



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการลดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสาน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการลดมนต์
5. แบบจำลองของการจัดการกับอาการ
6. โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการลดมนต์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและการรักษาพยาบาล

##### 1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งขั้นสุดท้าย (2538) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพลุกลามมากเกินกว่าที่จะบำบัดรักษา การดูแลรักษามีได้อยู่ที่ความพยายามที่จะยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนาน แต่กลับเป็นการให้การรักษาแบบประคับประคอง และบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยมีโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวด

อุมารรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2547) ให้ความหมายผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่อาการของโรคลุกลามจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใด ๆ อีกต่อไป นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้าย

Kwon และคณะ (2006) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ที่มีการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ด้วยวิธีการรักษา เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด หรือยาฮอร์โมน

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาด มีอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เป้าหมายในการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลจากโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค

## 1.2 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.2.1 ด้านร่างกาย ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนมากจะมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานพร้อมกันหลายอาการ อาการที่พบบ่อยเป็นอาการที่รุนแรงและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยอาการที่เป็นอยู่ก็ทรุดลง หรือเคยเป็นและหายดีแล้วกลับมาเป็นอีก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Vachon, Kristjanson and Higginson, 1995) นอกจากนี้ยังพบอาการด้านการหายใจ คลื่นไส้ การนอนหลับ ท้องผูก สมาธิลดลงหรือสับสน นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Flatow และ Long (2001) ซึ่งได้รวบรวมอุบัติการณ์ของอาการที่พบในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ในช่วงเวลาต่าง ๆ ก่อนเสียชีวิตพบว่าช่วงเวลา 2 เดือนก่อนก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยมีอาการปวดมากที่สุด ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิตมีอาการอ่อนเพลียมากที่สุดและช่วง 24-48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีอาการทางปอดมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดหายใจลำบาก คลื่นไส้ และอาเจียนเป็นอาการสำคัญตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย ส่วนปัญหาน้ำหนักลด เบื่ออาหารและนอนไม่หลับเป็นอาการที่มีความสำคัญระยะแรก แต่ในระยะท้ายเมื่อใกล้เสียชีวิตพบว่าไม่ค่อยมีความสำคัญ และช่วงวันท้าย ๆ ของชีวิตอาการที่มีความเด่นชัด คือ การมีสารคัดหลั่งในช่องปากและทางเดินหายใจ ภาวะง่วงซึมและการระตุกของกล้ามเนื้อ

1.2.2 ด้านจิตสังคม สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่เจ็บป่วยในระยะนี้ที่อาจพบได้แก่ การปฏิเสธ โกรธ วิทกกังวล กลัว และซึมเศร้า โดยพบว่าในระยะนี้หากผู้ป่วยไม่ยอมรับความจริงของโรค หรือหวังว่าจะมีโอกาสหายอยู่ จะพบการปฏิเสธความตาย รู้สึกโกรธโทษชะตาชีวิต อาจโกรธผู้ใกล้ชิด สาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วย หรือโกรธผู้ดูแลรักษาที่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ ตั้งแต่ในระยะแรก หรือไม่สามารถทำให้อาการดีขึ้นได้ และเมื่อผู้ที่เจ็บป่วยรับรู้ว่ามีหวังที่จะหายจากโรคแล้ว ผู้ที่เจ็บป่วยจะรู้สึกกลัวความตายที่ใกล้เข้ามา ในระยะนี้บางคนอาจกลัวการต้องละจากบุคคลที่รักและสิ่งครอบครองอยู่ไปสู่สถานที่ที่ไม่รู้จัก หรือบางคนกลัวกระบวนการที่จะนำไปสู่ความตาย รวมไปถึงความกลัวทางจิตวิญญาณ เช่น กลัวในบาปที่เคยทำมา เป็นต้น

(นิตยา สมบัติแก้ว, 2541; สุจารี อมรกิจบำรุง, 2546) แต่โดยทั่วไปสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลัวมากที่สุด คือ การถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ อาการปวด และอาการทุกข์ทรมานทางกายอื่น ๆ รวมทั้งการมีความหวั่นกังวลเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่คั่งค้างอยู่ คนที่อยู่ข้างหลัง และความกังวลเกี่ยวกับความตาย (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และสิวลี ศิริไล, 2542) นอกจากนี้ผู้ที่เจ็บป่วยบางคนยังเกิดความรู้สึกสูญเสียต่าง ๆ เช่น สูญเสียศักดิ์ศรี ซึ่งเป็นภาวะที่รู้สึกว่าคุณไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างที่บุคคลที่มีคุณค่าและได้รับการยอมรับ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกสูญเสียความเป็นบุคคล และสูญเสียบทบาทหน้าที่เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันหรือหน้าที่การงานได้ตามปกติ ถูกแยกจากสังคม ซึ่งการรับรู้การสูญเสียหรือการเผชิญความตายที่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ผู้ที่เจ็บป่วยและแสดงออกโดยการแยกตัวอยู่ตามลำพัง สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง และรู้สึกสิ้นหวัง (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541; สุจารี อมรกิจบำรุง, 2546)

1.2.3 **ด้านจิตวิญญาณ** ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายอาจเกิดความรู้สึกสูญเสียศรัทธา ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา คุณค่าหรือพลังอำนาจ รู้สึกล้มเหลวในชีวิตนอกจากนี้อาจพบความเครียดทางจิตวิญญาณ ถ้าหากผู้ที่เจ็บป่วยไม่ได้รับการตอบสนองตามหลักความเชื่อหลักศาสนา หรือการได้รับการให้อภัย การถูกทอดทิ้งให้เสียชีวิตตามลำพัง หรือการขาดบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียความหวังในทุก ๆ เรื่อง รวมถึงการเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ล้วนทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยเกิดภาวะเครียดทางจิตวิญญาณได้ทั้งสิ้น (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541; Yarbo et al., 2000)

### 1.3 การรักษาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

#### 1.3.1 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นการรักษาที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว เป็นเพียงการรักษาตามอาการเพื่อยืดระยะเวลาของการอยู่รอด

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2534) ได้กล่าวถึงจุดมุ่งหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายว่าเป็นการรักษาเพื่อ

1. บรรเทาอาการทรมานจากโรคมะเร็ง เช่น การฉายรังสีเพื่อบรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งแพร่กระจายไปยังกระดูก อาการหอบจากภาวะ Superior vena cava obstruction
2. คงคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ เช่น ในกรณีการฉายรังสี Whole brain ในภาวะ Brain metastasis ทั้งนี้ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งจะไม่หายขาดแล้ว แต่การรักษา

จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสปลอดจากภาวะการเป็นอัมพาตหรือลดความรุนแรงของภาวะอัมพาตลงจนอยู่ในขั้นที่สามารถช่วยตนเองได้ ทำให้ไม่เป็นภาระต่อตนเองและครอบครัวมากเกินไป

3. ชะลอการเติบโตของก้อนมะเร็ง (Growth retardation) ไม่ให้ก่อปัญหาที่ทรมาณต่อผู้ป่วยในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่ เช่น มะเร็งปอดระยะลุกลามจนไม่สามารถผ่าตัดได้ ถ้าไม่รักษาก้อนมะเร็งที่โตเร็วจะลุกลามอุดตัน ทำให้เกิดภาวะ Atelectasis การฉายรังสีจะเป็นการยืดระยะเวลาหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะนี้ได้

4. Toilet purpose เป็นการรักษาเพื่อไม่ให้อุจจาระแข็ง เช่น ภาวะการเป็นแผลมะเร็งลุกลาม เน่าเรื้อรัง และติดเชื้อใน Infected metastasis node การฉายรังสีจะทำให้ขนาดก้อนเล็กลง หยุดการเน่าเปื่อยและติดเชื้อ ทำให้สภาพผู้ป่วยดีขึ้น

การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่สามารถทำได้โดยไม่เกิดผลข้างเคียงมี 4 วิธี คือ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2534)

1. Conservative surgery ได้แก่ การผ่าตัด Bypass ต่าง ๆ เช่น การทำ Colon by pass ในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ แต่ทำได้ในบางรายเท่านั้น

2. การฉายรังสี

3. การให้ยาเคมีบำบัดมักใช้ในผู้ป่วยที่ร่างกายแข็งแรงและเป็นมะเร็งชนิดที่ไวต่อยาเคมี

4. การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ โดยการใช้วิธีทางอายุรกรรมทั่วไป จัดเป็นการรักษาที่สำคัญ มีประโยชน์สูงสุด และมีความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากพยาบาล และบุคคลากรในทีม

### 1.3.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายหรือใกล้ตาย และรวมไปถึงครอบครัว โดยเน้นทางด้านมนุษยธรรม และการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพมากที่สุด ขณะเดียวกันก็เชื้อต่อสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้วย (Burn, Carney, and Brobst, 1989 อ้างถึงใน รวี เดือนดาว, 2547) เมื่อได้รับการรักษาจากการมุ่งเน้นเพื่อการรักษาจะกลายเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หรือการให้การดูแลในระยะสุดท้าย (Terminal care) (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2543) ซึ่งประเทศทางตะวันตกได้จัดให้มีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Terminal ill patients) โดยเฉพาะที่เรียกว่า "Hospice care" เพื่อเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

บรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยทีมงานที่มีความรู้และประสบการณ์ อำนวยความสะดวกสบายด้านสิ่งแวดล้อม และให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบ รวมทั้งให้การดูแล ครอบครัวยของผู้ป่วยอย่างดี ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจนถึงแก่กรรม เพื่อบรรเทาความ โศกเศร้าจากการสูญเสียผู้ป่วย ในประเทศไทยมีหน่วยงานที่จัดให้บริการตามรูปแบบ Hospice care คือ ศูนย์มะเร็งมหาวิภาวชิราลงกรณ์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งให้บริการแบบผู้ป่วยใน และดำเนินการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านด้วย นอกจากนี้ ปัจจุบันในประเทศไทยได้มีการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานที่ทางศาสนา เช่น วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี และอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร โดยไม่เก็บค่ารักษาใด ๆ กับผู้ป่วย ทั้งนี้ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เป็นสถานที่ที่บำบัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วย สมานธิ บำบัดตามแนวทางศาสนาและวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนตะวันตก การแพทย์แผนไทย การใช้สมานธิบำบัด ดนตรีบำบัด ธรรมชาติบำบัด อาหารเพื่อสุขภาพ รวมทั้ง วิธีการอื่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เข้ามารับการรักษาทุเลา ความเจ็บปวดไปจนกระทั่งหายขาด หรือหากอยู่ในขั้นที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ก็จะปรับเปลี่ยน ทัศนคติของผู้ป่วยให้เข้าใจชีวิต ค้นพบสัจธรรมและสามารถยอมรับกับความตายแบบยิ้มได้ (อโรคยศาล บทสวดมนต์, 2553)

#### 1.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547)

1.4.1 พยาบาลต้องตระหนักว่าชีวิตมนุษย์มีคุณค่าและมีความหมายมาก การ ปฏิบัติการพยาบาลจึงควรกระทำด้วยความเคารพในชีวิตและศักดิ์ศรีมนุษย์เสมอ

1.4.2 พยาบาลต้องระลึกอยู่เสมอว่าเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยให้มากที่สุด ทุกกิจกรรมของพยาบาลต้องเกิด ประโยชน์สูงสุดและเกิดโทษ (เจ็บปวดน้อยที่สุดแก่ผู้ป่วย)

1.4.3 พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยคุณภาพการดูแลแบบเดียวกับกับ ที่พยาบาลตั้งใจจะปฏิบัติต่อบุคคลที่ตนรักหรือญาติของตนเอง

1.4.4 เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุด และญาติควรได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น เช่น อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การดำเนินของโรคและ ค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นระยะ ๆ

1.4.5 ให้ความร่วมมือกับญาติผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยต้องการพบพระสงฆ์ บาทหลวง ผู้นำศาสนาหรือต้องการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมและเป็นส่วนตัว

1.4.6 การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ พยาบาลต้องมีความหมายของวิชาชีพอย่างชัดเจน คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับคุณภาพการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย การให้เกียรติและการยอมรับระหว่างวิชาชีพและช่วยลดความขัดแย้งในการทำงานลงได้มาก

1.4.7 จัดระบบความสำคัญของปัญหาร่วมกัน วางแผนงานว่าปัญหาใดควรกระทำก่อน-หลัง

1.4.8 มีการประชุมเพื่อให้คำแนะนำปรึกษาและให้กำลังใจกัน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ให้ทุกฝ่ายได้มีโอกาสระบายความรู้สึกเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา

1.4.9 ตั้งเป้าหมายการทำงานของตนเองให้มีความชัดเจน อย่าคาดหวังในสิ่งที่ไม่สามารถจะทำได้ เรียนรู้และทำในสิ่งที่ทำได้ และมีความสามารถอุทิศตนให้กับงาน แต่ต้องประเมินข้อจำกัดของตนเอง อย่าล้าเลที่จะส่งต่อผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของผู้ร่วมวิชาชีพอื่นหรือหยุดพักไปสักกระยะหนึ่ง

1.4.10 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับผู้อื่นไม่เป็นทางการ และหาโอกาสเข้าร่วมวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์อภิปรายปัญหาในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยตายอย่างกะทันหัน การเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบากเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยบางรายอาจทำให้พยาบาลอ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจจะก่อให้เกิดอาการท้อแท้ และหมดกำลังใจได้ง่าย การได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ก็จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจกลไกทางจิตของตนเองและเกิดการพัฒนาทางด้านความคิด

