการของมะเร็งรังไข่ ถ้าก้อนโต และน้ำหนักมากขึ้นก็จะไปกดเบียดอวัยวะข้างเคียงทำให้เกิดอาการ (pressure symptom) เช่น ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะลำบาก ท้องผูก ผู้ป่วยอาจรู้สึกปวดแน่น หรือปวดถ่วงในอุ้งเชิงกราน หรือเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ มีภาวะท้องมานน้ำ (ascitis) ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก มะเร็งมดลูก จะมีเลือดออกมาก และนานผิดปกติ (menorrhagia) บางรายอาจมีอาการของโลหิตจาง ปวดท้องน้อย ปัสสาวะบ่อย หรือท้องผูก มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก จะมีอาการคันบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก มีก้อนร้อยละ 70 จะเกิดขึ้นที่บริเวณ labia โดยเกิดขึ้นที่ labia majora มากที่สุด รองลงมา คือ labia minora, clitoris และ perineum เลือดออกผิดปกติ ตกขาวผิดปกติ หรือปัสสาวะแสบขัด มะเร็งช่องคลอด จะมีเลือด และ

สารคัดหลั่งไหลออกจากช่องคลอด ปัสสาวะบ่อยปวดในอุ้งเชิงกราน (กฤษฎา ศรีรัตนัทรางกุล, 2554) มะเร็งท่อน้ำไขจะมีสารน้ำไหลออกจากช่องคลอดจำนวนมาก (hydrops tubae profluens) เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปวดอุ้งเชิงกราน มีก้อนในอุ้งเชิงกรานเรียกว่า “Latzko triad” (นาฏยา เกื้อกูลรัฐ และ นิวัต อินทวิเชียร, 2554; Kietpeerakool, Suprasert, Srisomboon & Pantusart, 2005) มะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุกจะมีเลือดออกจากช่องคลอด ขนาดของมดลูกโตกว่าอายุครรภ์ คลื่นไส้ อาเจียน (พิรพงศ์ อินทสรและเรืองศักดิ์ เลิศจรสุข, 2554) มะเร็งเยื่อบุช่องท้อง จะมีการเหมือนกับมะเร็งรังไข่ระยะลุกลาม จึงมักทำให้มีการวินิจฉัยผิดพลาด พบว่า 75% ของผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุช่องท้องมักถูกวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดว่าเป็นมะเร็งรังไข่ อาการที่พบบ่อยคือ อัมเร็ว ท้องอืด ปวดท้อง ท้องโต มีท้องมาน มีก้อนในท้อง แขนขาบวม สูญเสียการขับถ่าย เปลี่ยนแปลง พบประมาณ 80-90% อาการอื่นๆ ที่พบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย (Goff, 2004; Selman, Niemann, & Copeland, 2000).

ดังนั้นอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยวัยเย็บพันธุสตรีมี 5 อาการได้แก่ 1) เลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งช่องคลอด 2) อาการอึดอัดแน่นท้อง และหายใจไม่สะดวกเป็นอาการที่เกิดจากมีน้ำในช่องท้อง และช่องปอด มักเกิดในมะเร็งรังไข่ หรือมะเร็งชนิดอื่นแพร่กระจายในช่องท้องและช่องปอด 3) อาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก และไม่ถ่ายอุจจาระเป็นอาการของภาวะลำไส้อุดตัน 4) อาการขาบวม อาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดดำ หรือหลอดน้ำเหลืองของขา อาจเกิดจากโรคมะเร็งลุกลาม และ 5) อาการปวดท้อง และอาการปวดบริเวณที่มะเร็งแพร่กระจาย อาการปวดอาจเกิดจากก้อนมะเร็งกดอวัยวะข้างเคียงและเส้นประสาท มะเร็งกระจายไปที่กระดูกเชิงกราน และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย หรือจากการอักเสบติดเชื้อในอวัยวะต่างๆ (ตุลย์ สิทธิสมวงศ์, 2547) ซึ่งกลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งวัยเย็บพันธุสตรีระยะลุกลามสามารถอธิบายได้ตามแผนภาพที่ 1.1



แผนภาพที่ 1.1: กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น

4.การรักษามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

การรักษามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี มีหลักการทั่วไปคล้ายคลึงกับการรักษามะเร็งอวัยวะอื่นๆ เพราะการรักษาผู้ป่วยมะเร็งมีความซับซ้อนมาก มีความหลากหลายตามโรคที่เป็น สภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐฐานะของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษา และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา และผลการรักษา ขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี มีดังนี้ (ตุลย์ สิทธิสมวงศ์, 2547) 1) การวินิจฉัยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (diagnosis) 2) การให้คำปรึกษาแนะนำก่อนเริ่มการรักษา (pretreatment counseling) 3) การแบ่งระยะของโรค (staging) 4) การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย (physical status evaluation) 5) แผนการรักษา (treatment scheme) แบ่งเป็น การรักษาเบื้องต้น และการรักษาตามอาการ (symptomatic and supportive treatment) และ การรักษาหลัก (specific treatment) 6) การติดตามการรักษา และประเมินผลการรักษา (follow up of treatment outcome evaluation) การรักษามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีแต่ละชนิดมีแนวคิด และวิธีการรักษาที่แตกต่างกันวิธีการรักษาหลัก ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และการใช้ยาเคมีบำบัดและฮอร์โมน ทั้งนี้อาจจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน (multi-modality treatment) เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดโดยเฉพาะในรายที่ตรวจพบมะเร็งในระยะลุกลามวัตถุประสงค์ของการรักษา แม้จะมุ่งหวังที่จะรักษาให้หายขาดจากโรคมะเร็ง (curative treatment) เป็นอันดับแรก หากโรคลุกลาม หรือสภาพผู้ป่วยไม่เหมาะสม จะวางแผนการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment or symptomatic and supportive care) ให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์จากอาการ เกิดผลข้างเคียงน้อย และได้รับผลดีจากการรักษามากที่สุด

การผ่าตัด (surgical treatment) เป็นการรักษาที่แพทย์ยึดหลักที่ว่า มะเร็งในระยะเริ่มแรกมักจะเป็นเฉพาะที่ สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด แต่ในกรณีที่โรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้การรักษาโดยการผ่าตัดจะเป็นการช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ ข้อดีของการรักษาโดยการผ่าตัด คือ ทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการที่เป็นอยู่ได้เร็ว โดยเฉพาะอาการที่เกิดจากการกดของก้อน วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดมีหลักการคือ ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ (debulking tumor) ให้เหลือรอยโรคในเชิงกราน และช่องท้องให้น้อยที่สุด (residual tumour) (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2553)

รังสีรักษา (radiotherapy) เป็นการรักษา หรือควบคุมมะเร็งเฉพาะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาให้หายขาด (cure or eradication) เพื่อบรรเทาอาการ (palliative radiotherapy) สำหรับการให้รังสีนั้นกระทำได้ 2 วิธี คือการใส่แร่ (local implant) หรือ brachytherapy และรังสีรักษาภายนอก (external irradiation : teletherapy) (ประจวบ หนูอุไร, 2553) ในผู้ป่วยมะเร็งช่องคลอด ส่วนใหญ่ใช้รังสีรักษา ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งการฉายรังสี และการใส่แร่สามารถควบคุมก้อนมะเร็งได้ผลดี

(กฤษฎา ศรีรัตนทรานกุล, 2554) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกการใช้รังสีรักษาสามารถใช้ได้กับมะเร็งปากมดลูก การใช้รังสีรักษาสามารถใช้ได้กับมะเร็งปากมดลูกทุกระยะโดยเฉพาะระยะ 2B ชนิด squamous cell กระทำได้ทั้งใส่แร่ และการฉายรังสีเช่นเดียวกัน เพื่อขจัดมะเร็งปฐมภูมิรวมทั้งตำแหน่งของต่อมน้ำเหลือง และเนื้อเยื่อใกล้เคียง ที่มะเร็งมีโอกาสลุกลาม หรือแพร่กระจายไปได้ง่าย (ยุพิน เพียรมงคล, 2553) สำหรับการใ้การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก มักใช้ก่อนการผ่าตัดเพื่อบำบัดให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง ส่วนการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ และมะเร็งเนื้ออกรไ้มนิยมทำกัน เพราะได้ผลน้อย ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือสามารถใช้ร่วมกับการผ่าตัด ในกรณีที่มีมะเร็งยังไม่ลุกลามออกนอกอุ้งเชิงกราน นอกจากนี้ ยังใช้ในมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การใช้รังสีรักษาในมะเร็งท่อนำไข่ ได้ผลยังไม่ชัดเจน (นาฏยา เกื้อกุลรัฐและนิติ อินทรวีเชียร, 2554; Allan, 2007)

เคมีบำบัด (chemotherapy) การให้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง นอกเหนือจากการผ่าตัด และรังสีรักษา โดยเฉพาะมะเร็งเนื้ออกรเป็นมะเร็งชนิดแรกที่สามารถรักษาหายขาดได้ด้วยเคมีบำบัด มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ตอบสนองต่อเคมีบำบัดได้ดีคือ มะเร็งรังไข่ ชนิด germ cell tumor มะเร็งรังไข่ชนิด epithelial ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดพอควร ส่วนมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งช่องคลอด มะเร็งปากช่องคลอด มะเร็งชนิด sarcoma ของมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ ตอบสนองต่อเคมีบำบัดไม่ดีนัก มักใช้เคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด หรือรังสีรักษา (ศุภย์ สิทธิสมวงศ์, 2547; Allan, 2007) สำหรับเคมีบำบัดในมะเร็งปากมดลูกมักใช้ในการรักษามะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปไกลแล้วหรือมีก้อนมะเร็งหลงเหลืออยู่จากการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ หรือมีการลุกลามกลับเป็นซ้ำของโรค (advanced หรือ recurrent) (Margaret, 2002)

การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ที่ใช้คือการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา นอกจากนี้ในระยะหลัง ก็มีความพยายามที่จะให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในรายที่โรคลุกลามมากแล้ว (Margaret, 2002)

สำหรับในการศึกษารั้งนี้ เน้นความสำคัญกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามเนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากเป็น 5 อันดับโรคแรกในหอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งปัญหาที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้พบได้แก่ อาการปวด อ่อนล้า คลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ซึมเศร้าเป็นต้น แต่ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาความปวดซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งพบความปวดถึงร้อยละ 70-90 สาเหตุของความปวดร้อยละ 60-80 เกิดจากการลุกลามของมะเร็งโดยตรงไปยังอวัยวะต่างๆเช่น กระดูก เส้นประสาท อวัยวะภายใน ร้อยละ 20-25 เกิดจากวิธีการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา (นันทนา เสดียรพงษ์, 2548 ; Mantyh, Clohisy, Koltzenburg, & Hunt, 2002) สำหรับสาเหตุทางด้านจิตใจมักเกิด

ความเครียดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาจากความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นต้น (Palat, Biji & Rajagopal, 2005)

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีแบ่งได้ 3 ประเภทคือ

1.สาเหตุจากมะเร็งโดยตรง พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งหมด (Portenoy, Kornblith, Wong, Vlamis, Lepore, & Ioseth, et al., 1994.) ซึ่งเกิดได้โดย

1.1 มะเร็งกระจายไปที่กระดูกเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยปวดมากที่สุด (Miaskowski, 1996; Colvin & Faion, 2008) ตำแหน่งที่มะเร็งกระจายไปที่กระดูกได้แก่กระดูกสันหลัง กระดูกเชิงกราน กระดูกต้นขา และกระดูกกะโหลกศีรษะ ก่อนมะเร็งจะผลิตพริอสตาแกลนดินอี 2 (prostaglandin E2) ขึ้นมาซึ่งพริอสตาแกลนดิน 2 (PGE 2) จะเกิดการระคายเคืองต่อตัวรับความรู้สึกรวดส่วนปลาย (peripheral nociceptor) (Miaskowski, 1996) ผู้ป่วยจะมีความปวดอยู่ตลอดเวลาอาจจะปวดมากเวลากลางคืนและเวลาเคลื่อนไหว (Colvin & Faion, 2008) ความปวดจะรุนแรงมากถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวมาก ลักษณะของความปวดจะปวดลึกๆ (deep) ปวดตึงๆ (aching) และสามารถเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อ หรือ ปวดเหมือนถูกแทง (stabbing) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1.2 มะเร็งเบียดแทรกหรือทำลายเนื้อเยื่อประสาท (Mantyh, Clohisey, Koltzenburg, & Hunt, 2002) หรือเยื่อหุ้มไขสันหลังโดยเฉพาะบริเวณชั้นอีพิดูรัล (epidural) หรือการกระจายของมะเร็งบริเวณหลังเยื่อช่องท้องสามารถทำให้ไขสันหลังถูกกด (Miaskowski, 1996) ลักษณะของความปวดจะปวดเหมือนมีดบาด (sharp) อยู่บริเวณหลัง ถ้าไขสันหลังถูกกดในตำแหน่งส่วนนอกจะมีอาการปวดเหมือนถูกรัด (tight band) รอบๆอก ทำให้หายใจลำบาก จามหรือตัวงอ ถ้าไขสันหลังถูกกดบริเวณเอวและบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บก็จะปวดร้าวลงมาที่ขาสองข้าง ทำให้เกิดอาการผิดปกติในการรับส่งความรู้สึก ขาอ่อนแรง สูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ (Palat, Biji & Rajagopal, 2005)

1.3 มะเร็งทับเบียดแทรก ทะลุหรืออุดตันหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองโป่งคั่งและมีอาการปวดทันทีทันใด จะปวดเหมือนมีดบาด (sharp) เป็นๆหายๆ (Palat, Biji & Rajagopal, 2005)

1.4 มะเร็งกระจายไปที่เยื่อหุ้มของอวัยวะกลวง (hollow organs) เยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (fascia) (Mantyh, Clohisey, Koltzenburg & Hunt, 2002) ทำให้ความปวดรุนแรงสามารถบอกตำแหน่งได้ มักปวดแบบทันทีทันใดและเป็นๆหายๆ (incident type

of pain) การกระจายของมะเร็งลักษณะนี้ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะเกิดในส่วนล่างของเอว (lumbar root) (Jacox, 1997)

2. ความปวดอันเกิดจากการรักษาของแพทย์

2.1 ปวดหลังจากการผ่าตัด (postoperative pain) ในกรณีที่โรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้การรักษาโดยการผ่าตัดจะเป็นการช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ ข้อดีของการรักษาโดยการผ่าตัด คือ ทำให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการที่เป็นอยู่ได้เร็ว โดยเฉพาะอาการที่เกิดจากการกดของก้อน วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดมีหลักการคือ ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ (debulking tumor) ให้เหลือรอยโรคในเชิงกราน และช่องท้องให้น้อยที่สุด (residual tumour) (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2553) ซึ่งลักษณะของอาการปวดจากการได้รับการผ่าตัดนั้นผู้ป่วยจะปวดอยู่ตลอดเวลา หรือ เป็นๆ หายๆ หลังผ่าตัด (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว , 2549)

2.2 ความปวดหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัด (postchemotherapy pain syndromes) อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาเป็นผลจากการระคายเคืองของยาต่อเยื่อหลอดเลือดในขณะที่ยาเข้าหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดอักเสบแข็งหรือเกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่ออ่อนเมื่อนิโคตินิกออกนอกหลอดเลือด จะทำให้เนื้อเยื่ออ่อนอักเสบและตายเกิดเป็นแผลลึก หรือ จากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดส่งผลให้เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดจากยาเคมีบำบัด (Eckman., 2011)

2.3 ความปวดจากรังสีรักษา (postradiation pain syndromes) อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษารังสีบริเวณช่องท้อง ช่องเชิงกรานทำให้ปวดท้องและท้องเสีย เยื่อทางเดินปัสสาวะอักเสบ เยื่อช่องคลอดอักเสบ ความปวดอาจจะเกิดขึ้นภายหลังการฉายรังสีเสร็จเรียบร้อยแล้วไปยาวนาน 1-2 ปี ลักษณะความปวดที่พบได้แก่ ปวดแสบปวดร้อนตลอดเวลา (Waldenstrom, Olsson, Wilderang, Dunberger, Lind, Alevronta, & et al. 2012)

3. ความปวดเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ (pain syndromes not associated with the cancer or the cancer therapy) เป็นความปวดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการลุกลามและการรักษามะเร็งพบได้ประมาณร้อยละ 5 ของมะเร็งทั้งหมด ความปวดลักษณะนี้เกิดขึ้นเสมอในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดกล้ามเนื้ออักเสบ ปวดแผลอักเสบติดเชื้อ ปวดฟัน เป็นต้น อย่างไรก็ตามความปวดเหล่านี้ อาจส่งเสริมความปวดจากโรคมะเร็งหรือก่อให้เกิดกลุ่มอาการปวดที่ยากต่อการรักษาได้ (Foley, 1993; Palat, Biji & Rajagopal, 2005)

องค์ประกอบทางสรีรวิทยาของความปวด

ทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1996) เป็นที่ได้รับการยอมรับมากเนื่องจากทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงความปวดทั้งร่างกายจิตใจ และเชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวดขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของสาม ระบบ คือ ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง (gate control system) ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ในคอร์เท็กซ์ (cortex) และทาลามัส (thalamus) และระบบการตอบสนอง (action system) มีรายละเอียดดังนี้

ระบบควบคุมประตูในไขสันหลังมีสับสแตนเชีย เจลาติโนซา หรือ เอส จี เซลล์ (substantia gelatinosa: SG cell) เป็นเซลล์พิเศษซึ่งอยู่ในคอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) ของไขสันหลังเป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง (inhibitor neuron) โดยจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อที่ เซลล์ (Transmission cell: T cell) ทำให้ไม่มีกระแสประสาทขึ้นไปยังสมองจึงปิดประตูความปวด แต่เมื่อเอส จี เซลล์ ถูกยับยั้งการทำงานจะไม่มีตัวไปยับยั้งการทำงานของที เซลล์ กระแสประสาทก็จะนำไปสู่สมองทำให้เปิดประตูความปวดจึงเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น สัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ก็มีผลโดยตรงต่อการเปิดและปิดประตูในไขสันหลังพบว่าเมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่จะไปกระตุ้นการทำงานของเอส จี เซลล์ นั่นคือปิดประตูจึงไม่เกิดความปวด แต่ถ้ากระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็กจะไปยับยั้งการทำงานของ เอส จี เซลล์ ทำให้ประตูเปิดเกิดความปวดขึ้น (พงศภัทรดี เจาพะเกษศริน และ ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรารกร, 2547)

ระบบควบคุมประสาทส่วนกลางประกอบด้วยสมองใหญ่และทาลามัส ซึ่งจะรับกระแสประสาทจากไขสันหลังโดยจะส่งข้อมูลไปยังสมองส่วนทาลามัสซึ่งเป็นที่รวมของเส้นประสาทและส่งต่อไปที่เปลือกสมองและระบบลิมบิก ระบบควบคุมส่วนกลางนี้ประกอบด้วยระบบการทำงานที่ประสานกัน 3 ระบบคือ ระบบการรับรู้และแยกแยะ (sensory discrimination system) , ระบบเร้าอารมณ์ (motivation affective system) และ ระบบคิดพิจารณาและประเมินผล (cognitive evaluation system) ซึ่งการทำงานประสานกันของทั้ง 3 ระบบนี้จะทำให้นบุคคลรับรู้เกี่ยวกับลักษณะและความสำคัญของความปวดในระบบนี้จะมีการส่งกระแสประสาทจากส่วนกลางตรงไปยังการควบคุมประตูที่ไขสันหลังจึงมีผลต่อการเปิดปิดประตูในระดับไขสันหลังหรือยับยั้งการส่งข้อมูลความปวดของเส้นประสาท (รัชฎา แก่นสาร, 2555)

ระบบการตอบสนองเมื่อสัดส่วนการถูกกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กมากกว่าเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้กระตุ้น ที เซลล์ เมื่อถึงระดับวิกฤติจะมีการส่งกระแสประสาทไปยังระบบการตอบสนองทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ จากแนวคิดทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจว่าความปวดที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดลงเกิดจากการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดความปวดที่

เพิ่มขึ้นในขณะที่มีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การถูนวด บริเวณผิวหนังทำให้ความปวดลดลงได้ (พงศ์การดี เจาตะเกษตริน และ ก้องเกียรติ ฤทธิ์กันทราร, 2547)

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามสามารถอธิบายโดยทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ดังนี้คือเมื่อมีการกดของก้อนท่อมต่ออวัยวะหรือเส้นประสาท การทำลายของเนื้อเยื่อในร่างกายจากตัวมะเร็ง (tumor lysis) จากการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ การยืดขยายของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพหรือการบวม การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การขาดเลือดไปเลี้ยงหรือจากสาเหตุใดๆก็ตามทั้งหมดนี้จะไปกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กทำให้ เอส จี เซลล์ถูกยับยั้งการทำงาน จึงไม่มีตัวไปยับยั้งการทำงานของ ที เซลล์ ทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปสู่สมองส่วนกลางซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเปิดประตูในไขสันหลัง ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Smith, Todd & Symonds, 2002) ดังนั้นปัจจัยต่างๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Palat, Biji & Rajagopal, 2005) จะมีอิทธิพลต่อการเปิดหรือปิดประตูในไขสันหลังได้

ความปวดสามารถจำแนกได้หลายชนิด ถ้าจำแนกตามระยะเวลาของความปวดแบ่งออกเป็นสองชนิด คือ ความปวดเฉียบพลัน และความปวดเรื้อรัง (ศศิกานต์ นิมนานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว, 2549) ซึ่งความปวดเฉียบพลัน (acute pain) คือ ความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้นและมักมีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุ ซึ่งสัมพันธ์กับการบาดเจ็บหรือโรค ความปวดเฉียบพลันเกิดจากการทำงานที่มากเกินไปของประสาทอัตโนมัติ ความปวดชนิดนี้เกิดขึ้นหลังจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย เช่น ปวดหลังการผ่าตัด ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ความปวดอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ และความปวดจากการทำหัตถการเช่น ความปวดจากหัตถการใส่แร่ การแทงเส้นให้น้ำเกลือ การเจาะหลังเป็นต้น (Chapman, 2011) สำหรับ ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นและไม่หายไป ในเวลาที่ควรหายตามพยาธิสภาพของโรคนั้นๆมักเป็นมากกว่า 6 เดือน (Teixeira, 2008) ความปวดจากโรคมะเร็งอาจจะมีได้ทั้งความปวดเฉียบพลันและปวดเรื้อรัง โดยความปวดจากโรคมะเร็งจะมีรากฐานเดิมจากความปวดเรื้อรัง (นิยา สออารีย์, 2546) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมีการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะข้างเคียง และผลจากการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด และ รังสีรักษา (Chapman, 2011) สำหรับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามในขอบเขตการศึกษานี้เน้นการจัดการความปวดแบบเรื้อรังเป็นหลักซึ่งเป็นความปวดที่พบเป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม

สรุปได้ว่าส่วนใหญ่ความปวดในผู้ป่วยระยะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามจะเป็นความปวดชนิดเรื้อรังซึ่งจะเกิดจากความปวดได้จากการกดของก้อนท่อนต่ออวัยวะหรือเส้นประสาท การทำลายของเนื้อเยื่อในร่างกายจากตัวมะเร็ง (tumor lysis) จากการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ การยืดขยายของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพหรือการบวม การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นต้นซึ่งสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)

ความปวดของผู้ป่วยโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม

ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อนประกอบไปด้วยองค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติของร่างกายมนุษย์ซึ่งแต่ละบุคคลให้ความหมายแตกต่างกัน สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for Study of Pain) ได้ให้คำจำกัดความความปวดว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบาย ทั้งด้านความรู้สึกร่างกายและทางอารมณ์บางครั้งไม่พบการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือพยาธิสภาพใดๆที่น่าจะเป็นสาเหตุของความปวด ความปวดเป็นอัตรายต้องเชื่อและยอมรับเมื่อเจ้าตัวระบุว่าความปวดยังมีอยู่ ความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือจากจิตใจที่ได้รับการคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนองเป็นความรู้สึกส่วนตัว บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้ได้นอกจากบุคคลนั้นบอกกล่าว (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว, 2549) อีกทั้งความปวดยังหมายถึงความรู้สึกไม่สุขสบายทุกชนิดซึ่งผู้ป่วยต้องการรักษาและเยียวยา นอกจากนี้ด้านตัวผู้ป่วยเองให้ความหมายความปวดว่ามี 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นเสมือนสิ่งที่ทำให้ชีวิตอยู่ในห้วงความทรมาน 2) เป็นสัญญาณบอกความตาย 3) ปวดอื่นหมั่นแสนไม่แน่นอนเหมือน และ 4) เป็นสิ่งที่พระเจ้าลงโทษคนบาป (ประจวบ หนูอุไร, 2553) ความปวดยังเป็นปรากฏการณ์ของบุคคลแต่ละคนในการรับรู้ความรู้สึกปวด ที่เกิดจากโรคมะเร็ง หรือ ผลจากการรักษารวมไปถึงความปวดที่เป็นสาเหตุร่วมกับโรคมะเร็ง (Palat, Biji & Rajagopal, 2005)

มีการผสมผสานของทั้งความปวดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมากความปวดจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคลุกลามไปมากแล้ว โดยมีส่วนประกอบทั้งความปวดที่เกิดจากภาวะการทำงานของสรีระของร่างกาย (nociception) และความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท (neuropathic pain) และยังมีภาวะทางด้านจิตใจเกิดร่วมอย่างมากด้วย (Chapman, 2011) ซึ่งผู้อื่นไม่สามารถจะทราบได้นอกจากได้รับการบอกเล่า การสังเกตดูสีหน้าหรือพฤติกรรม (นิตยา สออารีย์, 2546) จากการศึกษาของ พาเลท, บิจี และ ราจากอแพล (Palat, Biji & Rajagopal, 2005) พบว่าความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีทั้งความปวดที่เกิดจาก 1) การที่มีก้อนมะเร็งกระจายไปที่กระดูก ซึ่งลักษณะความปวดเป็นแบบ somatic pain คือมีความปวด

เฉพาะที่ปวดตุ๊บๆ (throbbing) ปวดตื้อๆ (aching) เหมือนถูกแทง (stabbing) แน่น/ตึง (pressure) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) 2) เกิดจากการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเรียบในช่องท้อง, การขยายตัวของเนื้อออกเข้ามาในอุ้งเชิงกรานส่งผลให้เกิดความปวดแบบ visceral pain มีลักษณะปวดทั่วๆ บอกลำบากตำแหน่งไม่ชัดเจน ปวดตื้อๆ จุก (dull) เหมือนถูกบีบรัด (cramping) เหมือนมีคมบาด (sharp) ปวดร้าว (radiating) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) 3) เกิดจากการที่มะเร็งกระจายไปกดทับเส้นประสาทในอุ้งเชิงกรานซึ่งมากกว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะประสบกับความปวดในลักษณะนี้ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยจะปวดแบบ neuropathic pain ซึ่งมีลักษณะปวดแปล็บๆ เหมือนไฟฟ้าช็อต (shock-like) ปวดแสบปวดร้อน (burning) เหมือน มดไต่ เจ็บยิบๆ (tingling) สิ่งกระตุ้นไม่ให้ปวดแต่รู้สึกปวดขึ้นมา (allodynia) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) และ 4) ความปวดจากการรักษาได้แก่ เคมีบำบัด และรังสีรักษา ซึ่งลักษณะความปวดมีทั้งแบบ somatic pain, visceral pain และ neuropathic pain (Palat, Biji & Rajagopal, 2005) ซึ่งผลจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย และ จิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามนั้นผู้ป่วยจะมีความปวดจากการที่มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะข้างเคียง ปวดจากการรักษา และความปวดที่เกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ผลต่อร่างกาย (physical effects) ความปวดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างใกล้ชิด โดยพบว่าเมื่อความปวดรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้รับการบำบัดจะส่งผลให้อาการทางร่างกายมากขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง มีความเหนื่อยล้าไม่สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างเพียงพอ ไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องการทำความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเดินระยะใกล้ มีอาการเบื่ออาหารและคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ท้องผูกทำให้น้ำหนักลด ภูมิคุ้มกันต่ำลง และมีอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังสูญเสียความสามารถในการดำรงบทบาทด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความต้องการการมีเพศสัมพันธ์ลดลง จากการศึกษาของวิสตาดี และคณะ (Vistad, Cvancarova, Balle, & Fossa, 2011) เกี่ยวกับอาการปวดในอุ้งเชิงกรานของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังจากสิ้นสุดการรักษา โดยรังสีรักษาพบว่าความปวดส่งผลต่อการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ แวดเดนสโตรม และคณะ (Waldenstrom et al., 2012) ได้ศึกษาผลของรังสีรักษาต่อความปวดในบริเวณอุ้งเชิงกรานและสะโพกในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ผลการศึกษาพบว่าความปวดจากรังสีรักษาส่งผลต่อการเดิน อีกทั้งยังทำให้เกิดการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนอีกด้วย

2. ผลต่อจิตใจ (psychological effects) ความปวดก่อปัญหาทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองลดลงและความปวดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

กับความวิตกกังวล ความกลัวและอารมณ์ซึมเศร้า จากการศึกษาของวิสทาด และคณะ (Vistad, Cvancarova, Balle, & Fossa, 2011) เกี่ยวกับอาการปวดในอุ้งเชิงกรานของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หลังจากสิ้นสุดการรักษาโดยรังสีรักษาพบว่าความปวดส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและซึมเศร้า

3. ผลต่อสังคม (sociologic effects) เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความปวดมากขึ้นส่งผลให้มีการจำกัดทางร่างกายมากขึ้นมีความอ่อนล้าและความเบี่ยงเบนทางอารมณ์สูงมีกิจกรรมทางสังคมลดลง การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนน้อยลง เมื่อความปวดไม่ได้รับการบรรเทา ผู้ป่วยจะแยกตัวและไม่ยอมออกจากบ้าน ความปวดมีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์หรือแสดงบทบาทของตนกับบุคคลอื่นเป็นที่รักได้ (Palat, Biji & Rajagopal, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของวิสทาดและคณะ (Vistad, Cvancarova, Fossa, & Kristensen, 2008) ได้ทำการศึกษากลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านการรักษาโดยการฉายแสงอย่างน้อย 5 ปี พบว่าผลของรังสีรักษาทำให้ช่องคลอดของผู้ป่วยตีบแคบส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง

4. ผลกระทบต่อจิตวิญญาณ (spiritual effects) ความปวดที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต พบว่าความทุกข์ทรมานจากความปวดมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าแยกตัว จะเห็นได้ว่าความปวดมีผลต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมากไม่ด้านใดก็ด้านหนึ่งและกระทบต่อเนื่องไปด้านอื่นๆ เป็นวงจรต่อเนื่องกันไม่สิ้นสุด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็นประสบการณ์ความไม่สุขสบายของผู้ป่วยเป็นความรู้สึกส่วนตัว ทั้งด้านความรู้สึกทางกาย ทางจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกรานได้รับอันตรายหรือไม่ก็ตามเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลซึ่งบุคคลที่มีความปวดเท่านั้นที่สามารถอธิบายถึงลักษณะของความปวดนั้นได้ ความปวดยังคงมีอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีและความปวดทำให้ทุกข์ทรมานต้องได้รับการแก้ไข

สถานการณ์การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะโรคลุกลามและแพร่กระจาย ซึ่งพบอุบัติการณ์ความปวดสูงถึงร้อยละ 60 (van den Beuken-van Everdingen, de Rijke, Kessels, Schouten, van Kleef, & Patijn, 2007) อีกทั้งจะมีลักษณะความปวดของอวัยวะภายในมากที่สุดเพราะสาเหตุความปวดจะมาจากการแพร่กระจายของมะเร็งสู่ช่องท้อง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็นความปวดแบบเรื้อรัง ลักษณะความปวดอาจค่อยๆ เริ่มเกิดและดำเนินไปอย่างช้าๆ หรือเป็นๆ หายๆ ไม่สามารถจัด

ให้หายได้อย่างเด็ดขาดจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ กลายเป็นความปวดแบบเฉียบพลันได้เป็นช่วงๆ (Acute on top) และขยายวงกว้างมากขึ้นตามเวลาที่ล่วงเลยไป (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554) ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมักจะมีอาการปวดที่อุ้งเชิงกราน ซึ่งการประเมินความปวดค่อนข้างซับซ้อน โดยผู้ที่ประเมินอาการปวดนั้นจะต้องประเมินร่วมกับประวัติการรักษา, ประวัติด้านจิตใจ และ ประวัติทางสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์การดี เจาตะเกษตริน (Chaudakshetrin, 2009) ที่ได้ศึกษาคุณภาพความปวดของแบบประเมินความปวดฉบับย่อภาษาไทย (Brief Pain Inventory-Thai: BPI-T) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดหลายมิติ ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงความปวดและผลกระทบความปวด อีกทั้งผู้ที่ประเมินอาการปวดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของความปวดแต่ละชนิด รวมไปถึงพยาธิสรีรภาพในการเกิดอีกด้วย (Palat, Bijl, & Rajagopal, 2005)