1.4.11 ตั้งเป้าหมายในชีวิตส่วนตัวและเป้าหมายในชีวิตการทำงาน คิดอย่างสร้างสรรค์และก้าวไปตามเป้าหมายนั้นจะช่วยให้อยู่ในวิชาชีพได้ดี

1.4.12 ดูแลสุขภาพตนเอง หมั่นออกกำลังกาย หาวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ สร้างความแข็งแกร่งให้จิตวิญญาณด้วยวิธีที่หลากหลาย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดและมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้ครบวงจรรวมถึงจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบกับความสุขและช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี พยาบาลจำเป็นที่จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทุ่มเทกำลังใจและมีความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วยและญาติ งานบริการของพยาบาลจึงมีความแตกต่างจากการบริการอื่น ๆ พยาบาลจำนวนไม่น้อยที่คิดว่าพยาบาลเป็นงานที่ได้เรียนรู้สัจธรรมของชีวิตจากเพื่อนมนุษย์ สักวันหนึ่ง

พยาบาลก็ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย การสูญเสีย การตาย เช่นเดียวกับผู้ป่วยและพยาบาลก็ปรารถนาที่จะได้รับการดูแลเพื่อให้การตายของตนเองนั้นเป็นการตายที่สงบและปราศจากความเจ็บปวดเช่นเดียวกับผู้ป่วยและญาติ

### 1.5 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นอาศัยความละเอียดอ่อน และเข้าใจปัญหาที่ซับซ้อน พยาบาลต้องมีทัศนคติทางบวกต่อความตาย ต้องเข้าใจว่าความตายคือ กระบวนการตามธรรมชาติของชีวิตรวมทั้งต้องเข้าใจในพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เข้าใจในหลักจริยธรรมพื้นฐานร่วมกับหลักคุณธรรมที่จะช่วยให้พยาบาลมีกรอบแนวคิด วิจาร์ณญาณและมีเหตุผลเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548) และสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณดังนี้

1. ด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนมากจะมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานพร้อมกันหลายอาการ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Vachon, Kristjanson, and Higginson, 1995) ดังนั้นบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านร่างกาย พยาบาลจึงต้องมุ่งเน้นการให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้านการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการอย่างดีที่สุด การดูแลที่ให้ความสำคัญและช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากที่สุด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการต่างๆ เอาการรวมทั้งส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับการจัดการอาการด้วยกลวิธีการจัดการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

2. ด้านจิตสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าการเจ็บป่วยมาถึงระยะสุดท้าย มักจะรู้สึกกลัวความตายที่ใกล้เข้ามา บางคนอาจกลัวการต้องละจากบุคคลอันเป็นที่รักและสิ่งครอบครองอยู่ ไม่ยอมรับความจริงของโรค มีความหวังว่าจะมีโอกาสหาย และปฏิเสธความตาย ดังนั้นบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อป้องกันผลกระทบด้านจิตสังคมที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้อาการ การตัดสินใจรับการรักษา มีโอกาสเตรียมตัวในการต้องพลัดพราก และสูญเสียบุคคลที่รัก และได้ทำสิ่งสุดท้ายที่มีความหมายสำหรับผู้ป่วยและญาติ (สุจิตรา ชัยกิตติศิลป์, 2548)

3. ด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอาจเกิดความรู้สึกสูญเสีย ศรัทธา ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา คุณค่าหรือพลังอำนาจ รู้สึกล้มเหลวในชีวิต ดังนั้นพยาบาลควร ส่งเสริมการเยียวยาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการสร้างการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในยามที่รู้สึก ทุกข์ใจ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อวาระสุดท้ายใกล้มาถึง พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อการเสียชีวิตอย่างสงบและเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสนในการกล่าว ล่าซึ่งกันและกัน รวมทั้งการอนุญาตให้ครอบครัวได้ทำพิธีตามความเชื่อทางศาสนา

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

อาการปวดจากมะเร็งจัดว่าเป็นอาการปวดที่มีความสำคัญมากที่สุดในบรรดาอาการปวด ทั้งหมด เพราะอาการปวดจากมะเร็งมีคุณลักษณะเฉพาะ มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากที่ต้องทนอยู่ กับความรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพราะอาการปวด (Bonica, 1990) ทั้งนี้อุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการปวดขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ระยะของโรค และการมีการกระจายหรือไม่นอกจากนั้น การตอบสนองต่ออาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งยังขึ้นอยู่กับ ปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น อายุ จุดเริ่มต้นของอาการปวด (Pain threshold) และประสบการณ์เกี่ยวกับ ความปวดที่มีมาก่อน (Deters, 1999) อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นประสบการณ์ หลากหลายมิติ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2544) และอาการปวดที่เกิดขึ้นยังสามารถเร่งการ เจริญเติบโตของก้อนทุมและเพิ่มอัตราการตายภายหลังจากที่ก้อนทุมก่อการคุกคามขึ้น (Libeskind, 1991 อ้างถึงใน สถาพร สีสานันทกิจ, 1992)

### 2.1 ความหมายของอาการปวด

อาการปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน ซึ่งบุคคลไม่ปรารถนาและ เป็นสิ่งที่บุคคลกลัวเป็นอันดับสองรองจากความตาย (Miller and Perry, 1990) ความหมายของ อาการปวดมีกว้างขวาง ดังนี้

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาอาการปวด (International Association for the study of Pain หรือ IASP) (IASP, 1979 cited in McGuire and Sheidler, 1992) ได้นิยามอาการ ปวดไว้ว่า เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ที่เกิดร่วมกับการ ทำลายหรือมีศักยภาพในการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือถูกพรรณนาในลักษณะเหมือนหนึ่ง ว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น



Jacox (1977) อธิบายความหมายของอาการปวดในทางสรีรวิทยาว่า คือ การมีสิ่งมากระตุ้นที่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อของร่างกายและการส่งสัญญาณอาการปวดไปตามใยประสาท นำความรู้สึก เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ร่างกายเกิดการรับรู้และทำให้มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้น

McCaffery (1979) ให้ความหมายของอาการปวด ว่าเป็นคำบอกเล่าจากผู้ป่วย ซึ่งตีความได้ว่า "ทราบใดที่บุคคลบอกว่าปวด แสดงถึงความเจ็บปวดนั้นยังคงมีอยู่"

Bonica (1990) ให้ความหมายของอาการปวดว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายและเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ ที่เกิดขึ้นขณะนี้หรือกำลังจะเกิดขึ้น ประหนึ่งว่าเนื้อเยื่อถูกทำลาย

Boss (1992) ให้ความหมายของอาการปวด ว่าเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในกาย จิต สังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนลงไป เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างหนึ่งของร่างกายที่เกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ

สุพร พลยานันท์ (2528) กล่าวว่า อาการปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือเกิดจากจิตใจที่ได้รับการคุกคาม และมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต อาการปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว จะมีบุคคลที่กำลังประสบอาการปวดอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความรู้สึกของตนเอง บุคคลอื่นจะมีอาจหยั่งรู้นอกจากบุคคลนั้นได้บอกหรือกล่าวถึง

ดร.ฉวี ชุณหวัต (2540) กล่าวว่า อาการปวดเป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการทำลาย หรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อร่างกาย หรือถูกบรรยาย ประหนึ่งว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อนั้น ๆ คนส่วนใหญ่ไม่พึงปรารถนา อาการปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและมีผลต่อการรบกวนชีวิตประจำวันทั้งการทำกิจกรรม รบกวนการพักผ่อนนอนหลับ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและผู้ใกล้ชิด ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย จึงทำให้มนุษย์ต้องแสวงหาวิธีการรักษา

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปความหมายของอาการปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งได้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ที่เกิดขึ้นในขณะที่บุคคลมีความรู้สึกตัวดี และเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในกาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเนื้อเยื่อได้รับอันตราย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะแสดงออกถึงความเจ็บปวด จากปฏิกิริยาตอบสนองความรู้สึกทั้งทางสรีรวิทยาและอารมณ์ มีเพียงบุคคลที่ปวดเท่านั้นที่สามารถอธิบายหรือให้ความหมายกับความรู้สึกนั้นได้ เพราะอาการปวดเป็นเฉพาะบุคคลซึ่งผู้อื่นไม่สามารถตอบแทนกันได้

## 2.2 สาเหตุและชนิดของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

สาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งแบ่งออกเป็น 3 ประการใหญ่ ๆ คือ (Foley, 1979 cited in Bonica, 1990; Pitcher and Duncombe, 2000; Ruzicka et al., 2001; สุพัตรา แสงรุจิ, 2534; พงศ์ภาวดี เจาตะเกษตริน, 2536; สถาพร สีสานันทกิจ, 1996) คือ

2.2.1 อาการปวดที่เกิดจากขบวนการของโรค จากมีการกระจายของเซลล์มะเร็งโดยตรง (Direct tumor involvement) พบได้สูงถึงร้อยละ 60-80 ได้แก่ การกระจายของโรคไปยังเนื้อเยื่ออ่อนกระดูก สมอง ก้อนมะเร็งกดเส้นประสาท รากประสาทหรือไขสันหลัง หรือการแพร่กระจายไปยังอวัยวะภายในต่าง ๆ

2.2.2 อาการปวดที่เป็นผลจากการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 20-25 อาจเป็นผลที่เกิดระหว่างการรักษา หรือเป็นผลหลังการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การได้รับยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีรักษา เป็นต้น

2.2.3 อาการปวดอันเนื่องมาจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งหรือการรักษามะเร็งเลย พบได้ประมาณร้อยละ 3-10 เช่น ปวดศีรษะ ปวดข้ออักเสบ ปวดกล้ามเนื้ออักเสบ แผลอักเสบติดเชื้อ ปวดฟัน เป็นต้น

## 2.3 ชนิดของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ลักษณะอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง สามารถได้อธิบายถึงชนิดของอาการที่สำคัญ ได้ดังนี้ (Coyle and Foley, 1991)

2.3.1 อาการปวดตามร่างกาย (Somatic pain) เป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นตัวตอบรับความรู้สึกปวด ซึ่งเรียกว่า "โนซิเซพเตอร์" (Nociceptor, sensory receptor) ซึ่งอยู่บริเวณพื้นผิวและผิวหนังส่วนลึก อาการปวดมักจะเป็นเฉพาะที่และมักจะสัมพันธ์กับการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่กระดูก กลไกความเจ็บปวดนี้เข้าใจว่า เกิดจากการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) เนื่องจากเป็นสาร สำคัญที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นในขณะที่มีการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก ลักษณะอาการปวดมีหลากหลาย เช่น ในขณะที่มีการเกร็งกล้ามเนื้อ หรือปวดแบบทิ่มแทง (Stabbling) เป็นครั้งคราว อาการปวดจะรุนแรงเวลากลางคืน หรือในขณะที่นั่ง ยืน หรือเคลื่อนไหว (Marcus, 2000)

2.3.2 อาการปวดอวัยวะภายใน (Viseral pain) เป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นจากการโนซิเซพเตอร์ของระบบไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ได้รับการกระตุ้นจากเซลล์มะเร็ง ที่เข้าไปแทนที่เนื้อเยื่อ จนทำให้เกิดการอุดกั้นในอวัยวะที่มีช่องว่าง อาการปวดเกิดขึ้นจากการที่เยื่อเมิวได้รับความระคายเคือง ถูกกระทบหรือ

ดึงรั้งบริเวณลำไส้ หรือมีการบิดตัวและถูกอัดในส่วนอวัยวะที่เป็นช่องว่าง ลักษณะอาการปวดจะไม่เป็นเฉพาะที่ มักจะปวดร้าวไปยังผิวหนังบริเวณอื่น เช่น อาการปวดร้าวไปยังบริเวณไหล่ที่เกิดจากการกระจายของมะเร็งไปยังตับและช่องท้อง หรืออาการปวดบริเวณขาที่เกิดจากมะเร็งของต่อมลูกหมาก ลักษณะอาการปวดจะเป็นแบบปวดลึก ๆ เหมือนถูกบีบหรือถูกกด ในกรณีที่มีการอุดกั้นของลำไส้มักจะมีอาการปวดอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก เป็นต้น

2.3.3 อาการปวด neuropathic (Neuropathic pain) เป็นอาการปวดที่เกิดจากเซลล์ประสาทได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจจะเกิดจากเซลล์ประสาทส่วนปลายหรือส่วนกลางก็ได้ จากสาเหตุที่มีการลุกลามของก้อนทumor ไปยังเซลล์ประสาท หรือเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น อาการปวดจากการผ่าตัด , การฉายแสงที่ไปกระตุ้นบริเวณเส้นประสาทส่วนแขน (Brachial) หรือบริเวณข่าประสาทบริเวณกระดูกเอว (Lumbar plexopathies) และอาการปวดทางประสาทที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น ได้รับวินคริสทีน (Vincristine) และซิสพลาติน (Cisplatin) เป็นต้น ลักษณะอาการปวดจะเป็นแบบปวดแสบร้อนเหมือนถูกเข็มแทง นอกจากนี้ยังมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วย

2.3.4 อาการปวดที่เกิดจากไขสันหลังถูกกด (Epidural spinal cord compression) สาเหตุของไขสันหลังถูกทำลาย เนื่องมาจากการแพร่กระจายของก้อนทumor ไปยังช่องว่างของเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Epidural space) หรือจากก้อนทumor ไปกดเบียดไขสันหลังโดยตรง มีส่วนน้อยมากที่มาตามกระแสเลือด แล้วมาติดอยู่ที่ช่องว่างของเยื่อหุ้มไขสันหลัง ความเจ็บปวดอาจจะเกิดขึ้นเป็นเวลาหลายวันหรือสัปดาห์ ก่อนที่จะปรากฏอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท (นิตยา สออารีย์, 2546) โดยแบ่งความเจ็บปวดออกเป็น 2 ชนิด คือ (Coyle and Foley, 1991)

2.3.4.1 อาการปวดเฉพาะที่ (Local pain) ซึ่งอาการปวดจะเกิดใกล้กับตำแหน่งที่ถูกรุกรานไปยังกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยจะบอกถึงอาการปวดแบบตื้อ ปวดร้าว และปวดคงที่ อาการปวดจะมากที่สุดในเวลากลางคืนหรือเมื่อรับน้ำหนัก อาการปวดที่ต่อเนื่องมักจะอยู่ในระดับปานกลางในขณะพัก และเพิ่มขึ้นเมื่อเปลี่ยนท่าเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การยืนหรือการนั่ง อาการปวดแทรกเป็นผลจากการรับน้ำหนักที่ไม่มั่นคง หรือเป็นเพราะเกิดภาวะกระดูกหัก อาการปวดกระดูกถึงแม้จะเป็นเฉพาะที่ตรงกับด้านที่เป็นโรค แต่อาจจะส่งความปวดไปยังเนื้อเยื่อเกี่ยวพันได้ เช่น รอยโรคเกิดที่สะโพก แต่มีอาการปวดไปถึงเข่า เป็นต้น

2.3.4.2 อาการปวดแบบเรดิคูลาร์ (Radiculau pain) จะพบได้บ่อยกว่าจากการที่มีการรุกรานของมะเร็งไปยังกระดูกคอและกระดูกเอวและสะโพก ซึ่งมักมีอาการปวดด้านใดด้านหนึ่ง แต่ถ้าเกิดขึ้นที่กระดูกหน้าอก อาการปวดเรดิคูลาร์จะเกิดขึ้นทั้งสองข้าง ผู้ป่วย

มักจะบอกลักษณะอาการปวดเหมือนถูกบีบรัด รวากับว่าตัวเขาอยู่ในเฟือก และปวดร้าวไปรอบ ๆ ท้องหรือหน้าอก ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่รักษา จะมีความก้าวหน้าของอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น อาการอ่อนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของประสาทรับความรู้สึก ลำไส้และกระเพาะปัสสาวะทำงานลำบาก อาการทางระบบประสาทที่เปลี่ยนไปครั้งหนึ่ง อาการอื่นจะเกิดขึ้นตามมามากกว่าความเจ็บปวด และนำไปสู่ไขสันหลังถูกกดอย่างสมบูรณ์ในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งอาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน (Coyle and Foley, 1991)

2.3.5 อาการปวดที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง (Pain unrelated to cancer) เช่น ปวดจากข้อเสื่อม แผลกดทับปวดศีรษะ ประสาทอักเสบจากโรคเบาหวาน พบได้ถึงร้อยละ 3 ถึง 10 ของผู้ป่วยนอกและที่รับไว้ในโรงพยาบาล อาการปวดท้องในผู้ป่วยมะเร็ง อาจไม่ได้มีสาเหตุจากมะเร็งเสมอไป อาจพบภาวะที่ต้องผ่าตัดด่วน เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ถุงน้ำดีอักเสบ และตับอ่อนอักเสบ และอื่น ๆ ได้เท่ากับคนปกติ

2.3.6 อาการปวดที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors influencing the pain experience) สภาวะทางอารมณ์จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอาการปวด เนื่องจากมีการประสานกันระหว่างกาย-จิตใจ-สังคม อาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพทางกาย อาจทำให้เกิดความรู้สึกเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ โดยขึ้นกับสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า อาการปวดเป็นตัวเร้าที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด (Hurt) ความรู้สึกที่ถูกคุกคาม ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กระตุ้นให้เกิดความไวต่อการรับความรู้สึกเกี่ยวกับอาการปวดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไปลดความอดทนต่อความเจ็บปวด (สถาพร ลีลานันท์ทกิจ, 2540) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรทั้งในด้านจิตสังคมและทางร่างกายเป็นสาเหตุสำคัญที่มีผลกระทบต่อประสบการณ์ความเจ็บปวด

## 2.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด

การเกิดอาการปวดปัจจุบันได้มีทฤษฎีหลายทฤษฎีพยายามอธิบายกลไกการเกิดความปวด ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้คือ (สุพร พลยานัน, 2528: 25-31)

2.4.1 ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) Melaka และ Wall ได้เสนอทฤษฎีนี้เมื่อปี ค.ศ. 1965 เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบันเนื่องจากสามารถอธิบายอาการปวดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจทฤษฎีนี้เชื่อว่าอาการปวดและการรับรู้อาการปวด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือ ระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลัง ระบบควบคุมส่วนกลางใน cortex และ thalamus และระบบการเคลื่อนไหว

2.4.1.1 ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง (Gate control system) มี Substantia Gelatinosa (SG cell) เป็นเซลล์พิเศษซึ่งอยู่ใน dorsal horn ของไขสันหลัง เป็นเซลล์ประสาทยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ กระแสประสาทก็จะถูกนำไปสู่สมองทำให้เปิดประตูอาการปวด เกิดการรับรู้ความปวดขึ้น สัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (Small fiber) และขนาดใหญ่ (Large fiber) มีผลโดยตรงต่อการปิดเปิดประตูในระดับไขสันหลัง โดยพบว่าเมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จะไปยับยั้งการทำงานของเอสจีเซลล์ ทำให้ประตูเปิดเกิดอาการปวดขึ้น แต่เมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่มากจะไปกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ นั่นคือประตูปิดไม่เกิดอาการปวด

2.4.1.2 ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) มีระบบควบคุมส่วนกลางประกอบด้วยสมองใหญ่และธาลามัสซึ่งจะรับกระแสประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ และย้อนลงมามีผลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระดับไขสันหลัง

2.4.1.3 ระบบการเคลื่อนไหว (Action system) เมื่อกระตุ้นที่เซลล์ถึงระดับวิกฤตจะมีการส่งกระแสประสาทไปยังระบบการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการรับรู้อาการปวด และมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

2.4.2 ทฤษฎีการควบคุมความปวดภายใน (Endogenous pain control theory) (นียา สออารีย์, 2546: 14-15) เมื่อเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจะปล่อยสารต่าง ๆ ออกมา เช่น bradykinin prostaglandin เป็นต้น สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้น nociceptor ที่ทำหน้าที่เป็นตัวรับเพื่อทำให้เกิดการส่งกระแสประสาท และ nociceptor ยังมีการหลั่ง substance P ซึ่งเป็นสารประกอบที่มีกรดอะมิโน ทำหน้าที่กระตุ้น fiber C ทำให้เกิดอาการปวด ยังมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว เพิ่มความสามารถซึมผ่านของหลอดเลือดเป็นเหตุให้มีการสร้างและหลั่ง bradykinin ออกมาจากหลอดเลือดเรื่อย ๆ และ substance P สามารถกระตุ้น mastcell ให้หลั่ง histamine ทำให้บวมและกระตุ้นเกร็ดเลือดให้หลั่ง serotonin ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นปลายประสาททำให้ปวดได้เช่นกันเมื่อใยประสาทขนาดเล็กถูกกระตุ้นให้ปล่อย substance P ในขณะเดียวกัน ใยประสาทขนาดใหญ่ ที่มาจากสมอง จะปล่อยสาร opiate ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย คือ enkephalins สามารถพบได้ทั่ว ๆ ไปในร่างกายทั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย และที่ไขสันหลัง ส่วน endorphins โดยเฉพาะชนิด beta endorphin พบได้เป็นบางบริเวณ เช่น กระจายอยู่บริเวณ thalamus และ hypothalamus แต่พบได้มากที่ส่วนหน้าของต่อมพิทูอิทารี โดยเก็บสะสม corticotrophin และหลั่งออกมาพร้อม ฮอร์โมน ACTH beta endorphin เป็น opiate ที่ออกฤทธิ์ได้มากที่สุดในการควบคุมอาการปวด โดยออกฤทธิ์

2 ทาง คือ ออกฤทธิ์ที่ส่วนหน้าของจุดเชื่อมต่อเซลล์ประสาท เป็นการยับยั้งการส่งผ่านกระแสประสาทอาการปวด สิ่งไม่มีสัญญาณไปกระตุ้น T cell ดังนั้นการส่งกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อรับรู้ถึงอาการปวดจึงไม่เกิดขึ้น

## 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการปวดเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย (WHO, 1986; Bonica, 1990; Boss, 1992; Watt-Watson, 1999; Wilkie, 2000; Petpichetchian, 2001)

### 2.5.1 ปัจจัยด้านสรีระ (Physiologic dimension) ประกอบด้วย

#### 2.5.1.1 ความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการปวด ขึ้นอยู่กับ

1) ชนิดและตำแหน่งเริ่มแรก ตลอดจนระยะของโรคที่เป็น โดยชนิดของเซลล์มะเร็งนั้น พบว่ามีมากกว่า 250 ชนิด อย่างไรก็ตาม สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ carcinomas คือ กลุ่มที่เกิดจากเนื้อเยื่อ หรือ epithelium เช่น มะเร็งริมฝีปาก (CA lip) มะเร็งปอด (CA lung), sarcomas คือ กลุ่มที่เซลล์เกิดจากเนื้อเยื่อ connective tissue ได้แก่ พวกก้อนเนื้อ, leukemias & lymphoma คือ กลุ่มที่เกิดจากเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ และเซลล์ในระบบ reticulo endothelium ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงจนสมบูรณ์เป็นเซลล์มะเร็ง (Differentiation) ต่าง ๆ กันไป และจะต่างจากเซลล์แม่ไปมากน้อยต่างกันด้วยถ้าเหมือนเซลล์แม่มากเรียกว่า well differentiated หรือ grade I ชนิดที่เหมือนบ้าง เรียก moderately differentiated หรือ grade II และเกือบไม่เหมือนเรียก poorly differentiated หรือ grade III แต่ถ้าไม่เหมือนเลย เรียก undifferentiated หรือ grade IV เซลล์มะเร็งยังไม่เหมือนเซลล์แม่มากเท่าไร ก็ยังมีลักษณะที่ลุกลามไปได้รวดเร็ว มีการกระจายและทำลายมากกว่าพวกที่มีความเหมือน (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2528)

2) การรักษาที่ได้รับทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายเพียงใด เช่น เกิดแผลในปาก เกิดแผลในตำแหน่งที่ฉายรังสี หรือจากการผ่าตัด

3) มีสาเหตุความปวดอื่นร่วมด้วย เช่น กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดศีรษะ ข้ออักเสบ

2.5.1.2 ระยะเวลาของอาการปวด (Duration of pain) เป็นอาการปวดชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ถ้าเป็นอาการปวดเฉียบพลันจะมีอาการปวดมาก แต่หลังได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาการปวดจะหมดไป ในขณะที่อาการปวดเรื้อรังผู้ป่วยจะมีอาการปวดร่วมกับมีความทุกข์ทรมาน ทำให้อาการปวดทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น และรักษาให้หายขาดยาก เนื่องจากมีภาวะทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง

2.5.1.3 รูปแบบของอาการปวด (Pattern) ว่ามีลักษณะใด ได้แก่ ปวดระยะสั้น ๆ (Brief) ปวดเป็นระยะ ๆ (Intermittent) หรือปวดตลอดเวลา จากการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดจะปวดตลอดเวลา (McGuire and Sheidler, 1993) ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายอ่อนเพลียและทรุดโทรม มีผลทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึ่งมีผลให้อาการปวดรุนแรงยิ่งขึ้น

2.5.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensory dimension) ประกอบด้วย

2.5.2.1 ตำแหน่งที่ปวด (Location of pain) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จะมีตำแหน่งที่ปวดมากกว่า 1 คือ ร้อยละ 72.125 จนถึงไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ (สมพร ชินโนรส และคณะ, 2541) ซึ่งในผู้ที่มีตำแหน่งปวดหลายตำแหน่งจะมีอาการปวดรุนแรงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ถ้าตำแหน่งที่ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ จะส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ และสิ้นหวังได้ง่าย