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าการประเมินความปวดตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นมีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของอาการปวดและเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย โดยประเมินความปวดในทุกๆ มิติ และเลือกใช้แบบประเมินให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยองค์กร Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ของสหรัฐอเมริกา (Gehdoo, 2006) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการประเมินความปวดและการช่วยเหลือควรใช้หลักที่จำได้ง่ายคือ ABCDE ดังนี้ A = Ask ถามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ Assess ประเมินอย่างเป็นระบบ, B = Believe เชื่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกเกี่ยวกับความปวดของเขา, C = Choose เลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ญาติ และหน่วยงาน, D = Deliver ให้ความช่วยเหลือทันที มีเหตุผล และมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี และ E = Empower สร้างเสริมพลัง ให้กับผู้ป่วยและญาติ Enable ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เต็มที่ จากการศึกษพบว่า คุณสมบัตินี้ของมาตรวัดความปวดในด้านความตรงและความเที่ยง ซึ่งใช้ในการประเมินความรุนแรงความปวด โดยเปรียบมาตรวัด 5 ชนิดที่ใช้บ่อย ได้แก่ มาตรวัดแบบคำพูด (Verbal Descriptor Scale: VDS), มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) คะแนน 0-10, มาตรวัดแบบใบหน้า (Faces Pain Scale: FPS) คะแนน 0-6, มาตรวัดแบบแถบสี (Colored Analog Scale: CAS) คะแนน 0-10 และ มาตรวัดแบบกล่อง -21 (Box Scale-21) คะแนน 0-100 ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมมาตรวัด FPS และ NRS เป็นมาตรวัดที่มีความตรง (ความตรงปรากฏ ความตรงเหมือน และความตรงตามสภาพ) และมีความเที่ยงแบบวัดซ้ำสูง ใช้ได้กับทุกอายุ สำหรับหอผู้ป่วยสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ใช้ มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ในการประเมินอาการปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ และมาตรวัดแบบใบหน้า (Faces Pain Scale: FPS) ในการประเมินอาการปวดในผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการความปวดแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological intervention) ได้แก่ การให้ความรู้ การจัดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด การนวด และการใช้ดนตรี เป็นต้น สำหรับการจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยาของ หอผู้ป่วยสูตินรีกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชจะเน้นการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นส่วนใหญ่ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน 2) การจัดการอาการปวดโดยใช้ยา (Pharmacologic intervention) ได้แก่การใช้ยา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นการปวดเรื้อรัง หลักฐานชั้นสำคัญที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ทั่วโลกคือการให้ยาแก้ปวด “ตามลำดับขั้น” (by ladder) 3 ขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO three-step analgesic ladder) ซึ่งเผยแพร่ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1996 คือ ขั้นที่ 1 การใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (เช่น paracetamol, NSAIDs) และยาเสริม (adjuvant drugs เช่น ยาแก้คลื่นไส้ ยาต้านซึมเศร้า) สำหรับความปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-3 จาก 10) ขั้นที่ 2 การใช้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อน (เช่น โคเดอีน ทรามาดอล) ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์ และยาเสริมสำหรับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 4-6) และขั้นที่ 3 การใช้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง (เช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล) สำหรับความปวดรุนแรงถึงปานกลาง (คะแนน 7-10) (Chapman, 2011) เนื่องจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามนั้นเป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายๆ ด้าน ปัจจัยเหล่านี้อาจไปเพิ่มหรือลดการรับรู้หรือการแสดงออกของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการแสดงออกต่อความปวดแตกต่างกันส่งผลให้การจัดการความปวดโดยใช้ยาแก้ปวดอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีการเสริมการรักษาด้วยวิธีการอื่นที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อเป็นการเสริมการรักษาของแพทย์และเป็นการเสริมความเป็นองค์รวม (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554)

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชพบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม ปัจจุบันมีทั้งแบบใช้ยาแก้ปวดและไม่ใช้ยาแก้ปวด สำหรับการจัดการความปวดโดยใช้ยาแก้ปวดนั้น ส่วนใหญ่เป็นไปตามการรักษาของแพทย์ คือให้ตามแผนการรักษา เช่น ให้ทุก 4 ชั่วโมง หรือ ตามคำร้องขอ ซึ่งถ้ามีอาการรุนแรงแพทย์จะพิจารณาให้มอร์ฟีนฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองต่อความปวดและยาแก้ปวดแตกต่างกันเนื่องจากหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้แพทย์ซึ่งมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยไม่สามารถติดตามอาการปวดหลังการปรับยาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในบทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยานั้นในขณะนี้ไม่มีทั้ง การพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ การนวด เป็นต้น อีกทั้งเมื่อพบว่าอาการปวดในผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้นก็จะทำการ

ประสานกับทีมแพทย์ผู้ดูแลในการปรึกษาหน่วยจัดการความปวด (Pain clinic) ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนประกอบกับการให้ญาติมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดนั้นก็ยังพบว่ามีน้อย

จะเห็นได้ว่าจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความปวดระดับเดียวกัน เมื่อประเมินความปวดหลังจากผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดพบว่าผู้ป่วยคนหนึ่งมีระดับความรุนแรงของความปวดลดลงจากเดิมไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม และไม่ขอยาแก้ปวดก่อนเวลาที่แพทย์กำหนด ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนขอยาแก้ปวดเพิ่มและขอยาก่อนเวลาและเมื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวดพบว่า ระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยรายนี้ยังคงเท่าเดิม จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนว่าผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามเวลาที่กำหนดแต่ไม่สามารถระงับความปวดได้ เนื่องจากความปวดจากมะเร็งมีการตอบสนองต่อยาแก้ปวดไม่เท่ากันรวมถึงมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายๆ ด้านเช่น ด้านจิตใจอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้อาจไปเพิ่มหรือลดการรับรู้หรือการแสดงออกต่อความปวดแตกต่างกัน ส่งผลให้การจัดการความปวดโดยการใช้ยาอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ต้องมีการเสริมการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ เพื่อเป็นการช่วยเสริมการรักษาด้วยยา วิธีการจัดการความปวดเสริมมีหลายวิธี เช่น การกดจุด (acupressure) การผ่อนคลาย (relaxation) การนวด (massage) การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) และการสร้างจินตภาพ (guided imagery) เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้ในหอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชได้นำมาใช้บ้างบางส่วน เช่น การพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจในผู้ป่วยที่มีความปวด หรือ การแนะนำให้ผู้ป่วย หายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายเมื่อมีความเจ็บปวด เป็นต้นซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนอีกทั้งระบบการติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวดยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในประเด็นการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการกับอาการปวด เพิ่มสถานะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดแนวทางปฏิบัติในการจัดการอาการปวดที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการประกันคุณภาพโรงพยาบาล

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

เนื่องจากหอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีอยู่ในอันดับ 5 โรคแรก และพบว่าผู้ป่วยอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามมีอัตราการครองเตียงและอัตราการกลับมานอนซ้ำสูงอันเนื่องมาจากผู้ป่วยมีอาการต่างๆที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ เช่น อาการปวด อ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ช่องปากอักเสบ นอนไม่หลับซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งอาการปวดเป็นอาการที่พบมากที่สุดอีกทั้งเมื่อมีความปวดเกิดขึ้น ผู้ป่วยมักรับรู้ว่ารุนแรงและรบกวนแบบแผนการดำรงชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ทั้งทางด้านกาย (ได้แก่ การทำงาน การเดิน การนอนหลับพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) ด้านจิตใจและอารมณ์ (ได้แก่ สภาพอารมณ์ ความสนุกสนาน/ความสุขในการใช้ชีวิต) ด้านสังคม (สัมพันธภาพกับผู้อื่น) และด้านจิตวิญญาณ (การตั้งคำถามตนเองเกี่ยวกับความหมายของชีวิต) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งไทย พบว่าระดับความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญโดยที่ความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น 3 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10) จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 10 คะแนนนอกจากนี้ยังพบว่าการที่ผู้ป่วยมีความปวดปานกลางถึงรุนแรงมีผลให้การจัดการความปวดในระยะต่อมามีความยุ่งยากมากขึ้น ต้องใช้เวลามากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาล ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องให้ความสำคัญและหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ซึ่งขณะนี้การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามนั้นยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

ในการที่จะจัดการความปวดได้ครอบคลุมทุกมิตินั้นการจัดการความปวดจะต้องประกอบไปด้วย A:(assessment) คือแบบประเมินความปวดจะต้องครอบคลุมทุกมิติ, I:(intervention) การจัดการกับความปวดที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และ E:(evaluation) การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวดที่สมบูรณ์ ดังนั้นการประเมินความปวด การจัดการความปวด และการติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาข้อสรุปในการจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะลุกลามโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยคือ ความปวดลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลและจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

รวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอย่างเป็นระบบ และ สรุปข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผลจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และการจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล และจัดการความปวด ดังนี้

1. ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม
2. ได้องค์ความรู้และทราบช่องว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม

บทที่ 2

วิธีดำเนินการ

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นการสนับสนุน อ้างอิงถึงข้อมูลที่ได้มา การค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการใช้องค์ความรู้ที่ได้จากการสืบค้นงานวรรณกรรม งานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติ การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่มีประสิทธิภาพจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

2.1. วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น

กรอบการสืบค้นเลือกหลักฐานจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามศึกษาโดยใช้กรอบการสืบค้น PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

P (Population): ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม (advanced gynecologic cancer or advanced female reproductive cancer)

I (Intervention): วิธีการจัดการอาการปวด (pain management)

C (Comparison/Intervention): -

O (Outcome): อาการปวด (pain), ความวิตกกังวล (Anxiety), ระยะเวลาในการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล (length of stay), อัตราการเสียชีวิต (mortality), อัตราการเพิ่มขึ้นของโรค (mobility), อัตราการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาล (re-admission), คุณภาพชีวิต (quality of life), การนอนหลับ (sleep) และ อาการอ่อนล้า (fatigue)

2.1.2. ขอบเขตการสืบค้น

2.1.2.1. คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น มีดังต่อไปนี้

P = advanced gynecologic cancer or advanced female reproductive cancer)

I = pain management, pain assessment, pain evaluation, symptom management, nursing intervention, pharmacological intervention, non-pharmacological intervention (exercise, education, dietary supplement, relaxation, meditation, yoga, aromatherapy, music therapy, massage, herb, acupressure, acupuncture)

C = -

O = pain, anxiety, length of stay, mortality, morbidity, re-admission, quality of life, fatigue, sleep

2.1.2.2. ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น

- สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) โดยเข้าฐานข้อมูล Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), PubMed, Science Direct, SpringerLink, Wiley Interscience, HighWire Press, Thai list

- สืบค้นเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการภาษาไทย ที่สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษารับรองในระดับนานาชาติ

2.1.2.3. ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์

- วรรณกรรมที่นำมาใช้ทุกประเภท ยกเว้นวรรณกรรมที่เป็นตำราทางวิชาการหรือเอกสารการประชุมวิชาการต่างๆ งานวรรณกรรมที่ใช้เป็นฉบับเต็มของงานวิเคราะห์อภิปรายแนวปฏิบัติทางคลินิก งานวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงสำรวจ งานวิจัยเชิงพรรณนา วิทยานิพนธ์ บทความวิชาการ และข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ เพื่อให้ได้เนื้อหาที่สมบูรณ์

- งานวิจัยฉบับเต็มที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543- 2556 (ค.ศ. 2000- 2013)

2.1.2.4. เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

- คัดเลือกงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการจัดการ/การดูแล และ การพยาบาลความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม

2.1.2.5 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ออก

- วรรณกรรมที่มีเฉพาะบทคัดย่อ

- งานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
- อวัยวะสืบพันธุ์ระยะก่อนลุกลาม (Pre-invasive carcinoma) คือ ระยะ 0
- งานวิจัยที่ศึกษาในเด็กและสัตว์ทดลอง

2.2. วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1. การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลังจากที่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิกที่ศึกษา หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จำเป็นต้องมีการประเมินคุณภาพ เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (DiCenso et al., 2005) มีหลัก 3 ประการดังนี้

- ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่ เป็นการประเมินกระบวนการวิจัยตั้งแต่การออกแบบการวิจัยจนถึงกระบวนการวิเคราะห์และสรุปผล
- ผลการวิจัยเป็นอย่างไร เป็นการประเมินเพื่อสรุปผลการวิจัย ความสำคัญทางคลินิกและความสำคัญทางสถิติ
- ผลการวิจัยเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นการพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปใช้

ในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประเภทของหลักฐาน การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์แยกตามประเภทดังนี้

1. งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม (Randomized controlled trial) การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

ก. ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่

1) คำถามการวิจัยชัดเจน โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากรที่ศึกษา วิธีการทดลอง และตัวแปรที่ชัดเจนหรือไม่

2) งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มหรือไม่ (Randomized clinical trials: RCT) และมีความเหมาะสมในการใช้การวิจัยแบบ RCT เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่

3) กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเหมาะสมหรือไม่

- มีการสุ่มจริงหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนถูกสุ่มเข้ากลุ่มอย่างไร มีการอธิบายอย่างชัดเจนหรือไม่

- กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติเหมือนกันเมื่อตอนเริ่มต้นหรือไม่ มีการรายงานลักษณะที่แตกต่างกันหรือไม่ และความแตกต่างดังกล่าวมีผลกระทบต่อผลการวิจัยหรือไม่

4) การสุ่มตัวอย่างมีการปกปิดหรือไม่

- กลุ่มตัวอย่างทราบว่ายู่กลุ่มไหนหรือไม่

- ผู้วิจัย/ ผู้ให้ Intervention ทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด

- ผู้ที่ประเมิน/ เก็บรวบรวมข้อมูลทราบหรือไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มใด

- ผู้วิจัยมีความพยายามในการปกปิดการสุ่มหรือไม่ หากในกรณีที่ไม่สามารถปกปิดได้

สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการวิจัยมากน้อยเพียงใด

5) การวิเคราะห์ผลการวิจัยเป็นไปตามกลุ่มที่อยู่จริงหรือไม่

- หากมีการติดตาม (Follow up) มีกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการติดตามหรือไม่

- ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่

- มีการรายงานถึงการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ไม่สามารถคงอยู่ในการวิจัย (Drop out) หรือไม่

6) นอกจาก Intervention ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติเหมือนกันหรือไม่ และกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการติดตามและวัดตัวแปรตามเหมือนกันหรือไม่

7) จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

- มีการคำนวณ power เพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1) ผลการวิจัยสรุปได้ว่าอย่างไร Intervention มีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร

- กรณี Categorical outcomes: ค่า risk reduction, relative risk, absolute risk reduction เป็นอย่างไร

- กรณี Continuous outcomes: ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นเท่าไร ความสำคัญทางสถิติ และความสำคัญทางคลินิกเป็นอย่างไร

2) ความถูกต้องของการประมาณค่า Intervention effect เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals หรือ p-values เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนนหรือไม่

ค. ผลการวิจัยเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือไม่

1) กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่

- ผู้ป่วยในคลินิกตรงกับเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ ถ้าไม่ตรง มีข้อจำกัดหรือเหตุผลที่ทำให้ Intervention นี้ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้หรือไม่

2) ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่ สามารถใช้ Intervention นี้ในหน่วยงานได้หรือไม่

3) เปรียบเทียบระหว่างต้นทุน/ และผลประโยชน์ที่จะได้รับ

4) ควรมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการปฏิบัติจากผลการวิจัยนี้หรือไม่

2. รูปแบบงานวิจัย Systematic review การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

ก. ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่

1) มีการบอกวัตถุประสงค์ในการ review อย่างชัดเจนหรือไม่

2) มีการรายงานถึงขั้นตอนการค้นหางานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Comprehensive search) เพื่อหางานวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

3) มีการอธิบายเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า และคัดออก (inclusion and exclusion criteria) หรือไม่

- ใช้เกณฑ์อะไรในการคัดสิน

- เป็นเหตุเป็นผลที่เหมาะสมหรือไม่

4) ผู้เขียนบอกถึงการประเมินงานวิจัยที่รวบรวมไว้หรือไม่ และเกณฑ์ในการประเมินเหมาะสมหรือไม่

5) มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยแต่ละเรื่องอย่างเพียงพอหรือไม่ ควรมีการบอกถึงจุดประสงค์ของงานวิจัย ขนาดของกลุ่มทดลอง (sample size) คำอธิบายที่เกี่ยวกับการรักษา (intervention) ผลลัพธ์ (outcome)

- มีการเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยในคลินิก

- คุณภาพของงานวิจัยที่เลือกมา

- ขั้นตอนการสกัด และการวิเคราะห์ข้อมูล

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1) การประมวลผลรวมของการศึกษามีความเหมาะสมหรือไม่ งานวิจัยที่รวบรวมมีความคล้ายคลึงกันเพียงพอที่จะนำผลมารวมกันหรือไม่

2) ผลรวมของ Systematic review สรุปผลว่าอย่างไร ต้องมีผลสรุปของงานวิจัยที่มีการ weight น้ำหนักความสำคัญของงานวิจัย

3) มีการพิจารณาผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทุกตัวหรือไม่ ไม่ควรละเลยผลลัพธ์บางตัวแม้ไม่มีอยู่ในงานวิจัย ผลลัพธ์มีความคุ้มค่ากับการลงทุนและความเสี่ยงหรือไม่ พิจารณาความแตกต่างในกลุ่มย่อย

ค. ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ ผลการวิจัยนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยขึ้นกับผู้ปฏิบัติที่จะพิจารณาว่าผลการวิจัยที่มี Statical significant หรือ non-significant มีความสำคัญทางคลินิก (clinically significant)

3. รูปแบบงานวิจัย Case control study การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

ก. ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่

1) คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากร และปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ที่ศึกษาชัดเจนหรือไม่

2) งานวิจัยนี้มีความเหมาะสมในการใช้วิธีการวิจัยแบบ Case control study เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่

3) กลุ่มตัวอย่าง (case) ได้มาอย่างเหมาะสมหรือไม่ พิจารณาประเด็นของ selection bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- การกำหนดกลุ่มตัวอย่างทำอย่างไร กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรที่กำหนดหรือไม่ เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดออก

- กลุ่มตัวอย่างได้มาอย่างไร (Recruitment) จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

4) กลุ่มควบคุม (control) ได้มาอย่างเหมาะสมหรือไม่ พิจารณาประเด็น selection bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- การกำหนดกลุ่มควบคุมทำอย่างไร กลุ่มควบคุมเป็นตัวแทนของประชากรที่กำหนดหรือไม่ (ควรเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ยกเว้นไม่มีโรค/ พฤติกรรมที่ศึกษา และควร recruit ในเวลาเดียวกัน)

- กลุ่มควบคุมได้มาอย่างไร (Recruitment) จำนวนกลุ่มควบคุมเพียงพอหรือไม่

5) การวัดตัวแปรที่ศึกษา (exposure) เหมาะสมหรือไม่ พิจารณาประเด็นของ measurement bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณา

- วิธีการวัดตัวแปรที่ศึกษาเหมาะสม เทียบตรง น่าเชื่อถือหรือไม่

- วิธีการวัดเหมือนกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหรือไม่

- ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรู้หรือไม่ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มควบคุม

6) ผู้วิจัยได้พิจารณาตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding variables) ที่เป็นไปได้ และพยายามออกแบบการวิจัย และ/ หรือใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อควบคุมตัวแปรเหล่านั้นหรือไม่

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์เป็นอย่างไร

- ค่า Odd ratio, relative risk ระหว่างกลุ่ม เป็นอย่างไร

2) ความถูกต้องของการประมาณค่าความเสี่ยง (Estimate of risk) เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals หรือ p-values เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนน

หรือไม่

ค. ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่

1) กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่

2) ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัยหรือไม่

3) เปรียบเทียบระหว่างความเสี่ยง และผลประโยชน์ที่จะได้รับของการละเว้นตัวแปรที่

ศึกษา (exposure)

4) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆหรือไม่

4. รูปแบบงานวิจัย Cohort study พิจารณาคุณภาพของงานโดยใช้คำถามดังนี้

ก. ผลการศึกษามีความตรงหรือไม่

1) คำถามการวิจัยชัดเจนหรือไม่ โดยพิจารณาว่ามีการกำหนดประชากร ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ผลลัพธ์ (outcome) ที่ศึกษาชัดเจนหรือไม่

2) งานวิจัยนี้มีความเหมาะสมในการใช้วิธีวิจัยแบบ Cohort study เพื่อตอบคำถามการวิจัยหรือไม่

3) กลุ่มตัวอย่างได้มาอย่างเหมาะสมหรือไม่ พิจารณาประเด็นของ selection bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- การกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างไร เป็นตัวแทนของประชากรที่กำหนดหรือไม่

- กลุ่มตัวอย่างได้มาอย่างไร (Recruitment)

4) การวัดตัวแปรที่ศึกษา (exposure) เหมาะสมหรือไม่ พิจารณาประเด็นของ measurement bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- วิธีการวัดตัวแปรที่ศึกษาเหมาะสม เพียงตรง น่าเชื่อถือได้

- วิธีการวัดระหว่างกลุ่มเหมือนกันหรือไม่

5) การวัดผลลัพธ์ที่ศึกษา (outcome) เหมาะสมหรือไม่ พิจารณาประเด็นของ measurement bias ว่ามีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก

- วิธีการวัดผลลัพธ์ที่ศึกษาเหมาะสม เทียบตรง น่าเชื่อถือได้
- วิธีการวัดระหว่างกลุ่มเหมือนกันหรือไม่
- กลุ่มตัวอย่าง และ/ หรือ ผู้เก็บข้อมูลรู้เรื่องการวัดตัวแปรที่ศึกษาหรือไม่

6) ผู้วิจัยได้พิจารณาตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding variables) ที่เป็นไปได้ และพยายามออกแบบการวิจัย และ/ หรือ ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อควบคุมตัวแปรเหล่านั้นหรือไม่

7) การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างเพียงพอหรือไม่

- การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างสมบูรณ์เพียงพอหรือไม่
- การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างนานเพียงพอหรือไม่

ข. ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและผลลัพธ์เป็นอย่างไร

- ค่า relative risk ระหว่างกลุ่มเป็นอย่างไร absolute risk reduction เป็นอย่างไร

2) ความถูกต้องของการประมาณค่าความเสี่ยง (estimate of risk) เป็นอย่างไร

- ค่า Confidence intervals หรือ p-values เป็นอย่างไร
- ค่า Confidence intervals มีค่าที่แสดงว่าไม่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่ในช่วงคะแนน

หรือไม่

ค. ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจหรือไม่
- 2) ลักษณะหน่วยงานเหมือนกับงานวิจัย
- 3) เปรียบเทียบระหว่าง harm และ benefit ของการละเว้นตัวแปรที่ศึกษา (exposure)
- 4) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆหรือไม่

2.2.2 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

เมื่อค้นหาได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก จำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าหลักฐานเชิงประจักษ์มีคุณภาพดีพอที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ประเมินของเกรซ (Grace, 2009) แบบ Therapy evidence pyramid ซึ่งมีการแบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) เป็น 7 ระดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งบอกประสิทธิผลของหัตถการ/ การรักษา (Grace, 2009)

ระดับ	ชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับที่ 1	งานวิจัยประเภท N of 1 RCT (Number of one randomized controlled trial) เป็นหลักฐานที่ได้จากการนำ intervention ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 แห่ง โดยมีการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม
ระดับที่ 2	งานวิจัยประเภท Systematic review of RCTs เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี
ระดับที่ 3	งานวิจัยประเภท High quality single randomized trial เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่มีคุณภาพในระดับสูงของงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี
ระดับที่ 4	งานวิจัยประเภท Systematic review of observational studies เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง โดยมีการสังเกตปรากฏการณ์การศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา (Case-control)
ระดับที่ 5	งานวิจัยประเภท Single observational study-patient important outcome เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่ไม่ใช่การทดลอง โดยมีการสังเกตปรากฏการณ์การศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา (Case-control)
ระดับที่ 6	งานประเภท Physiologic studies เป็นหลักฐานที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จากการศึกษาด้านสรีรวิทยา
ระดับที่ 7	งานวิจัยประเภท Unsystematic clinical observations เป็นหลักฐานที่มีการศึกษาทั่วไปอย่างกว้างๆ จากการสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิก เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย และ/ หรือ รายงานจากคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ

บทที่ 3

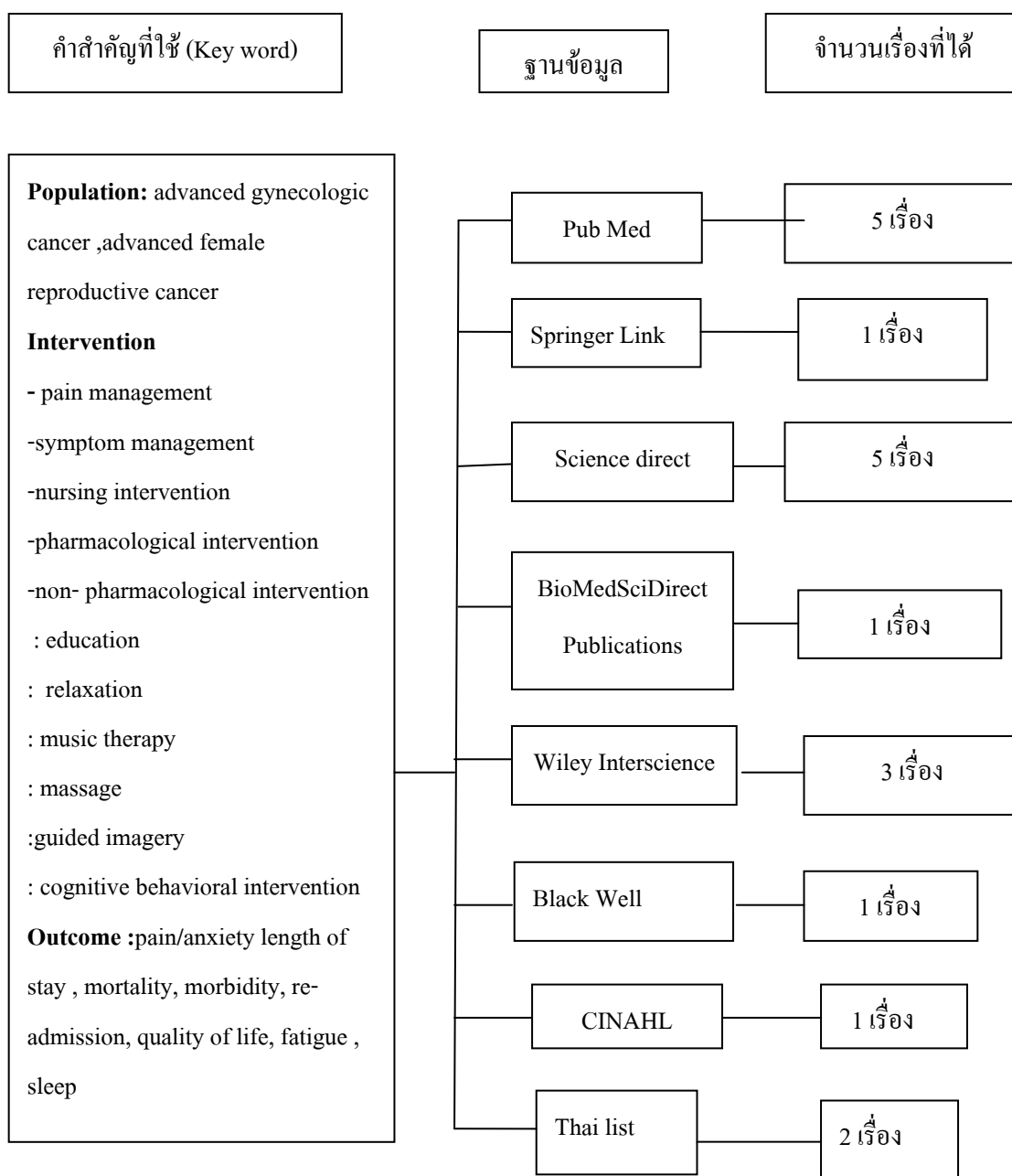
ผลการดำเนินการ

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

การดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ตามกำหนดในเบื้องต้นจำนวน 30 เรื่อง คัดออกจำนวน 11 เรื่อง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีเฉพาะบทคัดย่อ ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ คงเหลืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาจำนวน 19 เรื่อง โดยมีระดับของ งานวิจัยระดับ 2 เป็นงานวิจัยประเภท Systematic review of RCTs เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีจำนวน 2 เรื่อง,งานวิจัยระดับ 3 เป็นงานวิจัยประเภท High quality single randomized trial เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่มีคุณภาพในระดับสูงของงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีจำนวน 11 เรื่อง,งานวิจัยระดับ 4 งานวิจัยประเภท Systematic review of observational studies เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง โดยมีการสังเกตปรากฏการณ์การศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา (Case-control) จำนวน 1 เรื่อง,งานวิจัยระดับ 5 เป็นงานวิจัยประเภท Single observational study-patient important outcome เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่ไม่ใช่การทดลอง โดยมีการสังเกตปรากฏการณ์การศึกษาย้อนหลัง หรือการติดตามไปข้างหน้า (Cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา (Case-control) จำนวน 3 เรื่อง และงานวิจัยระดับ 7 งานวิจัยประเภท Unsystematic clinical observations เป็นหลักฐานที่มีการศึกษาทั่วไปอย่างกว้างๆ จากการสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิก เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย และ/ หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะจำนวน 2 เรื่องผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงดังแผนภูมิ 3.1

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่ได้สืบค้นทั้ง 19 เรื่องมาประเมินระดับของแต่ละหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินคุณภาพตามระดับความน่าเชื่อถือ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3.1 และประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ประเมินของ Grace (2009) ของหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่องโดยมีรายละเอียดดังแสดงในแผนภาพวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ 3.1



แผนภาพที่ 3.1 แสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ตารางที่ 3.1 ฐานข้อมูล รายละเอียดของหลักฐาน ประเภทและระดับของหลักฐาน

ลำดับ	ฐานข้อมูล	ชื่อผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ชื่องานวิจัย/แหล่งที่พิมพ์	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
1.	Wiley Interscience	Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: Systematic review. <i>J Adv Nurs</i> , 63(5), 430-439	Systematic review of RCTs/งานวิจัย ระดับ 2
2.	Thai list	สุวพร เหลืองอร่ามกุล,ลดาวัลย์ นิชิโรจน์ และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2552).การทบทวน วรรณกรรม:ผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการ จัดการความปวด.วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก , 2(2), 9-18.	Systematic review of RCTs/งานวิจัย ระดับ 2
3.	Pub Med	Kwekkeboom, K. L., Kneip, J., & Pearson, L. (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. <i>Pain Manag Nurs</i> , 4(3), 112-123.	Randomized clinical trial design /งานวิจัย ระดับ 3
4.	Pub Med	Arbaiza, D., & Vidal, O. (2007). Tramadol in the treatment of neuropathic cancer pain: a double- blind, placebo-controlled study. <i>Clin Drug Investig</i> , 27(1), 75-83.	Randomized clinical trial design /งานวิจัย ระดับ 3
5.	Wiley Interscience	Ward, S., Donovan, H. S., Owen, B., Grosen, E., & Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. <i>Res Nurs Health</i> , 23(5), 393-405.	Randomized clinical trial design /งานวิจัย ระดับ 3
6.	Thai list	มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2554).ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและ จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกระยะระยะลุกลาม.วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ,34(3).1-10.	Randomized clinical trial design /งานวิจัย ระดับ 3
7.	Pub med	Wells, N., Hepworth, J. T., Murphy, B. A., Wujcik, D., & Johnson, R. (2003). Improving cancer pain management through patient and family education. <i>J Pain Symptom Manage</i> , 5(4), 344-356.	Non-Randomized clinical trial design /งานวิจัยระดับ 3

ตารางที่ 3.1 ฐานข้อมูล รายละเอียดของหลักฐาน ประเภทและระดับของหลักฐาน (ต่อ)

ลำดับ	ฐานข้อมูล	ชื่อผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ชื่องานวิจัย/แหล่งที่พิมพ์	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
8.	Science Direct	Marinangeli, F., Ciccozzi, A., Leonardis, M., Aloisio, L., Mazzei, A., Paladini, A., et al. (2004). Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. <i>J Pain Symptom Manage</i> , 27(5), 409-416	Randomized clinical trial design /งานวิจัยระดับ 3
9.	Science Direct	Huang, S. T., Good, M., & Zauszniewski, J. A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 47(11), 1354-1362.	Randomized clinical trial design /งานวิจัยระดับ 3
10.	Science Direct	Jane, S. W., Chen, S. L., Wilkie, D. J., Lin, Y. C., Foreman, S. W., Beaton, R. D., et al. (2011). Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial. <i>Pain</i> . 152(10), 2432-2442.	Randomized clinical trial design /งานวิจัยระดับ 3
11.	Science Direct	Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K., Cherwin, C., Roiland, R., Serlin, R. C., & Ward, S. E. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. <i>Journal Pain Symptom Manage.</i> , 44(6), 810-822.	Randomized clinical trial design /งานวิจัยระดับ 3
12.	Black Well Synergy	Wit, R. D., & Dam, F. V. (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a Pain Education Program for cancer patients with chronic pain. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 36(6), 742-754.	Randomized clinical trial design /งานวิจัยระดับ 3

ตารางที่ 3.1 ฐานข้อมูล รายละเอียดของหลักฐาน ประเภทและระดับของหลักฐาน (ต่อ)

ลำดับ	ฐานข้อมูล	ชื่อผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ชื่องานวิจัย/แหล่งที่พิมพ์	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
13.	Wiley Interscience	Leon-Pizarro ¹ , C. L., Gich, I., Barthe, E., Roviroso, A., Farru, B., & Casas, F., et al.(2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. <i>Psycho-Oncology</i> . 16(11), 971-979.	Randomized clinical trial design /งานวิจัยระดับ 3
14.	BioMed Sci Direct Publications	Kaliyaperumala,R.,& Subashb, J. G.(2010). Effect of music therapy for patients with cancer pain. International Journal of Biological & Medical Research. 1(3): 79-81.	Non-randomized controlled / งานวิจัยระดับ 3
15.	Springer Link	Azevedo Sao Leao Ferreira, K., Kimura, M., & Jacobsen Teixeira, M. (2006). The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? <i>Support Care Cancer</i> , 14(11), 1086-1093.	Systematic review of observational studies/งานวิจัย ระดับ 4
16.	Pub Med	Andrade, R. S., Proctor, J. W., Slack, R., Marlowe, U., Ashby, K. R., & Schenken, L. L. (2010). A simple and effective daily pain management method for patients receiving radiation therapy for painful bone metastases. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys</i> . 78(3), 855-859.	Retrospective study/งานวิจัย ระดับ 5
17.	Pub Med	Janaki,MG.,Nirmala,S.,Kadam,A.R.,Ramesh,BS., &Sunitha,KS.(2008).Epidural analgesia during brachytherapy for cervical cancer patients. <i>Journal of Cancer Research and Therapeutics</i> . 4(2), 60-63.	Retrospective study/งานวิจัย ระดับ 5

ตารางที่ 3.1 ฐานข้อมูล รายละเอียดของหลักฐาน ประเภทและระดับของหลักฐาน (ต่อ)

ลำดับ	ฐานข้อมูล	ชื่อผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์/ชื่องานวิจัย/แหล่งที่พิมพ์	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
18.	Science Direct	West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., et al. (2003). The PRO-SELF(c): Pain control program- an effective approach for cancer pain management. <i>Oncology Nursing Forum</i> . 30(1), 65-73.	Published journal articles, abstracts, and psychology textbooks./งานวิจัยระดับ 7
19.	CINAHL	Fahey, K. F., Rao, S. M., Douglas, M. K., Thomas, M. L., Elliott, J. E., & Miaskowski, C. (2008). Nurse coaching to explore and modify patient attitudinal barriers interfering with effective cancer pain management. <i>Oncology Nursing Forum</i> . , 35(2), 233-240.	Published journal articles, abstracts, and psychology textbooks./งานวิจัยระดับ 7

การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม ทั้ง 19 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของ DiCenso และ Guyatt (2005) ประกอบด้วยประเด็นคุณภาพ 3 ด้าน ได้แก่

ผลการวิจัยมีความตรงหรือไม่

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้นเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมรวมไปถึง งานวิจัยเดียวในการสังเกตปรากฏการณ์ ที่มุ่งให้ความสำคัญของผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม งานวิจัยเชิงทดลองที่นำมาใช้มีการออกแบบการทดลองเป็นอย่างดี โดยมีการสุ่ม การจัดการกระทำ และมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติเหมือนกัน นอกจาก Intervention ที่ได้รับ มีการปกปิดเพื่อลดการลำเอียงในขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติเหมือนกัน และกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการติดตามและวัดตัวแปรตามเหมือนกัน ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสม และวิเคราะห์ผลที่ได้อย่างครอบคลุม เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยมีความตรงดี และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยมีความเหมาะสม สามารถตอบคำถามทางคลินิกได้ชัดเจน จึงมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกได้

ผลการวิจัยเป็นอย่างไร

งานวิจัยที่นำมาใช้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยเดี่ยวในการสังเกตปรากฏการณ์ ที่มุ่งให้ความสำคัญของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งเป็นงานวิจัยที่มีการติดตามไปข้างหน้า ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง รวมทั้งผลการศึกษารูปได้ว่าการแทรกแซงการดูแล (Intervention) การจัดการความปวด โดยประเมินผลลัพธ์เรื่องอาการปวด การทำหน้าที่ของร่างกาย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งในงานวิจัยจะกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งเป็นระดับความเชื่อมั่นทางคลินิกในการใช้วิธีการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำงานวิจัยไปใช้แก้ปัญหาทางคลินิกได้

การประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกได้หรือไม่ อย่างไร

จากงานวิจัยมีการศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยที่สนใจคือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี รวมทั้งลักษณะหน่วยงานมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญและชำนาญการเฉพาะทางคล้ายกัน ทำให้ผลการวิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม โดยพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการจัดการความปวด ซึ่งมีความคุ้มค่าคุ้มทุน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดความปวด ความวิตกกังวลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ ตลอดจนความพึงพอใจต่อการให้บริการทางพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชที่มุ่งให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ และ ป้องกันโรคตามมาตรฐานวิชาชีพโดยมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามจำนวน 15 เรื่อง สรุปประเด็นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแสดงในตารางที่ 3.2 และการจัดการความปวดแบบใช้ยา จำนวน 4 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 3.3

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้โดยการสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในแต่ละฉบับ นำมาแสดงเป็นตาราง
รวบรวมมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3.2 และ 3.3

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
1.	Wilkinson et al (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 428 รายที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งอวัยวะ สืบพันธุ์สตรี มะเร็งปอด มะเร็ง ลำไส้ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น ซึ่งได้รับการรักษาอยู่ใน โรงพยาบาลจากงานวิจัย 10 งานวิจัย <u>Inclusion</u> -เป็นงานวิจัยชนิด Randomized controlled trial ที่ทำในผู้ป่วย	-เพื่อศึกษาผลของ การนวดต่อกลุ่ม อาการในผู้ป่วย มะเร็ง <u>วิธีการศึกษา</u> systematic review of Randomized controlled trial	A: ทำการประเมินระดับความปวด โดยใช้ เครื่องมือ Visual Analog Scale (VAS) และ วัดสภาพจิตใจโดยใช้ Spielberger State- Trait Anxiety Inventory (STAD), Profile of Mood States (POMS) ก่อนการนวด I: ในการนวดเพื่อลดปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีทั้งการนวดที่ใช้น้ำมัน และ พลังสัมผัส สำหรับการนวดด้วยน้ำมันนั้นนิยมใช้น้ำมัน ดอกคาโมไมล์ หรือน้ำมันหอมระเหยซึ่งจาก การทบทวนพบว่า การนวดด้วยน้ำมันจะลด กลุ่มอาการของโรคมะเร็งได้มากกว่าการ นวดปกติสำหรับการนวดทั้งสองชนิดจะใช้	-การนวดด้วยน้ำมัน ได้แก่ น้ำมันหอม ระเหย หรือน้ำมันดอก คาโมไมล์ และการ นวดด้วยพลังสัมผัส นานประมาณ 30 นาที ต่อสัปดาห์ ระยะเวลา อย่างน้อย 3 สัปดาห์ โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความชำนาญ อีกทั้ง จะต้องอาศัยความ ร่วมมือกับ ทีมสหสาขา

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
1. (ต่อ)		ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งและได้รับการรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล -เป็นการนำผลทางการแพทย์ และเป็นการนำโดยนัก กายภาพบำบัด -ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำมีทั้ง ผลลัพธ์ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพในการ วัด <u>Exclusion</u> -งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับขนาดใน prostate เพื่อต้องการ semen sample		เวลาประมาณ 30 นาทีต่อสัปดาห์ระยะเวลา อย่างน้อย 3 สัปดาห์แต่อย่างไรก็ตามการนำ วิธีการนำในแบบต่างๆมาใช้ในหน่วยงานผู้ จัดโปรแกรมต้องมีความรู้ความชำนาญอีกทั้ง จะต้องอาศัยความร่วมมือกับ สหสาขา วิชาชีพ เช่น นักกายภาพ เพื่อให้ ประสบ ผลสำเร็จ E:ในการประเมินผลของการนำต่อกลุ่ม อาการนี้ในระยะสั้นให้ประเมิน 24 ชั่วโมง หลังทำการนำสำหรับการประเมินระยะ ยาวให้ประเมิน 3 สัปดาห์หลังสิ้นสุด โปรแกรม	วิชาชีพ เช่น นัก กายภาพ ซึ่งใช้ เครื่องมือ Visual Analog Scale (VAS),Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAD),Profile of Mood States (POMS) ในการวัดผล ดีของกลุ่มอาการ

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
2.	สุวพร เหลือง อร่ามกุล และ คณะ(2552).การ ทบทวน วรรณกรรม: ผล การนวดกดจุด สะท้อนฝ่าเท้า ต่อการจัดการ ความปวด.	กลุ่มตัวอย่าง งานวิจัย 17 เรื่องที่ศึกษาเกี่ยวกับการ นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อกลุ่มโรค และชนิดความปวดซึ่งมีทั้งกลุ่มโรค ที่เป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็ง สำหรับกลุ่มโรคที่เป็นมะเร็งนั้น ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งอวัยวะ สืบพันธุ์สตรี มะเร็งปอด มะเร็ง ลำไส้ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น <u>Inclusion</u> งานวิจัยเฉพาะที่เป็นฉบับเต็ม และมี ผลการวิจัยที่ครอบคลุมประเด็นด้าน ประสิทธิภาพในการจัดการความปวด ในกลุ่มโรคต่างๆ ได้แก่ ชนิดความ ปวด ระยะเวลาและจำนวนครั้งใน การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า	-เพื่อทบทวนวรรณกรรม สำหรับค้นหาข้อดีใน เรื่องระดับคุณภาพการ วิจัยแหล่งงานวิจัย ประสิทธิภาพของการ นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ต่อกลุ่มโรคที่เป็นมะเร็ง และไม่เป็นมะเร็ง และ ต่อชนิดของความปวด ที่ได้แก่ความปวดเรื้อรัง และเฉียบพลัน รวมไปถึง ถึงระยะเวลาและจำนวน ครั้งของการนวด <u>วิธีการศึกษา</u> Systematic review of RCTs	A: ทำการประเมินความปวดก่อนการนวด โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) I: ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการนวดเฉลี่ยประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง โดยมีความถี่ของการนวด ประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์ I: ทำการประเมินความปวดหลังการนวดโดย ใช้ Visual Analog Scale (VAS) ผลการศึกษาพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่า เท้าลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่าระยะเวลาที่ต่ำที่สุดที่ สามารถจัดการกับความปวดได้ใช้เวลาเพียง 15 นาที ซึ่งมีความถี่เพียงครั้งเดียว	-การนวดกดจุดสะท้อน สะท้อนฝ่าเท้านั้น สามารถนำมาใช้ในการ จัดการกับความปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งได้

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
3.	Kwekkeboom et al (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain	กลุ่มตัวอย่าง 69 ราย มะเร็งเต้านม 17 ราย มะเร็งเม็ดเลือดขาว 9 ราย มะเร็งลำไส้ 6 ราย มะเร็งผิวหนัง 6 ราย มะเร็งตับ 4 ราย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 3 ราย มะเร็งศีรษะและคอ 3 ราย มะเร็งนิ่ว 3 ราย เนื้องอก 1 ราย มะเร็งกระดูก 1 ราย มะเร็งไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย สถานที่เก็บข้อมูล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในมิส ซิสซิปปี สหรัฐอเมริกา	-เพื่อทำนายผลของ การจินตภาพต่อการ ลดความปวด <u>วิธีการศึกษา</u> one group ,pretest- posttest design	A:ประเมินความปวดและภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ numerical rating scale (NRS) มาตรฐาน 0-10 ทันทีก่อนการสร้างจินตภาพ I:ให้ผู้ป่วยทำการสร้างจินตภาพโดยการฟังเพลงที่มีคำบรรยายถึงธรรมชาติ ได้แก่ การเดินริมแม่น้ำ การนั่งอยู่ท่ามกลางทุ่งดอกไม้ และสภาพของพระอาทิตย์ตกดิน ซึ่งเนื้อหาในเพลงจะมีส่วนประกอบของคนตรี โดยจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวนใดๆสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดควรได้รับการบำบัดอย่างน้อย 12 นาทีก่อนการสร้างจินตภาพ E:ทำการประเมินผลความปวดและภาวะซึมเศร้าในขณะและหลังที่ผู้ป่วยสร้างจินตภาพเสร็จสิ้นทันที	-การจินตภาพเป็นการจัดการความปวดที่ได้ผลในผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีการลุกลามของโรคไปที่สมองและไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาความปวดควรได้รับการบำบัดก่อนการสร้างจินตภาพ โดยใช้เครื่องมือ numerical rating scale (NRS) มาตรฐาน 0-10 ในการประเมินความปวด

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
3. (ต่อ)		<u>Inclusion</u> -ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีการลุกลามของโรคไปที่สมอง และมีคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 -ผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีสามารถพูดและเขียนภาษาอังกฤษได้ -ECOG score น้อยกว่า 3 และมี ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองมากกว่า 50 % <u>Exclusion</u> -ผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปวดทางหลอดเลือดเป็นเวลานานน้อยกว่า 30 นาที หรือผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขปวดเป็นเวลานานน้อยกว่า 60 นาที ก่อนการทดลอง		ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความปวดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงและหลังการสร้างจินตภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.01$	

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
4.	Ward, et al. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers	กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งในวัย 43 รายประกอบด้วย มะเร็งรังไข่ 24 ราย มะเร็งเยื่อบุมดลูก 6 ราย มะเร็งด้ามดลูก 5 ราย มะเร็งปากมดลูก 5 ราย และอื่นๆ 3 ราย สถานที่เก็บข้อมูล ศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย ที่mid-western Inclusion -ผู้ป่วยมะเร็งในวัยที่อยู่ในระยะ ดุกคามและมีปัญหาความปวด ภายใน 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา	-เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ ความรู้ต่อการจัดการ ความปวดในผู้ป่วย มะเร็งในวัยระยะ ดุกคาม วิธีการศึกษา Randomized controlled trial	A:ทำการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในเรื่อง ระดับความปวดในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และความปวดในปัจจุบัน โดยใช้ Brief Pain Inventory(BPI),ประเมินอุปสรรคในการจัดการ กับความปวดใช้ Barriers Questionnaire (BQ),ประเมินความเพียงพอของการให้ยาแก้ปวด ในผู้ป่วยใช้ Pain Management Index (PMI),ประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดใช้ Medication Side Effect Checklist (MSEC),ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใช้ Function Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้คำถามปลายเปิด I:หลังจากประเมินเสร็จแล้ว ให้ความรู้ผู้ป่วยเป็น รายบุคคลตามปัญหาที่พบซึ่งโปรแกรมการให้ ความรู้ที่ประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลักคือ 1) ข้อมูล	-การให้โปรแกรม ความรู้เกี่ยวกับการ จัดการกับความปวดนั้น ทำให้อุปสรรคในการ จัดการกับความปวด ลดลงผู้ป่วยจัดการกับ ความปวดได้ดีขึ้น คือ ผู้ป่วยสามารถ รับประทานยาแก้ปวด ได้อย่างมั่นใจ ไม่กลัว การติดยา อีกทั้งยังมี ความสามารถในการ สื่อสารกับทีมสุขภาพ เกี่ยวกับปัญหาความ ปวดทำการประเมิน ปัญหาและอุปสรรค

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
4. (ต่อ)				ในเรื่องของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 2) ข้อมูลในเรื่องการใช้ยาแก้ปวดและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ซึ่งความรู้จะถูกจัดทำเป็นคู่มือให้กับผู้ป่วยโดยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยซึ่งโปรแกรมจะให้ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล E: โทรติดตามผู้ป่วยหลังจากให้ความรู้ไปแล้ว 1 สัปดาห์เพื่อสอบถามข้อข้องใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพิ่มเติมหลังจากนั้นทำการประเมินซ้ำในเดือนที่ 1 และ 2 เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลกับครั้งแรก ผลการศึกษพบว่าทำให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดนั้นทำให้อุปสรรคในการจัดการกับความปวดลดลงผู้ป่วยจัดการกับความปวดได้ดีขึ้นคือผู้ป่วยสามารถรับประทานแก้ปวดได้อย่างมั่นใจไม่กลัวการติดยา และมีความสามารถในการสื่อสารกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับปัญหาความปวดได้	ของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Barriers Questionnaire (BQ), Brief Pain Inventory (BPI), The Pain Management Index (PMD), Medication Side Effect Checklist (MSEC) และ Function Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
5.	มนริดา แสง เรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสง ชาติ.(2524).ผล ของการสร้าง จินตภาพต่อ ความปวดและ จำนวนครั้งของ การได้รับยาแก้ ปวดในผู้ป่วย มะเร็งปาก มดลูกระยะ ลุกลาม.	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ ลุกลามที่IIIA-IVB จำนวน 40 ราย <u>สถานที่เก็บข้อมูล</u> ศูนย์มะเร็งอุดรธานี <u>Inclusion</u> -ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ ลุกลามที่ระยะที่ 3ที่มีคะแนนความ ปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 30 /100 คะแนนเมื่อประเมินด้วย VAS -นอนรับการรักษาด้วยการฉาย รังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด -มีอายุระหว่าง 35-55 ปี มี สติสัมปชัญญะดี ไม่มีอาการทาง จิตประสาท ไม่มีประวัติติดยา ระงับปวดมาก่อนสามารถสื่อสาร	-เพื่อศึกษาผลของ การสร้างจินตภาพ ต่อความปวดและ จำนวนครั้งของการ ได้รับยาแก้ปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกระยะลุกลาม <u>วิธีการศึกษา</u> Randomized controlled trial	A:ทำการประเมินความปวดของผู้ป่วยเมื่อ ผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการปวด โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS)มาตราวัด0-100 I: ฝึกสร้างจินตภาพให้ผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกระยะลุกลาม(กลุ่มทดลอง)จาก ผู้เชี่ยวชาญเป็นเวลา 1 ชั่วโมง และให้ผู้ป่วย ฝึกด้วยตนเองต่ออีก 3 วันในวันที่ 4 ผู้ดูแล ประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพ ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถสร้างจินตภาพ ได้จะได้รับการบันทึกเสียงการสร้างจินต ภาพพร้อมอุปกรณ์ โดยผู้ป่วยจะทำการสร้าง จินตภาพทุกครั้งเมื่อมีอาการปวดใช้ ระยะเวลา 15 นาที E:พยาบาลประเมินระดับความปวดหลังจาก ครั้งแรก 15 นาทีหลังจากผู้ป่วยสร้างจินต ภาพเสร็จและผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งของ	-การสร้างจินตภาพใน ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามสามารถ ลดความปวดและ จำนวนครั้งของการ ได้รับยาแก้ปวดได้

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
5. (ต่อ)		ด้วยวิธีอ่าน เขียน และฟัง ภาษาไทย และมีสายตาปกติ		การได้รับยาแก้ปวดทุกครั้งลงในแบบบันทึก เวลาของการได้รับยาแก้ปวด(สำหรับผู้ป่วย) โดยทำเช่นนี้จนครบ 5 สัปดาห์ในเวลา 18.00 น.ของทุกวัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน ความปวดลดลง และมีจำนวนครั้งของการ ได้รับยาแก้ปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
6.	Wells et al (2003). Improving cancer pain management through patient and family education	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งไม่ระบุชนิดจำนวน 64 รายและผู้ดูแล สถานที่เก็บข้อมูล ศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาลทหาร ผ่านศึกสหรัฐอเมริกา <u>Inclusion</u> -อยู่ระหว่างรับการรักษาเกี่ยวกับ ความปวดจากโรคมะเร็ง -มีปัญหาความปวดจากโรคมะเร็ง ภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา -สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ และผู้ดูแลเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา -มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป <u>Exclusion</u>	-เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ ความรู้ร่วมกับการ เข้าถึงเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลทางโทรศัพท์ ต่อความปวดของ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและ ผู้ดูแลในระยะยาว (6เดือน) <u>วิธีการศึกษา</u> -Randomized controlled trial -one group pre-post test design	A:ประเมินความปวดโดยใช้ BPI,ประเมิน อุปสรรคในการจัดการความปวดโดยใช้ BQ และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ จัดการความปวดของผู้ดูแลโดยใช้ FPQ (Family Pain Questionnaire) I:ทำการศึกษาโดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ 1)กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการ จัดการความปวดอย่างเฉียบพลัน2)กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมจัดการความปวดร่วมกับสามารถ โทรหาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้ตลอดเวลาเมื่อมีข้อ สงสัยและ3)กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ ความรู้ร่วมกับการโทรติดตามเยี่ยม E:ทำการติดตามประเมิน โดยเจ้าหน้าที่ใน สัปดาห์แรกหลังจากกลับบ้านและ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความ	-โปรแกรมการให้ ความรู้เกี่ยวกับ จัดการความปวด สามารถเพิ่มความรู้และ ความเชื่อเกี่ยวกับการ จัดการความปวดให้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งการ ให้โปรแกรมความรู้นั้น จะต้องมีการติดตาม สอบถามอาการของ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวม ไปถึงจะต้องเปิดโอกาส ให้ผู้ผู้ป่วยสอบถาม ข้อมูลได้ตลอดเวลา

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
		-มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน		ปวดเพิ่มขึ้นแต่จำนวนการใช้ยาและความ ปวดไม่ต่างกันทั้งก่อนและหลังการให้ โปรแกรม	
7.	Huang et al (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial.	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งระยะ II- IV จำนวน 126 ราย มะเร็งศีรษะและคอ 51 ราย มะเร็งระบบทางเดินอาหาร 25 ราย มะเร็งเม็ดเลือด 16 ราย มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ 15 ราย มะเร็งปอด 7 ราย มะเร็งกระดูก 1 ราย อื่นๆ 11 ราย สถานที่เก็บข้อมูล ศูนย์การแพทย์ในเมือง Kaoshiung ทางตอนใต้ของไต้หวันตั้งแต่ พ.ศ. 2005 - พ.ศ. 2006	-เพื่อศึกษาผลของ ดนตรีต่อความปวด ในผู้ป่วยมะเร็ง วิธีการศึกษา Randomized controlled trial	A: วัดคะแนนความปวด 30 นาทีก่อนและ หลังการฟังดนตรีโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) และ oral numerical scale (ONS) I: ให้ผู้ป่วยได้ฟังดนตรีบรรเลงช้าๆ ดนตรี จะประกอบไปด้วย ทำนองเพลงธรรมชาติ เพลงพื้นบ้านไต้หวัน และ เพลง อเมริกา โดย จะใช้เวลาประมาณ 4 นาทีแล้วให้ผู้ป่วยเลือก เพลงที่ชอบ จากนั้นให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงซึ่ง สถานที่ต้องเป็นส่วนตัวจากนั้นให้ฟังเพลงที่ เลือกใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในการฟัง E: ทำการวัดคะแนนความปวด 30 นาทีหลัง การฟังดนตรีโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) และ oral numerical scale (ONS) ผล	-การฟังดนตรีบรรเลง เพลงพื้นบ้านของ ไต้หวันหรือเพลง ธรรมชาติ และเพลงของ อเมริกาเป็นเวลา ประมาณ 30 นาทีทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย นอนหลับได้ อีกทั้งยัง ช่วยเรื่องเบนความ สนใจทำให้การปวด ลดลงโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) และ oral

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
7. (ต่อ)		<u>Inclusion</u> -ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง -มีคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา -มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป -สามารถพูดภาษาจีนและได้หัน ๆ ได้ <u>Exclusion</u> -หลังผ่าตัด 1 เดือนแรก		การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยฟังดนตรีมีคะแนนความปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)	numerical scale (ONS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับความปวด 30 นาทีก่อนและหลังการฟังดนตรี

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
8.	Jane et al. (2011). Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial.	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วย จำนวน 72 ราย แบ่งเป็น มะเร็งปอด 24 ราย มะเร็งเต้านม 17 ราย มะเร็งลำไส้ 10 ราย มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ 8 ราย มะเร็งชนิดอื่นๆ 13 ราย <u>สถานที่เก็บข้อมูล</u> โรงพยาบาลศูนย์ทางภาคเหนือ ของไต้หวันตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2006 ถึง ตุลาคม 2007 <u>Inclusion</u> -ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป -สถิติสุขภาพปกติและสามารถ พูดอ่านภาษาจีนได้ -มีการลุกลามของมะเร็งไปที่	-เพื่อศึกษาผลของ การนวดต่อผลของ ความปวด อารมณ์ การผ่อนคลาย และ การนอนหลับใน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการ ลุกลามของโรคไปที่ กระดูก <u>วิธีการศึกษา</u> Randomized controlled trial	A: ทำการวัดระดับความปวด อารมณ์ การ ผ่อนคลายและกลุ่มอาการโดยใช้ VAS (100mm) วัดคุณภาพการนอนหลับใช้ Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCAQ) ก่อนทำการนวด I: ทำการนวดบริเวณ ศีรษะ, คอ, หลัง และ กล้ามเนื้อ gluteus รวมไปถึงระยะทั้ง 4 ของ ร่างกาย โดยทำการนวดติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน วันละ 40 นาที ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการ ลุกลามของโรคไปที่กระดูก โดยผู้ทำการ นวดนั้นจะต้องผ่านการฝึกอบรมจาก ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 เดือนและจะต้องมี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามอย่างน้อย 3 ปี E: ทำการประเมินซ้ำหลังจากทำการนวด อย่างน้อย 16-18 ชั่วโมง	-การนวดในการลด ปวดนั้นผู้ที่ทำการนวด จะต้องผ่านการ ฝึกอบรมจาก ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 เดือนและจะต้องมี ประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามอย่างน้อย 3 ปี พบว่าการนวดลด อาการปวด ปัญหาการ นอนไม่หลับและช่วย ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายอีก ทั้งยังช่วยให้สุขภาพจิต ของผู้ป่วยดีขึ้นวัดโดย ใช้เครื่องมือ Present

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)					
ลำดับที่	ผู้แต่งปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
8. (ต่อ)		กระดูก -มีปัญหาความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน Exclusion -ผู้ป่วยหลังผ่าตัด -เคยได้รับการνωดมาก่อน -มีข้อห้ามในการνωดเช่น เกร็ดเลือดต่ำ มีภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เป็นต้น		ผลการศึกษาพบว่า การνωดช่วยลดอาการปวด อาการนอนไม่หลับ อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และมีสุขภาพจิตดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคที่กระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	pain intensity (PPI-VAS), Mood-VAS, Relaxation-VAS, Symptom Distress Scale (SDS-VAS) และ Richards-Campbell Sleep Questionnaire(RCAQ)

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
9.	Kwekkeboom et al (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient- controlled cognitive- behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย 86 ราย มะเร็งปอด 25 ราย มะเร็งต่อมลูกหมาก 15 ราย มะเร็งลำไส้ 10 ราย มะเร็งนิ่ว 36 ราย สถานที่เก็บข้อมูล สถาบันมะเร็งแห่งชาติในมิสซิสซิปปี สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2009 และพฤศจิกายน 2010 Inclusion -ผู้ป่วยมะเร็งปอด,ต่อมลูกหมาก, ลำไส้และนิ่วที่อยู่ในระยะ ลุกลามหรือมีการกลับเป็นซ้ำของ โรค -มีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด	-เพื่อศึกษาผลของ. การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ความคิด ต่อกลุ่มอาการปวด อ่อนล้า และอาการ นอนไม่หลับ วิธีการศึกษา Pilot Randomized controlled trial	A: ทำการประเมินอาการปวด อาการนอนไม่ หลับโดยใช้ NRS(0-10), ประเมินอาการอ่อน ล้าโดยใช้ Brief Fatigue Inventory (BFI) และประเมินผลกระทบของกลุ่มอาการต่อ ชีวิตประจำวัน โดยใช้ M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) ก่อนการให้ โปรแกรมจิตบำบัด I: ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของกลุ่มอาการ การจัดการกลุ่มอาการ โดยใช้กลยุทธ์ การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด และการ สอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลซึ่งประกอบด้วย 12 กลยุทธ์ 4 ส่วนได้แก่ 1.การจินตภาพถึงกลุ่ม อาการที่เกิดขึ้นและการจัดการ 2.การเงิน ภาพถึงธรรมชาติ 3.การผ่อนคลายโดยการ ออกกำลัง และ 4. การฟังเสียงธรรมชาติ ซึ่ง เนื้อหาทั้งหมดจะถูกบันทึกในเครื่องเล่น	-การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ความคิด มี ความเฉพาะต่อกลุ่ม อาการในผู้ป่วย โรคมะเร็งได้แก่ อาการ ปวด อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่ หลับได้แก่ เทคนิคการ ผ่อนคลาย การจินต- ภาพ การออกกำลังกาย การฟังเพลง การ เบี่ยงเบนความสนใจ โดยใช้เครื่องมือ Visual Analog Scale (VAS), Brief Fatigue Inventory (BFI) และ

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
9. (ต่อ)	cancer.	อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา -มีกลุ่มอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป -อยู่ระหว่างการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง Exclusion -ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดจากเส้นประสาท -ได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา		MP3 โดยผู้ป่วยจะได้รับฟังเสียงขณะอยู่ในโรงพยาบาลและนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ E:ติดตามประเมินผลหลังจากที่ให้โปรแกรมไปแล้วโดยการโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 1 หรือ 2, วันที่ 7 และ เมื่อครบ 2 อาทิตย์ หลังจากนั้นส่งmailไปให้ผู้ป่วยประเมินผลของกลุ่มอาการซ้ำเมื่อครบ 2 อาทิตย์ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด ส่งผลให้อาการปวด อาการอ่อนล้า และ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยลดลง	M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) ในการวัดกลุ่มอาการเหล่านี้

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
10.	Wit et al (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a Pain Education Program for cancer patients with chronic pain.	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย 104 ราย ,พยาบาลผู้ดูแล 115 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 6 ราย ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร 10 ราย ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินหายใจ 5 ราย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 33 ราย ผู้ป่วยมะเร็งกระดูก กล้ามเนื้อ ผิวหนัง 30 ราย มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ 35 ราย ระบบอื่นๆ 15 ราย สถานที่เก็บข้อมูล โรงพยาบาลศูนย์และสถาบันมะเร็งในประเทศเนเธอร์แลนด์	-เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดต่อผู้ป่วยมะเร็งและพยาบาลผู้ดูแลในการจัดการกับความปวด ปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่กลับไปยังบ้าน วิธีการศึกษา Randomized controlled trial	A:พยาบาลผู้ดูแลประเมินอาการปวดของผู้ป่วยตามหลักขององค์กร Agency for Health care Policy (AHCPR) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้ EORTC QLQ-C30 และประเมินการใช้ยาตามลำดับขั้นของ WHO I:ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งเป็นรายบุคคลประกอบไปด้วย 1)การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การจัดการในเชิงวิชาการแก่ผู้ป่วย2)การใช้ยาแก้ปวด 3)สอนการจดบันทึกเกี่ยวกับความปวด และ 4)ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ปัญหาความปวดของตน โดยพยาบาลผู้ดูแลทำการให้โปรแกรมให้ข้อมูลกับผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล	-ใช้โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 1)การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การจัดการในเชิงวิชาการแก่ผู้ป่วย2)การใช้ยาแก้ปวด 3)สอนการจดบันทึกเกี่ยวกับความปวด และ 4)ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
10. (ต่อ)		<u>Inclusion</u> -เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดอย่างน้อย 1 เดือน -มีประสบการณ์ความปวดจากโรคมะเร็งและการรักษา -ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกอย่างน้อย 3 เดือน -สามารถพูดและอ่านภาษา Dutch -เมื่อกลับไปที่บ้านแล้วสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ -เมื่อกลับบ้านแล้วจะต้องไม่พักอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้ป่วย		E: โทรติดตาม ภายใน 3 หรือ 7 วันหลังจากจำหน่ายกลับบ้านจากนั้นส่งต่อข้อมูลในการดูแลให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2,4, ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดสามารถลดความปวด ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย และ ความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย อีกทั้งยังทำให้ง่ายและสะดวกในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของพยาบาลเยี่ยมบ้าน	ปัญหาความปวดของต้นนั้นสามารถลดความปวด ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
11.	Pizarro1. et al. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of- life indices for gynecologic and breast brachytherapy	กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 ราย ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ 47 ราย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 19 ราย กลุ่มทดลอง 32 ราย กลุ่มควบคุม 34 ราย ระยะเวลาการเก็บข้อมูล พฤษภาคม 2002 – ธันวาคม 2003 สถานที่เก็บข้อมูล หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลตติย ภูมิ เมืองบาเซิล โลนา ประเทศ สเปน Inclusion -เป็นผู้ป่วยมะเร็งรังไข่และมะเร็ง เต้านมที่เข้ารับการรักษาโดยการ ฝังแร่	- เพื่อศึกษาผลของ การผ่อนคลายและ การจินตภาพในการ ลดความเครียดและ ภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ และมะเร็งเต้านมที่ ได้รับการรักษาโดย การฝังแร่ วิธีการศึกษา Randomized controlled trial	A: ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และความ วิตกกังวลโดยใช้ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ,ประเมินคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยใช้ Questionario de Calidad de Vida QL-CA-AFex (CCV) และประเมิน ความปวดใช้ Visual Analog Scale (VAS) ก่อนการรักษาโดยการฝังแร่ I: จัดให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็ง รังไข่ที่ได้รับการฝังแร่ ให้ได้รับการรักษาโดยการ ฝังแร่ ได้รับการฝึกเทคนิคการจินตภาพและ การผ่อนคลายเป็นรายบุคคลเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนการฝังแร่ซึ่งเนื้อหาจะถูกบันทึก ในเทป cassette ประกอบไปด้วย การให้ ผู้ป่วยหัดผ่อนคลายกำหนดลมหายใจเข้า-ออก โดยการสูดหายใจลึกๆให้ทั่วท้องและปอด เป็นเวลา 2 นาทีจากนั้นให้ผู้ป่วยผ่อนคลายที่	-ดูแลให้ผู้ป่วยใช้ เทคนิคการผ่อนคลาย และจิตนาการ วันละ 10 นาทีก่อน-ขณะ-หลัง การฝังแร่ช่วยลดความ วิตกกังวล ภาวะ ซึมเศร้า ความปวด และเพิ่มคุณภาพชีวิต ให้กับผู้ป่วยโดยผู้ป่วย จะต้องได้รับการฝึก เป็นรายบุคคลเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนการฝัง แร่ซึ่งทำการวัดความ ปวด ความเครียด ภาวะ ซึมเศร้า และคุณภาพ ชีวิตซึ่งใช้เครื่องมือ