2.5.2.2 ความรุนแรงของอาการปวด (Intensity of pain) เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความรุนแรงของอาการปวดอาจสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดอาการปวดเลยก็ได้ (Petpichetchian, 2001) เนื่องจากมีปัจจัยอื่นอีกมากมายที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการแสดงออกถึงความรุนแรงของอาการปวดในแต่ละบุคคล เช่น ขีดเริ่มความรู้สึกปวด (Painthreshold) ที่จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ อารมณ์ (Mood) ความรู้สึกไม่สุขสบาย สิ่งแวดล้อมและยาที่ได้รับ หรือความทนต่ออาการปวด (Pain tolerance) ที่อาจลดลงได้จาก ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่ายความโกรธ ความเครียด ความซึมเศร้า (Watt-Watson, 1999) หรือการที่บุคคลอยู่ในภาวะการรับรู้จำกัด ก็มักมุ่งความสนใจไปที่อาการปวด (สุพร พลยานันท์, 2528) ในทางตรงข้ามความอดทนต่ออาการปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับยาบางชนิด แอลกอฮอล์ การสะกดจิต การเบี่ยงเบนความสนใจ ความอบอุ่น การนวด ความเชื่อมั่นหรือศรัทธาในบางสิ่งบางอย่างและความรู้สึกมั่นคงในชีวิต อย่างไรก็ตาม ระดับความรุนแรงของอาการปวดสูงสุดที่บุคคลจะทนได้นี้ ยังมีความแตกต่างกันในบุคคลคนเดียวกันแต่ต่างสถานการณ์หรือสถานการณ์เดียวกัน แต่ต่างบุคคลก็ได้ เช่น ผู้หญิงที่มีมารดาเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จะคร่ำครวญถึงอาการปวดมากถ้าพบว่าตนเองมีก้อนที่เต้านม เป็นต้น ดังนั้นการสนองตอบต่อระดับความรุนแรงและความทนต่ออาการปวดในแต่ละบุคคลจึงขึ้นอยู่กับว่า บุคคลคนนั้นให้ความหมายต่ออาการปวดนั้นว่าอย่างไร (Boss, 1992; Watt-Watson, 1999)

2.5.2.3 ลักษณะของอาการปวด (Quality of pain) เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเองขณะที่มีอาการปวดว่า เป็นความรู้สึกในลักษณะใด ความรู้สึกปวดที่มีลักษณะต่างกัน

ทำให้สามารถคาดเดาได้ว่าเป็นอาการปวดชนิดใดและเซลล์มะเร็งกระจายไปที่ใด เช่น อาการปวดร้าว (Refer pain) บอกขอบเขตของบริเวณที่ปวดได้ไม่ชัดเจน ปวดลึก ปวดบิด ปวดเสียด มักเป็นความปวดที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายใน (Visceral pain) อาทิ มีการอุดตันของลำไส้ หรือถ้าปวดจนสั่นระริก (Throbbing) ปวดทรมาน (Aching) ปวดตื้อๆ บีบๆ หรือปวดจนเป็นตะคริว มักเป็นอาการปวดที่เกิดจากมีการกระจายของโรคไปยังกระดูก กล้ามเนื้อ ต่อม น้ำเหลืองและผิวหนัง (Somatic pain) หรือถ้ามีอาการปวดแสบปวดร้อน (Burning) ปวดจี๊ด (Sharp pain) เหมือนเข็มทิ่มตำ การสัมผัสก่อให้เกิดอาการปวด (Allodynia) มักเป็นอาการปวดชนิด neuropathic pain กล่าวคือ มักมีการทำลายหรือบาดเจ็บของระบบประสาทส่วนกลางจากการที่เซลล์มะเร็งกระจายหรือกดเบียดเส้นประสาทรับสัมผัสบางครั้งจะมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ขนลุก เหงื่อออกผิดปกติ มือบวม (สถาพร ลีลานันทกิจ, 1996; ลักษมี ชาญเวช, 2544)

2.5.2.4 ระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะไม่รับรู้ต่ออาการปวด หรือผู้ป่วยที่ได้รับยากดการทำงานของประสาทส่วนกลาง จะรู้สึกซึมเซา ง่วงนอน ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง (Oland, 1978)

2.5.3 ปัจจัยด้านอารมณ์ (Affective dimension) ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการปวด โดยที่ความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต ภาพลักษณ์บทบาทที่เปลี่ยนไป ปัญหาเศรษฐกิจ และความรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม ทำให้อาการปวดถึงขั้นรุนแรงขึ้น (Loeb, 1994) อารมณ์เหล่านี้จะไปรื้อที่ระบบควบคุมประสาทส่วนกลางทำให้การรับรู้และแสดงออกต่ออาการปวดเพิ่มขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528) ในทางกลับกัน ความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้นส่งผลให้อารมณ์เหล่านี้เป็นไปในทางลบมากขึ้น โดยเฉพาะความรู้สึกวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้า เรียกว่า เป็นความสัมพันธ์แบบสองทาง (Bi-directional relationship) (Miaskowski and Dibbles, 1995)

2.5.4 ปัจจัยด้านการเรียนรู้ (Cognitive dimension) เป็นความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่ออาการปวด และการให้ความหมายต่ออาการปวดนั้นว่าเป็นอย่างไร ซึ่ง Watt-Watson (1999) กล่าวว่า การให้ความหมายต่ออาการปวดมีผลต่อระดับความรุนแรงและความทนต่ออาการปวด และการให้ความหมายต่ออาการปวดยังขึ้นอยู่กัอายุ เพศ ภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์อาการปวดในอดีตและปัจจุบัน นอกจากนี้ การรับรู้ที่ตนสามารถควบคุมอาการปวดที่เกิดขึ้นได้หรือไม่เพียงใด ก็มีผลต่อระดับความรุนแรงและความทนต่ออาการปวดด้วย



2.5.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral dimension) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงอาการปวด (Pain behaviors) ที่สังเกตได้ เช่น การจำกัดการเคลื่อนไหว การแสดงออกทางสีหน้า การแสดงออกทางน้ำเสียง การนอนไม่หลับ การแยกตัวจากสังคม รวมถึงพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อควบคุมอาการปวด เช่น การใช้ยาแก้ปวด การใช้ความร้อน ความเย็น การนวด การเปลี่ยนท่านอน การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการปวดลดลงได้ ซึ่งพฤติกรรมแสดงออกถึงอาการปวดนี้ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านความคิด สังคม วัฒนธรรม หรือประสบการณ์อาการปวดที่มีมาก่อน ทำให้บางครั้งเกิดพฤติกรรมอาการปวดโดยไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุทางกายภาพใด ๆ (Turk and Gatchel, 1999)

2.5.6 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural dimension) ประกอบด้วย

2.5.6.1 อายุ มีผลต่อการแสดงออกซึ่งอาการปวด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ใหญ่จะมีความอดทนต่ออาการปวดมากกว่าวัยเด็กและวัยสูงอายุ (Carr, 1997) โดยเด็กจะแสดงออกมากกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากเด็กยังไม่ทราบวิธีการจัดการกับอาการปวด

2.5.6.2 เพศ พบว่า ผู้หญิงจะมีขีดเริ่มของอาการปวด และความทนต่ออาการปวดต่ำกว่าผู้ชาย เพราะผู้หญิงสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้มากกว่า เพศชาย (Ignatavicius et al., 1999)

2.5.6.3 บุคลิกภาพและนิสัยใจคอของบุคคล ผู้ที่มีลักษณะเปิดเผย (Extrovert) มักทนต่ออาการปวดได้มากกว่าคนที่มีลักษณะเก็บตัว (Introvert) และคนที่ปล่อยชีวิตตามยถากรรมแล้วแต่ชะตาชีวิต (External locus of control หรือ fatalistic) จะทนต่ออาการปวดได้น้อยกว่าคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Internal locus of control) (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538)

2.5.6.4 เชื้อชาติ ความแตกต่างของเชื้อชาติมีผลต่อการแสดงออกถึงความปวดโดยพบว่า คนผิวขาวมีความอดทนต่ออาการปวดได้มากกว่าคนผิวดำ และคนผิวเหลืองตามลำดับ (McGuire and Sheidler, 1993) และชาวยิว ชาวอิตาลีจะแสดงออกถึงอาการปวดมากกว่าชนชาติอื่น ๆ (Johnston, 1990)

2.5.6.5 ระดับการศึกษา มีผลต่อการแสดงออกต่ออาการปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวด จากการศึกษาของ Schover และคณะ (1995) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านที่มีการศึกษาสูงจะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำกว่าซึ่งทำให้ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดต่ำลงด้วยซ้ำไปด้วย

2.5.6.6 เศรษฐกิจ กลุ่มคนที่มีเศรษฐานะทางสังคมต่ำจะมีการแสดงออกถึงความรุนแรงของอาการปวดมากกว่า (Caraceni and Portenoy, 1999)

2.5.6.7 วัฒนธรรม การอบรมเลี้ยงดู เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความปวดที่ต่างกันของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าจะแสดงอย่างไร เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของคนในสังคมหรือวัฒนธรรมที่ตนอาศัยอยู่ เพราะวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนจะส่งผลต่อความเชื่อ และพฤติกรรม ตลอดจนการให้ความหมายต่อความปวด ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่ไม่ได้นึกถึงพื้นฐานเหล่านี้ เพราะคิดว่าบุคคลแสดงออกถึงการหลบหนีอาการปวดเพราะมันเป็นสัญชาตญาณเท่านั้น (Showalter, 2003)

2.5.7 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมที่ดี ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว และอดทนต่ออาการปวดได้มากขึ้น อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความเงียบสงบ ความสะอาด อุณหภูมิที่เหมาะสม การระบายอากาศที่ดี หรือแม้แต่เวลา ในช่วงกลางวันไม่ค่อยมีกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจใดๆ การอยู่ตามลำพังอาจทำให้บุคคลรู้สึกกลัวและอาจมุ่งความสนใจไปยังความรู้สึกปวดตลอดเวลา เกิดความกังวลได้ง่ายทำให้มีการรับรู้ความปวดเพิ่มมากขึ้น ตรงกันข้ามกับเวลากลางวันที่มีกิจกรรมความสนใจมากกว่า การควบคุมอาการปวดและความอดทนต่ออาการปวดจะทำได้ดีกว่า (Oland, 1978) ทั้งนี้รวมไปถึง สิ่งแวดล้อมทางจิตและสังคมด้วย เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัย

## 2.6 แนวทางการรักษาอาการปวดจากโรคมะเร็ง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2532)

### 2.6.1 การบรรเทาและการควบคุมอาการปวดโดยการใช้ยา ได้แก่

2.6.1.1 ยาระงับปวดกลุ่มที่อาจทำให้เสพติด (Narcotic analgesics) เช่น Morphine, Pethidine เป็นต้น เป็นยาที่นิยมใช้ในการระงับปวดชนิดเฉียบพลันและรุนแรงฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ กัดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำลง คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ดื้อยา และติดยาได้ถ้าใช้เป็นเวลานาน

2.6.1.2 ยาระงับอาการปวดที่ไม่เสพติด (Nonnarcotic analgesic) จะใช้ในรายที่มีอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น aspirin ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ ระคายเคืองทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ จึงไม่ควรให้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด paracetamol ไม่ควรให้ในผู้ป่วยโรคตับ

2.6.1.3 ยาระงับความรู้สึก (Anesthetic agent) ใช้ในรายที่มีอาการปวดชนิดรุนแรง ได้แก่ ketalar มีฤทธิ์ระงับความรู้สึกและระงับอาการปวด ฤทธิ์ข้างเคียงของยาพบว่า ร้อยละ 12 มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตที่มีความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตั้งแต่สงบ ครึ่งหลับครึ่งตื่น ผื่นร้าย ลึบสน ตื่นเต้นไปจนถึงพฤติกรรมเบี่ยงเบน อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหารร่วมด้วย

2.6.1.4 ยาเสริม (Adjuvant) เป็นสารประกอบที่มีโครงสร้างทางเคมีแตกต่างไปจากยาแก้ปวด แต่นำมาเสริมให้การออกฤทธิ์ของยาระงับปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ ยาแก้ชัก ยาคลายกังวล ยาต้านภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

2.6.2 การจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ในปัจจุบันมีการนำเอากิจกรรมการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งถือเป็นการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้เป็นกลวิธีการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันซึ่งเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ให้กับผู้ป่วยได้ ดังนี้

2.6.2.1 การนวด (Massage) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวด จึงไม่มีกระแสประสาทผ่านส่งไปยังสมองเป็นผลให้อาการปวดลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย และผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

2.6.2.2 การสัมผัส (Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่คล้ายกับการนวด จึงทำให้เกิดการกระตุ้นเซลล์เอสซีในไขสันหลังให้ทำงาน และมีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวดในระดับไขสันหลังร่วมกับการแปลผลและให้ความหมายของการสัมผัสในระบบควบคุมส่วนกลาง ซึ่งทำให้เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจ

2.6.2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจหรือดึงดูความสนใจของบุคคลนั้นมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้อาการปวดที่กำลังเกิดขึ้น เป็นการหันเหความสนใจของผู้ป่วยไปยังสิ่งอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการปวด สิ่งนั้นต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจหรือต้องการ การเบี่ยงเบนความสนใจจะมีผลต่อสมองส่วนเทมโพรอล ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดที่ผ่านมาทั้งอารมณ์และความจำ จากนั้นจะส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นระบบลิมบิกไฮโปทาลามัส มีการกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีเกิดการหลั่งฮอริโมนเอนดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารยับยั้งอาการปวด ทำให้มีการยับยั้งกระแสอาการปวดที่ระดับไขสันหลัง ดังนั้น การเบี่ยงเบนความสนใจจึงสามารถลดการรับรู้อาการปวดและเพิ่มความอดทนต่ออาการปวด (Marcus, 2000)

2.6.2.4 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) เป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ จึงเป็นการตัดวงจรร้ายของความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้อาการปวดมีความรุนแรงขึ้น การตัดวงจรร้ายนี้ด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจึงลดอาการปวดได้