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
11. (ต่อ)	patients.	Exclusion -ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้าน สุขภาพจิต		ละอียะในร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า แล้วให้ผู้ป่วยจินตภาพถึงสถานที่ที่ทำให้ผู้ป่วย ผ่อนคลาย เช่น ทะเล ภูเขา เป็นต้น จากนั้นให้ผู้ป่วยจินตภาพถึงขั้นตอนการมารักษาโดยการฝังแร่ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการแล้วให้ผู้ป่วยกลับมาจนถึงสภาพปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ขณะนั้นแล้วขยับมือและทำอย่างช้าๆ ซึ่งใช้เวลาทั้งหมด 10 นาทีซึ่งก่อนการฝังแร่ผู้ป่วยจะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฝังแร่ร่วมกับการใช้เทคนิคการจินตภาพและการผ่อนคลายซ้ำอีกครั้ง จากนั้นผู้ป่วยจะถูกแนะนำให้ไปปฏิบัติต่อเนื่องเสร็จสิ้นการฝังแร่ในแต่ละวัน E:ผู้ป่วยที่ได้รับการฝังแร่แล้ว จะถูกนำตัวมาสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้ดูแลจะต้องทำการประเมิน ความปวด	Visual Analog Scale (VAS), The Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS) และ Questionario de Calidad de Vida CA-AFex (CCV)

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
11. (ต่อ)				ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต หลังจากรับการฝังแร่เพื่อเป็นการประเมินผล ระยะสั้น จากนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการฝังแร่ไปแล้วประมาณ 2-3 อาทิตย์จะ ทำการประเมิน ความปวด ความเครียด ภาวะ ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต อีกครั้งเพื่อเป็น การประเมินผลระยะยาว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกการ ผ่อนคลาย และ จินตภาพจะมีคะแนน ความเครียด และภาวะซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.008$ และ $p=0.03$ อีกทั้งยังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งประกอบไป ด้วยความปวดลดลงและสุขภาพจิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.04$ และ $p=0.06$	

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
12.	Kaliyaperumal a,R.,& Subashb, J. G.(2010)./ Effect of music therapy for patients with cancer pain.	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็ง ระยะ II- IV จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 20 ราย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 20 ราย ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เมษายน 2007-เมษายน 2008 สถานที่เก็บข้อมูล หน่วยมะเร็งโรงพยาบาลศูนย์ ประเทศอินเดีย (GKNM hospital)	- เพื่อศึกษาผลของ ดนตรีในการลด ความปวดในผู้ป่วย มะเร็ง วิธีการศึกษา Non-Randomized controlled trial (quasi-experimental)	A: ทำการประเมินอาการปวด 5 นาทีก่อนการ ฟังเพลงคลาสสิก โดยใช้ numerical rating scale (NRS) มาตราวัดแบบตัวเลขคะแนน 0-10 I: ให้ผู้ป่วยฟังเพลงคลาสสิกจากหูฟังวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็นเวลา 07.00น.และ 19.00 น. ครั้ง ละ 20 นาทีเป็นเวลาติดต่อกัน 3 วัน E: ทำการวัดระดับความปวดโดยใช้ numerical rating scale (NRS) หลังจากสิ้นสุด การฟังเพลง เป็นเวลา 5 นาที ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังเพลง คลาสสิกจะมีคะแนนความปวดต่ำกว่าผู้ป่วย กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	- คนที่สามารถทำให้ ความปวดในผู้ป่วย มะเร็งลดลง ทำให้ได้ ให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลง คลาสสิกโดยใช้หูฟัง วันละ 2 ครั้งในเวลา เดียวกัน ครั้งละ 20 นาทีเป็นเวลาติดต่อกัน อย่างน้อย 3 วันซึ่งวัด ระดับความปวดโดยใช้ numerical rating scale (NRS) 0-10 เป็นเวลา 5 นาที ก่อนและหลังการ ฟังเพลง

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
12. (ต่อ)		-พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล อย่างน้อย 3 วัน <u>Exclusion</u> -มีความผิดปกติทางด้านความคิด และ สุขภาพจิต			
13.	Andrade et al. (2010). A simple and effective daily pain management method for patients receiving radiation therapy for	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยมะเร็งไม่ระบุตำแหน่ง จำนวน 89 รายที่มีปัญหาความ ปวดจากการลุกลามของโรคมะเร็ง ไปที่กระดูกและได้รับการฉายแสง บริเวณ Spine, Pelvis, Lower Ext, Upper Ext, Ribs ระยะเวลาการเก็บข้อมูล มกราคม 2002-ธันวาคม 2006 <u>สถานที่เก็บข้อมูล</u> University of Pittsburgh Medical	-เพื่อศึกษาผลของ การใช้แบบบันทึก ความเจ็บปวด ประจำวันในหน่วย รังสีรักษาต่อการ จัดการความปวดใน ผู้ป่วยที่ได้รับการ รักษาโดยการฉาย แสง <u>วิธีการศึกษา</u> Retrospective study	A: ทำการประเมินระดับความปวดก่อนรับ การรักษาโดยการฉายแสงทุกวันโดยใช้ numerical rating scale (NRS) I: ใช้แบบบันทึกความปวดประจำวัน (Collection of daily pain scores) ในผู้ป่วย มะเร็งที่มีการลุกลามของโรคไปที่กระดูก และอยู่ระหว่างการควบคุมอาการปวดโดย รังสีรักษา ซึ่งแบบบันทึกจะประกอบไปด้วย ตำแหน่งที่เกิดความปวด ระดับความปวด ยา ที่ผู้ป่วยได้รับ ยาที่แพทย์ต้องปรับ และ อาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดย	-การใช้แบบบันทึก ความปวดในผู้ป่วย มะเร็งที่มีการลุกลาม ของโรคไปที่กระดูก และได้รับการฉายแสง เพื่อจัดการกับความ ปวดทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง ยา และแพทย์ส่งผลทำ ให้ผู้ป่วยได้รับการ จัดการกับความปวดได้ รวดเร็ว มีความพึง

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
13. (ต่อ)	painful bone metastases.	Center. Inclusion ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลาม ของโรคไปที่กระดูกและอยู่ ระหว่างการรักษาควบคุมอาการปวด โดยรังสีรักษา		เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่หน่วยรังสีรักษาเป็นผู้ทำการบันทึกซึ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ติดต่อกัน 3 วันให้รายงานแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดการกับการปวดที่เกิดขึ้น E: ติดตามประเมินผลของการใช้แบบบันทึกในสัปดาห์ที่ 2-4 หลังสิ้นสุดการรักษาโดยการฉายแสง ผลการศึกษาพบว่าการใช้แบบบันทึกความเจ็บปวดในการจัดการความปวดทำให้ผู้ป่วยเข้าเตียง และแพทย์ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดได้รวดเร็ว และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ	พอใจโดยใช้ numerical rating scale (NRS) ในการวัดความปวด

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
14.	West et al (2003). The PRO-SELF(c): Pain Control Program-an effective approach for cancer pain management	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งไม่ระบุชนิดที่มีปัญหา ความปวดและมีการดูแลตนเอง โรคไปที่กระดูกพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วย	-เพื่อศึกษาประโยชน์ ของโปรแกรมการ ให้ความรู้เกี่ยวกับ การจัดการความปวด แก่ผู้ป่วยมะเร็งและ ผู้ดูแล <u>วิธีการศึกษา</u> Published research studies, articles and conference abstracts.	A: ทำการประเมินระดับความปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) I: โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ กับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจะให้ใน ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการดูแลตนเองโรคและ พยาบาลผู้ดูแลซึ่งเนื้อหาในโปรแกรมจะ ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่1) การให้ข้อมูล เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในเชิง วิชาการแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล2) การฝึกทักษะ การจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง3) ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วย สามารถให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับปัญหาความปวดของตน ซึ่งจะ ปฏิบัติรวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ ที่ 1 พยาบาลผู้ดูแลจะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยและ ญาติที่บ้านและจะพบทวนเกี่ยวกับโปรแกรม	โปรแกรมการจัดการ กับความปวดโดยการ ให้ความรู้และมีการ ติดตามเยี่ยมอย่าง ต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลสามารถลด ความปวด ลดอัตราการ ตายจากโรคมะเร็งและ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับ ผู้ป่วย โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ในการวัดความปวด

ตารางที่ 3.2 หลักสูตรเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
14. (ต่อ)				การจัดการความปวดทั้งหมดที่ได้อบรมผู้ป่วยไป เช่น การจัดการความปวด การรับประทานยา การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการความปวด เป็นต้น จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 พยาบาลผู้ดูแลโทรเยี่ยมผู้ป่วยเนื้อหาในการเชื่อมโยงประกอบด้วย ปัญหาจากการใช้ยา การจัดการความปวด และการตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นต้น สำหรับสัปดาห์ที่ 3 พยาบาลจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยจะติดตามอาการปวด การใช้ยาแก้ปวดในสัปดาห์ต่อมา สอนเกี่ยวกับการข้างเคียงของยาแก้ปวด การจัดการกับอาการข้างเคียง และการป้องกันการดื้อยาถ้าจำเป็น อีกทั้งประเมินเกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้าพบแพทย์ของผู้ป่วย และตอบคำถามเกี่ยวกับ	

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
14. (ต่อ)				การจัดการความปวด ซึ่งสัปดาห์ที่ 4,5 จะปฏิบัติเหมือนสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 จะทำเหมือนสัปดาห์ที่ 3 E:ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) หลังสิ้นสุดโปรแกรม	
15.	Fahey et al (2008). Nurse coaching to explore and modify patient attitudinal barriers interfering with effective cancer pain Management.	-กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งไม่ได้รับคำแนะนำที่มีปัญหาความปวดจากโรคมะเร็งและพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน	-เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นรายบุคคล โดยวิธีการโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน วิธีการศึกษา Published journal articles, abstracts, and psychology	A:ทำการประเมินระดับความปวดในผู้ป่วยโดยใช้ Brief Pain Inventory, ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับความปวดโดยใช้ Barrier Questionnaire I:ใช้โปรแกรมในการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน โดยการโทรศัพท์เยี่ยมซึ่งกระทำโดยพยาบาลผู้ดูแลจะต้องค้นหา ประเมิน และจัดการเกี่ยวกับ ความเชื่อ การจัดการตนเอง และประสิทธิภาพของการรักษา ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 6-10	-การจัดการกับความเชื่อ การปรับพฤติกรรมผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยึดมั่นการรักษา สามารถลดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้ BPI และ BQ

ตารางที่ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (ต่อ)					
ลำดับที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
15 (ต่อ)			Textbooks	สืบค้นหา: E:ทำการประเมินหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6-10 ซึ่งพบว่าการจัดการกับความเชื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยึดมั่นการรักษา สามารถลดความปวดในผู้ป่วยโรคกระดูกงูได้	

ตาราง 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา

ลำดับ ที่	ผู้แต่งปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
1.	Azevedo et al (2006). The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it?	กลุ่มตัวอย่าง -ผู้ป่วยมะเร็งไม่ระบุชนิดที่ได้รับ การจัดการความปวดโดยใช้ยา ตามลำดับขั้น 3 ขั้นของการ อนามยโลก โดยการรวบรวมจาก งานวิจัยทั้งหมด 17 เรื่อง Inclusion -งานวิจัยที่ทำในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับการรักษาความปวด ตามลำดับขั้น 3 ขั้นของการ อนามยโลก	-เพื่อศึกษาผลลัพธ์ ของการใช้ยา ตามลำดับขั้น 3 ขั้น ของการจัดการอนามย โลก (WHO analgesic ladder) ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ ผู้ป่วยตมกน้อย เพียงใด <u>วิธีการศึกษา</u> Systematic review of observational studies	A: ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) มาตราวัด 0-10 ก่อนให้ ยาแก้ปวด I: ขั้นที่ 1 ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด 1-3 ให้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น paracetamol และยาเสริม (adjuvant drug) ขั้นที่ 2 ให้ยา โอปิออยด์ชนิดอ่อนเช่น tramadol ร่วมกับยาที่ไม่ใช่ โอปิออยด์และ ยาเสริมในผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปาน กลางคะแนนความปวด 4-6 และขั้นที่ 3 ให้ ยา โอปิออยด์ชนิดแรง เช่น morphine ใน ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงและคะแนนความ ปวด 7-10 E: ทำการประเมินระดับความปวด โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) หลังจากให้ยา ประมาณ 30 นาที	-ในผู้ป่วยมะเร็งที่มี ปัญหาความปวดนั้นการ จัดการความปวดโดย การใช้ยาชนิดให้ยา ตามลำดับขั้นของ องค์การอนามัยโลก เนื่องจากพบว่าความ ปวดในผู้ป่วยลดลง อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น น้อยและไม่มีปัญหา เรื่องการดื้อยาและติดยา

ตาราง 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่ง/ปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
1. (ต่อ)				ผลการศึกษาพบว่าการใช้ WHO analgesic ladder ช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้ร้อยละ 45-100 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือคลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก การจัดการกับความปวดแทรกยังไม่มีข้อดัดนัก ไม่มีปัญหาเรื่องการดื้อยาและติดยา	
2.	Janaki et al. (2008).Epidura l analgesia during brachytherapy for cervical cancer patients.	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการ รักษาโดยการฝังแร่ 157 ราย <u>ระยะเวลาการเก็บข้อมูล</u> สิงหาคม 1999-ธันวาคม 2005 <u>สถานที่เก็บข้อมูล</u> หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย เมือง มุมไบ ประเทศ อินเดีย	- เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของยา แก้ปวดที่ให้ทางไข สันหลังในการลด ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่ได้รับ การรักษาโดยการฝัง แร่ <u>วิธีการศึกษา</u> Retrospective study	A:ก่อนการให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลังเพื่อ ลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดย การฝังแร่จะต้องทำการประเมินผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการอื่น ได้แก่ CBC,RFT,E ⁺ ,CT,CXR,ECG,EKG และ ส่ง ปรึกษาแพทย์ดมยา I:ก่อนฝังแร่แพทย์ให้ยาแก้ปวด buprenorphine ทางไขสันหลัง ขนาด 60- 100 µg จากนั้นสามารถให้ได้อีกเนื่องทุก 8- 10 ชั่วโมง	-ให้ยา buprenorphine ขนาด 60-100 µg ทุก 8- 10 ชั่วโมง ทางไขสัน หลังขณะที่ผู้ป่วยได้รับ การฝังแร่พบว่าผู้ป่วยไม่ ขอยาแก้ปวดเพิ่ม อีกทั้ง ยังพบว่ามีความสุข สบายและความพึง พอใจ

ตาราง 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา (ต่อ)

ลำดับที่	ผู้แต่งปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
2. (ต่อ)		<u>Inclusion</u> - ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด		E:ทำการประเมินความปวดหลังจากผ่าตัดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) มาตรฐาน 0-10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 119 รายไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม อีกทั้งยังพบว่ามีความสุขสบายและความพึงพอใจ มีเพียง 20 ราย ที่ขอยาแก้ปวดเพิ่มซึ่งจากการศึกษาพบว่ายังสามารถให้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้อย่างปลอดภัย	

ตาราง 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา (ต่อ)

ลำดับ ที่	ผู้แต่งปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/ วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
3.	Arbaiza et al (2007). Tramadol in The treatment of neuropathic cancer pain: a double-blind, placebo controlled study	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม,ปอด,ต่อม ลูกหมาก,ปากมดลูก และเม็ดเลือด ขาว จำนวน 36 ราย <u>สถานที่เก็บข้อมูล</u> หน่วยมะเร็ง ในประเทศ เปรู ในปี 2002 <u>Inclusion</u> -ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี -มีอาการปวดปลายประสาทระดับ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 <u>Exclusion</u> -ผู้ป่วยที่มีการวางแผนว่าจะให้การ รักษา โดยการผ่าตัด รักษารักษา เคมี บำบัด หรือให้การรักษาโดย	-เพื่อศึกษาผลของยา tramadol ต่อการ รักษาอาการปวด ปลายประสาทจาก โรคมะเร็งและต่อ ความปวดลดภัยและ คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วย <u>วิธีการศึกษา</u> Retrospective, matched-pair, randomized, double- blind, placebo- controlled.	A:ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS)มาตรฐานวัด 0-10ก่อนให้ ผู้ป่วยรับประทานยา, ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของ ร่างกายโดยใช้ Karnofsky scale,ประเมิน ภาวะซึมเศร้าใช้เครื่องมือ Beck Depression Inventory(BDI) และประเมินระดับความ ปวดของปลายประสาทใช้ Neurophysiological study (แพทย์เป็นผู้ประเมิน) I:ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาอาการปวดจาก เส้นประสาทรับประทานยา tramal ขนาด 1 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 45 วัน E:ทำการประเมินระดับความปวดในวันที่	-ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณที่มี ปัญหาความปวดจาก ปลายประสาท (neuropathic cancer pain) และไม่มี ประวัติการแพ้ยา tramal สามารถให้ผู้ป่วย รับประทาน tramal ขนาด 1mg/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 45 วัน

ตาราง 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ จำแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา (ต่อ)

ลำดับที่	ผู้แต่งปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
3. (ต่อ)		ฮอร์โมน -มีประวัติการรักษาด้วยยากลุ่ม opioid และยากันชัก ภายใน 30 วัน		15,30 และการใช้ยาร่วมกับประเมินจำนวนครั้งของการใช้ยา คุณภาพชีวิตและอาการข้างเคียง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความปวดลดลง สามารถนอนหลับ ทำกิจกรรมได้มากขึ้น ลดจำนวนครั้งในการขอยาแก้ปวด และไม่พบการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงของยา	
4.	Marinangeli et al(2004). Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาความปวด จำนวน 100 ราย -มะเร็งระบบทางเดินหายใจ 15 ราย -มะเร็งระบบทางเดินอาหาร 37 ราย -มะเร็งระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ 19 ราย -มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี 29 ราย	-เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ยาแก้ปวดตามแนวทางของ WHO analgesic ladder เปรียบเทียบกับการใช้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง วิธีการศึกษา	A:ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS)มาตรวัด 0-10 และประเมินประสิทธิภาพการทำงานจากร่างกายโดยใช้ Karnofsky scale I:ให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมรับประทานยาแก้ปวดตามแนวทางของ WHO analgesic ladder ในขั้นที่ 1 (ให้ยาที่ไม่ใช่ opioid และยาเสริม) และให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองรับประทานยา opioid ชนิดแรง เป็นเวลา 1 สัปดาห์	-ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาความปวดซึ่งมีคะแนนมากกว่าหรือเท่า 6 และไม่เคยรับการรักษาด้วยยาแก้ปวดมาก่อนผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยการเริ่มให้ยา opioid ชนิดแรงก่อนเพื่อลด

ตาราง 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ จําแนกตามวัตถุประสงค์ ผลการศึกษาและสรุปการนำไปใช้ในการจัดการกับความปวดโดยใช้ยา (ต่อ)

ลำดับที่	ผู้แต่งปี/เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	วัตถุประสงค์/วิธีการศึกษา	ผลการศึกษา	สรุปการนำไปใช้
		สถานที่เก็บข้อมูล สถาบันมะเร็งในเมือง Helsinki <u>Inclusion</u> -ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป -มีระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และยังไม่ได้รับการรักษา <u>Exclusion</u> -ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาได้ -มีความบกพร่องทางสติปัญญา -ได้รับการจัดการความปวด โดย การให้ยาขั้นแรกของ WHO ไปแล้ว	Randomized controlled trial	E:ทำการประเมินระดับความปวด,คุณภาพชีวิต,อาการข้างเคียง และการเปลี่ยนแปลงการรักษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดลดลงและมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p \leq .05$) นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรักษาน้อยกว่า แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการคลีนไสมากกว่ากลุ่มควบคุม	ความปวดและให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

3.4 สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการความปวดแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) การจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) ได้แก่ การให้ความรู้ การจัดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด การนวด และการใช้ดนตรี เป็นต้น การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ถือเป็นจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เสริมให้การจัดการความปวดโดยใช้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงนิยมใช้มากและมีรายงานถึงประสิทธิภาพประสิทธิผลหลายเรื่องหลายมิติสอดคล้องกัน (Andrade et al., 2010; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008; Jane et al., 2011; Fahey et al., 2008; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003; West et al. 2003; Wit & Dam 2001; Kwekkeboom et al., 2012; มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554; Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003; Pizarro et al., 2007; Kaliyaperumala, & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010; Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000; สุวพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ, 2552)

2) การจัดการอาการปวดโดยใช้ยา (Pharmacologic intervention) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบรรเทาปวดเรื้อรังในผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่าหลักฐานชั้นสำคัญที่เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ทั่วโลกได้แก่การให้ยาแก้ปวดตามลำดับขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO three-step analgesic ladder) (Marinangeli et al., 2004; Arbaiza, & Vidal, 2007; Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008; Azevedo Sao Leao Ferreira, Kimura, & Jacobsen Teixeira, 2006)

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นยังสรุปไม่ได้ว่าการจัดการความปวดชนิดไหนที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อที่จะได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปจัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายโดยจะต้องทำควบคู่ไปกับการสอนผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในการที่จะจัดการความปวดให้ครอบคลุมทุกมิติได้นั้นจะต้องประกอบไปด้วย A:(assessment) คือแบบประเมินความปวดจะต้องครอบคลุมทุกมิติ, I:(intervention) การจัดการกับความปวดที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และ E:(evaluation) การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวดที่สมบูรณ์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาข้อสรุปในการจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเนื้อหาจะประกอบไปด้วยการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยแบ่งหัวข้อเป็น การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) และ การจัดการความปวดโดยใช้ยา (Pharmacologic intervention) รวมไปถึง การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด ดังต่อไปนี้

การประเมิน A :(assessment)

ในการประเมินความปวดในระยะเริ่มต้นมีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ทราบถึงสาเหตุและพยาธิสภาพของอาการปวดและเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย โดยประเมินความปวดในทุกๆมิติและเลือกใช้แบบประเมินให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนสำคัญดังนี้

1.แบบประเมินความรุนแรงความปวดที่สามารถใช้ได้ดีในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ไม่มีความบกพร่องทางความคิดการรับรู้และการตัดสินใจคือมาตรวัดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale (NRS) คะแนน 0-10, Visual Analog Scale (VAS) คะแนน 0-100 และ Visual Analog Scale (VAS) คะแนน 0-10 เป็นมาตรวัดที่มีความตรง (ความตรงปรากฏ ความตรงเหมือน และความตรงตามสภาพ) มีความเที่ยงของแบบวัดสูงสำหรับการประเมินความปวดนั้นควรประเมินก่อนให้การดูแลประมาณ 5-30 นาที (Kaliyaperumala,& Subashb,2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010;Pizarro1 et al.,2007;มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ.,2524;Kwekkeboom,Kneip, & Pearson, 2003;Kwekkeboom et al., 2012; West et al., 2003; Jane et al., 2011;Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008; Andrade, Proctor, Slack,Marlowe, Ashby, & Schenken, 2010; Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha,2008; Arbaiza,& Vidal,2007; Marinangeli et al., 2004; Azevedo, et al. ,2006;สุวพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ ,2552) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดหลายมิติ ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงความปวดและผลกระทบจากความปวดนั้นนิยมใช้ Brief Pain Inventory (BPI) เนื่องจากมีความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin,2000; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003; Fahey et al., 2008) อีกทั้งการประเมินของพยาบาลนั้นควรเป็นไปตามหลักขององค์กร Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ของสหรัฐอเมริกาซึ่งประกอบไปด้วย ABCDE ดังนี้ A= Ask ถามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ Assess ประเมินอย่างเป็นระบบ, B= Believe เชื่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกเกี่ยวกับความปวดของเขา, C = Choose เลือกวิธีจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ญาติ และหน่วยงาน, D = Deliver ให้ความช่วยเหลือทันที มีเหตุผล และมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี และ E = Empower สร้างเสริมพลัง ให้กับผู้ป่วยและญาติ Enable ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เต็มที่ (Wit & Dam 2001) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้นจะมีการปวดจากมะเร็งลุกลามไปกดอวัยวะข้างเคียงแพทย์มักจะให้การรักษาโดยฉายแสงเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งส่งผลให้อาการปวดในผู้ป่วยลดลง จากการสืบค้นข้อมูลพบว่าการใช้ แบบบันทึกความปวดประจำวัน (Collection of daily pain scores) ระหว่างการรักษานั้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดอย่างรวดเร็วซึ่งแบบบันทึก ประกอบไปด้วยตำแหน่งที่เกิดความปวด ระดับความปวด ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาที่แพทย์ต้องปรับ และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ทำการบันทึกก่อนรับการรักษาทุกวันเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ($NRS \geq 3$) ติดต่อกันสามวันให้รายงานแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้น (Andrade, Proctor, Slack, Marlowe, Ashby, & Schenken, 2010)

2.เนื่องจากปัญหาด้านจิตใจ และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมักส่งผลกระทบต่อระดับความปวด ดังนั้นเครื่องมือที่ประเมินความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้มากที่สุดคือ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้อย่างง่าย ไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ มี 2 ด้าน คือ อาการวิตกกังวล 7 ข้อ และ อาการซึมเศร้า 7 ข้อ รองลงมาคือและ Mood States-Short Form (Pizarro1 et al., 2007; Kwekkeboom et al., 2012; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) นอกจากนี้เครื่องมือที่มีการกล่าวถึงและใช้บ่อยในการศึกษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ Beck Depression Inventory (BDI) (Arbaiza & Vidal, 2007) สำหรับการประเมินด้านจิตใจในมิติเดียวนิยมใช้ Mood-VAS, Relaxation-VAS และ Symptom Distress Scale (SDS-VAS) (Jane et al., 2011; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008)

3.สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีแบบประเมิน Cuestionario de Calidad de Vida QL-CA-AFex (CCV) ประกอบไปด้วย คำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการและ จิตสังคม (Pizarro1 et al., 2007; Kwekkeboom, Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland, Serlin, & Ward, 2012) แบบประเมิน Function Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ซึ่งจะประกอบไปด้วยคำถามด้านกาย จิต สังคม เป็นต้น (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000) และแบบประเมิน EORTC QLQ-C30 ซึ่งประกอบไปด้วย คำถามเกี่ยวกับการประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ข้อมูลจากทีมสุขภาพ เป็นต้น (Wit & Dam 2001) ในการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวใช้นิยามใช้ Karnofsky Performance Status (KPS) (Arbaiza & Vidal, 2007; Marinangeli et al., 2004)

4.สำหรับการประเมินอาการนอนไม่หลับสามารถประเมินได้โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) คะแนน 0-10 ได้เนื่องจากง่ายและสะดวกสามารถใช้ประเมินร่วมกับอาการปวดได้โดยผู้ป่วยไม่ต้องใช้เวลามาก (Kwekkeboom et al., 2012; Jane et al., 2011)

5.เนื่องจากอาการปวดจะส่งผลให้ผู้ปวยนอนไม่หลับและเมื่อผู้ปวยนอนไม่หลับมักจะส่งผลให้ผู้ปวยเกิดอาการอ่อนล้า ดังนั้นการประเมินอาการอ่อนล้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องประเมินร่วมกับอาการปวดเพื่อที่จะได้ให้การดูแลผู้ปวยอย่างครอบคลุมทุกมิติ ดังนั้นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินอาการอ่อนล้าคือ Brief Fatigue Inventory (BFI) ซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วยระดับความรุนแรง สาเหตุและผลกระทบของอาการอ่อนล้า (Kwekkeboom et al., 2012)

6.การประเมินผลกระทบของกลุ่มอาการต่อกิจวัตรประจำวันนั้นก็เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาใช้ในการประเมินร่วมกันซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้คือ Anderson Symptom Inventory (MDASI) (Kwekkeboom et al., 2012)

7.ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นทัศนคติ อาการข้างเคียง อุปสรรคในการใช้ยาแก้ปวดรวมไปถึงการบริหารจัดการยาแก้ปวดนั้นเป็นส่วนสำคัญในการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งดังนั้นเครื่องมือในการประเมินสิ่งเหล่านี้ประกอบไปด้วยการประเมินอุปสรรคในการจัดการกับความปวดโดยใช้ Barriers Questionnaire (BQ), ประเมินความเพียงพอของการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยใช้ Pain Management Index (PMI) และประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดใช้ Medication Side Effect Checklist (MSEC) (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003; Fahey et al., 2008)

8.สำหรับการให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลังเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นจะต้องทำการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอันได้แก่ CBC, RFT, E⁺, CT, CXR, ECG, EKG และ ส่งปรึกษาแพทย์ดมยา ก่อนการให้ยาทุกครั้งเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น (Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008)

การจัดการความปวด I: (intervention)

I.การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) การจัดการความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่ามีความสำคัญและควรนำมาเสริมการให้ยาแก้ปวด โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนดังนี้

1.ดนตรีบำบัด (Music Therapy) จากการศึกษพบว่าดนตรีสามารถช่วยลดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้กล่าวคือดนตรีช่วยกระตุ้นการหลั่ง เอนโดฟิน ส่งผลต่อการควบคุมความปวดตามทฤษฎีการเปิด-ปิดของประตู (gate control theory) ดนตรีมีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาความปวดเนื่องจากไม่มีอาการข้างเคียง ปลอดภัยอีกทั้งยังช่วยลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (Huang, Good, & Zauszniewski, 2010) ซึ่งการบำบัดด้วยดนตรีมีหลายรูปแบบประกอบด้วย

1.1.ทำได้โดยให้ผู้ป่วยฟังเพลงคลาสสิกวันละ 20 นาทีในเวลาเดียวกันจำนวน 2 ครั้งต่อวันติดต่อกันอย่างน้อย 3 วันโดยจะต้องทำการวัดระดับความปวดโดยใช้ numerical rating scale (NRS) คะแนน 0-10 เป็นเวลา 5 นาที ก่อนและหลังการฟังเพลง (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010)

1.2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฟังเพลงทั้งหมดซึ่งเนื้อเพลงจะประกอบไปด้วย เพลงธรรมชาติ เพลงพื้นบ้านได้ห้วน และ เพลง อเมริกา โดยจะใช้เวลาประมาณ 4 นาทีแล้วให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ชอบ จากนั้นให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงและฟังเพลงที่เลือกใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยทำการวัดคะแนนความปวด 30 นาทีก่อนและหลังการฟังดนตรีโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) คะแนน 0-100 และ oral numerical scale (ONS) (Huang, Good, & Zauszniewski, 2010)

2.เทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพ (relaxation and guided imagery) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเมื่อได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพ สามารถลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งเสริมให้ความปวดลดลงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพมีหลายรูปแบบประกอบด้วย

2.1. ให้ผู้ป่วยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพเป็นรายบุคคลโดยให้ฟังจากเทปซึ่งเนื้อหาในเทปประกอบไปด้วยการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจและการผ่อนคลายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าประกอบกับมีคำบรรยายให้จินตนาการถึงทะเล ภูเขา เป็นต้น วันละ 10 นาทีโดยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ ก่อน -ขณะรับการฟังแร่และแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกเป็นรายบุคคลเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง (Pizarro1 et al., 2007)

2.2. ใช้เทคนิคการจินตภาพ (guided imagery) อย่างเดียวในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาการเจ็บปวด (PS>3) หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดแล้ว ไม่มีการลุกลามของโรคไปที่สมอง และไม่มีความคิดผิดปกติทางด้านการคิดทำได้โดยให้ผู้ผู้ป่วยฟังเทปที่มีคำบรรยายถึงธรรมชาติได้แก่ การเดินริมแม่น้ำ การนั่งอยู่ท่ามกลางทุ่งดอกไม้ และภาพของพระอาทิตย์ตกดิน ซึ่งเนื้อหาในเทปจะไม่มีส่วนประกอบของดนตรี (Kwekkeboom,Kneip, & Pearson, 2003)

2.3ทำการฝึกสร้างจินตภาพให้ผู้ป่วยจากผู้ดูแลเป็นเวลา 1 ชั่วโมงและให้ผู้ผู้ป่วยฝึกด้วยตนเองต่ออีก 3 วันในวันที่ 4 ผู้ดูแลประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถสร้างจินตภาพได้จะได้รับแถบบันทึกเสียงการสร้างจินตภาพพร้อมอุปกรณ์ ซึ่งผู้ป่วยจะทำการสร้างจินตภาพทุกครั้งเมื่อมีอาการปวดโดยเวลาประมาณ 15 นาที (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554)

3.การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด (cognitive behavioral intervention) เป็นการฝึกควบคุมตนเองโดยให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักควบคุมกระบวนการทำงานของร่างกายด้วยตนเอง เพื่อลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยซึ่งผลการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีนี้พบว่าสามารถเพิ่มความรู้สึกการมองโลกในแง่ดี และลดความรู้สึกสิ้นหวังของผู้ป่วยลงได้อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเซลล์ธรรมชาติ (NK cell) ที่ทำลายเซลล์มะเร็ง

เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันทำให้คอร์ติโซลลดลง (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2553; Kwekkeboom, Abbott-Anderson, & Wanta, 2010) ซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วย

3.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด ทำได้โดยการให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายซึ่งเนื้อหาทั้งหมดจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียงโดยเป็นเสียงผู้หญิง เนื้อหาประกอบไปด้วย 12 กลยุทธ์ 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจินตภาพถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและการจัดการซึ่งได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นการกำหนดจิตเพื่อเป็นการลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ 2) การจินตภาพถึงธรรมชาติเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากกลุ่มอาการต่างๆซึ่งประกอบไปด้วยการจินตภาพถึง ทะเล ภูเขา และทุ่งหญ้า 3) การผ่อนคลายโดยการออกกำลังซึ่งเนื้อหาจะประกอบไปด้วย เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร และการฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย และ 4) การฟังเสียงธรรมชาติอันประกอบไปด้วยเสียงคลื่น ลม อากาศ เป็นต้น ซึ่งเนื้อหาทั้งหมดจะถูกบันทึกในเครื่องเล่น MP3 โดยผู้ป่วยจะได้รับการฝึกขณะอยู่ในโรงพยาบาลและนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ระหว่างการรักษาผลการศึกษพบว่าโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด ส่งผลให้อาการปวด อาการอ่อนล้า และ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยลดลง (Kwekkeboom et al., 2012)

4. การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ (Pain education program) เนื่องจากความไม่รู้หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นอุปสรรคที่ทำให้การจัดการกับความปวดไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้นโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยจึงมีหลายรูปแบบซึ่งการให้ความรู้ผู้ป่วยนั้นจะต้องเริ่มจากในโรงพยาบาลและมีการติดตามต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้านรวมไปถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพได้ตลอดเวลาจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดจึงประกอบไปด้วย

4.1 โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การจัดการในเชิงวิชาการแก่ผู้ป่วย 2) การให้ยาแก้ปวด 3) สอนการจดบันทึกเกี่ยวกับความปวด และ 4) ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความปวดของตนโดยรายละเอียดของเนื้อหาทั้งหมดจะประกอบไปด้วย ความหมายของความปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยา อาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา และการประเมินความปวด ซึ่งเนื้อหาทั้งหมดจะบันทึกลงในเทปเพื่อที่ผู้ป่วยสามารถนำไปฟังที่บ้านได้โดยพยาบาลผู้ดูแลทำการให้โปรแกรมความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและโทรติดตาม ภายใน 3 หรือ 7 วันหลังจากจำหน่ายกลับบ้านจากนั้นส่งต่อ

ข้อมูลในการดูแลให้พยาบาลเยี่ยมบ้านโดยให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2,4, และ 8 (Wit & Dam 2001)

4.2 โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Patient education) จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคและพยาบาลผู้ดูแลซึ่งเนื้อหาในโปรแกรมจะประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดในเชิงวิชาการแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การฝึกทักษะการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความเจ็บปวดของตน ซึ่งจะปฏิบัติรวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 พยาบาลผู้ดูแลจะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย และญาติที่บ้านและจะทบทวนเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความปวดทั้งหมดที่ได้สอนผู้ป่วยไป เช่น การจัดการความปวด การรับประทานยา การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด เป็นต้น จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 พยาบาลผู้ดูแลโทรเยี่ยมผู้ป่วย เนื้อหาในการเยี่ยมจะประกอบด้วย ปัญหาจากการใช้ยา การจัดการความปวด และการตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นต้น สำหรับสัปดาห์ที่ 3 พยาบาลจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยจะติดตามอาการปวด การใช้ยาแก้ปวดในสัปดาห์ที่ผ่านมา สอนเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด การจัดการกับอาการข้างเคียง และการป้องกันการติดยาถ้าจำเป็น อีกทั้งประเมินเกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้าพบแพทย์ของผู้ป่วย และตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปวด ซึ่งสัปดาห์ที่ 4,5 จะปฏิบัติเหมือนสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 จะทำเหมือนสัปดาห์ที่ 3 (West et al., 2003)

4.3 ในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้นั้นเป็นสิ่งสำคัญซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับเป็นรายบุคคลอีกทั้งจะต้องให้ขณะผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อที่พยาบาลผู้ดูแลจะได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขไปพร้อมกับผู้ป่วยซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้นั้นจะประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลักคือ 1) ข้อมูลในเรื่องของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งประกอบไปด้วยความเชื่อเกี่ยวกับความปวด การใช้ยาแก้ปวด การปรึกษากับทีมสุขภาพเกี่ยวกับความปวด 2) อาการข้างเคียงของยาแก้ปวดและการจัดการ ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้จะถูกจัดทำเป็นคู่มือให้กับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ที่บ้านได้ (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000)

4.4. การให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลร่วมกับการโทรติดตามเยี่ยมหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยไปแล้ว 1 สัปดาห์และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้ตลอดเวลาสามารถเพิ่มความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003)

5.การค้นหาปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่กลับไปพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ทำได้โดยการโทรศัพท์เยี่ยมซึ่งประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอนได้แก่ 1) ทักทาย (Greeting) เพื่อที่จะค้นหาปัญหา 2) ปัญหาที่พบ (Current issue) ที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวด 3) ปัญหา (Problem) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสาเหตุ ผลกระทบที่เกิด และการจัดการกับความปวด 4) ผลกระทบปัญหา (Problem impact) สำรองเฉพาะเกี่ยวกับวิธีแก้ปัญหา (เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย 5) เป้าหมายระยะสั้น (Short-term goal) ร่วมตั้งเป้าหมายระยะสั้น และส่งเสริม พฤติกรรมเฉพาะจะช่วยให้การเข้าถึงเป้าหมายของผู้ป่วย 6) กลยุทธ์ (Strategies) สำหรับเอาชนะอุปสรรค 7) งาน (Tasks) คือสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติ,ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา, ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและส่งเสริมการจัดการกับความปวด 8) สรุป (Summary) โดยร่วมกันอภิปรายและตอบข้อซักถามแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้ดูแลทำการโทรศัพท์ตามเยี่ยมเป็นระยะเวลา 6-10 สัปดาห์ (Fahey,Rao, Douglas, Thomas, Elliott, & Miaskowski, 2008)

6. การนวด (Massage) มีผลกระทบด้านลบประสาทขนาดใหญ่มีผลต่อการลดความปวดซึ่งสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีควบคุมประตู (Kutner, Smith, Corbin, Hemphill, Benton, & Ellis, et al., 2008).การนวดนั้นมีหลายรูปแบบประกอบด้วย

6.1.ในการนวดเพื่อลดปวดนั้นจะทำในระยะเวลา 5 วันประกอบไปด้วย วันที่ 1 จะต้องทำการประเมินกลุ่มอาการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการนวด วันที่ 2-4 ทำการนวดโดยนวดบริเวณ ศีรษะ,คอ,หลัง และกล้ามเนื้อ gluteus รวมไปถึงระยางทั้ง 4 ของร่างกายโดยทำการนวดติดต่อกัน 3 วัน วันละ 40 นาที สำหรับวันที่ 5 ทำการประเมินผลของกลุ่มอาการและผลข้างเคียงของการนวดซึ่งผลพบว่าช่วยลดอาการปวด อาการนอนไม่หลับ อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และมีสุขภาพจิตดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคไปที่กระดูกซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 เดือนและจะต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างน้อย 3 ปี อย่างไรก็ตามการนวดนั้นจะไม่ทำในผู้ป่วยที่มีข้อห้าม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกร็ดเลือดต่ำ และมีภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เป็นต้น (Jane,Chen, Wilkie, Lin, Foreman, & Beaton, et al.,2011)

6.2 การนวดเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีทั้งการนวดที่ใช้ น้ำมัน และ พลังสัมผัสสำหรับการนวดด้วยน้ำมันนั้นนิยมใช้น้ำมันดอกคาโมไมล์ หรือ น้ำมันหอมระเหย ซึ่งจากการทบทวนพบว่า การนวดด้วยน้ำมันจะลดกลุ่มอาการของโรคมะเร็งได้มากกว่าการนวดปกติ สำหรับการนวดทั้งสองชนิดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อสัปดาห์ระยะเวลา อย่างน้อย 3 สัปดาห์

แต่อย่างไรก็ตามการนำวิธีการนวดในแบบต่างๆมาใช้ในหน่วยงานผู้จัดโปรแกรมต้องมีความรู้ความชำนาญอีกทั้งจะต้องอาศัยความร่วมมือกับ สหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008).

6.3 การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าโดยใช้เวลาในการนวดเฉลี่ยประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง ความถี่ประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์ (สุพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ, 2552)

สรุปการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาแสดงในตาราง 3.2

II.การจัดการความปวดโดยใช้ยา (Pharmacological intervention) จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่ากลุ่มยาที่สามารถนำมาลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม ได้แก่

1) การจัดการความปวดแบบใช้ยาตามลำดับขั้น (by ladder) 3 ขั้นขององค์การอนามัยโลกดังนี้คือ ขั้นที่ 1 ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด 1-3 ให้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น paracetamol และยาเสริม (adjuvant drug) เช่น ยาแก้คลื่นไส้ ยาต้านเศร้า เป็นต้น ขั้นที่ 2 ให้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อนเช่น tramadol ร่วมกับยาที่ไม่ใช่ โอปิออยด์และยาเสริมในผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางคะแนนความปวด 4-6 และขั้นที่ 3 ให้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง เช่น morphine ในผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงคะแนนความปวด 7-10 (Azevedo et al., 2006; World Health Organization, 1996)

2) กลุ่มยา buprenorphine ใช้ลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชขณะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการให้ทางไขสันหลัง ขนาด 60-100 μg ซึ่งจะทำให้การให้ยาก่อนการผ่าตัดและจะให้ยาต่อเนื่องทุก 8-10 ชั่วโมงอีก (Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008)

3) ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่มีปัญหาความปวดจากปลายประสาทและไม่มีประวัติการแพ้ยาสามารถให้การรักษาโดยการรับประทานยา tramal ขนาด 1 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 45 วันซึ่งพบว่าสามารถลดความปวดจากปลายประสาทได้ (Arbaiza, & Vidal, 2007)

4) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาความปวดและไม่เคยได้รับการรักษาโดยการให้ยาแก้ปวดมาก่อนผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยเริ่มจากการรับประทานยา opioid ชนิดแรงเนื่องจากผลการศึกษาพบว่าความปวดของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการเปลี่ยนแปลงการรักษาน้อย เมื่อเทียบกับการให้ยาตามขั้นบันไดของ WHO analgesic ladder (Marinangeli, Ciccozzi, Leonardis, Aloisio, Mazzei, & Paladini, 2004)

สรุปการจัดการกับความปวดโดยใช้ยาแสดงในตาราง 3.3

การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด E : (evaluation)

ในการติดตามประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการจัดการความปวดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละชนิดนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลผู้ดูแลทราบได้ว่าความปวดของผู้ป่วยลดลงหรือไม่เพราะความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม ส่วนใหญ่เป็นความปวดเรื้อรังรุนแรงขึ้นเป็นระยะๆ (off and on) การติดตามประเมินผลการจัดการความปวดจึงต้องกระทำต่อเนื่องเป็นระยะไม่มีการสิ้นสุด ดังนั้นในการประเมินความปวดและการประเมินอาการอื่นๆ เช่น ความเครียด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้า การนอนไม่หลับ เป็นต้น นั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการเหล่านี้จะต้องเป็นชนิดเดียวกับที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการต่างๆก่อนให้การดูแลดังที่กล่าวไว้ในเบื้องต้นซึ่ง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการประเมินกลุ่มอาการดังกล่าวเองด้วย อีกทั้งพยาบาลผู้ดูแลจะต้องทำการประเมินซ้ำโดยการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมด้วย

จากผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์นั้นระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินจำแนกเป็น 2 ระยะคือ 1) การประเมินระยะสั้น ซึ่งในการประเมินระยะสั้นนั้นจะใช้เวลาในการประเมินหลังจากการจัดการความปวดประมาณ 5-30 นาทีซึ่งโปรแกรมที่นิยมใช้ในการประเมินคือ คนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ และการให้ยา เป็นต้น (Kaliyaperumala & Subashb, 2010 ; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010; มนธิดา แสงเรืองเอกและบำเพ็ญจิต แสงชาติ,2554; Janaki ,et al .,2006.) สำหรับในการจัดการความปวดโดยการนวด (Massage) นั้นควรประเมินผลของการนวดต่อการลดกลุ่มอาการอย่างน้อย 16-24 ชั่วโมงหลังนวด ซึ่งเป็นการประเมินระยะสั้น (Jane et al., 2011; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) ในการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นในการประเมินระยะสั้นควรประเมินทันทีหลังสิ้นสุดการรักษา (Pizarro1,Gich, Barthe, Roviroso, Farru,& Casas, et al.,2007) สำหรับการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดนั้นในระยะสั้นจะประเมินหลังให้โปรแกรมไปแล้ว 1-2 วันแรก (Kwekkeboom,Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland,Serlin, & Ward,2012) ในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยประมาณ 1 สัปดาห์หลังจากให้โปรแกรมเพื่อติดตามประเมินในระยะสั้นอีกทั้งเป็นการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อข้องใจต่างๆ (Wit & Dam 2001; Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin,2000) ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดของตนเองทุกวัน เพื่อประเมินผลของการดูแล (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิตแสงชาติ,2554 ; Andrade et al., 2010; Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha,

2008; Arbaiza & Vidal, 2007; Marinangeli, Cicciozzi, Leonardis, Aloisio, Mazzei, & Paladini, 2004) 2) การประเมินระยะยาว สำหรับการประเมินในระยะยาวนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิดโปรแกรมในการจัดการกับความปวด ประกอบไปด้วย การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยวิธีการสร้างจินตภาพนั้นแนะนำให้ประเมินความปวดหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างจินตภาพ (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003). สำหรับการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิดนั้นในการประเมินระยะยาวควรประเมิน หลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม (Kwekkeboom et al., 2012) ในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้จะทำการติดตามประเมินผลระยะยาวในเดือนที่ 2, 4 และ 8 โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Wit & Dam 2001; Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000) สำหรับการค้นหาปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) นั้นให้ติดตามประเมินผลประมาณสัปดาห์ที่ 6-10 หลังจากให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Fahey, Rao, Douglas, Thomas, Elliott, & Miaskowski, 2008) สำหรับการประเมินระยะยาวของโปรแกรมการนวดนั้นควรประเมินอย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) สำหรับการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น ในการประเมินระยะยาวนั้นควรประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาไปแล้วประมาณ 2-3 สัปดาห์ (Pizarro1, Gich, Barthe, Roviroso, Farru, & Casas, et al., 2007)

3.5 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

ดังที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นว่าการที่จะจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีได้ครอบคลุมทุกมิตินั้นการจัดการความปวดจะต้องประกอบไปด้วย

A : (assessment) คือแบบประเมินความปวดจะต้องครอบคลุมทุกมิติ, I : (intervention) การจัดการกับความปวดที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และ E : (evaluation) การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวดที่สมบูรณ์ ซึ่งจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องก็พบว่า การจะนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดมีข้อเสนอแนะดังนี้

3.5.1 ข้อเสนอแนะในการประเมินความปวด

ในการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือแต่ละชนิดนั้น จะต้องใช้ง่าย ไม่รบกวนผู้ป่วยเกินไปและเหมาะสมกับบริบท ในการประเมินความปวดมิติเดียวมักใช้มาตรวัดแบบตัวเลข

Numeric Rating Scale (NRS) คะแนน 0-10 (Kaliyaperumala,& Subashb,2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010;Pizarro1 et al., 2007; มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2524; Kwekkeboom et al., 2012; Jane et al., 2011;Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh,& Sunitha, 2008; Arbaiza & Vidal,2007; Marinangeli et al., 2004; Azevedo et al.,2006) ซึ่งสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ประเมินด้วยตนเองได้และสามารถแจ้งให้พยาบาลและผู้ดูแลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที

การสอนให้ผู้ป่วยประเมินความปวดได้โดยเร็วที่สุดเพราะถ้าประเมินได้เร็วจะสามารถเริ่มต้นออกแบบการจัดการความปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สำหรับความปวดที่มีความเฉพาะเช่น ความปวดจากปลายประสาทมักจะให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินโดยใช้ Somatosensory evoked potentials (SEPs) เป็นต้น (Arbaiza & Vidal, 2007)

สำหรับแบบประเมินความปวดหลายมิตินิยมใช้ Brief Pain Inventory (BPI) (Ward, Donovan, Owen, Groen, & Serlin, 2000; Fahey et al., 2008; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008; Andrade et al., 2010) อีกทั้งในการประเมินอาการปวดพยาบาลผู้ดูแลจะต้องทราบถึงสาเหตุ พยาธิสภาพ รวมไปถึงความเข้าใจในในความเป็นปัจเจกบุคคลการประเมินจึงควรใช้หลักการขององค์กร Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ของสหรัฐอเมริกาซึ่งประกอบไปด้วย ABCDE (Wit & Dam 2001)

เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง มักมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ โดยส่วนมากมักพบในผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปเรียกว่ากลุ่มอาการ (symptom cluster) โดยที่อาการในกลุ่มอาการเดียวกันมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือเมื่อมีอาการหนึ่งจะเกิดอาการหนึ่งตามมา หรือเมื่อมีอาการหนึ่งรุนแรงก็อาจส่งผลให้อีกอาการหนึ่งรุนแรงขึ้นตามไปด้วย เช่น อาการปวด ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ เมื่อนอนไม่หลับ อาจทำให้อาการปวดรุนแรงขึ้นเป็นต้น (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) ดังนั้นจึงจำเป็นจะต้องประเมินอาการไม่สุขสบายอื่นๆร่วมด้วยตามความจำเป็นซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประกอบไปด้วย การประเมินความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าที่นิยมใช้คือ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Mood States-Short Form และ Beck Depression Inventory(BDI) สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนิยมใช้แบบประเมิน Cuestionario de Calidad de Vida QL-CA-AFex (CCV) (Pizarro1 et al., 2007; Kwekkeboom et al., 2012; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) Function Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) (Ward, Donovan, Owen, Groen, & Serlin,2000), EORTC QLQ-C30 (Wit & Dam 2001) สำหรับการประเมินมิติเดียว

นั้นนิยมใช้ Mood-VAS, Relaxation-VAS , และ Symptom Distress Scale (SDS-VAS) ในการวัดกลุ่มอาการ (Jane et al., 2011) รวมไปถึงการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวนิยมใช้ Karnofsky scale (Arbaiza et al., 2004) ในการประเมินอาการนอนไม่หลับนิยมใช้มาตรวัดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale (NRS) คะแนน 0-10 ร่วมกับการประเมินอาการปวด (Kwekkeboom et al., 2012 ; Jane et al., 2011) สำหรับเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินอาการอ่อนล้าที่สมบูรณ์และพบว่ามี ความตรงและความเที่ยงคือ Brief Fatigue Inventory (BFI) (Kwekkeboom et al., 2012)

การประเมินผลกระทบของกลุ่มอาการต่อกิจวัตรประจำวันนั้นก็เป็นสิ่งสำคัญที่นำมาใช้ในการประเมินร่วมกันซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้คือ Anderson Symptom Inventory (MDASI) (Kwekkeboom et al., 2012)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอุปสรรคในการจัดการกับความปวดใช้ Barriers Questionnaire (BQ), ประเมินความเพียงพอของการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยใช้ Pain Management Index (PMI) และประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดใช้ Medication Side Effect Checklist (MSEC) (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003; Fahey et al., 2008)

ในเวลาเดียวกันควรมีการประเมินผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการจัดการความปวดแต่ละวิธีด้วยซึ่งพบอยู่ในการจัดการความปวดโดยการใช้ยาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ครั้งนี้พบว่า มีข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มีการให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลังเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่สืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาโดยการฝังแร่ นั้นจะต้องทำการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนอันได้แก่ CBC, RFT, E⁺, CT, CXR, ECG, EKG และ ส่งปรึกษาแพทย์ดมยาเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008)

3.5.2 ข้อแนะนำในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยา

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่สืบพันธุ์นั้นยังไม่ได้ข้อสรุปที่แน่ชัดว่าวิธีใดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่พยาบาลผู้ดูแลสามารถให้ความรู้และคำแนะนำให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องทั้งนี้ต้องให้การดูแลควบคู่กับการใช้ยา

ดังนั้นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาประกอบไปด้วย คนตรีบำบัด ซึ่งการเลือกใช้คนตรีในการบำบัดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งให้ เกิดประสิทธิภาพมากที่สุดนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับยา

แก้ปวดอย่างเพียงพอและต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่เกิดอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดเนื่องจากคนตรีจะเป็นตัวช่วยในการเสริมฤทธิ์ของยาแก้ปวด ซึ่งระยะเวลาในการฟังดนตรีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยคือ ครั้งละ 20-30 นาทีความถี่ที่เหมาะสมคือ วันละ 2 ครั้งอย่างน้อยติดต่อกัน 3 วัน อีกทั้งการเลือกใช้ดนตรีในการลดปวดในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นจะต้องคำนึงถึงพื้นฐานของครอบครัว วัฒนธรรม และความชอบส่วนตัวของผู้ป่วยอีกด้วย (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010) สำหรับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพในการลดปวดนั้นก็ยังสามารถนำไปใช้ได้เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าปัญหาทางด้านจิตใจมีผลต่อระดับความปวดอีกทั้งการจะนำวิธีนี้ไปใช้นั้นผู้ป่วยจะต้องมีความปวดระดับปานกลางซึ่งถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาความปวดในระดับรุนแรงผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดก่อนการสร้างจินตภาพทุกครั้ง (Pizarro1 et al., 2007; Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003) จากการศึกษายังพบอีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษา มีประสบการณ์ในการสร้างจินตภาพมาก่อน จะสามารถสร้างจินตภาพได้ดี (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003) ซึ่งในการนำเทคนิคนี้ไปใช้นั้นควรพิจารณาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล อีกทั้งควรมีการสอดแทรกเทคนิคการสร้างจินตภาพในหัวข้อการจัดการความปวดทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด (cognitive behavioral intervention) นั้นเหมาะสำหรับใช้ในการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปซึ่งพบมากในระยะลุกลาม อีกทั้งการจะใช้เทคนิคนี้นั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมและได้ผลคือ 3-6 เดือน (Kwekkeboom et al., 2012) โปรแกรมการให้ความรู้ (Education Program) นั้นถ้าจะให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นควรให้ก่อนทำการรักษา อีกทั้งจะต้องให้ควบคู่ไปกับประสบการณ์ในการจัดการความปวดของแต่ละคนสำหรับสื่อในการประกอบการสอนควรมีหลากหลายเช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000) สำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังและต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านนั้นการให้ความรู้ก่อนการจำหน่ายเป็นสิ่งสำคัญอีกทั้งการทำงานร่วมกันเป็นทีมกับหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาในการเข้าไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีปัญหาความปวดเรื้อรังอย่างยิ่ง (Wit & Dam 2001) และเพื่อที่จะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาตลอดเวลานั้นสถานบริการควรจะต้องมีเจ้าหน้าที่ในการให้บริการทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง (Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003) ในการค้นหาปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) นั้นสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านโดยการโทรศัพท์เยี่ยมจาก

พยาบาลผู้ดูแลซึ่งทำให้ลดการเผชิญหน้ากับบุคลากรสุขภาพผู้ป่วยจะรู้สึกเป็นส่วนตัวและสามารถที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนได้อย่างตรงประเด็นสำหรับผู้ดูแลที่จะใช้โปรแกรมนี้จะต้องผ่านการอบรมมาก่อน (Fahey et al., 2008)

สำหรับการนวด (Massage) เพื่อลดปวดนั้นผู้ปฏิบัติจะต้องผ่านการอบรม 3 เดือนและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างน้อย 3 ปี อีกทั้งเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการลดกลุ่มอาการนั้นควรนวดพร้อมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมด้วย แต่สิ่งที่น่าสนใจของการนวดอยู่ที่ระยะเวลาต่ำที่สุดที่สามารถจัดการกับความปวดได้ใช้เวลาเพียง 15 นาที และความถี่ในการนวดเพียงครั้งเดียวสามารถให้ผลลดปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jane et al., 2011; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008; สุพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ, 2552) ในการใช้แบบบันทึกเพื่อประเมินความปวดประจำวันนั้นควรจะต้องกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 สำหรับการปฏิบัติงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Andrade et al., 2010)

สำหรับการจัดการความปวดโดยใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามนั้นนิยมให้ยาแก้ปวดตามลำดับขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) ได้แก่ ขั้นที่ 1 ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด 1-3 ให้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น paracetamol และยาเสริม (adjuvant drug) ขั้นที่ 2 ให้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อนเช่น tramadol ร่วมกับยาที่ไม่ใช่ โอปิออยด์ และยาเสริมในผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางคะแนนความปวด 4-6 และขั้นที่ 3 ให้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง เช่น morphine ในผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงคะแนนความปวด 7-10 ซึ่งพบว่าการใช้ WHO analgesic ladder ช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้ร้อยละ 45-100 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือคลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก สำหรับการจัดการกับความปวดแทรกยังไม่ค่อยมีบันทึก แต่ไม่พบมีปัญหาเรื่องการดื้อยาและติดยาในผู้ป่วย (Azevedo, et al., 2006). อย่างไรก็ตามจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ก็พบว่าการทดสอบประสิทธิภาพของยาแก้ปวดตามแนวทางของ WHO ดังนี้ ได้แก่ การให้ยาแก้ปวดกลุ่ม buprenorphine ทางใต้ลิ้นหลังเพื่อลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นสามารถให้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งผลก็พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และยังลดการใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นอีกด้วย (Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008) ในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมีปัญหาความปวดปลายประสาทและไม่มีประวัติการแพ้ยา opioids นั้นสามารถให้ผู้ป่วยรับประทานยา tramol ได้ซึ่งพบว่าอาการข้างเคียงน้อย ลดจำนวนการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นร่วมด้วย และยังเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางเดินร่างกายของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถใช้ลดปวดเรื้อรังในระยะยาวได้อีกด้วย (Arbaiza, & Vidal, 2007) ถึงแม้ว่าการใช้ยาแก้ปวดเป็นหัวใจสำคัญของการบรรเทาปวดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งหลักฐานชั้นสำคัญที่ยอมรับและ

นำไปใช้กันทั่วโลกคือการให้ยาตามลำดับขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO three-step analgesic) แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการปฏิบัติตาม WHO analgesic ladder มีประสิทธิผลจริงซึ่งในปัจจุบันความรู้ความก้าวหน้าในการพัฒนาแก้ปวดมีการเปลี่ยนแปลงไปมากจึงมีผู้แสดงความเห็นว่าอาจจำเป็นต้องทบทวนแนวทางดังกล่าวซึ่งจากการทบทวนข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีปัญหาความปวดและได้รับการรักษาโดยการเริ่มให้ยา opioid ชนิดแรงก่อน เป็นเวลา 1 สัปดาห์พบว่าระดับความปวด, คุณภาพชีวิต, อาการข้างเคียง และการเปลี่ยนแปลงการรักษา ลดลงเมื่อเทียบกับการเริ่มให้ยาตามลำดับขั้นของ WHO (Marinangeli et al., 2004) อย่างไรก็ตามนอกจากการให้ยาตามลำดับขั้นแล้ว WHO ยังเสนอแนะให้ยึดหลักการบริหารยาแก้ปวด โดย การรับประทานยา (by oral) ตามเวลา (by clock) ตามความเหมาะสมของแต่ละคน (for the individual) และ ใส่ใจรายละเอียด (attention to detail) อีกด้วย (WHO, 1996)

3.5.3 การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด

ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลร่วมกับพยาบาลดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับ เครื่องมือประเมิน วิธีการประเมิน ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินกับผู้ป่วย และผู้ดูแล จะช่วยให้การติดตามประเมินผลการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการเปิดช่องทางการสื่อสารการประเมินความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความปวดได้เหมาะสมและผลลัพธ์การจัดการความปวดดีขึ้นในการติดตามประเมินผลของความปวดนั้นควรจะใช้เวลาประมาณ 5-30 นาทีหลังจากให้การดูแล อีกทั้งผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดของตนเองทุกวันควบคู่ไปด้วยเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลที่ได้รับ (Kaliyaperumala & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010 ; มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554 Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008; Arbaiza & Vidal, 2007; Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008 ; Marinangeli et al., 2004; Azevedo et al., 2006)

สำหรับการใช้เทคนิคการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด (cognitive behavioral intervention) นั้นผลการศึกษาพบว่าให้ผลในการลดกลุ่มอาการได้ดีกว่าถ้าปฏิบัติในระยะยาว (3-6 เดือน) ดังนั้นควรจะมีการติดตามผลการจัดการทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Kwekkeboom et al. , 2012) สำหรับโปรแกรมการให้ความรู้นั้นควรติดตามหลังจากให้ความรู้ไปแล้วอย่างน้อย 1 อาทิตย์ เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยจะได้ทำการช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000) สำหรับการติดตามประเมินผลในระยะยาวนั้นจะต้องทำร่วมกับพยาบาลทีมเยี่ยมบ้านในการติดตามดูแลซึ่งมักจะติดตามในเดือนที่ 2, 4 และ 8 (Wit & Dam

2001; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003) ในการค้นหาปัญหาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) นั้นเป็นการแก้ปัญหาระยะยาวดังนั้นการติดตามประเมินผลควรดำเนินการอย่างน้อย 6-10 สัปดาห์ไปแล้ว (Fahey et al., 2008) สำหรับการนวด (Massage) นั้นมักจะมีผลในการลดกลุ่มอาการในระยะสั้นๆ ดังนั้นควรติดตามประเมินผลของการนวดต่อกลุ่มอาการอย่างน้อย 16-24 ชั่วโมงหลังการนวด (Jane et al., 2011) สำหรับระยะยาวนั้นควรประเมินอย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008)

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่พบในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะโรคลูกกลมและแพร่กระจายคือความปวด ซึ่งพบอุบัติการณ์ความปวดสูงถึงร้อยละ 60 (van den Beuken-van Everdingen, de Rijke, Kessels, Schouten, van Kleef, & Patijn, 2007) ซึ่ง สาเหตุของความปวดส่วนใหญ่เกิดจากการลูกกลมของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น กระดูก เส้นประสาท อวัยวะภายใน รongลงมาเกิดจากวิธีการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา (นันทนา เติญชรพงษ์, 2548) ผลของความปวดที่รุนแรง เรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ต่างๆลดลงเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบาย ท้อแท้ หดหู่ สูญเสียความหวังในชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายอีกด้วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอย่างเป็นระบบ และสรุปข้อแนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลูกกลมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลูกกลม อีกทั้งยังได้องค์ความรู้และทราบช่องว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลูกกลมอีกด้วย โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) ได้แก่ Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), PubMed, Science Direct, SpringerLink, Wiley Interscience, HighWire Press, Thai list โดยใช้กรอบ PICO ซึ่งวรรณกรรมที่นำมาใช้ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้ตามเกณฑ์ประเมินของ Grace (2009) แบบ Therapy evidence pyramid ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2013 จำนวน 19 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง, งานวิจัยระดับ 3 จำนวน 11 เรื่อง, งานวิจัยระดับ 4 จำนวน 1 เรื่อง, งานวิจัยระดับ 5 จำนวน 3 เรื่องและงานวิจัยระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง ได้ข้อสรุปในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลูกกลม โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) และการจัดการความปวดโดยใช้ยา (Pharmacologic intervention) โดยสามารถสรุปเป็นข้อแนะนำสำหรับแนวทางการ

ประเมินความปวด การจัดการความปวด และการติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการประเมินความปวดซึ่งแบ่งออกเป็น

-การประเมินมิตินี้ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale (NRS) คะแนน 0-10, Visual Analog Scale (VAS) คะแนน 0-100 และ Visual Analog Scale (VAS) คะแนน 0-10 เป็นมาตรวัดที่มีความตรง (ความตรงปรากฏ ความตรงเหมือน และความตรงตามสภาพ) มีความเที่ยงของแบบวัดสูงซึ่งสามารถใช้ได้ดีในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ไม่มีความบกพร่องทางความคิด การรับรู้และการตัดสินใจสำหรับการประเมินความปวดนั้นควรประเมินก่อนให้การดูแลประมาณ 5-30 นาที (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010; Pizarro1, Gich, Barthe, Rovirosa, Farru, & Casas, et al., 2007; มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ., 2524; (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003; Kwekkeboom, Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland, Serlin, & Ward, 2012; West, Dodd, Paul, Schumacher, Tripathy, & Koo, et al., 2003; Jane, Chen, Wilkie, Lin, Foreman, & Beaton, et al., 2011; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008; Andrade, Proctor, Slack, Marlowe, Ashby, & Schenken, 2010; Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008; Arbaiza, & Vidal, 2007; Marinangeli, Ciccozzi, Leonardis, Aloisio, Mazzei, & Paladini, et al., 2004; Azevedo, et al., 2006; สุวพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ, 2552)

-แบบประเมินความปวดหลายมิติ ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงความปวด และผลกระทบจากความปวดนั้นใช้ Brief Pain Inventory (BPI) เนื่องจากมีความเที่ยงอยู่ในระดับดีมาก (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003; Fahey, Rao, Douglas, Thomas, Elliott, & Miaskowski, 2008)

-การประเมินตามหลักขององค์กร Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ของสหรัฐอเมริกาซึ่งประกอบไปด้วย ABCDE ดังนี้ A= Ask ถามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ Assess ประเมินอย่างเป็นระบบ, B= Believe เชื่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกเกี่ยวกับความปวดของเขา, C = Choose เลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ญาติ และหน่วยงาน, D = Deliver ให้ความช่วยเหลือทันที มีเหตุผล และมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี และ E = Empower สร้างเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและญาติ Enable ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เต็มที่ (Wit & Dam, 2001)

-การประเมินด้านจิตใจ ประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ประเมินความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้มากที่สุดคือ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ง่าย ไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ มี 2 ด้าน คือ

อาการวิตกกังวล 7 ข้อ และ อาการซึมเศร้า 7 ข้อ รองลงมาคือและ Mood States-Short Form (Pizarro1,Gich, Barthe, Rovirosa, Farru,& Casas, et al.,2007;Kwekkeboom,Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland,Serlin, & Ward,2012;Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) นอกจากนี้เครื่องมือที่มีการกล่าวถึงและใช้บ่อยในการศึกษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ Beck Depression Inventory (BDI) (Arbaiza,& Vidal,2007) สำหรับการประเมินด้านจิตใจในมิติเดียวนิยมใช้ Mood-VAS, Relaxation-VAS และSymptom Distress Scale (SDS-VAS) (Jane,Chen, Wilkie, Lin, Foreman, & Beaton, et al.,2011;Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008)

-การประเมินคุณภาพชีวิตได้แก่ แบบประเมิน Cuestionario de Calidad de Vida QL-CA-AFex (CCV) จะมีคำถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการและ จิตสังคม(Pizarro1,Gich, Barthe, Rovirosa, Farru,& Casas, et al.,2007;Kwekkeboom,Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland,Serlin, & Ward,2012) แบบประเมิน Function Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ประกอบไปด้วยคำถามด้านกาย จิต สังคม เป็นต้น (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin,2000) และแบบประเมินEORTC QLQ-C30 ประกอบไปด้วย คำถามเกี่ยวกับการประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ข้อมูลจากทีมสุขภาพ เป็นต้น (Wit & Dam, 2001) ในการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวนั้นนิยมใช้ Karnofsky Performance Status (KPS) (Arbaiza,& Vidal,2007; Marinangeli, Ciccozzi, Leonardis, Aloisio, Mazzei, & Paladini, 2004)

-การประเมินอาการนอนไม่หลับสามารถประเมินได้โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) คะแนน 0-10ได้เนื่องจากง่ายและสะดวกสามารถใช้ประเมินร่วมกับอาการปวดได้โดยผู้ป่วยไม่ต้องใช้เวลามาก (Kwekkeboom ,Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland,Serlin, & Ward,2012 ;Jane,Chen, Wilkie, Lin, Foreman, & Beaton, et al.,2011)

- การประเมินอาการอ่อนล้า ได้แก่ Brief Fatigue Inventory (BFI) ซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วยระดับความรุนแรง สาเหตุและผลกระทบของอาการอ่อนล้า (Kwekkeboom ,Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland,Serlin, & Ward,2012)

- การประเมินผลกระทบของกลุ่มอาการต่อกิจวัตรประจำวันได้แก่ Anderson Symptom Inventory (MDASI) (Kwekkeboom,Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland,Serlin, & Ward,2012)

-ประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดประกอบด้วยการประเมินอุปสรรคในการจัดการกับความปวดใช้ Barriers Questionnaire (BQ),ประเมินความเพียงพอของการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยใช้ Pain Management Index (PMI)และประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดใช้ Medication Side

Effect Checklist (MSEC) (Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000; Wells, Hepworth, Murphy, Wujcik, & Johnson, 2003; Fahey, Rao, Douglas, Thomas, Elliott, & Miaskowski, 2008) ในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลังนั้นจะต้องทำการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอันได้แก่ CBC, RFT, E^+ , CT, CXR, ECG, EKG และ ส่งปรึกษาแพทย์ดมยา ก่อนการให้ยาทุกครั้งเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น (Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008)

2. ข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดซึ่งแบ่งออก

2.1 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาประกอบไปด้วย

-ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ซึ่งการบำบัดด้วยดนตรีมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยฟังเพลงคลาสสิกวันละ 20 นาทีในเวลาเดียวกัน จำนวน 2 ครั้งต่อวัน ติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010) หรือให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ชอบได้แก่ เพลงธรรมชาติ เพลงพื้นบ้านได้ห้วน และ เพลง อเมริกา แล้วให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงและฟังเพลงที่เลือกใช้เวลาประมาณ 30 นาที (Huang, Good, & Zauszniewski, 2010)

- เทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพ (relaxation and guided imagery) พบว่าเทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพมีหลายรูปแบบประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดจากการฝังแร่ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพเป็นรายบุคคลโดยให้ฟังจากเทปซึ่งเนื้อหาในเทปประกอบไปด้วยการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจและการผ่อนคลายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ประกอบกับมีคำบรรยายให้จินตนาการถึงทะเล ภูเขา เป็นต้น ทำวันละ 10 นาทีโดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติก่อน - ขณะรับการฝังแร่และแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกเป็นรายบุคคลเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง (Pizarro1, Gich, Barthe, Rovirosa, Farru, & Casas, et al., 2007) สำหรับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาการเจ็บปวด (PS>3) หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดแล้ว ไม่มีการลุกลามของโรคไปที่สมอง และไม่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ทำได้โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปที่มีคำบรรยายถึงธรรมชาติได้แก่ การเดินริมแม่น้ำ การนั่งอยู่ท่ามกลางทุ่งดอกไม้ และภาพของพระอาทิตย์ตกดิน ซึ่งเนื้อหาในเทปจะไม่มีส่วนประกอบของดนตรี (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003) ซึ่งในการสร้างจินตภาพนั้นผู้ป่วยสามารถทำการสร้างจินตภาพได้ทุกครั้งที่เมื่อมีอาการปวดโดยเวลาประมาณ 15 นาทีโดยที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฝึกจากผู้ดูแลเป็นเวลา 1 ชั่วโมงที่โรงพยาบาลและให้ผู้ป่วยนำกลับไปฝึกด้วยตนเองต่ออีก 3 วันที่บ้านโดยผู้ดูแลจะประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพของผู้ป่วยในวันที่ 4 ก่อนให้ผู้ป่วยปฏิบัติจริงซึ่งผู้ป่วยที่สามารถสร้างจินตภาพได้จะได้รับแถบบันทึกเสียงการสร้างจินตภาพพร้อมอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการปฏิบัติ (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554)

-โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด (cognitive behavioral intervention) ซึ่งประกอบไปด้วย การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายซึ่งเนื้อหาทั้งหมดจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียงโดยเป็นผู้หญิงเนื้อหาประกอบไปด้วย 12 กลยุทธ์ 4 ส่วน ได้แก่ 1.การจินตภาพถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและการจัดการซึ่งได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นการกำหนดจิตเพื่อเป็นการลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ 2.การจินตภาพถึงธรรมชาติเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากกลุ่มอาการต่างๆซึ่งประกอบไปด้วยการจินตภาพถึง ทะเล ภูเขา และทุ่งหญ้า 3.การผ่อนคลายโดยการออกกำลังซึ่งเนื้อหาจะประกอบไปด้วย เทคนิคการผ่อนคลายกลุ่มกล้ามเนื้อตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร และการฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย 4. การฟังเสียงธรรมชาติอันประกอบไปด้วยเสียงคลื่น ลม อากาศ เป็นต้น ซึ่งเนื้อหาทั้งหมดจะถูกบันทึกในเครื่องเล่น MP3 โดยผู้ป่วยจะได้รับการฝึกขณะอยู่ในโรงพยาบาลและนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (Kwekkeboom, Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland, Serlin, & Ward, 2012)

- การค้นหาปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) สำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ที่บ้านทำได้โดยการโทรศัพท์เยี่ยมซึ่งประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทักทาย (Greeting) เพื่อที่จะค้นหาปัญหา 2) ปัญหาที่พบ (Current issue) ที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวด 3) ปัญหา (Problem) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสาเหตุ ผลกระทบที่เกิด และการจัดการกับความปวด 4) ผลกระทบปัญหา (Problem impact) สำรวจเฉพาะเกี่ยวกับวิธีแก้ปัญห (เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย 5) เป้าหมายระยะสั้น (Short-term goal) ร่วมตั้งเป้าหมายระยะสั้นและส่งเสริม พฤติกรรมเฉพาะจะช่วยให้การเข้าถึงเป้าหมายของผู้ป่วย 6) กลยุทธ์ (Strategies) สำหรับเอาชนะอุปสรรค 7) งาน (Tasks) คือสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติ, ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญห, ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและส่งเสริมการจัดการกับความปวด 8) สรุป (Summary) โดยร่วมกันอภิปรายและตอบข้อซักถามแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้ดูแลทำการโทรศัพท์ตามเยี่ยมเป็นระยะเวลา 6-10 สัปดาห์ (Fahey, Rao, Douglas, Thomas, Elliott, & Miaskowski, 2008)

- การนวด (Massage) นั้นมีหลายรูปแบบประกอบ ด้วยการนวดเพื่อลดปวดนั้นจะทำในระยะเวลา 5 วันประกอบไปด้วย วันที่ 1 จะต้องทำการประเมินกลุ่มอาการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการนวด วันที่ 2-4 ทำการนวดโดยนวดบริเวณ ศีรษะ, คอ, หลัง และกล้ามเนื้อ gluteus รวมไปถึงระยะขางทั้ง 4 ของร่างกายโดยทำการนวดติดต่อกัน 3 วัน วันละ 40 นาที สำหรับวันที่ 5 ทำการประเมินผลของกลุ่มอาการและผลข้างเคียงของการนวดในผู้ป่วย

มะเร็งที่มีการลุกลามของโรคไปที่กระดูกนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 เดือนและจะต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างน้อย 3 ปี อีกทั้งผู้ป่วยจะต้องไม่มีข้อห้ามในการนวด (Jane, Chen, Wilkie, Lin, Foreman, & Beaton, et al., 2011) สำหรับการนวดเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีทั้งการนวดที่ใช้ น้ำมัน และ พลังสัมผัส สำหรับการนวดด้วยน้ำมันนั้นนิยมใช้น้ำมันดอกคาโมไมล์ หรือน้ำมันหอมระเหยซึ่งจากการทบทวนพบว่า การนวดด้วยน้ำมันจะลดกลุ่มอาการของโรคมะเร็งได้มากกว่าการนวดปกติสำหรับการนวดทั้งสองชนิดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อสัปดาห์ระยะเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์แต่อย่างไรก็ตามการนำวิธีการนวดในแบบต่าง ๆ มาใช้ในหน่วยงานผู้จัดโปรแกรมต้องมีความรู้ความชำนาญ อีกทั้งจะต้องอาศัยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพ เพื่อให้ประสิทธิผลสำเร็จ (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) สำหรับในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าโดยมากมักใช้เวลาในการนวดเฉลี่ยประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง ความถี่ประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์ (สุพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ, 2552)

2.2 จัดการความปวดแบบใช้ยา ประกอบไป

-การให้ยาแก้ปวด ตามลำดับขั้น (by ladder) 3 ขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO three-step analgesic ladder) ดังนี้คือ ขั้นที่ 1 ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด 1-3 ให้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น paracetamol และยาเสริม (adjuvant drug) เช่น ยาแก้คลื่นไส้ ยาต้านเศร้า เป็นต้น ขั้นที่ 2 ให้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อน เช่น tramadol ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์และยาเสริมในผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลางคะแนนความปวด 4-6 และขั้นที่ 3 ให้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง เช่น morphine ในผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงคะแนนความปวด 7-10 พบว่าช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้ร้อยละ 45-100 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก และยังพบอีกว่าการจัดการกับความปวดแทรกยังไม่ดีนัก ไม่พบปัญหาเรื่องการติดยา และติดยา (Azevedo et al., 2006)

-การใช้กลุ่มยา Buprenorphine ในการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ขณะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการให้ทางไขสันหลัง ขนาด 60-100 μg ซึ่งจะทำการให้ยาก่อนการผ่าตัดและจะให้ยาต่อเนื่องทุก 8-10 ชั่วโมงอีก (Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008)

-ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่มีปัญหาความปวดจากปลายประสาทและไม่มีประวัติการแพ้ยาสามารถได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา tramal ขนาด 1 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 45 วันซึ่งพบว่าสามารถลดความปวดจากปลายประสาทได้ (Arbaiza, & Vidal, 2007)

-ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาความปวดและไม่เคยได้รับการรักษาโดยการให้ยาแก้ปวดมาก่อนผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโดยเริ่มจากการรักษาประทุษยานา opioid ชนิดแรงเนื่องจากผลการศึกษาพบว่าความปวดของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการเปลี่ยนแปลงการรักษาน้อย เมื่อเทียบกับการให้ยาตามขั้นบันไดของ WHO analgesic ladder (Marinangeli, Ciccozzi, Leonardis, Aloisio, Mazzei, & Paladini, 2004)

3. การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด E : (evaluation)

จากผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์นั้นระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินจำแนกเป็น 2 ระยะคือ 1) การประเมินระยะสั้น ซึ่งในการประเมินระยะสั้นนั้นจะใช้เวลาในการประเมินหลังจากการจัดการความปวดประมาณ 5-30 นาทีซึ่งโปรแกรมที่นิยมใช้ในการประเมินคือ คนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ และการให้ยา เป็นต้น (Kaliyaperumala & Subashb, 2010 ; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010; มนริดา แสงเรืองเอกและบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554; Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008; Azevedo, et al., 2006) ในการจัดการความปวดโดยการนวด (Massage) นั้นควรประเมินผลของการนวดต่อการลดกลุ่มอาการอย่างน้อย 16-24 ชั่วโมงหลังนวด ซึ่งเป็นการประเมินระยะสั้น (Jane, Chen, Wilkie, Lin, Foreman, & Beaton, et al., 2011; Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) สำหรับการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นในการประเมินระยะสั้นควรประเมินทันทีหลังสิ้นสุดการรักษา (Pizarro1, Gich, Barthe, Rovirosa, Farru, & Casas, et al., 2007) ส่วนการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดนั้นในระยะสั้นจะประเมินหลังให้โปรแกรมไปแล้ว 1-2 วันแรก (Kwekkeboom, Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland, Serlin, & Ward, 2012) ในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยประมาณ 1 สัปดาห์หลังจากให้โปรแกรมเพื่อติดตามประเมินในระยะสั้นอีกทั้งเป็นการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อข้องใจต่างๆ (Wit & Dam 2001; Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin, 2000) ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดของตนเองทุกวัน เพื่อประเมินผลของการดูแล (มนริดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิตแสงชาติ, 2554 ; Andrade, Proctor, Slack, Marlowe, Ashby, & Schenken, 2010; Janaki, Nirmala, Kadam, Ramesh, & Sunitha, 2008; Arbaiza, & Vidal, 2007; Marinangeli, Ciccozzi, Leonardis, Aloisio, Mazzei, & Paladini, 2004) 2) การประเมินระยะยาว สำหรับการประเมินในระยะยาวนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิดโปรแกรมในการจัดการกับความปวด ประกอบไปด้วย การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยวิธีการสร้างจินตภาพนั้นแนะนำให้ประเมินความปวดหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างจินตภาพ (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003) สำหรับการให้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดนั้นในการประเมินระยะยาวควรประเมิน หลังสิ้นสุดการใช้

โปรแกรม(Kwekkeboom,Abbott-Anderson, Cherwin, Roiland,Serlin, & Ward,2012) ในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้นี้จะทำการติดตามประเมินผลระยะยาวในเดือนที่ 2,4 และ 8 โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Wit & Dam 2001; Ward, Donovan, Owen, Grosen, & Serlin,2000) การค้นหาปัญหาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) นั้นให้ติดตามประเมินผลประมาณสัปดาห์ที่ 6-10 หลังจากให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Fahey,Rao, Douglas, Thomas, Elliott, & Miaskowski, 2008) สำหรับการประเมินระยะยาวของโปรแกรมการวัดนั้นควรประเมินอย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) ในการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น การประเมินระยะยาวนั้นควรประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาไปแล้วประมาณ 2-3 สัปดาห์ (Pizarro1,Gich, Barthe, Rovirosa, Farru,& Casas, et al.,2007) ซึ่งในการประเมินนั้นมักใช้แบบบันทึกความปวดประจำวัน (Collection of daily pain scores) ประกอบไปด้วยการบันทึก ตำแหน่งที่เกิดความปวด ระดับความปวด ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาที่แพทย์ต้องปรับ และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ทำการบันทึกก่อนรับการรักษาทุกวันเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 (NRS $\geq$ 3) ติดต่อกันสามวันให้รายงานแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้น (Andrade, Proctor, Slack,Marlowe, Ashby, & Schenken, 2010)

ซึ่งจากผลการรวบรวม วิเคราะห์ และทบทวนอย่างเป็นระบบ ของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น พบว่า การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามนั้นจะต้องเริ่มต้องจากการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความปวด การรายงานความปวด การบันทึกความปวด โดยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด ผลข้างเคียง อีกทั้งในการสอนนั้นจะต้องสอดแทรกกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาควบคู่ไปด้วยตามความสนใจและความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละรายโดยประเมินจากความต้องการ ความคิด ความเชื่อ หรือ ทศนคติของผู้ป่วยก่อนเพื่อที่จะได้จัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งในการสอนนั้นจะทำเป็นรายบุคคลโดยจะต้องมีการแจกเอกสารหรือแผ่นพับเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำไปศึกษาด้วยตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และจะต้องมีการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังการจำหน่ายประมาณ 2 สัปดาห์ หรืออาจมีการติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งสามารถพิจารณาตามความจำเป็น จะเห็นได้ว่าการที่พยาบาลแสดงออกถึงความพยายามในการดูแล ให้ความช่วยเหลือ ทั้งวิธีการใช้ยา และวิธีที่ไม่ใช้ยานั้น สามารถบรรเทาความปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยยังมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากการทบทวนวิเคราะห์อย่างเป็นระบบของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ความรู้ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

- 1.ควรสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเน้นความสำคัญของความปวด โดยทำความเข้าใจกลไกการเกิดความปวด และสามารถนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- 2.ควรพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่มีความปวดในหอผู้ป่วย โดยใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมินและจัดการกับความปวดในรูปแบบการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยา และไม่ใช้ยา
- 3.มีระบบการเฝ้าติดตามและประเมินผลของความปวดตลอดการรักษา เพื่อทราบถึงผลลัพธ์จากการนำวิธีการจัดการกับความปวดมาบูรณาการร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่มีอาการปวดได้
- 4.มีการประสานความร่วมมือกับแพทย์หน่วย oncology ในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องในเรื่องการประเมินความปวด และการนำการจัดการความปวดแบบไม่ใช่ยาไปปฏิบัติ
- 5.มีระบบการจัดการสนับสนุนสำหรับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยนำความรู้ที่ทันสมัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลรักษา และให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยเฉพาะกิจกรรมในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา
- 6.มีแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่มีความปวดโดยมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของการให้บริการความก้าวหน้าทางวิชาการที่เกิดขึ้นใหม่
- 7.มีการเผยแพร่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่มีความปวดอย่างมีประสิทธิภาพไปยังหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน
8. ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามนั้น ควรให้การพยาบาลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- 9.สำหรับการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ในครั้งนี้พบว่างานที่นำมาทบทวนมีความน่าเชื่อถือหลายระดับ ซึ่งบางการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เล็กเกินไปทำให้มีผลต่อความน่าเชื่อถือของ

ผลการศึกษา ดังนั้นการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลควรมีการนำไปทดลองใช้ก่อนการนำไปปฏิบัติจริง

ด้านการวิจัย

1. การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แต่การศึกษาส่วนใหญ่มักจะพบในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป จึงควรมีการศึกษาที่เจาะจงศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างกว้างขวาง

2. ควรมีการศึกษาการวิจัยในผู้ป่วยคนไทยเพื่อยืนยันความมีประสิทธิภาพก่อนนำไปใช้จริง โดยเฉพาะโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิด ผสมผสานกับ เทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพ เนื่องจากการจัดการความปวดแต่ละวิธีจะมีผลกระทบที่กลไกการจัดการความปวดของร่างกายซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีควบคุมประตูต่างกันในการควบคุมความปวดเรื้อรังหรือวิธีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติให้สามารถจัดการความปวดได้ด้วยตนเองทั้งขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลาม: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

PAIN MANAGEMENT AMONG PATIENT IN THE ADVANCED STAGE OF FEMALE REPRODUCTIVE CANCER: EVIDENCE-BASED NURSING

เรืออากาศเอกหญิง นงนุช ศรีสมุทรนาท 5437240 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผ่องศรี ศรีมรกต,พย.ด.,รุ่งนภา ภาณุรัตน์ , Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะโรคลุกลามและแพร่กระจาย พบอุบัติการณ์ความปวดสูงถึงร้อยละ 60 (van den Beuken-van Everdingen, de Rijke, Kessels, Schouten, van Kleef, & Patijn, 2007) สาเหตุความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีแบ่งได้ 3 ประเภทคือ 1)สาเหตุจากมะเร็งโดยตรง 2)ความปวดอันเกิดจากการรักษาของแพทย์ และ3) ความปวดเนื่องจากสาเหตุอื่นๆ (Portenoy et al.,1994;ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว ,2549; Eckman., 2011; Waldenstrom, et al.2012; Palat,Biji & Rajagopal,2005) โดยปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามนี้แบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก แน่นอึดอัดท้อง ขาบวมจากการอุดตันของหลอดเลือด และอาการปวดพบบ่อยในมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเกิดจากมะเร็งกดอวัยวะข้างเคียงและเส้นประสาท เป็นต้น 2) ด้านจิตใจ คือ มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เป็นต้น ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาความปวด (นันทนา เสถียรภาพษ์,2548) ซึ่งความปวดของอวัยวะภายในจากการลุกลามของโรคเข้าสู่ช่องท้องจะพบบ่อยที่สุด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร,2554) ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็นความปวดแบบเรื้อรัง ลักษณะความปวดอาจค่อยๆเริ่มเกิดและดำเนินไปอย่างช้าๆหรือเป็นๆหายๆไม่สามารถขจัดให้หายได้อย่างเด็ดขาดจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆกลายเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน

ได้เป็นช่วงๆ (Acute on top) และขยายวงกว้างมากขึ้นตามเวลาที่ล่วงเลยไป (มนริดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554)

ความปวดหมายถึงประสบการณ์ที่ไม่สุขสบาย ทั้งด้านความรู้สึทางกายและทางอารมณ์ ความปวดเป็นอัตนัยต้องเชื่อและยอมรับเมื่อเจ้าตัวระบุว่าความปวดยังมีอยู่ ความปวดเป็นความรู้สึที่ไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือจากจิตใจที่ได้รับการคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนองเป็นความรู้สึส่วนตัว บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้ได้นอกจากบุคคลนั้นบอกกล่าว (International Association for the Study of Pain, 1994; ศติ กานต์ นิมนานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว, 2549; Palat, Biji & Rajagopal, 2005)

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามสามารถอธิบายโดยทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1996) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความปวดขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของสาม ระบบ คือ ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง (gate control system) ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ในคอร์เทกซ์ (cortex) และ ทาลามัส (thalamus) และระบบการตอบสนอง (action system) อธิบายได้ดังนี้คือเมื่อมีการกดของก้อนท่อมต่ออวัยวะหรือเส้นประสาท การทำลายของเนื้อเยื่อในร่างกายจากตัวมะเร็ง (tumor lysis) จากการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ การยืดขยายของอวัยวะที่มีพยาธิสภาพหรือการบวม การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การขาดเลือดไปเลี้ยงหรือจากสาเหตุใดๆก็ตามทั้งหมดนี้จะไปกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กในระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง ทำให้ เอส จี เซลล์ถูกยับยั้งการทำงานจึงไม่มีตัวไปยับยั้งการทำงานของ ที เซลล์ ทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปสู่สมองส่วนกลางซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเปิดประตูในไขสันหลัง ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Smith, Todd & Symonds, 2002) ดังนั้นปัจจัยต่างๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Palat, Biji & Rajagopal, 2005) จะมีอิทธิพลต่อการเปิดหรือปิดประตูในไขสันหลังได้

ความปวดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยรวม ทำให้การทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ลดลง ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย พบว่าความปวดมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างใกล้ชิด โดยพบว่าเมื่อความปวดรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้รับการบำบัดจะส่งผลให้อาการทางร่างกายมากขึ้น (Vistad et al., 2011; Waldenstrom et al., 2012) 2) ด้านจิตใจ ความปวดก่อปัญหาทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกละเลยการควบคุมตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองลดลงและยังพบอีกว่าความปวดมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความวิตกกังวล ความกลัวและอารมณ์ซึมเศร้า (Vistad et al., 2011) 3) ด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความปวดมากขึ้นส่งผลให้มีการจำกัดทางร่างกายมากขึ้นมีความอ่อนล้าและความเบี่ยงเบนทางอารมณ์สูงส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมลดลง อีกทั้งความปวดยังมี

ผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ (Palat,Biji & Rajagopal.,2005;Vistad et al.,2008) และ 4) ด้านจิตวิทยา ความปวดที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าแยกตัว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาล ซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ต้องให้ความสำคัญและหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากโรคมะเร็ง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร,2554)

เนื่องจากหอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีอยู่ในอันดับ 5 โรคแรก และพบว่าผู้ป่วยอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามมีอาการครองเตียงและอัตราการกลับมาอนำสูงอันเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามมีอาการต่างๆที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งอาการปวดเป็นอาการที่พบมากที่สุด ขณะนี้การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามนั้นยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้น การจัดการความปวด จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาข้อสรุปในการจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะลุกลามโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยคือ ความปวดลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลและจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ ทบทวนอย่างเป็นระบบ และ สรุปข้อแนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีดำเนินการดำเนินการศึกษา สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญและสืบค้นตามกรอบของ PICO (Craig & Smyth, 2002) คือ

Population= ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลาม: advanced gynecologic cancer or advanced female reproductive cancer

Intervention =วิธีการจัดการอาการปวด: pain management, pain assessment, pain evaluation, symptom management, nursing intervention, pharmacological intervention, non-

pharmacological intervention (exercise, education, dietary supplement, relaxation, meditation, yoga, aromatherapy, music therapy, massage, herb, acupressure, acupuncture)

Outcome = อาการปวด, ความวิตกกังวล, ระยะเวลาในการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล, อัตราการเสียชีวิต, อัตราการเพิ่มขึ้นของโรค, อัตราการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาล, คุณภาพชีวิต การนอนหลับ และ อาการอ่อนล้า: pain, anxiety, length of stay, mortality, morbidity, re-admission, quality of life, fatigue, sleep

ขอบเขตในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับที่ได้รับการเผยแพร่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543- 2556 (ค.ศ. 2000- 2013) ที่เป็นฉบับเต็มของงานวิเคราะห์ห่อภิมาณแนวปฏิบัติทางคลินิก งานวิจัยเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงสำรวจ งานวิจัยเชิงพรรณนา วิทยานิพนธ์ บทความวิชาการ และข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการโดยมีเนื้อหาในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสืบพันธุ์ระยะลุกลามจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) เช่น Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), PubMed, Science Direct, SpringerLink, Wiley Interscience, HighWire Press, Thai list นำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบการศึกษาของ DiCenso, Guyatt & Ciliska (2005) โดยประเมินใน 3 ประเด็น ได้แก่ ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงหรือไม่, ผลการวิจัยเป็นอย่างไร และสามารถประยุกต์ผลการวิจัยในการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่อย่างไร จากนั้นจึงประเมินระดับของงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประกอบการตัดสินใจว่าหลักฐานเชิงประจักษ์มีคุณภาพดีพอที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาทางคลินิก การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษารังนี้ใช้เกณฑ์ประเมินของเกรซ (Grace, 2009) แบบ Therapy evidence pyramid

ผลการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์และทบทวนอย่างเป็นระบบของหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 19 เรื่องเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นยังสรุปไม่ได้ว่าการจัดการความปวดชนิดไหนที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อที่จะได้นำข้อมูลเหล่านี้ไปจัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายโดยจะต้องทำควบคู่ไปกับการสอนผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในการที่จะจัดการความปวดให้ครอบคลุมทุกมิติได้นั้นจะต้องประกอบไปด้วย A: (assessment)

คือแบบประเมินความปวดจะต้องครอบคลุมทุกมิติ I:(intervention) การจัดการกับความปวดที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และ E:(evaluation) การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวดที่สมบูรณ์ ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมได้ข้อสรุปในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวด โดยแบ่งหัวข้อเป็น การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) และการจัดการความปวดโดยใช้ยา (Pharmacologic intervention) รวมไปถึง การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด โดยสรุปประเด็นได้ดังนี้

1.การประเมิน (assessment) ประกอบไปด้วย

-ประเมินความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายที่เข้ารับการรักษาด้านในโรงพยาบาล และประเมินความปวดทุกครั้งหลังทำการหัตถการโดยประเมินความปวดตามหลักขององค์กร Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) ของสหรัฐอเมริกาซึ่งประกอบไปด้วย ABCDE ดังนี้ A= Ask ถามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ Assess ประเมินอย่างเป็นระบบ, B= Believe เชื่อสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติบอกเกี่ยวกับความปวดของเขา, C = Choose เลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ญาติ และหน่วยงาน, D = Deliver ให้ความช่วยเหลือทันที มีเหตุผล และมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี และ E = Empower สร้างเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและญาติ Enable ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมความปวดด้วยตนเองได้เต็มที่ (Wit & Dam, 2001)

-เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดให้เหมาะสม ได้แก่ 1)การประเมินความปวดมิติเดียวใช้มาตรวัดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale (NRS)กับผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 60 ปี ที่ไม่มีความบกพร่องทางความคิด การรับรู้และการตัดสินใจสำหรับการประเมินความปวดนั้นควรประเมินก่อนให้การดูแลประมาณ 5-30 นาที (Kaliyaperumala,& Subashb,2010; Huang et al., 2010;Pizarro1 et al., 2007;มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ,2524; Kwekkeboom et al., 2003;Kwekkeboom et al., 2012; West et al.,2003; Jane et al.,2011;Wilkinson et al., 2008;Andrade et al., 2010; Janaki et al., 2008; Arbaiza,& Vidal,2007; Marinangeli et al., 2004; Azevedo, et al. , 2006; สุวพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ,2552) 2) แบบประเมินความปวดหลายมิติ ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงความปวด และผลกระทบจากความปวดนั้นใช้ Brief Pain Inventory (BPI) (Ward et al., 2000; Wells et al., 2003;Fahey et al., 2008)

-เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งมักมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆกันหลายอาการกล่าวคือเมื่อมีอาการหนึ่ง จะเกิดอีกอาการหนึ่งตามมา หรือเมื่ออาการหนึ่งรุนแรงก็อาจส่งผลให้อาการหนึ่งรุนแรงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นนอกจากจะประเมินอาการปวดแล้วควรจะมีการประเมินกลุ่มอาการอื่นร่วมด้วยได้แก่ 1)การประเมินด้านจิตใจ ประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ประเมินความวิตกกังวล และ

อาการซึมเศร้าที่มีการนำมาใช้มากที่สุดคือ The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช่ง่าย ไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป รองลงมาคือและ Mood States-Short Form (Pizarro et al., 2007; Kwekkeboom et al., 2012; Wilkinson et al., 2008) นอกจากนี้เครื่องมือที่มีการกล่าวถึงและใช้บ่อยในการศึกษากับผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ Beck Depression Inventory (BDI) (Arbaiza, & Vidal, 2007) สำหรับการประเมินด้านจิตใจในมิติเดียวนิยมใช้ Mood-VAS, Relaxation-VAS และ Symptom Distress Scale (SDS-VAS) (Jane et al., 2011; Wilkinson et al., 2008) 2) การประเมินคุณภาพชีวิตได้แก่ แบบประเมิน Cuestionario de Calidad de Vida QL-CA-AFex (CCV) ซึ่งจะถามเกี่ยวกับกลุ่มอาการและ จิตสังคม (Pizarro et al., 2007; Kwekkeboom et al., 2012) แบบประเมิน Function Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ประกอบไปด้วยคำถามด้านกาย จิต สังคม เป็นต้น (Ward et al., 2000) และแบบประเมิน EORTC QLQ-C30 ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับการประสิทธิภาพการทำงานที่ของร่างกาย กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้ข้อมูลจากทีมสุขภาพ เป็นต้น (Wit & Dam, 2001) สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวใช้นิยามใช้ Karnofsky Performance Status (KPS) (Arbaiza et al., 2007) 3) การประเมินอาการนอนไม่หลับสามารถประเมินได้โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) คะแนน 0-10 ได้เนื่องจากง่ายและสะดวกสามารถใช้ประเมินร่วมกับอาการปวดได้โดยผู้ป่วยไม่ต้องใช้เวลามาก (Kwekkeboom et al., 2012 ; Jane et al., 2011) 4) การประเมินอาการอ่อนล้าได้แก่ Brief Fatigue Inventory (BFI) ซึ่งเนื้อหาประกอบไปด้วยระดับความรุนแรง สาเหตุและผลกระทบของอาการอ่อนล้า (Kwekkeboom et al., 2012) และ 4) การประเมินผลกระทบของกลุ่มอาการต่อกิจวัตรประจำวันได้แก่ Anderson Symptom Inventory (MDASI) (Kwekkeboom et al., 2012)

-การประเมินเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดประกอบไปด้วยการประเมินอุปสรรคในการจัดการกับความปวดใช้ Barriers Questionnaire (BQ), ประเมินความเพียงพอของการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยใช้ Pain Management Index (PMI) และประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดใช้ Medication Side Effect Checklist (MSEC) (Ward et al., 2000; Wells et al., 2003; Fahey et al., 2008) ในกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการให้ยาแก้ปวดทางไขสันหลังนั้นจะต้องทำการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอันได้แก่ CBC, RFT, E⁺, CT, CXR, ECG, EKG และ ส่งปรึกษาแพทย์ดมยา ก่อนการให้ยาทุกครั้งเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น (Janaki et al., 2008)

2. การจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำเป็นต้องจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคู่กันไปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์สรุปวิธีการจัดการความปวดได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological intervention) ประกอบไปด้วย

2.1.1 ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ซึ่งการบำบัดด้วยดนตรีมีหลายรูปแบบประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยฟังเพลงคลาสสิกวันละ 20 นาทีในเวลาเดียวกันจำนวน 2 ครั้งต่อวันติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน หรือให้ผู้ป่วยเลือกเพลงที่ชอบได้แก่ เพลงธรรมชาติ เพลงพื้นบ้านได้หวัน และ เพลง อเมริกา แล้วให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงและฟังเพลงที่เลือกใช้เวลาประมาณ 30 นาทีเนื่องจากดนตรีเป็นการเสริมฤทธิ์ของยาแก้ปวดดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับยาแก้ปวดและมีระดับความปวดอยู่ในระดับคะแนน 3 ($NRS \leq 3$) (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010)

2.1.2 เทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพ (relaxation and guided imagery) พบว่ามีหลายรูปแบบประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดจากการฝังแร่ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพเป็นรายบุคคลโดยให้ฟังจากเทปซึ่งเนื้อหาในเทปประกอบไปด้วยการผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจและการผ่อนคลายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าประกอบกับมีคำบรรยายให้จินตนาการถึง ธรรมชาติโดยทำวันละ 10 นาทีให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ก่อน -ขณะรับการฝังแร่ และแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกเป็นรายบุคคลเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง (Pizarro1 et al., 2007) สำหรับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาการเจ็บปวด ($PS > 3$) หลังได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดแล้ว และไม่มีการลุกลามของโรคไปที่สมอง ไม่มีความผิดปกติทางด้านการคิดทำได้โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปที่มีคำบรรยายถึงธรรมชาติได้แก่ การเดินริมแม่น้ำ การนั่งอยู่ท่ามกลางทุ่งดอกไม้ และภาพของพระอาทิตย์ตกดิน ซึ่งเนื้อหาในเทปจะไม่มีส่วนประกอบของดนตรี (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003) ในการสร้างจินตภาพนั้นผู้ป่วยสามารถทำการสร้างจินตภาพได้ทุกครั้งที่เมื่อมีอาการปวดโดยเวลาประมาณ 15 นาทีโดยที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฝึกจากผู้ดูแลเป็นเวลา 1 ชั่วโมงที่โรงพยาบาลและให้ผู้ป่วยนำกลับไปฝึกด้วยตนเองต่ออีก 3 วันที่บ้านโดยผู้ดูแลจะประเมินความสามารถในการสร้างจินตภาพของผู้ป่วยในวันที่ 4 ก่อนให้ผู้ป่วยปฏิบัติจริงซึ่งผู้ป่วยที่สามารถสร้างจินตภาพได้จะได้รับแถบบันทึกเสียงการสร้างจินตภาพพร้อมอุปกรณ์ เพื่อใช้ในการปฏิบัติ (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554)

2.1.3 โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด (cognitive behavioral intervention) ประกอบไปด้วย การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายซึ่งเนื้อหาทั้งหมด

จะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียงโดยเป็นเสียงผู้หญิงเนื้อหาประกอบไปด้วย 12 กลยุทธ์ 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจินตภาพถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและการจัดการโดยเป็นการกำหนดจิตเพื่อเป็นการลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ 2) การจินตภาพถึงธรรมชาติเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากกลุ่มอาการต่างๆซึ่งประกอบไปด้วยการจินตภาพถึงธรรมชาติ 3) การผ่อนคลายโดยการออกกำลังซึ่งเนื้อหาจะประกอบไปด้วย เทคนิคการผ่อนคลายกลุ่มกล้ามเนื้อตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร และการฝึกหายใจ 4) การฟังเสียงธรรมชาติ โดยเนื้อหาทั้งหมดจะถูกบันทึกในเครื่องเล่น MP3 ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการฝึกหัดอยู่ในโรงพยาบาลและนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (Kwekkeboom et al., 2012)

2.1.4 การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ (Pain education program) ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยดูแลซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 1)การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การจัดการในเชิงวิชาการแก่ผู้ป่วย 2) การใช้ยาแก้ปวด 3) การสอนการจดบันทึกเกี่ยวกับความปวด และ 4) การส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความปวดของตน ซึ่งเนื้อหาทั้งหมดจะบันทึกลงในเทปเพื่อที่ผู้ป่วยสามารถนำไปฟังที่บ้านได้โดยพยาบาลผู้ดูแลทำการให้โปรแกรมความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจะปฏิบัติรวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 พยาบาลผู้ดูแลจะเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย และญาติที่บ้านและจะทบทวนเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความปวดทั้งหมดที่ได้สอนผู้ป่วยไป จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2 พยาบาลผู้ดูแลโทรเยี่ยมผู้ป่วย เนื้อหาในการเยี่ยมจะประกอบด้วย ปัญหาจากการใช้ยา การจัดการความปวด และการตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นต้น สำหรับสัปดาห์ที่ 3 พยาบาลจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยจะติดตามอาการปวด การใช้ยาแก้ปวดในสัปดาห์ที่ผ่านมา สอนเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด การจัดการกับอาการข้างเคียง และการป้องกันการติดยาถ้าจำเป็น อีกทั้งประเมินเกี่ยวกับความจำเป็นในการเข้าพบแพทย์ของผู้ป่วย และตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการความปวด ซึ่งสัปดาห์ที่ 4,5 จะปฏิบัติเหมือนสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 จะทำเหมือนสัปดาห์ที่ 3 (Wit & Dam 2001; West et al., 2003) สำหรับการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยานั้นจะต้องให้เป็นรายบุคคลขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลในเรื่องของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความปวด การใช้ยาแก้ปวด การปรึกษากับทีมสุขภาพเกี่ยวกับความปวด 2) อาการข้างเคียงของยาแก้ปวดและการจัดการ โดยทำเป็นคู่มือให้กับผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ (Ward et al., 2000) ซึ่งโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลนั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้ตลอดเวลา (Wells et al., 2003)

2.1.5 การค้นหาปัญหาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) ในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านทำได้โดยการโทรศัพท์เยี่ยมซึ่งประกอบไปด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทักทาย (Greeting) เพื่อที่จะค้นหาปัญหา 2) ปัญหาที่พบ (Current issue) ที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวด 3) ปัญหา (Problem) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสาเหตุ ผลกระทบที่เกิด และการจัดการกับความปวด 4) ผลกระทบปัญหา (Problem impact) สำรวจเฉพาะเกี่ยวกับวิธีแก้ปัญหา (เกี่ยวข้องกับความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย) 5) เป้าหมายระยะสั้น (Short-term goal) ร่วมตั้งเป้าหมายระยะสั้นและส่งเสริม พฤติกรรมเฉพาะจะช่วยให้การเข้าถึงเป้าหมายของผู้ป่วย 6) กลยุทธ์ (Strategies) สำหรับเอาชนะอุปสรรค 7) งาน (Tasks) คือสนับสนุนการปรับเปลี่ยนทัศนคติ, ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา, ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองและส่งเสริมการจัดการกับความปวด 8) สรุป (Summary) โดยร่วมกันอภิปรายและตอบข้อซักถามแก่ผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้ดูแลทำการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นระยะเวลา 6-10 สัปดาห์ (Fahey et al., 2008)

2.1.6 การนวด (Massage) เพื่อลดปวดจะทำในระยะเวลา 5 วันประกอบไปด้วย วันที่ 1 จะต้องทำการประเมินกลุ่มอาการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการนวด วันที่ 2-4 ทำการนวดโดยนวดบริเวณ ศีรษะ, คอ, หลัง และกล้ามเนื้อ gluteus รวมไปถึงระยะขางทั้ง 4 ของร่างกายโดยทำการนวดติดต่อกัน 3 วัน วันละ 40 นาที สำหรับวันที่ 5 ทำการประเมินผลของกลุ่มอาการและผลข้างเคียงของการนวด โดยพยาบาลผู้ดูแลจะต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 เดือนและจะต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอย่างน้อย 3 ปี (Jane et al., 2011) ในการนวดเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีทั้งการนวดที่ใช้น้ำมัน และ พลังสัมผัสสำหรับการนวดด้วยน้ำมันนั้นนิยมใช้น้ำมันดอกคาโมไมล์ หรือน้ำมันหอมระเหยสำหรับการนวดทั้งสองชนิดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อสัปดาห์ระยะเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์แต่อย่างไรก็ตามการนำวิธีการนวดในแบบต่างๆมาใช้ในหน่วยงานผู้จัดโปรแกรมต้องมีความรู้ความชำนาญอีกทั้งจะต้องอาศัยความร่วมมือกับ สาขาวิชาชีพ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) ในการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าโดยมากมักใช้เวลาในการนวดเฉลี่ยประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง ความถี่ประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์ (สุพรรณ เหลืองอร่ามกุล และคณะ, 2552) สำหรับการจัดการความปวดโดยการนวดนั้นสามารถใช้ได้ในผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ($NRS \geq 4$) และต้องไม่มีข้อห้ามได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกร็ดเลือดต่ำ และ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เป็นต้น

2.2 การจัดการความปวดโดยใช้ยา (Pharmacological intervention)

สำหรับการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีการใช้ยาตามแนวทางของ WHO ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีดังนี้ดังต่อไปนี้คือ

2.2.1 การใช้กลุ่มยา buprenorphine ในการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการให้ทางไขสันหลัง ขนาด 60-100 μg ซึ่งจะทำให้ยาก่อนการผ่าตัดและจะให้ยาต่อเนื่องทุก 8-10 ชั่วโมง (Janaki et al., 2008)

2.2.2 ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะที่มีปัญหาความปวดจากปลายประสาทและไม่มีประวัติการแพ้ยาสามารถได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา tramal ขนาด 1 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 45 วันซึ่งพบว่าสามารถลดความปวดจากปลายประสาทได้ (Arbaiza, & Vidal, 2007)

2.2.3 ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีปัญหาความปวดและไม่เคยได้รับการรักษาโดยการให้ยาแก้ปวดมาก่อนควรพิจารณาการรักษาโดยเริ่มจาก opioid ชนิดแรง (Marinangeli et al., 2004)

แต่อย่างไรก็ตามหลักในการให้ยาควรปฏิบัติดังนี้คือ 1) ให้ยาแก้ปวดตามเวลา โดยตรวจสอบความถูกต้องชนิด ขนาด วิธีทางที่ให้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (WHO, 1996) 2) ติดตามผลของยาแก้ปวดหลังให้ยา 30 นาที-1 ชั่วโมง หากพบว่า อาการปวดไม่ลดลง ($\text{NRS} \geq 7$) ดำเนินการต่อไปคือ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา หรือให้ยาเพิ่มเติมทันที อาการปวดลดลงบ้าง ($\text{NRS} 4-6$) พิจารณาบริหารยาเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (prn) เป็นให้ยาตามเวลา และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสมต่อไป และถ้าอาการปวดลดลงมาก ($\text{NRS} \leq 3$) บริหารยาตามแผนการรักษาต่อไป (Azevedo, et al., 2006) 3) สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด โดยประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด และให้ความรู้โดยมีเป้าหมายที่การปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติให้ถูกต้อง ร่วมกับการสังเกตอาการข้างเคียงของยาด้วย อีกทั้งพยาบาลผู้ดูแลต้องสังเกตผลข้างเคียงของยาแก้ปวด โดยทำการบันทึกและรายงานแพทย์ในกรณีที่มีอาการข้างเคียง สำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดปานกลาง-รุนแรง (Ward et al., 2000) และการสั่งการรักษาไม่เป็นไปตามแนวทาง WHO พริกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา

3.การติดตามประเมินผลหลังจากการจัดการความปวด E : (evaluation) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินจำแนกเป็น 2 ระยะคือ

1) การประเมินระยะสั้น จะใช้เวลาในการประเมินหลังจากการจัดการความปวดประมาณ 5-30 นาทีซึ่งโปรแกรมที่นิยมใช้ในการประเมินคือ ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ และการให้ยา เป็นต้น (Kaliyaperumala & Subashb, 2010 ; Huang et al., 2010; มนริดา แสงเรืองเอก

และบำเพ็ญจิต แสงชาติ,2554; Janaki et al., 2008; Azevedo et al., 2006) ในการจัดการความปวดโดยการนวด (Massage) นั้นควรประเมินผลของการนวดต่อการลดกลุ่มอาการอย่างน้อย 16-24 ชั่วโมงหลังนวด (Jane et al., 2011; Wilkinson et al., 2008) สำหรับการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นจะประเมินทันทีหลังสิ้นสุดการรักษา (Pizarro1 et al., 2007) ส่วนการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดจะประเมินหลังให้โปรแกรมไปแล้ว 1-2 วันแรก (Kwekkeboom et al., 2012) ในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยประมาณ 1 สัปดาห์หลังจากให้โปรแกรมเพื่อติดตามประเมินในระยะสั้นอีกทั้งเป็นการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อข้องใจต่างๆ (Wit & Dam 2001; Ward et al., 2000) ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดของตนเองร่วมด้วย (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิตแสงชาติ, 2554 ; Andrade et al., 2010; Janaki et al., 2008; Arbaiza & Vidal, 2007; Marinangeli et al., 2004) สำหรับช่วยเหลือที่เหมาะสมภายหลังให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำคือ 15-30 นาที หรือ 1 ชั่วโมงภายหลังรับประทานยาแก้ปวด (Janaki et al., 2008; Arbaiza, & Vidal, 2007)

2) การประเมินระยะยาว สำหรับการประเมินในระยะยาวนั้นจะขึ้นอยู่กับชนิดโปรแกรมในการจัดการกับความปวด ประกอบไปด้วย การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยวิธีการสร้างจินตภาพนั้นแนะนำให้ประเมินความปวดหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างจินตภาพ (Kwekkeboom et al., 2003) สำหรับการให้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดนั้นจะประเมิน หลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม (Kwekkeboom et al., 2012) ในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ นั้นจะทำการติดตามประเมินผลระยะยาวในเดือนที่ 2 ,4 และ 8 โดยพยาบาลเยี่ยมบ้าน (Wit & Dam 2001; Ward et al., 2000) การค้นหาปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด (Nurse Coaching to Explore and Modify) นั้นให้ติดตามประเมินผลประมาณสัปดาห์ที่ 6-10 หลังจากให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Fahey et al., 2008) สำหรับการประเมินระยะยาวของโปรแกรมการนวดนั้นควรประเมินอย่างน้อย 3 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม (Wilkinson et al., 2008) ในการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น การประเมินระยะยาวนั้นควรประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาไปแล้วประมาณ 2-3 สัปดาห์ (Pizarro1 et al., 2007) ซึ่งในการประเมินนั้นมักใช้แบบบันทึกความปวดประจำวัน (Collection of daily pain scores) เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ($NRS \geq 3$) ติดต่อกันสามวันให้รายงานแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้น (Andrade et al., 2010)

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1. ในการประเมินความปวดมิติเดียวเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความบกพร่องทางความคิดสำหรับแบบประเมินความปวดหลายมิติจะครอบคลุมการประเมินความรุนแรง และผลกระทบจากความปวดอย่างไรก็ตามในการประเมินนั้นนิยมทำตาม ABCDE ขององค์กร Agency for Health Care Policy and Research สำหรับการประเมินที่มีความเฉพาะมักจะให้แพทย์เป็นผู้ประเมิน (Wit & Dam 2001)

2. สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นพร้อมๆกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นจำเป็นต้องมีการประเมินอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ การประเมินความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า คุณภาพชีวิต อาการอ่อนล้า เป็นต้น (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดต้องประเมินอุปสรรคในการจัดการกับความปวด, ความเพียงพอของการได้รับยาแก้ปวด และประเมินอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่ได้รับยาแก้ปวดทางไขสันหลังในกรณีที่ฝังแร่จะต้องทำการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับปรึกษาแพทย์ดมยา ก่อน (Arbaiza & Vidal, 2007)

4. ในการใช้ดนตรีในการจัดการความปวดนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอ อีกทั้งจะต้องคำนึงถึงพื้นฐานของครอบครัว วัฒนธรรม และความชอบส่วนตัวของผู้ป่วยอีกด้วย (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010)

5. สำหรับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพในการลดปวดนั้นผู้ป่วยจะต้องมีความปวดระดับปานกลางถ้าพบว่ามีความปวดในระดับรุนแรงผู้ป่วยควรได้รับยาแก้ปวดก่อนการสร้างจินตภาพทุกครั้ง (Pizarro1 et al., 2007; Kwekkeboom et al., 2003) ผู้ป่วยที่มีการศึกษามีประสบการณ์ในการสร้างจินตภาพมาก่อน จะสามารถสร้างจินตภาพได้ดี (Kwekkeboom et al., 2003) ซึ่งในการนำเทคนิคนี้ไปใช้นั้นควรพิจารณาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล (มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2554)

6. โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด นั้นเหมาะสำหรับใช้ในการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้น ซึ่งการใช้เทคนิคนี้นั้นผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสมและได้ผลคือ 3-6 เดือน (Kwekkeboom et al., 2012)

7. โปรแกรมการให้ความรู้ นั้นควรให้ก่อนทำการรักษา โดยจะต้องให้ควบคู่ไปกับประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งจะต้องมีสื่อในการประกอบการสอนที่หลากหลาย (Ward et al., 2000) สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านต้องมีการให้ความรู้ก่อนการจำหน่ายและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาให้พยาบาลเยี่ยมบ้านเข้าไปดูแล (Wit & Dam, 2001) ร่วมกับการให้บริการทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง (Wells et al., 2003)

8. การค้นหาปัญหา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อจัดการกับความปวด สามารถทำได้โดยการโทรศัพท์เยี่ยมจากพยาบาลผู้ดูแลซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนตัวและสามารถที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนได้อย่างตรงประเด็น โดยผู้ดูแลจะต้องผ่านการอบรมมาก่อน (Fahey et al., 2008)

9. การนวด นั้นผู้ปฏิบัติจะต้องผ่านการอบรมและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมาก่อนและจะไม่นวดในผู้ป่วยที่มีข้อห้าม อีกทั้งเพื่อให้การนวดมีประสิทธิภาพมากขึ้นควรนวดพร้อมกับการใช้น้ำมันหอมระเหย (Jane et al., 2011; Wilkinson et al., 2008; สุวพร เหลืองอร่ามกุล และคณะ, 2552)

10. เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามความปวดควรกำหนดให้ใช้แบบบันทึกการประเมินความปวดประจำวันเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (Andrade et al., 2010)

11. การให้ยาตามลำดับขั้นของ WHO ควรยึดหลักการบริหารยาแก้ปวด โดย การรับประทานยา (by oral) ตามเวลา (by clock) ตามความเหมาะสมของแต่ละคน (for the individual) และ ใส่ใจรายละเอียด (attention to detail) (WHO, 1996; Marinangeli et al., 2004; Azevedo et al., 2006)

12. ในการติดตามประเมินผลการดูแลนั้นจะต้องมีการประเมินทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ควรสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเน้นความสำคัญของความปวด โดยทำความเข้าใจกลไกการเกิดความปวด และสามารถนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2. ควรพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีระยะลุกลามที่มีความปวดในหอผู้ป่วย โดยใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมินและจัดการกับความปวดในรูปแบบการจัดการความปวดที่ใช้ยา และไม่ใช้ยา

3. มีระบบการเฝ้าติดตามและประเมินผลของความปวดตลอดการรักษา เพื่อทราบถึงผลลัพธ์จากการนำวิธีการจัดการกับความปวดมาบูรณาการร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามที่มีอาการปวดได้

4. มีการประสานความร่วมมือกับแพทย์หน่วย oncology ในการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องในเรื่องการประเมินความปวด และการนำการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาไปปฏิบัติ

5. มีระบบการจัดการสนับสนุนสำหรับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยนำความรู้ที่ทันสมัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลรักษา และให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยเฉพาะกิจกรรมในการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา

6. มีแผนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ มีความปวดโดยมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของการให้บริการความก้าวหน้าทางวิชาการที่เกิดขึ้นใหม่

7. มีการเผยแพร่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ มีความปวดอย่างมีประสิทธิภาพไปยังหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน

8. ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้น ควรให้การพยาบาลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

9. สำหรับการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ในครั้งนี้พบว่างานที่นำมาทบทวนมีความน่าเชื่อถือหลายระดับ ซึ่งบางการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เล็กเกินไปทำให้มีผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ดังนั้นการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลควรมีการนำไปทดลองใช้ก่อนการนำไปปฏิบัติจริง

10. การจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แต่การศึกษาส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป จึงควรมีการศึกษาที่เจาะจงศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างกว้างขวาง

11. ควรมีการศึกษาการวิจัยในผู้ป่วยคนไทยเพื่อยืนยันความมีประสิทธิภาพก่อนนำไปใช้จริง โดยเฉพาะโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความคิด ผสมผสานกับ เทคนิคการผ่อนคลายและจินตภาพ เนื่องจากการจัดการความปวดแต่ละวิธีจะมีผลกระทบที่กลไกการจัดการความปวดของร่างกายซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีควบคุมประตูต่างกันในการควบคุมความปวดเรื้อรัง หรือวิธีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติให้สามารถจัดการความปวดได้ด้วยตนเองทั้งขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน

PAIN MANAGEMENT AMONG PATIENT IN THE ADVANCED STAGE OF
FEMALE REPRODUCTIVE CANCER: EVIDENCE-BASED NURSING

FLIGHT LIEUTENANT NONGNUCH SRISAMUTNAK 5437240 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PONGSRI SRIMORAGOT
D.N.S., RUNGNAPA PANITRAT, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of problem

Pain is a very common problem in the advanced stage of female reproductive cancer patients, occurring up to 60 percent high of incidents (van den Beuken-van Everdingen, de Rijke, Kessels, Schouten, van Kleef, & Patijn, 2007) The causes of pain in the advanced stage of female reproductive cancer patients can be divided into 3 categories; 1) The pain caused directly by cancer. 2) The pain caused by the medical treatment and 3) The pain due to other causes. (Portenoy et al.,1994; Sasikaan Nimmaanrat and Chatchai Prechawai,2006; Eckman., 2011; Waldenstrom, et al.2012; Palat, Biji & Rajagopal,2005) The encountered problems of patients in the advanced stage of female reproductive cancer are divided into 2 areas; 1) Physical area, the symptoms are such as vaginal bleeding, tight abdominal discomfort, swollen legs from clogged arteries. This area of pain is more common in metastatic cancer, which caused by the cancer that pressed at adjacent organs, and nerves, etc. 2) Mental area, the symptoms are such as psychological anxiety, depression, and insomnia, whereas, the most common problem founded is pain. (Nuntana Santilerpraphop,2005) While the pain of internal organs from the disease that spreading into abdomen are the most common (Wongchan Petpichetchian,2011), the pain caused by the advanced stage of female reproductive cancer is a chronic pain. The characteristics of pain may

gradually onset and progress slowly or disappear in some period of time, unable to be eliminated completely. Later, they gradually increase severity to become an “acute on top” pain intermittently, which eventually wide-spreading in prolonged duration (Monthida Sangrungskake and Bumpenchit, 2011)

Pain means experience of not well-feeling in both physical and emotional senses. The patient’s pain is individual subjective assessment which have to be believed and accepted when the patient report the existence of the pain. Suffering of pain caused by physical stimuli, and cause tissue injury, or of mental health that has been threatened and reacted to each personal feeling, while others could not reckon to this pain (International Association for the Study of Pain ,1994; Sasikaan Nimmaanrat and Chatchai Prechawai,2006; Palat, Biji & Rajagopal, 2005)

The pain in the advanced stage of female reproductive cancer patients can be explicated by “the gate control theory” (Melzack&Wall, 1996) which found that pain perception depends on the interaction of 3 systems; the gate control system in the spinal cord, central control system in Cortex and Thalamus, and the action systems. The pain perception characteristics can be described as follows: First, when a tumor presses at organs or nerves, the destruction of body tissue in tumor lysis, the treatment with various methods, the extent of organ with pathology or swelling, contraction of the muscle, lack of blood flow, all or from any of these causes will stimulate small nerve fiber to open gate control system in the spinal cord, resulting in SG cell to be inhibited and stop the activation of T-cell. Thus, the transmission of nerve impulses signals to the brain, which directly affects the opening of control gate in the spinal cord. Consequently, causing the perception of pain and the reaction to be occurred, physically, mentally and emotionally. (Smith,Todd & Symonds, 2002) Thus, factors such as fear, anxiety, and depression. (Palat,Biji & Rajagopal,2005) will influence with the opening or closing of the controlled gate in the spinal cord.

Pain affects to overall patient’s quality of life, reduce efficiency of the following functions; 1) Physical: studies show that physical pain is closely related to duties of the body. When the pain is more severe or treatment is not be administered, will results in more physical symptoms appearance. (Vistad et al.,2011; Waldenstrom et al.,2012) 2) Mentally: pain caused mental problems, such as a loss of self-control, a lower self-esteem. Studies also found that the pain is associated closely with the

anxiety, fear and depression. (Vistad et al., 2011) 3) Socially: when cancer patients have more pain, resulting in a more restricted physical body, fatigue and high emotional deviations. Moreover, affects to declination of social activities, and impacts sexual activities (Palat, Biji & Rajagopal.,2005;Vistad et al.,2008) and 4) Spiritual: the increasing of pain in cancer patient affects to patient's feeling of life uncertainty, depression, and isolated. Thus, it is essential for the closer nurse, who staying with patient throughout 24 hours a day, to concentrate and seek ways to improve the quality of care for patients with pain from cancer. (Wongchan Petpichetchian, 2011)

At the Gynecological Cancer Department (ward 7/4), Bhumibol Adulyadej hospital, there is a number of patients with reproductive disease cancer which ranked at top five diseases. Furthermore, patients with the advanced stage of female reproductive cancer are at high rate of length of stay for treatment, and also the rate of re-admission, due to variety of symptoms of the advanced stage of female reproductive cancer and medical treatments, while pain is the most common symptom occurred. At present, there is no clear guidelines to manage the pain that effected from the advanced stage of female reproductive cancer. Therefore, Pain management is an important issue that the researcher interested to review the literature, in order to cope with pain in the advanced stage of female reproductive cancer effectively. With the use of evidence-based practices that aim to reduce the pain in patients, better quality of life, ones may be able to retrieve information to develop guidelines for efficient pain management.

Objective of the study

The study aimed to gather, analyze, integrate review and summarize recommendations from evidence-based practices that relates to the pain in the advanced stage of female reproductive cancer patients.

Methodology

Search the evidence-based practices by using the PICO framework (Craig & Smyth, 2002) which are;

Population = the advanced stage gynecologic cancer or advanced stage of female reproductive cancer.

Intervention = pain management, pain assessment, pain evaluation, symptom management, nursing intervention, pharmacological intervention, non-pharmacological intervention (exercise, education, dietary supplement, relaxation, meditation, yoga, aromatherapy, music therapy, massage, herb, acupressure, acupuncture).

Outcome = pain, anxiety, length of stay, mortality, morbidity, re-admission, quality of life, fatigue, sleep.

The searching domain in this study utilized all level of evidence-based full-text version document that published in English and Thai languages during 2000-2013. The domain was ranged from meta-analysis of clinical practices, Experimental Research or quasi-experiments, Research survey, Descriptive research, academic thesis and conclusions of experts which published in the Journal that contents related to pain management of the advanced stage female reproductive cancer patients in Electronic database, such as Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), PubMed, Science Direct, SpringerLink, Wiley Interscience, HighWire Press, and Thai list. Consequently, analyze and evaluate the strength of evidence by using the framework of the study of DiCenso, Guyatt & Ciliska (2005) to evaluate in 3 issues, including the level of accuracy, the validity of result context, and application of results to patient care. Then assess the level of research or evidence-base to decide whether the strength of evidence is qualified to be used for solving clinical problems. The reliability level of evidence-based practices in this study used Therapy evidence pyramid of Grace (2009) as evaluation criteria.

Results of the study

After all 19 evidence-based documents related to pain management in the advanced stage of female reproductive cancer patients have been analyzed and integrate reviewed, there is still no ultimate conclusion of which pain managing technique is the best for patient. Thus, the nurse who taking care of patient must have knowledge of pain management in both Pharmacological and Non-Pharmacological interventions, in order to set up proper activities to suit the needs for each patient, along with educating knowledge to patient and cousins. To cover all dimensions of pain management, the followings must be concerned; A : (assessment) the assessment tool must cover all dimensions of pain. I :(intervention) adequate various pain interventions and suitable for patients, and E : (evaluation) evaluate after a complete pain intervention. Therefore, conclusions from the literature reviews of pain managing for patients in the advanced stage of female reproductive cancer, including pain assessment and pain intervention, both Non-Pharmacological and Pharmacologic interventions, and also the evaluation after pain intervention, can be summarized as follows;

1. Assessment;

- Assess the pain of every cancer patients who admitted to the hospital, and assess pain every times after finish the treatment procedures, by the rules of Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), a US organization, which is ABCDE. Where A= Ask/Assess: Ask patients regularly, Assess with a system, B= Believe: Believe in pain information that patient and cousins described, C = Choose: Choose the best pain management that suitable for each patient, cousins, or agency, D = Deliver: Deliver help instantly with reasonable and good coordination. And E = Empower: Empower to patient and cousins, enable help and support them in fighting and controlling pain themselves (Wit & Dam, 2001)

- Select proper pain assessment tools, which are; 1) Numeric Rating Scale (NRS) is suitable for use with patients under the age of 60 years who has no cognitive impairment, normal perception and decision making. Assessment should be conducted approximately 5-30 minutes prior to the pain treatment (Kaliyaperumala,& Subashb, 2010; Huang et al., 2010;Pizarro1 et al., 2007; Monthida Sangrungkake and Bumpenchit, 2011; Kwekkeboom et al., 2003; Kwekkeboom et al., 2012; West et al.,

2003; Jane et al., 2011; Wilkinson et al., 2008; Andrade et al., 2010; Janaki et al., 2008; Arbaiza,& Vidal, 2007; Marinangeli et al., 2004; Azevedo, et al. , 2006; Suwaporn Leangaramkul et al.,2009) and 2) Multidimensional Pain Assessment; cover comprehensive assessment of the severity of the pain and the impact of pain by Brief Pain Inventory (BPI). (Ward et al., 2000; Wells et al., 2003; Fahey et al., 2008)

- Cancer patients often encounter with multiple symptoms that occur simultaneously with the onset of symptoms, or when one symptom becomes severe, resulting other symptoms become even more severe. Therefore, not only pain assessment on a known symptom, but other symptoms should also be evaluated in conjunction with the assessment, such as 1) Psychological-Mental assessment, which includes clinically diagnostic tools that aim to detect anxiety and depression. The most widely used is The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), a simple self-assessment tool that not excessive interfere with the patient, secondly is Mood States-Short Form (Pizarro1 et al., 2007; Kwekkeboom et al., 2012; Wilkinson et al., 2008) Moreover, the tool that most discussed and used in the study with cancer patients is Beck Depression Inventory (BDI) (Arbaiza,& Vidal,2007). For singled-dimension assessment, mostly used is Mood-VAS, Relaxation-VAS and Symptom Distress Scale (SDS-VAS) (Jane et al., 2011;Wilkinson et al., 2008) 2) Quality of life (QOL) assessment, such as Cuestionario de Calidad de Vida QL-CA-AFex (CCV), which asked about symptoms and psychosocial. (Pizarro1 et al.,2007;Kwekkeboom et al., 2012), Function Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) i.e. questions about physical, mental, and social (Ward et al.,2000) and EORTC QLQ-C30 which comprises questions involving body performance, syndrome occurred and awareness of the health team (Wit & Dam, 2001) for quality of life assessment that aim to assess only physically function performance, widely used is Karnofsky Performance Status (KPS) (Arbaiza et al., 2004) 3) Insomnia Assessment uses Numeric Rating Scale (NRS) scores of 0-10, due to its simplicity and easy to use in conjunction with assessment of pain by the patient and require only less time. (Kwekkeboom et al., 2012 ;Jane et al.,2011) 4) Fatigue assessment, such as Brief Fatigue Inventory (BFI), the content includes the levels of violence, causes and effects of fatigue. (Kwekkeboom et al.,2012) and 5) Effects Assessment of symptoms on daily activities, such as Anderson Symptom Inventory (MDASI) (Kwekkeboom et al.,2012) .

- Assessment on the use of analgesics includes assessing the barriers to pain management with Barriers Questionnaire (BQ). To assess the adequacy of analgesics use in patients by Pain Management Index (PMI) and to assess the adverse effects of analgesics by Medication Side Effect Checklist (MSEC) (Ward et al., 2000; Wells et al., 2003; Fahey et al., 2008) In the case that patient subjected to apply analgesics on spinal cord, medical staff must evaluate the laboratory test i.e. CBC, RFT, E⁺, CT, CXR, ECG, EKG, includes anesthesiologist consultation prior to treatment to evaluate risk that may occurs. (Janaki et al., 2008)

2. Intervention of pain in the advanced stage of female reproductive cancer patients required to manage with both non-pharmacological intervention and pharmacological intervention together, in order to improve the efficiency of controlling the pain. From evidence-base reviewing, pain intervention techniques can be summarized as follows;

2.1 Non-Pharmacological intervention consists of the following;

2.1.1 Music Therapy; There are many techniques of Music Therapy, such that patient listening to classical music 20 minutes per day, twice at the same time of the day and continuous for 3 days, or patient choose the favorite music, including Dharma, Taiwan folk songs, and American music. Then, let the patient lay down on bed listening to the chosen music for 30 minutes. Since music is a synergism of pain analgesic, the patients must be given analgesics at the pain level score 3 (NRS≤3) (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010).

2.1.2 Relaxation and guided imagery; There are variety forms of therapy, providing patients with pain of brachytherapy practice relaxation and visualization technique individually. By listening to the tape recorder, which tape contents includes relaxation and breathing exercises to relax from head to toe with the fantasy descriptions of natural 10 minutes a day prior and during brachytherapy and advises patients to treat themselves at home. The patient will receive individualized training for 1-2 weeks prior to actual implementation. (Pizarro1 et al., 2007) For cancer patients with pains (PS>3), after being treated with analgesics, no spreading of disease to the brain, and no cognitive disorders. This could be

achieved by the patients listening to tape describing the nature, i.e. walking along the river, sitting amidst a field of flowers, and imaging scene of the sunset, where the contents of tapes do not contain music. (Kwekkeboom, Kneip, & Pearson, 2003). In the imagery process, The patient is able to create imaginary every time when the pain lasts approximately 15 minutes. Patients ought to receive a proper training from a hospital administrator for 1 hour and the patient return to practice on their own at home for another 3 days. The administrator will evaluate the ability to create a visualization of the patient in the first 4 days before patient create their own visualization, which they can use the sound recorder for their own imaginary practice. (Monthida Sangrungkake and Bumpenchit, 2011)

2.1.3 Cognitive behavioral intervention; includes practicing relaxation techniques, where all contents in a tape were recorded by a female voice. The contents comprising 14 strategies in 4 parts, which are 1) The imaginary of the syndrome and the management to reduce the severity of psychiatric symptoms. 2) The imaginary of nature to divert the patient from symptoms 3) Relaxation exercises, which feature techniques to relax group of muscle from head to toe, techniques to relax the muscles around the jaw, and breathing exercises. 4) The sounds of nature. All contents are saved in MP3 player which patients will be trained while in the hospital and brought back home to utilize for the period of two weeks. (Kwekkeboom et al., 2012)

2.1.4 Pain education program; the knowledge about pain management for educating to cancer patients and caregivers. The programs include; 1) Providing information about the pain and academic management to patients. 2) The use of analgesics. 3) Teaching to record notes about the pain. and 4) Encouraging and support patients to provide information to healthcare professionals about their pains, which will be recorded to tape recorder, so that patients can take home listening to the nurse education program on an individual basis, while treatment in the hospital for total of 6 weeks. In the first week, nurse who taking care will visit patient and relatives at home, in order to review the pain management program that patient learned. Later on the second week, nurse will call by phone asking about the medicine usage problems, and answer questions about pain management. In the third week, nurse will pay a visit at patients home, following up the pain managing

program, the use of analgesics in the past 2 weeks, teach about the adverse effects of analgesic, and how to deal with side effects, including the prevention of drug addiction, if necessary. In addition, evaluating the patient's necessary to consult physician, and answering about pain management, while on the 4th and 5th week will be treated as week 2nd and week 6th is same as the 3rd week. (Wit & Dam 2001; West et al., 2003) For better understanding on analgesics usage knowledge, the individual patient treatment need to be provided while in the hospital, which consists of 2 parts; 1) Information on the subject of pain in cancer patients, including misunderstanding about pain, the use of analgesic, and pain consultation with health care team. 2) Side effects of analgesics and management by making handbook for guiding patients to be treated at home. (Ward et al., 2000) The pain management program for cancer patients and caregivers should be able to call the nursing staff for support at any time. (Wells et al., 2003)

2.1.5 Nurse Coaching to Explore and Modify ; In the case that patients are discharged, nursing via phone will includes 8 steps; 1) Greeting; to search for problems. 2) Current issue that is a barrier to pain management. 3) Problem, to assist patients in finding the causes and effects and dealing with the pain. 4) Problem impact, Explore specific about a solution. (Related to the beliefs and behaviors that have an impact on the patient. 5) Short-term goal, to setup short-term goals together and promote specific behaviors will help reach the goals of the patient. 6) Strategies for overcoming obstacles. 7) Tasks; encourage modifying attitudes, to engage in problem solving, enhance the patient's self-confidence and support to deal with the pain. 8) Summary; summarizing shared discussion and questions with patient, by the nurse who taking care of patient, on the following up call during 6-10 weeks (Fahey et al., 2008).

2.1.6 Massage to relieve of pain will be conducted for a period of 5 days; On the first day, assess patients symptoms and provide information about pain management through massage. On days 2-4, massage around head, neck, back, and gluteus muscles, including all 4 limbs of body by a 40 minutes daily massage for 3 consecutive days. On the 5th day, assess of patients symptoms and side effects of the massage by nursing staff that are trained by an expert at least 3 months and must have experience in caring for cancer patients for at least 3 years.

(Jane et al., 2011) In massage to reduce pain in cancer patients, including touching oil massage, which mostly used chamomile or essential oils for massage, the two species are approximately 30 minutes per week for at least three weeks. Nevertheless, a various massage techniques used in each agency, the program manager must have knowledge and experiment, also the introduction to use variety of massage in the program, depending on the expertise and collaboration with Multidisciplinary for a success of program. (Wilkinson, Barnes, & Storey, 2008) In foot reflexology massage, usually takes approximately 30-40 minutes per session, 3-4 times a week. (Suwaporn Leangaramkul et al., 2009) Pain management through massage can be used in patients with a pain score greater or equals to 4 ($NRS \geq 4$) excepts for prohibited patients, such as low platelet and venous thromboembolism.

2.2 Pharmacological intervention

For the sake of research reviewed, found that the use of medicine according to the guidelines of the WHO (World Health Organization) in gynecological cancer patients are as follows.

2.2.1 Use buprenorphine group for reducing pain in patients with gynecological cancers while treated with brachytherapy through the spinal cord at the size of 60-100 μg , which will be administered prior to brachytherapy and treatment continuously every 8 to 10 hours. (Janaki et al., 2008)

2.2.2 For gynecological cancer patients with pain from nerve problems and has no record of medical allergy, can be treated by Tramal dose, 1 mg / 1 kg of body weight administered every six hours for a period of 45 days, which was found to reduce the pain from the nerve endings. (Arbaiza, & Vidal, 2007)

2.2.3 In final-stage cancer patients with pain problems and had never been treated for pain before, should consider beginning the treatment with high opioid dose. (Marinangeli et al., 2004)

However, the administer principles should be performed by the following: 1) administrating analgesics on schedule, examining the validity of procedure that appropriate for each patient (WHO, 1996) 2) Follow-up dose of analgesics after 1 hour 30 minutes, if the pain does not decrease ($NRS \geq 7$), the next step is to file medical report to consider modifying drugs or apply more drugs immediately. If the pain moderately decrease (NRS 4-6), consider adjust the drug on

the patient request. (prn) to be drug by the clock, and report physician for further proper modified dose and the pain dramatically decrease ($NRS \leq 3$), continue administered as plan. (Azevedo, et al., 2006) 3) Teach patients and families about analgesics usage. Assess beliefs about the use of analgesics and education with the goal of modifying beliefs, to the corrected attitude. including with the observed adverse effects of drugs. The nursing care to observe the side effects of analgesics. be recorded and reported to doctors in case of symptoms. For patients with moderate pain - severe (Ward et al., 2000) and the treatment did not meet the WHO guidelines to modify medical treatment.

3. E :(evaluation) The proper evaluating duration can be divided into 2 terms,

1) Short term; this evaluation will be conducted 5-30 minutes after pain treatment had been administered, popular program are such as music therapy, relaxation and guided imagery. (Kaliyaperumala & Subashb, 2010 ; Huang et al., 2010; Monthida Sangrungle and Bumpenchit, 2011; Janaki et al., 2008; Azevedo et al., 2006) In pain management through massage, the effect of a massage to reduce symptoms for at least 16 to 24 hours after treatment should be evaluated (Jane et al., 2011; Wilkinson et al., 2008) For the assessment of anxiety, depression and quality of life of the patient is evaluated immediately after the end of treatment. (Pizarro1 et al., 2007) The use of behavior and mind set change programs, the assessment should be around 1-2 days after beginning of program (Kwekkeboom et al., 2012) The program is to educate nurses who care for patients to phone for about one week after the program to assess the short-term, as well as consulting with various complaints. (Wit & Dam 2001; Ward et al., 2000) The patient must have received a record number of participants with their own analgesics. (Monthida Sangrungle and Bumpenchit, 2011; Andrade et al., 2010; Janaki et al., 2008; Arbaiza & Vidal, 2007; Marinangeli et al., 2004) For a proper time after an intravenous analgesics is 15-30 minutes, or 1 hour after the form in a proper time after an intravenous analgesics is 15-30 minutes.

2) Long term; For a long term evaluation will depend on the type of program that dealing with the pain, as well as education about pain management by way of imagery, it is recommended to evaluate the pain after the program imagery (Kwekkeboom et. al., 2003) for cognitive behavioral intervention, recommend to

assess at the end of the program (Kwekkeboom et al., 2012) in the use of the educating program for monitoring the long-term effects in the 2, 4 and 8 months by Home Health Care Nurse (Wit & Dam 2001; Ward et al., 2000), finding the problem, and adjusting behavior of cancer patients to deal with pain (Nurse Coaching to Explore and Modify) then evaluates approximately 6-10 weeks after this program (Fahey et al., 2008) for a long-term assessment of massage program, the evaluation at least three weeks after the end of program should be conducted (Wilkinson et al., 2008) to assess anxiety, depression and quality of life of the patients. In addition, long-term assessment should be made after treatment for 2-3 weeks (Pizarro1 et al., 2007), which is often used the Collection of daily pain scores, when the pain score of patients greater than or equal to 3 ($NRS \geq 3$) on three consecutive days, then reports doctors and nurses to deal with the pain. (Andrade et al., 2010)

Recommendations

1. Single-dimensional pain assessment is suitable for patients with no cognitive impairment. Multidimensional pain assessment is covering a comprehensive assessment of violence and effects of pain. The most assessment method used is the rules of ABCDE, by the Agency for Health Care Policy and Research. However, the specific assessment is usually performed by doctor. (Wit & Dam, 2001)
2. For patients with two or more symptoms occurring simultaneously, a conjunction with other assessments need to be assessed, including anxiety, depression, quality of life, fatigue, etc. (Wongchan Petpichetchian, 2011)
3. For patients with analgesics treatment, recommend to assess on the barriers to pain management, the adequacy of obtaining analgesics, and the adverse effects of analgesics. For cancer patients with genital analgesics treatment thru the spinal cord with brachytherapy, the laboratory results with anesthesiologist must be evaluated first. (Arbaiza & Vidal, 2007)
4. In the use of music in pain management, the patient must receive adequate analgesics, and also taking into account the family's culture and preferences of the patient as well. (Kaliyaperumala, & Subashb, 2010; Huang, Good, & Zauszniewski, 2010)

5. Relaxation and visualization techniques use for reducing pain in patients with moderate pain. In case of severe pain, the patients need analgesics before Imagery every times. (Pizarro1 et al., 2007; Kwekkeboom et al., 2003) In patients with knowledge and used to gain experienced in imagery before, the better imagery will be created. (Kwekkeboom et al., 2003) To consider using this technique, the relevant of context to problems and needs of the individual should be met. (Monthida Sangrungle and Bumpenchit, 2011)

6. Cognitive behavioral intervention technique is appropriated for management of cancer patients who have suffered from two or more symptoms. Moreover, the use of this technique required that the patient have a better understanding. A proper duration for a better result is 3-6 months. (Kwekkeboom et al., 2012)

7. Education program should be conducted prior to the treatment, and must be in conjunction with the experience of individual patient, which requires the learning media to engage in a variety of learning techniques (Ward et al., 2000) For patients who discharged from hospital must have a prior knowledge and all information has been forwarded to Home Health Care Nurse (Wit & Dam, 2001) with a 24-hour telephone supporting service. (Wells et al., 2003)

8. Problems Searching and modifying of cancer patients' behavior to deal with pain can be made possible by a phone calling from nurse who taking cares of patient. A comfortable of patient's privacy is the ability to provide information about their health problems at the right points. For a success on this procedure, A nursing staff must be effectively trainee. (Fahey et al., 2008)

9. Massage treatment practitioner must be educated and trained in taking care for cancer patients before and will not massage in patient with contraindicated. For more effective treatment, they should get massage with essential oils. (Jane et al., 2011; Wilkinson et al., 2008; Suwaporn Leangaramkul et al., 2009)

10. To increase the efficiency of tracking pain, the Collection of daily pain scores at the 5th Vital Sign is suggested to use. (Andrade et al., 2010)

11. Medicine administered Sequentially should follow the WHO guidelines which are; by oral, by clock, for the individual, and attention to details. (WHO, 1996; Marinangeli et al., 2004; Azevedo et al., 2006)

12. The follow-up monitoring and assessing of care taken result must be evaluated for both short and long term assessment.

Implementations

1. Awareness of the health team personnel and emphasizing the importance of pain should be raised by understanding the mechanism of pain and be able to apply with a Patient Care Plan correctly.

2. Developing the knowledge and performance of nursing care to pain in the advanced stage of female reproductive cancer patients in ward unit, using knowledge from evidence-base in the assessment and pain management of both pharmacological and non-pharmacological interventions should be conducted.

3. A system of monitoring and evaluation of pain throughout the treatment in order to know the results of the method to deal with the pain that integrated together to pain in advanced stage female reproductive cancer patients is recommended.

4. A collaboration with the medical oncology units in ongoing care plan for pain assessment and pain management in non-pharmacological interventions is recommended.

5. A Systematical management support for the health care team with advanced knowledge and the use of evidence-based care to advise patients, particularly in dealing with non-pharmacological interventions is recommended.

6. A Patient Care Plan for the advanced stage of female reproductive cancer patients, with the continuous improvement of the service and in accordance with the context of emerging new academic progress is recommended.

7. Publish the effective patients care plan with advanced stage female reproductive cancer pain with organizations that provide care to patients with similar characteristics.

8. Pain management of patients in the advanced stage of female reproductive cancer should provide patient-centered nursing and relatives took part in the care program.

9. From this evidence-based practice study, found that the reviews of all works were not in very good level, thus affects the reliability of the results. Therefore, a trial practice before the actual nursing implementation should be conducted.

10. There are many effective ways with clear evidence-based support to deal with the pain in non-pharmacological interventions in cancer patients. However, most studies are often discovered only in general cancer patients. Thus, for specific study in the group of patients with advanced stage female reproductive cancer should be further conducted and researched.

11. Further researches with Thai patients should be performed, prior to the implementation, to confirm the efficiency of techniques. Particularly, the use of the behavior and mind set change programs with imaginary and relaxation techniques, since each pain management technique would affect to different pain mechanism of body, which can be explained by the gate control theory; different controlling to chronic pain. Beyond that, It can be used as guidelines for preparing patients and families to manage their own pain when admitted to the hospital or continuing a treatment at home.

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2553). *สถิติโรค 2553*. Retrieved July 2 , 2012, from [http:// 203.157.32.40/statreport/rpt2553.htm](http://203.157.32.40/statreport/rpt2553.htm)
- กฤษฎา ศรีชนภัทรางกูร (2554). มะเร็งช่องคลอด. ใน พล ศรีสมบุรณ์ และ ชำนาญ เกียรติกุล. (บรรณาธิการ). *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. (น.304-311). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์. (2550). *การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสตรีที่เป็นโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.
- จิตติ หาญประเสริฐ และ ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล. (2554). มะเร็งมดลูกชนิดซาร์โคมา. ใน พล ศรีสมบุรณ์ และ ชำนาญ เกียรติกุล. (บรรณาธิการ). *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. (น.124-146). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2540). *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เรือนแก้ว. จตุพล ศรีสมบุรณ์ (2554). มะเร็งปากมดลูก. ใน พล ศรีสมบุรณ์ และ ชำนาญ เกียรติกุล. (บรรณาธิการ). *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. (น.124-146). กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.
- เจือกุล อโนธรมณ์. (2547). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปวดเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 53(1), 4-13
- ศุภย์ สิทธิสมวงศ์ (2547). หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. ใน สมชัย นิรุติศาสตร์, นเรศ สุขเจริญ, สุรางค์ ศรีรัตนชาติ, วิชัย เดิมรุ่งเรืองเลิศ และ วิสันต์ เสรีภาพงษ์ (บรรณาธิการ). *ตำรานรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 4) (หน้า 137-152). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนอมศิริ สุนทรธรรม และ วีระ สุรเศรษฐวงศ์. (2554). มะเร็งปฐภูมิของเยื่อบุช่องท้อง ในจตุพล ศรีสมบุรณ์ และ ชำนาญ เกียรติกุล. (บรรณาธิการ). *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. (น.324-329) กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- นิตยา สออารีย์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด*. สงขลา: แม็กซ์ มีเดีย วาย ทู เค เพรส. นันทนา เสถียรพงษ์ (2548). ระดับความปวด ผลของความปวด ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 13-29.

- นาฏยา เกื้อกุลรัฐ และ นิวัติ อินทรวีเชียร.(2554).มะเร็งปอดภูมิของท่อนำไข่ ในจุฬาลงกรณ์ ศรีสมบุรณ์ และ ชำนาญ เกียรติกุล. (บรรณาธิการ).มะเร็งนรีเวชวิทยา. (น.314-319). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ประจวบ หนูอุไร.(2553).ความปวด การจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์.(2544).ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พงศ์การดี ไกรพิบูลย์ และ ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรารกร.(2547).ความปวดชุดดำราพื้นฐานเล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิรพงศ์ อินทสรและเรืองศักดิ์ เลิศขจรสุข(2554).ครรภ์ไข่ปลาอุก.ในพล ศรีสมบุรณ์ และ ชำนาญ เกียรติกุล. (บรรณาธิการ).มะเร็งนรีเวชวิทยา. (น.332-339).กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการ และวิธีการปฏิบัติ.(พิมพ์ ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มนธิดา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ.(2554).ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ,34(3).1-10.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล.(2553).การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.เชียงใหม่:บริษัท นันทพันธ์พรินต์ติ้ง จำกัด.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร.(2554).การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เวระเบียนและสถิต โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. (2555). สถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2554-2555 รัชฎา แก่นสาร. (2555). สรีรวิทยา 1 ฉบับปรับปรุงใหม่.กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพชร จำกัด.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว .(2549).ความปวดและการระงับความปวด.สงขลา:ชานเมืองการพิมพ์.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). *สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2553*. Retrieved July 2, 2012, <http://www.bps.ops.moph.go.th>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถิติโรคมะเร็ง*. สืบค้นเมื่อ 10, 2556, จาก www.nci.go.th
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2550). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. *การวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุวพร เหลืองอร่ามกุล, ลดาวัลย์ นิษโรจน์ และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2552). การทบทวนวรรณกรรม: ผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการจัดการความปวด. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(2), 9-18.
- Arbaiza, D., & Vidal, O. (2007). Tramadol in the treatment of neuropathic cancer pain: a double-blind, placebo-controlled study. *Clin Drug Investig*, 27(1), 75-83.
- Andrade, R. S., Proctor, J. W., Slack, R., Marlowe, U., Ashby, K. R., & Schenken, L. L. (2010). A simple and effective daily pain management method for patients receiving radiation therapy for painful bone metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 78(3), 855-859.
- Allan, R. (2007). Gynecologic cancers. In M.E. Langhorne, J.S. Fulton, S.E. Otto (Eds.), *Oncology nursing* (5th ed) (pp. 185-212). St. Louis: Mosby.
- Azevedo Sao Leao Ferreira, K., Kimura, M., & Jacobsen Teixeira, M. (2006). The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? *Support Care Cancer*, 14(11), 1086-1093.
- Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2002). *The Evidence-based practical manual for nurse*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Chapman, S. (2011). Assessment and management of patient with cancer pain. *Cancer Nursing Practice*, 10, 28-36.
- Chaudakshetrin, P. (2009). Validation of the Thai version of brief pain inventory (BPI-T) in cancer patient. *Journal of Medical Association of Thailand*, 92, 34-40.
- Colvin, L., & Fallon, M. (2008). Challenges in cancer pain management--bone pain. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1083-1090. doi: 10.1016/j.ejca.2008.03.001
- Chamberlain, G. & Bowen-Simpkins, P. (2000). *A practice of obstetrics and Gynecology* (3rd ed.). Philadelphia : Churchill Livingstone.

- de Wit, R., & van Dam, F. (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a Pain Education Programme for cancer patients with chronic pain. *J Adv Nurs*, 36(6), 742-754.
- DiCenso, A., Hutchison, B., Grimshaw, J., Edwards, N., & Guyatt, G. (2005). Health services interventions. In A. Dosenso, G. Guyatt & D. Ciliska (Eds.), *Evidence-base nursing: A guide to clinical practice* (pp. 265-297). St. Louis: Elsevier Mosby.
- DiSais,P.J.,& Creasman,W.T.(2002).*Clinical gynecology oncology* (6th ed.).St.Louis: Mosby Year Book.
- Eckman, M. (2011). *Professional guide to pathophysiology*. (3rdEds):Lippincott Williams & Wilkin.
- Foley,K.M. (1993).Complications of cancer and its treatment.*Cancer Medicine*.(3rd Eds).Philadelphia : Lea & Febiger.
- Fahey, K. F., Rao, S. M., Douglas, M. K., Thomas, M. L., Elliott, J. E., & Miaskowski, C. (2008). Nurse coaching to explore and modify patient attitudinal barriers interfering with effective cancer pain management. *Oncol Nurs Forum*, 35(2), 233-240.
- Gehdoo, R. P.(2006). Cancer pain manangement. *Indian Journal Anaesth*,50(5),375-390.
Retrievedfrom<https://market.android.com/details?id=comm.app.medknow>
- Grace, J. T. (2009). Essential skills for evidence-based practice: Strength of evidence. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 8-13.
- Goff,B.(2004).Primary perionael cancer. In D.M. Gershenson & et al.(Eds.), *Gynecologic cancer: Controversies in management* (pp.527-538).Philadelphia :Elsevier Churchill Livingstone.
- Huang, S. T., Good, M., & Zauszniewski, J. A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 47(11), 1354-1362.
- Jacox,A.K. (1997).*Pain: A source book and for nurse and health professional*.Boston :Little Brown.
- Janaki, M. G., Nirmala, S., Kadam, A. R., Ramesh, B. S., & Sunitha, K. S. (2008). Epidural analgesia during brachytherapy for cervical cancer patients. *J Cancer Res Ther*, 4(2), 60-63.

- Jane, S. W., Chen, S. L., Wilkie, D. J., Lin, Y. C., Foreman, S. W., Beaton, R. D., et al. (2011). Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial. *Pain*, 152(10), 2432-2442.
- Kwekkeboom, K. L., Kneip, J., & Pearson, L. (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. *Pain Manag Nurs*, 4(3), 112-123.
- Kaliyaperumala, R., & Subashb, J. G. (2010). Effect of music therapy for patients with cancer pain. *International Journal of Biological & Medical Research*. 1(3): 79-81.
- Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K., & Wanta, B. (2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncol Nurs orum*, 37(3), E151-159.
- Kwekkeboom, K. L., Abbott-Anderson, K., Cherwin, C., Roiland, R., Serlin, R. C., & Ward, S. E. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. *J Pain Symptom Manage*, 44(6), 810-822.
- Kutner, J. S., Smith, M. C., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B. K., et al. (2008). Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 149(6), 369-379.
- Kramer, J. L., & Greene, M. H. (2004). Epidemiology of ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer . In D. M. Gershenson & et al. (Eds.), *Gynecologic cancer: Controversies in management* (pp. 273-340). Philadelphia : Elsevier Churchill Livingstone.
- Kietpeerakool, C., Suprasert, P., Srisomboon, J., & Pantusart, A. (2005). Primary carcinoma of the fallopian tube: A clinicopathologic analysis of 27 patients. *J Med Assoc Thai*, 88(10), 1338-1343.
- Leon-Pizarro, C., Gich, I., Barthe, E., Rovirosa, A., Farrus, B., Casas, F., et al. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. *Psychooncology*, 16(11), 971-979.

- International Association for the Study of Pain .Pain terms.In Merskey, H,Bogduuk,N. Eds.*Classification of chronic pain –descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms*.(2ndEds).Seattle:IASP,1994.207-13.
- McGurie,D.B. & Sheildler,V.R. (1993).Pain In S.L.Groenwald,et al. (3rdEds).*Cancer nursing : Principles and practice*.(pp.499-556).Boston:Jones and Bastlett.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Miaskowski,C. (1996).Special needs related to the pain and discomfort of patients with gynecologic cancer.*Journal of American Nursing*,25(2),181-188.
- Mantyh, P. W., Clohisy, D. R., Koltzenburg, M., & Hunt, S. P. (2002). Molecular mechanisms of cancer pain. *Nat Rev Cancer*, 2(3), 201-209.
- Marinangeli, F., Ciccozzi, A., Leonardis, M., Aloisio, L., Mazzei, A., Paladini, A., et al. (2004). Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. *J Pain Symptom Manage*, 27(5), 409-416.
- Margart,F. (2002).Cancer of the cervix.*Seminar in Oncology Nursing*,18(3),193-199.
- Novak-Smith,P.,Adnan-Kock,S.,& Davidson,S.A. (2001).Gynecologic cancers. In R.A. Gates & R.A. Gates & R.M. Fink (Eds.),*Oncology nursing secrets* (2nded.,pp.240-250).Philadelphia:Henley & Belfus , Inc.
- Portenoy ,R. K., Kornblifh, A. B., Wong, G., Vlamis , V., Lepore, J. M., & loseth, D. B. ,et al,(1994). Pain in Ovarian Cancer Patients. *Cancer*, 74(3), 907-915.
- Palmer,J.,Gillespie,A., (2012).Palliative care in gynecological oncology. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 22, (5) , 123-128.
- Polit, D.F. & Beck, C.T.(2008). Translating research evidence into nursing practice: Evidence based nursing. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. pp.28-54). Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Palat, G.,Biji.M.S., & Rajagopal,M.R (2005).Pain management in cancer cervix. *Indian Journal PalliativeCare*,11,64-73.
- Retrievedfrom<https://market.android.com/details?id=comm.app.medknow>
- Smith, M. D., Todd, J. G., & Symonds, R. P. (2002). Analgesia for pelvic brachytherapy. *Br J Anaesth*, 88(2), 270-276.
- Sherman,A.I. (1963).*Cancer of the female reproductive organs*. St.Louis :The C.V. Mosby.

- Selman,A.E.,Niemann,T.H., & Copeland,L.J.(2000).Papillary serous carcinoma of the peritoneum.In L.J.Copeland(Ed.),*Textbook of gynecology*(2nd ed.)(pp.1375-1387).Philadelphia;Saunders.
- Teixeira, M. E. (2008). Meditation as an intervention for chronic pain: an integrative review. *Holist Nurs Pract*, 22(4), 225-234.
- Tortolero-Luna,G., & FrancoE.L.(2004).Epidemiology of cervical, valvar, and vaginal cancer. In D.M. Gershenson & et al.(Eds.), *Gynecologic cancer: Controversies in management* (pp.3-30).Philadelphia :Elsevier Churchill Livingstone.
- van den Beuken-van Everdingen, M. H., de Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*, 18(9), 1437-1449.
- Vistad, I., Cvancarova, M., Kristensen, G. B., & Fossa, S. D. (2011). A study of chronic pelvic pain after radiotherapy in survivors of locally advanced cervical cancer. *Journal Cancer Survivors*, 5(2), 208-216.
- Vistad, I., Cvancarova, M., Fosså, S. D., & Kristensen, G. B. (2008). Postradiotherapy Morbidity in Long-Term Survivors After Locally Advanced Cervical Cancer: How Well Do Physicians' Assessments Agree With Those of Their Patients? *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics*, 71(5), 1335-1342.
- Waldenström, A.-C., Olsson, C., Wilderäng, U., Dunberger, G., Lind, H., Alevronta, E., et al (2012). Relative Importance of Hip and Sacral Pain Among Long-Term Gynecological Cancer Survivors Treated With Pelvic Radiotherapy and Their Relationships to Mean Absorbed Doses. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 84(2), 428-436.
- Ward, S., Donovan, H. S., Owen, B., Grosen, E., & Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers. *Res Nurs Health*, 23(5), 393-405.
- Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *J Adv Nurs*, 63(5), 430-439.

- West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., et al. (2003). The PRO-SELF(c): Pain Control Program--an effective approach for cancer pain management. *Oncol Nurs Forum*, 30(1), 65-73.
- Wells, N., Hepworth, J. T., Murphy, B. A., Wujcik, D., & Johnson, R. (2003). Improving cancer pain management through patient and family education. *J Pain Symptom Manage*, 25(4), 344-356.
- Winter, R., Ostor, A. G., Kapp, K., & Petru, E. (2004). Primary treatment of uterine sarcomas. In D. M. Gershenson & et al. (Eds.), *Gynecologic cancer: Controversies in management* (pp. 301-306). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Wit, R. D., & Dam, F. V. (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a Pain Education Program for cancer patients with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 742-754.
- World Health Organization. (1996). Retrieved July 4, 2013, from WHO's Pain ladder.
www.who.int/cancer/palliative/painladder/en
- World Health Organization. (2010). The global burden of disease: 2008 update. Retrieved July 2, 2012, from <http://www.who.int/evidence/bod>
- WHO. *Cancer pain relief*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

เรืออากาศเอกหญิง นงนุช ศรีสมุทรนาถ

วัน เดือน ปีเกิด

5 กันยายน 2520

สถานที่เกิด

จังหวัดน่าน ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2538-2542

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554-2556

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลผู้ใหญ่)

ประวัติการทำงาน

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แขวงคลองถนน

เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220

โทรศัพท์ 02-5347741-2

E-mail: nuch_7223@yahoo.com