2.6.2.5 ดนตรีบำบัด การฟังดนตรีที่ชอบมีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สามารถก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย และสามารถจินตนาการทางอารมณ์ได้ เพราะขณะฟังดนตรี บุคคลจะมุ่งไปยังดนตรีมากกว่าสิ่งกระตุ้นอื่น

2.6.2.6 การสอนหรือการให้ข้อมูล การสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการรักษา หรือบรรเทาอาการปวด และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องแล้ว จำทำให้มีความมั่นใจในการรักษาพยาบาล ไม่คาดการณ์อย่างผิด ๆ ทำให้ลดความวิตกกังวลและความกลัวลงได้

2.6.2.7 การจัดทำผู้ป่วย การจัดทำที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยในขณะที่มีกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป และขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวด จึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มอาการปวดให้มากยิ่งขึ้น

2.6.2.8 การใช้ความเย็น ความเย็นมีผลทำให้เส้นเลือดหดตัว ลดการนำสารต่าง ๆ มาบริเวณที่บาดเจ็บ ลดการหลั่งสารจากต่อมเหงื่อที่ก่อให้เกิดการบวม ลดความเร็วในการส่งกระแสประสาทอาการปวดไปยังกระแสประสาทขนาดเล็ก และเป็นการเบี่ยงเบนให้สมองรับความรู้สึกเย็นแทน

2.6.2.9 การใช้ความร้อน ความร้อนทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นดีขึ้น เป็นการส่งเสริมการหายของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ลดการอักเสบ ช่วยให้อาการปวดคลายตัว ลดปวดและลดความวิตกกังวลลงได้

2.6.2.10 การสวดมนต์ การสวดมนต์เป็นการสื่อสารกับสิ่งที่มีอำนาจสูงกว่า ความเชื่อในศาสนาของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่ต้องสืบค้น เช่น คนคริสเตียนมักจะพูดคุยถึงพระเจ้าบ่อย ๆ หรือไม่ ชาวฮินดูจะนับถือพระเจ้าหลาย ๆ องค์ มุสลิมจะสวดมนต์ถึงพระอะเลาะห์ แต่คนที่ไม่เชื่อในพระเจาก็จะไม่เลือกแนวทางนี้ การสวดมนต์เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปยังบทสวด และกระทำด้วยศรัทธา ช่วยให้จิตวิญญาณเข้มแข็งขึ้นเพิ่มความอดทนต่ออาการปวด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การสวดมนต์ในการจัดการอาการปวด เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถใช้ได้โดยอิสระ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถปฏิบัติได้บ่อยครั้งตามที่ผู้ป่วยต้องการ

## 2.7 แนวทางในการลดอาการปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็ง (สมจิตหนูเจริญกุล, 2536) ได้แก่

2.7.1 การสร้างและการรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จะเห็นว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเป็นกุญแจสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้กับโรคและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น โดย

2.7.1.1 ติดต่อกับผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลเข้าใจอาการปวดของเขา ถ้าผู้ป่วยรับรู้เช่นนี้ถึงแม้ว่า วิธีการลดอาการปวดของพยาบาลจะไม่ได้ลดความรู้สึกปวด แต่อย่างน้อยจะลดความทรมานจากอาการปวดลง

2.7.1.2 เชื่อในอาการปวดของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะแสดงออกโดยการพยายามหาวิธีลดอาการปวดให้ผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ หรือการระมัดระวังในคำพูดเพื่อประเมินลักษณะหรือตำแหน่งที่ผู้ป่วยเจ็บปวด

2.7.1.3 ยอมรับพฤติกรรมกรรมการตอบสนองต่ออาการปวดของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณี พยาบาลไม่ควรวางหลักเกณฑ์ว่าผู้ป่วยควรจะแสดงออกอย่างไร เช่น คำพูดที่ว่า "ทำไมร้องไห้เหมือนเด็ก ๆ " เพราะผู้ป่วยที่มีอาการปวดมักจะวิตกกังวลและกลัวคนอื่นจะไม่ยอมรับอยู่แล้ว

2.7.1.4 เต็มใจที่จะรับฟังและช่วยผู้ป่วยค้นหาความหมายของอาการปวด สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวและกังวล บางครั้งผู้ป่วยอยู่ในภาวะเศร้าและทุกข์โศกในความสูญเสียของตนเอง กลัวการสูญเสียความสามารถที่จะควบคุมตนเองจากอาการปวด สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น พยาบาลควรชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของอารมณ์เครียดกับอาการปวด ยอมรับในความกลัวและกังวลของผู้ป่วยและสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจในตนเอง

2.7.1.5 เต็มใจที่จะอยู่กับผู้ป่วยแม้ว่าจะไม่สามารถช่วยลดความรู้สึกจากอาการของผู้ป่วยได้ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งกลัวที่สุดในยามเจ็บปวด คือ ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับอาการปวดอยู่คนเดียว การที่พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยโดยไม่ต้องพูด ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งจะลดความกลัว ความกังวล และความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือมีผลให้ลดอาการปวดลงได้

2.7.2 ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยอย่างมีระบบ เพื่อจะได้ตระหนักถึงปัญหาและหาวิธีแก้ไข การประเมินนั้นควรจะครอบคลุมทั้งความรู้สึกและความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ประสิทธิภาพของยา และวิธีการที่ใช้ลดอาการปวด และผลต่ออาการปวดต่อกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น

2.7.3 ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรให้ยาก่อนที่อาการปวดจะเกิดขึ้น จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดอย่างรุนแรงจนกระทั่งแก้ไขได้ลำบาก การประเมินอย่างมีระบบดังกล่าว จะช่วยทำนายได้ว่า อาการปวดของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้การให้ยาหรือการใช้วิธีอื่น ๆ ป้องกันอาการปวดได้ดีขึ้น

2.7.4 ส่งเสริมความสุขสบายทั่วไปตั้งแต่ ท่านอนที่ถูกต้อง สิ่งแวดล้อมที่สะอาด เยียบสงบ ที่นอนที่เรียบตึง และปากฟันที่สะอาดจะช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่ออาการปวดได้

## 2.8 การประเมินอาการปวด

การประเมินอาการปวดนับเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลที่ต้องเรียนรู้และเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การบรรเทาอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาการปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน บุคคลอื่นไม่สามารถหยั่งรู้ได้นอกจากบุคคลนั้นบอกกล่าว จึงทำให้การประเมินอาการปวดนั้นมีความยากที่จะได้ข้อมูลตรงกับความจริงมากที่สุด (เอมอร์ อุดลโมคารร, 2543) โดยแนวทางการประเมินอาการปวด จึงมีหลายแนวทาง ดังนี้

2.8.1 การประเมินโดยการรายงานของผู้ป่วย (Subjective measurement) เป็นการประเมินอาการปวดที่ดีที่สุดและทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรับรู้และสามารถบอกถึงความรู้สึกปวดที่ถูกต้อง โดยมีวิธีการดังนี้คือ

2.8.1.1 ความรุนแรงของอาการปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรง ของอาการปวดตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการปวด

2.8.1.2 ตำแหน่งหรือขอบเขตของอาการปวด โดยให้ผู้ป่วยชี้บอกตำแหน่งเอง หรือระบายลงในภาพ

2.8.1.3 ลักษณะของอาการปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดอย่างไร เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดตึบ ๆ เสียวแปลบ ๆ ปวดบิด เป็นต้น

2.8.1.4 เวลาที่เริ่มปวดและระยะเวลาที่ปวด

2.8.1.5 ประวัติอาการปวดในอดีต และวิธีบรรเทาอาการปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้

2.8.2 การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรม (Objective measurement) เนื่องจากอาการปวดจะไปกระตุ้นให้บุคคลแสดง พฤติกรรมตอบสนองเฉพาะตัว สามารถประเมินได้จากการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กัดฟัน เป็นต้น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว เช่น นอนบิดไปมา หรือนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหว พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หวาดหวิด ฉุนเฉียว กระสับกระส่าย เป็นต้น

2.8.2.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลของอาการปวด จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สามารถวัดได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออก รูม่านตาขยาย หรือมือเท้าเย็น

2.8.2.2 การประเมินจากการใช้ยาบรรเทาอาการปวด การใช้ยาบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวด

2.8.2.3 การประเมินจากการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนอนหลับการรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

2.8.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการปวด (สุพร พลยานันท์, 2528; นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2537; สุวรรณี อุดมทัศนีย์, 2538; พลุศรี พัฒนพงษ์, 2538; ผ่องรัตน์ รัตนไทย, 2540; Otto, 2001: 903)

2.8.3.1 มาตรฐานวัดอาการตามระดับความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วย (Adjectival scale) ซึ่งให้ผู้ป่วยรายงานอาการปวดตามระดับความรู้สึกเจ็บปวด เช่น ไม่เจ็บปวด หรือ เจ็บปวด สำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเล็กน้อย หรือรายงานเป็น 4 ระดับดังนี้ ไม่เจ็บปวดเลย เจ็บปวดเล็กน้อย เจ็บปวดปานกลาง และเจ็บปวดมาก เป็นต้น

2.8.3.2 มาตรฐานวัดอาการปวดตามตัวเลขร่วมกับระดับความรู้สึกเจ็บปวด (Combining numerical scale and adjectival scale) โดยให้ผู้ป่วยรายงานระดับความรุนแรงของอาการปวดตามตัวเลขที่กำหนดไว้แทนระดับความรู้สึกเจ็บปวด ได้แก่

2.8.3.2.1 มาตรฐานวัดอาการปวดอย่างง่าย (Simple pain scale) แบ่งระดับความเจ็บปวดออกเป็น 6 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0-5 แทนระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด 0 หมายถึงไม่เจ็บปวดเลย 1 หมายถึง เล็กน้อย 2 หมายถึง ปานกลาง 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 หมายถึง มาก และ 5 เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้

2.8.3.2.2 มาตรฐานวัดอาการปวดของจอห์นสัน (Johnson's two components) จอห์นสันสร้างเครื่องมือวัดอาการปวด 2 ส่วนคือวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดและระดับความทุกข์ทรมานเนื่องจากอาการปวด โดยแบ่งระดับเป็น 11 ระดับ เรียงตั้งแต่ 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเจ็บปวด หรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน และ 10 หมายถึงเจ็บปวดมาก หรือทุกข์ทรมานมากจนทนไม่ได้

2.8.3.2.3 มาตรฐานวัดอาการปวดชนิด Wong-Baker faces pain rating scale ซึ่งเหมาะสำหรับประเมินอาการปวดในเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปที่ยังไม่สามารถใช้วิธี

อื่น ๆ ได้ วิธีการคือ ชี้ให้เด็กเลือกรูปหน้าที่บอกถึงระดับอาการปวด แล้วบันทึกตัวเลขที่ความหมาย ตรงกันกับรูปหน้านั้น

2.8.3.2.4 มาตรการวัดอาการปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วย สายตา (Visual analogue scale) ดัดแปลงมาจากเครื่องมือที่ใช้ศึกษาทางจิตวิทยา เช่น วัดภาวะ ซึมเศร้า การนอนหลับ ซึ่งให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการปวดตามเส้นตรงที่กำหนดไว้ โดยกำหนดให้ปลายด้านหนึ่งไม่รู้สึกรปวด และอีกด้านหนึ่งปวดมากจนทนไม่ได้

2.8.3.2.5 มาตรการวัดอาการปวดของ Stewart (Stewart pain color scale) Stewart ได้พัฒนาแบบวัดอาการปวดโดยอาศัยความรู้ทางทฤษฎีสี กล่าวคือ สีแดง เป็นสีที่ร้อนแรงมักหมายถึงความปวดที่เข้มข้นมากขึ้นเรื่อยๆ หมายถึงอาการปวดรุนแรงมากยิ่งขึ้น สีดำ หมายถึง อาการปวดที่รุนแรงมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยเลือกแถบสีแทนระดับอาการปวด โดย กำหนด เป็น 10 ช่อง เรียงตามสี เขียว เหลือง หมายถึงไม่รู้สึกรปวด ส้มแดงหมายถึง ปวดปานกลาง และ ดำ ปวดมากจนทนไม่ได้

2.8.3.3 ระบบประเมินอาการปวด Brief Pain Inventory (BPI) ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School เป็นเครื่องมือวัดองค์ประกอบของอาการปวดทั้ง 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัย ทางการรับรู้ความรู้สึก ปัจจัยทางอารมณ์ ปัจจัยทางการรู้คิด ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวด ได้แก่ตำแหน่งของ อาการปวด ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปภาพให้ผู้ป่วยทำสัญลักษณ์ลงบนตำแหน่งที่ปวด ระดับความ รุนแรงของอาการปวดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาประเมินอาการปวดที่มากที่สุด น้อยที่สุด อาการปวด โดยเฉลี่ย และอาการปวดขณะที่ประเมินสิ่งส่งเสริมหรือบรรเทาอาการปวด การรักษาหรือยา บรรเทาอาการปวดที่ได้รับ ระดับของการได้รับการบรรเทาอาการปวด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของ ยาบรรเทาอาการปวด ความเชื่อเกี่ยวกับอาการปวด ลักษณะของอาการปวด และผลของอาการ ปวดที่รบกวนต่อการทำกิจกรรม ได้แก่การทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ การเดิน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การนอนหลับและความเป็นสุขในชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดชนิด Wong-Baker faces pain rating scale โดยให้ผู้ป่วยเลือกรูปหน้าที่บอกถึงระดับอาการปวดที่ตรงกับ ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และมีความเหมาะสมในการ นำมาใช้ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด



## 2.9 บทบาทของพยาบาล ในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้จะมุ่งเน้นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (จอห์นผจญ เพ็งจาด, 2546; อุมภรณ์ไพศาลสุทธิเดช, 2547) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดจึงเป็นบทบาทที่สำคัญ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์สบาย ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดลง สามารถใช้ชีวิตในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและตายอย่างสมศักดิ์ศรี ดังนี้

1) บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Direct care practice) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้กระบวนการทางการพยาบาลเพื่อประเมินอาการปวดและวางแผนการจัดการอาการปวดให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม นำความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีหลักฐานยืนยันในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็ง สร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการดูแลและจัดการกับอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2) บทบาทด้านการบริหาร (Management) เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวดจึงต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ การติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพสาขาอื่น ๆ การติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ใช้แหล่งประโยชน์นั้น ๆ อย่างเหมาะสม

3) ด้านการให้ความรู้ (Educator) การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดความรู้ทักษะ และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสนองตอบต่อความเจ็บปวด (ปิยะภรณ์ รัตนสุนทร, 2544) โดยเชื่อว่าเมื่อเป็นโรคมะเร็งแล้วต้องตาย จึงต้องทำใจอดทนต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการสอนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้ง เรื่องโรคมะเร็ง อาการปวด สาเหตุของอาการปวด การจัดการอาการโดยวิธีการใช้ยา และการไม่ใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอาการปวดที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

4) บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Consultation) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพซับซ้อน พยาบาลจึงต้องเป็นที่ปรึกษาในการเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับตนเอง นอกจากนี้อาจเป็นที่ปรึกษาสำหรับบุคคลากรอื่น ๆ ในทางสุขภาพเมื่อประสบกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการแสดงบทบาทของการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ความชำนาญในกลุ่มเป้าหมายที่ดูแล

5) บทบาทด้านผู้วิจัย Researcher/Research utilization ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีการศึกษาค้นคว้า ดำเนินการวิจัยเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความคิดริเริ่มในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ และเป็นประโยชน์ในการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในกระบวนการพยาบาลเพื่อที่จะได้มีประสิทธิภาพหรือประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

6) บทบาทด้านการตัดสินใจและการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and decision-making) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมเป็นธรรมและปลอดภัย โดยการแสวงหาช่องทางแก้ไขอาการปวดของผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ประเมินความเสี่ยง ประโยชน์ของแต่ละทางเลือก ในการแก้ปัญหาในการดูแลและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

### 3. แนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน

Complementary Care หมายถึง การรักษาแบบเสริม เป็นระบบการรักษาพยาบาลที่สามารถจัดเสริมเพิ่มเติมควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) (NCCAM, 2005 อ้างใน สุริพร ธนศิลป์, 2552)

คำว่า Complementary And Alternative Medicine ในต่างประเทศเรียกว่า CAM ซึ่งจะมีรูปแบบของการแบ่งชนิดของ CAM (Safety) เป็น 3 รูปแบบคือ

1. Alternative Medicine คือการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้ในการแพทย์แผนปัจจุบัน
2. Complementary Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำมาเสริมใช้กับการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การนำการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า (Reflexology) มาเสริมในเรื่องลดปวด

หรืออาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น ทานยาแก้ปวดแล้วไม่หาย อาจใช้การนวดกดจุดสลับไปมาก็หายปวดได้

3. Integrative Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น อาหารแมคโครไบโอติกส์ ซึ่งนำมาใช้เสริมในผู้ที่เป็นมะเร็ง เป็นต้น

### 3.1 ประเภทของการดูแลแบบผสมผสาน

National Center of Complementary And Alternative Medicine หรือ NCCAM, 1995 อังในสายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547) ของสหรัฐอเมริกา ได้แบ่ง Complementary Care ออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงของอาหารและการดำเนินชีวิตประจำวัน (Diet, nutrition and life style change) ได้แก่ การรับประทานอาหารชีวจิต

2) การใช้จิตคลุมกาย (Mind/body intervention) เช่น การสร้างจิตภาพ สมาธิบำบัด

3) การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ (Alternative system) เช่น การใช้การแพทย์ทางอายุรเวท การแพทย์ทางตะวันออก (Oriental)

4) การใช้หลักไบโอชีวภาพ (Bio-electro-amagnetic application) ได้แก่ การใช้พลังบำบัดโยคะ พลังจักรวาล ชีกง เป็นต้น

5) การบำบัดรักษาด้วยมือ (Manual healing method) ได้แก่ การนวด การสัมผัส หรือนวดกระดูกสันหลังด้วยมือ (Chiropractic)

6) การใช้ยาหรืออาหารเสริม (Pharmacological and biological treatments) ได้แก่ การใช้ยาหรืออาหารเสริมหรือยาเพื่อสุขภาพ

7) การใช้สมุนไพร (Herbal medicine)

ต่อมาในปี ค.ศ.2005 NCCAM (<http://www.nccam.nih.gov>) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับการแบ่งกลุ่ม Complementary Care เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

3.1.1 การบำบัดทางชีวภาพ (Biologically based practices) เป็นการใช้อย่างที่ค้นพบในธรรมชาติ เช่น การรับประทานอาหารเสริม (Dietary supplements) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (Herbal products) การบำบัดแบบธรรมชาติ (Natural therapies) เช่น กระดูกปลาฉลามรักษา มะเร็ง (Shark cartilage to treat cancer)

3.1.2 การบำบัดด้วยพลัง (Energy medicine) เป็นการบำบัดด้วยแม่เหล็ก (Biofield therapies) เรกิ (Reiki) การใช้แม่เหล็กรักษา (Magnets) การบริการกาย จิต ด้วยชี่กง (Gi gong) การบำบัดด้วยการสัมผัส (Therapeutic touch) (Pulse fields) เป็นต้น แบ่งเป็น

3.1.2.1 การบำบัดด้วยสนามพลังชีวภาพ (Biofield therapies) เป็นการ ใช้ผลของสนามพลังที่อยู่รอบ ๆ เข้าไปรักษาในร่างกายของคน ซึ่งสนามพลังเหล่านี้ก็ยังไม่ได้มีการ พิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ บางชนิดการใช้พลังบำบัดได้มีการดัดแปลงการใช้ความดันหรือเปลี่ยน พลังในร่างกายมายังมือ เช่น ชี่กง และสัมผัสบำบัด

3.1.2.1 การบำบัดด้วยพลังสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Bioelectromagnetic- base therapies) เป็นการพัฒนามาจากการรักษาที่ไม่เป็นทางการโดยใช้สนามพลังของกระแส แม่เหล็กไฟฟ้า

3.1.3 วิธีการจัดการกระทำแก่ร่างกาย เป็นวิธีที่ใช้การจัดการกระทำหรือการเคลื่อนไหว ส่วนหนึ่งของร่างกายหรือมากกว่า ตัวอย่างของการรักษาชนิดนี้ได้แก่ การนวด (Massage) ไคโรแพร คติก (Chiropractic) การจัดการกระดูก (Osteopathic manipulation)

3.1.4 การปฏิบัติโดยใช้จิตคลุมกาย (Mind-body medicine) เป็นวิธีการใช้ เทคนิคต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพลังทางจิตใจให้ส่งผลถึงหน้าที่และอาการทางร่างกาย ซึ่งเทคนิคต่าง ๆ ได้ ถูกนำมาใช้เป็นหลักในการรักษาในปัจจุบัน เช่น สมาธิ (Meditation) โยคะ (Yoga) การสวดมนต์ (Prayer) การเยียวยาทางจิต (Mental healing creative modalities) เช่น ดนตรี การเต้นรำ (Dance)

3.1.5 การแพทย์ทางเลือกทุกระบบ (Whole medical systems) เป็นระบบการ รักษาที่พัฒนาจนเป็นระบบที่สมบูรณ์ทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติมักจะเป็นระบบที่มีวิวัฒนาการมา นานก่อนที่จะมีการพบว่ามีแพทย์แผนปัจจุบัน ในสหรัฐอเมริกา ตัวอย่างของระบบการแพทย์ ทางเลือกที่พัฒนาในวัฒนธรรมตะวันตก ได้แก่ การแพทย์แบบโฮมิโอพาธิ (Homeopathy) และ การแพทย์แบบธรรมชาติบำบัด (Naturopathic medicine) ส่วนตัวอย่างของระบบการแพทย์ที่ พัฒนาจากการแพทย์ตะวันออก ได้แก่ การแพทย์แผนจีน (Traditional chinese medicine) เช่น การ ผิงเข็ม (Acupuncture) Chinese Materia Medica เป็นต้น การแพทย์แผนไทย(Thai traditional medicine) การแพทย์อายุรเวช (Ayurveda)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำการสวดมนต์ซึ่งถือเป็นการดูแลแบบผสมผสาน ประเภท Mind-body medicine (การปฏิบัติโดยใช้จิตคลุมกาย) มาใช้เป็นกลวิธีในการจัดการ

อาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการปวดได้ด้วยตนเอง ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดลง

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการสวดมนต์

##### 4.1 ความหมายของการสวดมนต์

The Concise Oxford Diction (2007) ได้ให้ความหมายของการสวดมนต์ หรือ Prayer ว่าเป็นการวิงวอนเพื่อสักการะขอขอบคุณพระเจ้าผู้เป็นเจ้านับถือ

Dossey (1995) ให้ความหมายว่า เป็นการยกระดับจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลเพื่อพบกับพระเจ้า

Ameling (2000) ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติทางศาสนาเพื่อย้อนมองจิตใจของตนเอง

สิริ กรินชัย (2544) ให้ความหมายว่า เป็นการภาวนาโดยใช้คำขอร้อง คำวิงวอน หรือการอธิษฐานต่อสิ่งที่ตนเองนับถือ ศรัทธา เพื่อกองไว้ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นการชำระใจให้ผ่องใส และบทสวดมนต์ทุกบทล้วนไพเราะเพราะพริ้ง มีความหมายลึกซึ้งทำให้เกิดสมาธิจิตถึงสิ่งที่เรากำลังกล่าวถึง

สมพร กันทรดุษฎี – เตรียมชัยศรี ให้ความหมายว่า เป็นเทคนิคการสรรเสริญ การบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ โดยรูปแบบการสวดมนต์ขึ้นอยู่กับแต่ละศาสนา

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการสวดมนต์ คือ การปฏิบัติทางศาสนา เพื่อย้อนมองจิตใจของตนเอง เป็นการชำระใจให้ผ่องใส เพื่อสักการะขอขอบคุณพระเจ้าผู้เป็นเจ้านับถือ สามารถทำให้เกิดสมาธิจิตถึงสิ่งที่เรากำลังกล่าวถึง และสามารถยกระดับจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลได้

##### 4.2 ผลของการสวดมนต์ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

เนื่องจากการสวดมนต์เป็นวิธีหนึ่งของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานประเภท Mind-body medicine (การปฏิบัติโดยใช้จิตคลุมกาย) (NCCAM, 2005) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการปฏิบัติทางการแพทย์แบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2545) โดยถือเป็นกลวิธีที่สำคัญในการจัดการความเครียดของบุคคล (Kevin and Glen, 2007) ทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ เกิดความผาสุกทางอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ความเครียดของบุคคลลดลงได้ (Mueller, Plevak, and

Rummans, 2001) นอกจากนี้การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการสวดมนต์ช้า ๆ สม่่าเสมออย่างน้อย 15 นาที จะสามารถเกิดสมาธิ ทำให้จิตใจสงบต่อเนื่อง ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลาย ซึ่งมีผลต่อปฏิกิริยาการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก โดยทำให้ร่างกายทำงานช้าลง ส่งผลให้พาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การเผาผลาญ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อระดับอิพิเนพรินและความดันโลหิตลดต่ำลง การไหลเวียนของโลหิตส่วยปลายเพิ่มขึ้น มีการหายใจลึกขึ้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมากขึ้น ทำให้ระดับกรดแลคเตทและระดับคอริติซอลในเลือดลดลง ซึ่งเป็นสารที่มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเจ็บปวดลดลง (Bonica, 1990) ร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินที่มีอยู่ในร่างกายออกมาเพิ่มขึ้น ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดที่ส่งมาจากไขสันหลังทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ประเวศ วะสี, 2540) และช่วยสร้างอารมณ์เป็นสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พัทยา จิตสุวรรณ, 2535) นอกจากนี้เมื่อระดับกรดแลคเตทลดลง จะสามารถช่วยให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ทำให้เกิดผลดีต่อระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้าม ไชกระดุก ตับ ต่อมธัยมัส มีประสิทธิภาพการทำงานสูงขึ้น เกิดเป็นกลไกการป้องกันตนเองของบุคคล โดยจะตอบโต้สิ่งแปลกปลอมหรือแอนติเจน หรือจุลชีพที่เข้าสู่ร่างกาย โดยผ่านเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน เช่น lymphocyte, macrophage และ Natural Killer Cell (NK) ซึ่งเซลล์เหล่านี้มีหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรค หรือเซลล์เนื้องอกของเซลล์มะเร็ง (Biondy et al., 1994 อ้างถึงใน กาญจนา สังสิงห์, 2547) ช่วยให้เกิดกระบวนการบำบัดรักษาที่เกิดจากการทำงานร่วมประสานกันของส่วนต่าง ๆ ของตนเอง คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณมา จนเกิดภาวะสมดุลย์โดยองค์รวม (จอม สุวรรณโณ, 2542) และสัมพันธ์กับหลักการความสัมพันธ์ระหว่าง จิต ประสาท และภูมิคุ้มกัน ตามแนวคิด Psychoneuroimmunology (PNI) ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์แผนใหม่ที่พยายามทำความเข้าใจปฏิกิริยาและการควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psyche : PS) ในสภาวะที่ร่างกายและเซลล์ถูกทำลายจากเชื้อโรคหรือสภาวะที่เซลล์ทำงานไม่ได้ ขาดสมดุล เนื่องจากการบุกรุกโดยจุลชีพ หรือในสภาวะเครียด (Stress) (สมพรกันทรดุชฎี-เตรียมชัยศรี, 2551)

นอกจากนี้พบว่าการสวดมนต์ที่สามารถทำให้จิตเกิดเป็นสมาธิ มีผลให้คลื่นแอลฟาในสมองเพิ่มสูงขึ้น (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2542) คลื่นแอลฟา ซึ่งเป็นคลื่นสมองแห่งการผ่อนคลายมีประโยชน์ คือ ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายสูง ทำให้เป็นคนมีอารมณ์เยือกเย็น ร่างกายเกิดภาวะปลอดโปร่ง รู้สึกเป็นอิสระจากความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เป็นความรู้สึก

ทางบวกที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ถึงการผ่อนคลาย รู้สึกสงบทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Dessey, 1995)

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และแบบประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นเครื่องมือในการกำกับการสวดมนต์

#### 4.3 การสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ

การสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณเป็นการสรรเสริญคุณของพระพุทธองค์ที่ท่านทรงมีพระคุณเปี่ยมล้นต่อชาวโลกทั้งหลาย เพื่อให้อำนาจแห่งพุทธคุณเหล่านั้นมาปกคุ้มคุ้มครอง ให้พ้นจากภัยอันตรายทั้งหลายทั้งปวง

ก่อนทำการสวดมนต์คาถาอิติปิโสให้ตั้งนโม 3 จบเพื่อนมัสการนอบน้อมบูชาพระพุทธเจ้า ดังนี้

นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต, อะระหะโต, สัมมาสัมพุทธัสสะ (3 จบ)

**บทสวดมนต์คาถาอิติปิโส**

บทสรรเสริญ พระพุทธคุณ

อิติปิ โส ภะคะวา อะระหัง สัมมาสัมพุทโธ

วิชชาจะระณะสัมปันโน สุคะโต โลกะวิทู

อะนุตตะโร บุริสสะธัมมะสาระถิ สัตถาเทวะมนุสสานัง พุทโธ ภะคะวาติ.

**คำแปล บทสรรเสริญพระพุทธคุณ**

อิติปิ โส ภะคะวา ( เพราะเหตุอย่างนี้ พระผู้มีพระภาคเจ้านั้น )

อะระหัง ( เป็นผู้ไกลจากกิเลส )

สัมมาสัมพุทโธ ( เป็นผู้ตรัสรู้ชอบโดยพระองค์เอง )

วิชชาจะระณะสัมปันโน ( เป็นผู้ถึงพร้อมด้วยวิชาและจรณะ )

สุคะโต ( เป็นผู้ไปแล้วด้วยดี )

โลกะวิทู ( เป็นผู้รู้โลกอย่างแจ่มแจ้ง )

อะนุตตะโร บุริสสะธัมมะสาระถิ ( เป็นผู้สามารถฝึกบุรุษที่สมควรฝึกได้ อย่างไม่มีใครยิ่งกว่า )

สัตถาเทวะมนุสสานัง ( เป็นครูผู้สอนของเทวดาและมนุษย์ทั้งหลาย )

พุทโธ ( เป็นผู้รู้ ผู้ตื่น ผู้เบิกบานด้วยธรรม )

ภะคะวาติ. ( เป็นผู้มีความเจริญจำแนกธรรมสั่งสอนสัตว์ ดังนี้ )

#### 4.4 การสวดมนต์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกบทสวดมนต์คาถาอิติปิโส (บทสรรเสริญพระพุทธคุณ) มาใช้ในการศึกษาวิจัย เนื่องจากบทสวดอิติปิโส (บทสรรเสริญพระพุทธคุณ) เป็นบทสวดที่สั้น กระชับ มีความไพเราะและมีเนื้อหาของคำสวดที่มีความหมายลึกซึ้งเกี่ยวกับ การสรรเสริญและ ระลึกถึงและสักการะขอคุณพระพุทธเจ้า ที่ทรงมีพระคุณเปี่ยมล้นต่อชาวโลกทั้งหลาย และเป็น การภาวนาให้จิตสงบ (ประกายธรรม, 2541) เป็นการชำระจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มี อาการปวดให้ผ่อนคลาย เกิดการย้อนมองจิตใจของตนเอง ทำให้เกิดสมาธิ สามารถควบคุมจิตใจให้คิด ในเรื่องที่ดั่งาม ไม่ฟุ้งซ่าน นอกจากนี้ยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดไปยังบทสวด มนต์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดของตนเอง ซึ่งสมาธิจากการสวดมนต์จะสามารถทำให้ ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายได้ในระดับหนึ่ง เป็นการตัดวงจรความเจ็บปวด และเป็นการส่งเสริมความ ผาสุกด้านจิตวิญญาณต่อสิ่งที่ยึดเหนี่ยวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

#### 5. แบบจำลองของการจัดการกับอาการ (Symptom management model)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) พัฒนามา จากแนวคิดการจัดการอาการของ Larson และคณะ (Larson et al., 1994) เน้นที่การจัดการทาง คลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้การดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่งเน้นทักษะ ความรู้และการ สนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตนซึ่ง Dodd และคณะ (2001) ได้พัฒนาโดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่าง ๆ โดยกล่าวว่าอาการมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย จนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาจากแพทย์หรือบุคลากรในทีม สุขภาพ อาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน แต่ยังรบกวนในการทำหน้าที่ในทาง สังคม การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยมี บุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล เป็นบุคคลสำคัญที่รับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการ กับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกันพัฒนาแนวทางในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการหลาย ๆ อาการที่เรื้อรัง และต้องการการจัดการในระยะยาว โดย Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถคุมอาการได้ ดังนั้น จึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน



## 5.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

5.1.1 บุคคล (Person) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) สรีระวิทยา (Physiological) และพัฒนาการ (Developmental) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้ตัวบุคคลทำให้บุคคลมีมุมมองและการตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการระดับการพัฒนาการในแต่ละบุคคลและมีผลต่ออูมิภาวะด้วย

5.1.2 สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บหรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการกลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการผู้ป่วยที่มีโรคเดียวกันที่มีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่กลับพบว่าผลลัพธ์ที่ได้ อาจมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมหรือผลข้างเคียงของการรักษา ตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ชนิดของโรคเมเร็งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ชนิดของโรคมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์แม้จะมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เหมือนแต่ผลลัพธ์ที่ได้อาจต่างกัน

5.1.3 สภาพแวดล้อม (Environment domain) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการ ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมประกอบไปด้วย สภาพร่างกาย (Physical) สังคม (Social) และวัฒนธรรม (Culture) สภาพแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วยรวมทั้งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีในการจัดการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

5.2 มโนทัศน์แบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001) คือ

5.2.1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละคนต่ออาการโดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคามและผลของอาการต่อชีวิตการตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม การเข้าใจในสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญเพราะจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทาง ระหว่างการรับรู้กับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ การสนองต่ออาการและการรับรู้ต่ออาการ เช่นการประเมินอาการและการตอบสนองต่อความสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการได้ โดยถ้า

บุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง เขาก็จะรับรู้ความรุนแรงมากขึ้น (Facione and Dodd,1995; Jayne,1996 cite in Dodd et al., 2001) โดยประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

5.2.1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) หมายถึงการที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความหมายผ่านการคิดรู้ของตนเอง ถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยเป็นหรือเคยปฏิบัติ โดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลหรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้อาการที่ซับซ้อน หลังจากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งหากการรับรู้ตรงกันการจัดการก็จะเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cite in Dodd et al., 2001)

5.2.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึงการตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการและตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือถาวรความบ่อยและผลกระทบหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งการประเมินภาวะการคุกคามต่อชีวิตจากอาการ ซึ่งผู้มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่าพวกไม่มีประสบการณ์มีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001)

5.2.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) เป็นการตอบสนองทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรม อาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะและมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการและในระยะยาวโดยการตอบสนองต่ออาการจะรวมไปถึงการทำหน้าที่ของร่างกายด้วย

5.2.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป้าหมายก็เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางลบโดยวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยาบรรเทาอาการและการอาศัยบุคคลากรในทีมสุขภาพ การจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย กลวิธีจัดการอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ก็ได้ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอด หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมของบุคคลนั้น และการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (สุรีพร ธนศิลป์, 2545)

5.2.3 ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือ

- 1) ค่าใช้จ่าย (Costs)
- 2) สภาวะทางอารมณ์ (Emotional status)
- 3) การดูแลตนเอง (Self care)
- 4) ภาวะการดำเนินงานที่ (Functional status)
- 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life)
- 6) อัตราการเกิดโรคและโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity)
- 7) อัตราการตาย (Mortality)
- 8) สภาวะอาการ (Symptom status)

โดยลักษณะของการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกัน ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ระยะเวลาของการประเมินขึ้นอยู่กับอาการที่ของอาการซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่องและมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อรักษาอาการประสบความสำเร็จและกลับสู่ภาวะปกติแล้ว การปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในเรื่องการจัดการกับอาการโดยตรง และต้องการการวัดผลลัพธ์ในการจัดการที่มีความต่อเนื่อง

## 6. โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการดูแลแบบผสมผสานโดยวิธีการสวดมนต์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดมากที่สุด ซึ่งอาการปวดที่เกิดขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นในการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการจัดการอาการปวดของตนเอง โดยแนวคิดการจัดการกับอาการนี้ จะเริ่มจากการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา รวมทั้งการสนับสนุนทางเลือกหรือการฝึกทักษะในการจัดการอาการ

การสวดมนต์ เป็นกลวิธีการปฏิบัติที่ทำให้จิตใจสงบต่อเนื่องกัน เมื่อผู้สวดปฏิบัติจนเกิดสมาธิ ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลาย ซึ่งมีผลต่อปฏิกิริยาการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก โดยทำให้ร่างกายทำงานช้าลง ส่งผลให้พาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การเผาผลาญ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อระดับอีพิเนฟรีน และความดันโลหิตลดต่ำลง การไหลเวียนของโลหิตช่วยปลายเพิ่มขึ้น มีการหายใจลึกขึ้น ไขกล้ามเนื้อหน้าท้องมากขึ้น ทำให้ระดับกรดแลคเตทและระดับคอริติซอลในเลือดลดลง ซึ่งเป็นสารที่มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเจ็บปวดลดลง (Bonica, 1990) ร่างกายจะหลั่งสาร Endorphin ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนที่มีอยู่ในร่างกายออกมามากขึ้น ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดที่ส่งมาจากไขสันหลังทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ประเวศ วะสี, 2540) นอกจากนี้ ยังมีผลทำให้คลื่นแอลฟาในสมองเพิ่มสูงขึ้น (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2542) ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายสูง และทำให้ผู้สวดมีอาการเยือกเย็น ร่างกายเกิดภาวะปลอดโปร่ง รู้สึกเป็นอิสระจากความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รู้สึกสงบทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Dessey, 1995) ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการที่เน้นการสวดมนต์ขึ้น โดยโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

### กิจกรรมที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ ซึ่งแต่ละบุคคลจะประเมินความหมายของอาการ และมีการตอบสนองแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลในขณะนั้น หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรม ซึ่งการที่บุคคลเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์อาการปวดที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ในมุมมองของตนเอง ด้วยวิธีการสอบถามและรับฟัง จากนั้นประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวด และนำเสนอทสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นทางเลือกในการบรรเทาอาการปวด พร้อมทั้งสอบถามความ

ต้องการในการฝึกการสวดมนต์จากผู้ป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการฝึก ผู้วิจัยจะนำเข้าสู่การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการสวดมนต์

### กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการปวดตามสาเหตุ อาการที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมอาการปวดได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่อง อาการปวด สาเหตุของอาการปวดจากโรคมะเร็ง การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองที่เน้นการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกวิธีและการไม่ใช้ยา ร่วมกับการสวดมนต์ บทสวดมนต์คาถาอิติปิโส (บทสรรเสริญพระพุทธรูป) ได้แก่ การจัดทำทาง การเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดของการฝึก ประโยชน์ของการฝึก และขั้นตอนการฝึกการสวดมนต์ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวด และเครื่องเล่นบันทึกเสียงและเทปบันทึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโส และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือยังไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือฯ และเครื่องเล่นบันทึกเสียงและเทปบันทึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโส ให้ผู้ป่วยไว้ใช้ทบทวน

### กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการสวดมนต์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้การสวดมนต์ซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การจัดการอาการปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้น มาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมเพื่อจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเลือกใช้บทสวดมนต์คาถาอิติปิโส บทสรรเสริญพระพุทธรูป เนื่องจากบทสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูปเป็นบทสวดมนต์ที่สั้น กระชับ ง่ายต่อการจดจำ ซึ่งหากผู้ป่วยมีความชำนาญในการสวดจะสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจนเกิดสมาธิได้ อีกทั้งการสวดมนต์บทสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูป เป็นการตั้งจิตกล่าวตามคำสวดเพื่อระลึกถึงคุณของพระพุทธเจ้า และเป็นสิริมงคลแก่ผู้สวด เพื่อคุ้มครองป้องกันภัยอันตรายต่าง ๆ ทั้งยังทำให้จิตใจเบิกบาน สงบสุขได้ ผู้วิจัยจึงทำการสาธิตการจัดการอาการปวดร่วมกับการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูป และการทำสมาธิโดยการกำหนดลมหายใจ พร้อมกับ ภาวนา พุท-โธ ภายหลังการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรูป จากนั้นร่วมฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยและทบทวนทักษะ พร้อมกับให้มีการสาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโส

บทสรรเสริญพระพุทธรูป ครึ่งละ 20 นาที (60 จบ) และภาวนา พุท-โธ ครึ่งละ 5 นาที ด้วยตนเอง ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้า และก่อนนอน และทุกครั้งที่มีอาการปวด

#### กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล

Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลาซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ (outcomes) ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของคุณต่อไป

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยประเมินผลจากการให้ความรู้ และการฝึกทักษะการสวดมนต์โดยการ ประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และจากการวัดสัญญาณชีพ ซึ่งประกอบด้วย อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการฝึกทักษะการสวดมนต์ ว่าเป็นอย่างไร มีปัญหา อุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

### 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

อุบล จ๋วงพานิช และคณะ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อ ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย โรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ และแบ่งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คนด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับข้อมูลเตรียม ความพร้อมซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ชนิด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและข้อมูลชนิดบ่งบอก ความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์นสันประเมินความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนผ่าตัด 1 วัน และประเมินซ้ำเมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรกหลัง ผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียม ความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุไร นิโรธนันท์ (2539) ได้ศึกษาผลของการนัดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด และได้รับยาแก้ปวดชนิด รับประทานตามเวลาตามแผนการรักษา ซึ่งรับไว้รักษาและบรรเทาอาการของโรคมะเร็ง ที่สถาบัน มะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย โดยก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 40 นาที

กลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน หลังจากนั้น 20 นาที จะได้รับการประเมินซ้ำอีกครั้ง และกลุ่มทดลอง ก่อนถึงเวลาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 40 นาที กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน และได้รับการนวด 20 นาที หลังจากนั้นประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานซ้ำทันที ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นาถฤดี พรหมเกว (2545) ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ทั้งชายและหญิงของโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 15 ราย ซึ่งในขั้นแรกของการศึกษากลุ่มตัวอย่างถูกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมก่อน โดยได้รับการประเมินเมื่อเกิดความเจ็บปวดก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 3 ครั้ง หลังจากนั้นจะถูกจัดให้เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการฟังดนตรีจากเทปบันทึกเสียงดนตรีล้านนา 3 ครั้ง ตามลำดับ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างขณะเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดลดลงภายหลังได้ฟังดนตรีและลดลงมากกว่าเมื่อเป็นกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2545) ได้ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความปวดเฉียบพลันจากการผ่าตัด จำนวน 40 ราย ลุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยที่ได้รับฟังแถบเสียง การสร้างจินตภาพอย่างน้อย 3 ครั้งในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ไม่ได้รับฟังแถบเสียงการสร้างจินตภาพแต่ได้รับการดูแลและการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ได้รับการประเมินความวิตกกังวล 2 ครั้ง คือก่อนผ่าตัดและเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ William W.K. Zung และได้รับการประเมินความปวดหลังผ่าตัด 2 ครั้ง คือ เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความปวด Visual analogue scale ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดและความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดเต้านมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่าจำนวนครั้งของการขอยาแก้ปวดในกลุ่มทดลองมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย

โสรัจญา สุริยันต์ (2545) ได้ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับการฝึก

การผ่อนคลายแบบ Benson' s Respiratory One Method 3 ครั้งก่อนการผ่าตัด และนำเทคนิคนี้มาใช้หลังผ่าตัดในระยะ 24-48 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลาย ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลและความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เทวีกา เทพญา (2546) ได้ศึกษาผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วย 5ก และ 5จ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทั้งหมด 16 ราย จัดลำดับการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ลักษณะคือ กลุ่มตัวอย่างลักษณะที่ 1 จะได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ (ผสมผสานการนวดแบบราชสำนักและแบบเชลยศักดิ์) ซึ่งจะนวดตั้งแต่ เท้า ขา มือ แขนทั้ง 2 ข้าง หลังและคอตามลำดับ ก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดในมือก่อนนอน 40 นาทีในวันแรก และไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ในเวลาเดียวกันในวันที่ 3 ส่วนลักษณะที่ 2 ไม่ได้รับการนวดแผนไทยก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดในมือก่อนนอน 40 นาทีในวันแรก แต่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ในเวลาเดียวกันในวันที่ 3 ใช้เวลาในการนวด 30 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดและความทุกข์ทรมานของจอห์นสัน (Johnson's two component scale) ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0005

มยุรี สำราญญาติ (2549) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อความรุนแรงของความเจ็บปวด การรบกวนจากความเจ็บปวด และการควบคุมความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่หน่วยระงับปวดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 72 ราย ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 37 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฝึกการจัดการตนเองสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฝึกการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของความเจ็บปวด การรบกวนจากความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีการควบคุมความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จิรามาศ ชูทองรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง หน่วยระงับ



ปวด โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย โดยจัดให้ 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และอีก 20 รายเป็นกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดน้อยกว่าและมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองมีความเจ็บปวดน้อยกว่าและมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ศิริพร เสมสสาร (2552) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่เป็นเวลา 14 วัน ติดต่อกัน ช่วง 7 วันแรกอยู่โรงพยาบาลเพื่อฝึกทักษะ และหลังจากนั้นอีก 7 วันหลัง ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติกิจกรรมเองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ความเจ็บปวดภายหลังการทดลอง 7 วันและ 14 วันของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรลักษณ์ ฉิมวัย (2552) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างจินตภาพของโฮโรวิทซ์ (Horowitz, 1978) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสร้างจินตภาพ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Lee และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบซึ่งงในการจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งในระยะลุกลามของผู้ป่วยชายชาวเกาหลีอายุ 36 ปี

ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกระเพาะอาหาร ปอด และกระดูก และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของคาร์นอฟสกี 40 คะแนน (KPS: 40) โดยได้รับการประเมินอาการ 6 วันก่อนการทดลอง 16 วันในช่วงการทดลอง และ 2 สัปดาห์ในระยะเวลาหลังการทดลอง ประเมินอาการปวดโดยใช้แบบประเมินความปวด Visual analogue scale ส่วนอาการอื่น ๆ เก็บข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รายงานด้วยตนเอง พบว่าการออกกำลังกายแบบที่กึ่งส่งผลดีต่ออาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล การนอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้จิตใจสงบ ซึ่งในชว่งติดตามผลใน 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยสามารถนั่งได้ด้วยตนเอง หลังปฏิบัติ 4 สัปดาห์ผู้ป่วยสามารถเดินและเข้าห้องน้ำได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือและมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของคาร์นอฟสกีเพิ่มขึ้น (KPS: 70)

Carson และคณะ (2007) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกโยคะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามจำนวน 21 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การสอนธรรมะ และการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันในกลุ่ม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความปวด ความเหนื่อยล้า ความเครียด การยอมแพ้ และการผ่อนคลาย ในช่วงการฝึก 2 สัปดาห์แรกและ 2 สัปดาห์หลังการฝึก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าลดลงและมีคะแนนการยอมรับความเจ็บปวดและมีความผ่อนคลายมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Kutner และคณะ (2008) ได้ทำการศึกษาผลของการนวดและการสัมผัสแบบง่ายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและส่งเสริมสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 82 ราย ที่มีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 ราย และกลุ่มทดลอง 45 ราย โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการนวดและการสัมผัสแบบง่ายเป็น 30 นาทีทุกวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดและการสัมผัสแบบง่ายมีระดับความเจ็บปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Haug และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาผลของดนตรีบำบัดในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ประเทศไต้หวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งจากโรงพยาบาลต่าง ๆ จำนวน 126 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 64 ราย และกลุ่มทดลอง 62 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการนอนพักผ่อนบนเตียง ส่วน กลุ่มทดลองให้ฟังดนตรีประเภทบรรเลง เพลงประจำชาติไต้หวันและเสียงเปียโนเป็นเวลา 30 นาที ประเมินการรับรู้ความปวดก่อนและหลังฟังดนตรี 30 นาที ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับดนตรีบำบัด มีคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปวดมนต์

สินีนานู ทิพย์มุสิก (2546) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับกับการเจริญสมาธิด้วยการปวดมนต์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเนื้องอกมดลูกและรังไข่ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ที่มีคะแนนความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด ตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป จำนวน 15 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่ม 3 กลุ่มคือ (1) กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกระชับ (2) กลุ่มเจริญสมาธิด้วยการปวดมนต์ (3) กลุ่มที่ได้รับการตามปกติของโรงพยาบาล กลุ่มละ 5 คน โดยได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาและโปรแกรมการเจริญสมาธิด้วยการปวดมนต์ โปรแกรมละ 6 ครั้งๆ ละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกระชับและกลุ่มเจริญสมาธิด้วยการปวดมนต์มีความวิตกกังวลระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาลมีความวิตกกังวลระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกระชับกลุ่มที่เจริญสมาธิด้วยการปวดมนต์มีความวิตกกังวลในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

มาลัย แสงวิไลสาร (2546) ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติกับการปวดมนต์ ต่อการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ได้รับการตามปกติ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดยได้รับโปรแกรมละ 30 ครั้งๆ ละ 30 นาที -1 ชั่วโมง เป็นเวลา 30 วัน แบ่งเก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและผู้สูงอายุที่ได้รับการปวดมนต์ ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลนอนหลับได้มากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและกลุ่มปวดมนต์สามารถหลับได้มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาลในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อารี น้อยบ้านด่าน และคณะ (2552) ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่สวดมนต์ และกลุ่มที่ไม่ได้สวดมนต์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คนโดยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับการสวดมนต์เป็นเวลา 10 วัน วันละ 20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้สวดมนต์ และทำการวัดระดับความเครียดในวันที่ 1, 5 และ 10 เช่นกัน พบว่าระดับความเครียดหลังการสวดมนต์วันที่ 1, 5 และ 10 ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ ) และระดับสมาธิภายในกลุ่มทดลองภายหลังการสวดมนต์พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

Johnson และคณะ (2009) ได้ศึกษาความเป็นไปได้ของการส่งเสริมของศูนย์การสวดมนต์ และประเมินผลของอารมณ์ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งรังไข่ จำนวน 10 คน ที่มารับเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยนอกคลินิก Mayo ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสวดมนต์ 20 นาที สวดมนต์ 20 นาที และเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกจากการเข้าร่วมการทดลอง 20 นาที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าศูนย์กลางการสวดมนต์เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งรังไข่ทั้งด้าน อารมณ์ ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็ง มีการนำการดูแลแบบผสมผสานด้วยวิธีการต่าง ๆ มาใช้มากขึ้น ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง เกิดความตระหนักต่อผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดลงและสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีศักยภาพ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังไดอะแกรมที่ 1

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์

**กิจกรรมที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย**  
ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์อาการปวดที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ในมุมมองของตนเอง ด้วยวิธีการสอบถามและรับฟัง รวมถึงประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ในการจัดการอาการปวด** เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง อาการปวด สาเหตุของอาการปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองที่เน้นการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกวิธีและการไม่ใช้ยาได้แก่ การจัดทำทาง การเบี่ยงเบนความสนใจและการให้ความรู้เกี่ยวกับการสวดมนต์(ประโยชน์ วิธีการสวดมนต์)

**กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการอาการและการสวดมนต์** ผู้วิจัยทำการสาธิตการจัดท่าทาง การเบี่ยงเบนความสนใจ และการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทพระพุทธรุคุณ และการฝึกกำหนดลมหายใจพร้อมกับการภาวนาพุท-โธ แก่ผู้ป่วย ร่วมฝึกกับผู้ป่วยและทบทวนทักษะ พร้อมทั้งให้มีการสาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธรุคุณ ครั้งละ 20 นาที และภาวนาพุท-โธ ครั้งละ 5 นาที ด้วยตนเองทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ช่วงเช้า และก่อนนอน และทุกครั้งที่มีอาการปวดมอควบคุม บทสวดมนต์ และเครื่องเล่นบันทึกเสียงและเทปบันทึกเสียงประกอบการสวดมนต์บทอิติปิโสให้ผู้ป่วยไว้ใช้ทบทวน

**กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล** ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการฝึกทักษะการสวดมนต์ ว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

อาการปวด

### การพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย

- การดูแลความสุขสบายทั่วไปแก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การให้ยา ทำแผล ดูดเสมหะ กายภาพบำบัด การพูดคุยให้กำลังใจ
- การให้ความรู้ เรื่องการประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดทั้งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาเมื่อเกิดอาการปวด
- การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา

## แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย