ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

นางศิริพร เสมสาร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2552
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM EMPHASIZING THE FOUR NOBLE TRUTHS ON PAIN IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Mrs. Siriporn Semsarn

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด
โดย	นางศิริพร เสมสาร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางศิริพร เสมสาร : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด (THE EFFECT OF THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM EMPHASIZING THE FOUR NOBLE TRUTHS ON PAIN IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์, 156 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด แบบผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 40 คน ได้จากการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหา 2) การให้ข้อมูล 3) การฝึกทักษะปฏิบัติ 4) การส่งเสริมและสนับสนุน สื่อที่ใช้ในโปรแกรม คือ แผนการสอน แผ่นภาพ และคู่มือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเจ็บปวด Brief Pain Inventory(BPI) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิและได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองเป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเจ็บปวด ตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.84 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบความแปรปรวน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความเจ็บปวดภายหลังการทดลอง 7 วัน และ 14 วัน ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความเจ็บปวดภายหลังการทดลอง 7 วัน และ 14 วัน ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ สามารถลดความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัดลงได้

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต ศิริพร เสมสาร.

ปีการศึกษา.....2552..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5077612236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM / CHEMOTHERAPY / PAIN / ORAL MUCOSITIS / HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

SIRIPORN SEMSARN : THE EFFECT OF THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM EMPHASIZING THE FOUR NOBLE TRUTHS ON PAIN IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 156 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of the PRO-SELF Pain Control Program emphasizing the four Noble Truths on pain in head and neck cancer patients receiving chemotherapy. The participants consisted of 40 cancer patients receiving chemotherapy at EENT Department of Ramathibodi Hospital. The patients were divided into an experimental group and a control group by a matched-pair technique. The research instrument was the PRO-SELF Pain Control Program. This program has four dimensions: a) Problem Assessment & Needs Identification, b) Provision of Information, c) Skill Buiding, d) Supportive care. The collecting data was instrument Brief Pain Inventory(BPI). It was validated by a panel of experts. The Cronbach's alpha coefficient of pain was 0.94. A self care behavior questionnaire was also used to monitor the experiment. The instrument was validated by a panel of experts. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire was 0.84. Statistical techniques used in data analysis were percentage, means, standard deviation, Repeated Measure of Analysis of Variance and t-test.

Major results were as follows:

1. The 7 days and 14 days posttest pain of the experimental group were significantly lower than at the pretest phase ($p<.05$).

2. The 7 days and 14 days pain of the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p<.05$).

The results suggest that The PRO-SELF pain control program may reduce pain of oral mucositis in head and neck cancer patients receiving chemotherapy.

Field of Study :....Nursing Science..... Student's Signature : .....

Academic Year : .....2009..... Advisor's Signature : .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง ตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้วยความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งกรุณาให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร. มุกดา เดชประพนธ์ และคุณอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช ผู้ซึ่งเป็นทั้งอาจารย์และเปรียบเสมือนพี่สาวที่แสนดี คอยให้กำลังใจน้องสาวอย่างสม่ำเสมอ ให้ความช่วยเหลือพร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ดีในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่า ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณแทบเท้า มารดา บิดา ผู้เปรียบเสมือนพระอรหันต์ของลูก ที่เฝ้าอบรมเลี้ยงดูลูกด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ จนเติบโตกระทั่งทุกวันนี้ ทำให้ลูกได้พบวันแห่งความสำเร็จในชีวิต และได้มีโอกาสในการสร้างบุญกุศลโดยการให้ธรรมะเป็นทานแก่ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป กราบขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทั้งทางธรรมและทางโลก และขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัวทุก ๆ คน ขอบพระคุณเพื่อนๆร่วมสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน ที่คอยให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุก ๆ ท่าน อีกครั้ง ณ โอกาสนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญภาพ..... ญ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 4

ปัญหาการวิจัย..... 4

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 4

ขอบเขตของการวิจัย..... 8

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 9

ประโยชน์ที่ได้รับ..... 11

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 12

มะเร็งศีรษะและคอ การรักษาและการพยาบาล..... 13

ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ..... 18

บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ... 29

แบบจำลองการจัดการอาการ..... 30

หลักอริยสัจสี่..... 35

โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่..... 41

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 43

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 49

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย	50
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
	การดำเนินการวิจัย	59
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	63
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
	สรุปผลการวิจัย	80
	อภิปรายผลการวิจัย	80
	ข้อเสนอแนะ	85
รายการอ้างอิง		86
ภาคผนวก		95
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	96
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย	98
	ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	102
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์		156

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม ตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ และระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ.....	51
2	แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนาและแนวทางในการขจัดทุกข์เป็นขั้นตอน.....	65
3	แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ประเภทอาหารที่รับประทาน และสภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลอง.....	68
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในครั้งที่1(วันที่ 7) และครั้งที่ 2(วันที่14)...	70
5	แสดงการการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2 (วันที่14).....	71
6	แสดงการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง เป็นรายคู่.....	72
7	แสดงการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดภายในกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่.....	72
8	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองในครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2(วันที่14).....	73

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนภูมิที่ 1 กลไกการเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการได้รับยาเคมีบำบัดและผลกระทบจากอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ……..	20
2	แผนภูมิรูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	33
3	กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	74

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยอยู่ในอันดับที่ 10 ของมะเร็งที่พบทั้งหมดในโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีจำนวนร้อยละ 3-5 ของโรคมะเร็งที่พบทั้งหมด สำหรับในประเทศไทย มะเร็งศีรษะและคอพบมากในช่วงอายุ 40-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.9 ของมะเร็งทั้งหมด และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 3 เท่า (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544) จากสถิติของโรงพยาบาลรามาธิบดี ปี2551 พบมะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 14.7 ของมะเร็งทั้งหมด(สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาธิบดี, 2551) ในปี 2548 พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในผู้ชาย และอันดับ 6 ในผู้หญิงของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มะเร็งศีรษะและคอจะจำกัดอยู่กับมะเร็งที่บริเวณส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารอันได้แก่ ปาก ช่องปาก ลำคอ นาโซฟาริงซ์ กล่องเสียง ต่อมน้ำลาย ต่อมไทรอยด์ โพรงอากาศช่องจมูก กระดูกกราม และกระดูกแมกซิลาร์ สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เป็น Squamous cell carcinoma (Otto, 1991: 164; Linda K. et. al., 2006: 73) การรักษามะเร็งในกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกับการรักษามะเร็งของอวัยวะอื่นๆ คือการผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด และการฉายรังสี อาจใช้วิธีการรักษาเพียงอย่างเดียวหรือมากกว่าหนึ่งวิธี หรือร่วมกันทั้ง 3 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งระยะของโรคและตำแหน่งของมะเร็งนั้นๆ (Spanlding, M.B. 2006)

ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ คือความเจ็บปวด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (The Joanna Briggs Institute of Evidence Based Nursing and Midwifery, 1988; Sonis et. Al., 1999) และพบอัตราสูงถึงร้อยละ 75 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด5-Fluorouracil (Dodd et al, 1996) อีกทั้งการฉายรังสีร่วมด้วยจะทำให้เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบมากขึ้นถึงร้อยละ 100 ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น(Shiba, 1997: 8; Berger and Eilers, 1998; Huang et al, 2003: 247) และยังพบว่าระยะของโรค เช่นมะเร็งระยะแพร่กระจายจะมีอาการปวดมากกว่าระยะเริ่มแรก (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2537) นอกจากนั้นตำแหน่งของโรค และการกดเบียดของก้อนมะเร็งยังก่อให้เกิดความเจ็บปวดอีกด้วย เช่น มะเร็งหู มะเร็งที่ลิ้น มักมีความเจ็บปวดมากกว่าที่ตำแหน่งอื่นๆ เนื่องจากอวัยวะที่เป็นมะเร็ง มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดอยู่เป็นจำนวนมาก การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับอาการปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง อันเป็นผลจากตัวโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

โดยเฉพาะภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาหาแนวทางในการแก้ปัญหาเรื่องความเจ็บปวด อันเนื่องมาจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ที่นับเป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

ความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด (เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์, 2547) ลักษณะความเจ็บปวดเป็นแบบต่อเนื่อง ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะมีมากที่สุดในวันที่ 5-7 ภายหลังได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาของ Berger and Eilers (1998: 1625) พบว่า ถ้าในระยะก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอยู่ก่อนแล้ว จะเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ปากแห้งตึง การรับรสเสียไป(David, et al., 2007, Harris&Knobf, 2004) ผู้ป่วยจะพรรณนาความเจ็บปวดเหมือน มีของแหลมมาทิ่มแทงปวดแบบจี๊ดขึ้นมา ปวดแสบปวดร้อน เจ็บแสบระคายเคืองทั่วทั้งปาก (McGuire et al., 1993; McGuire et al., 1998) อาการเจ็บปวดเป็นแบบรุนแรง เกิดขึ้นทันทีทันใดในช่วงรับประทานอาหาร รวมถึงการดื่มน้ำ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร (Andersson et. al., 1999; Cheng&Chang, 2003) นอกจากนี้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยไม่อยากทำความสะอาดในช่องปาก เพิ่มโอกาสการติดเชื้อเฉพาะที่ในช่องปากได้ ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540; สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ, 2534) บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการรักษาอันเนื่องมาจากความไม่พร้อมของร่างกาย ทำให้ต้องหยุดหรือชะลอการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (Martin, 1993 Cited in Shiba, 1997) ความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นปัจจัยให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (บัวษร เวชพันธ์, 2548; สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันหรือลดอาการข้างเคียงจากการรักษา อันเป็นสาเหตุให้เจ็บปวดทุกข์ทรมานลง เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคได้อย่างเต็มศักยภาพที่มีอยู่ (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2539)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรูปแบบการจัดการอาการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในรูปแบบต่างๆกัน เช่น ทานตะวัน เนตรทอง(2542) ศึกษาผลของการอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า การใช้น้ำแข็งสามารถป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดลงได้ ส่วนเนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริม

การดูแลช่องปากด้วยตนเอง สามารถลดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดในครั้งที่ 1, 2 และ3 ลงได้ เช่นกัน วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปาก ต่ออาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการดูแลช่องปากมีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ ช่วยชะลอวันที่เกิดอาการ ช่วยให้ระยะเวลาที่มีอาการสั้นลงและลดความรุนแรงของอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบลงได้เช่นกัน ส่วนนารี ชื่นคล้าย (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองสามารถลดความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องมาจากความปวดลงได้ ด้านงานวิจัยต่างประเทศนั้น Dodd (1983) ได้ประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล โดยสร้างคู่มือการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด แล้วนำมาทดสอบผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย 48 รายพบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูล และดีกว่าก่อนได้รับข้อมูล ต่อมาDodd et al. (2003) ได้นำ The PRO-SELF Pain control Program มาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดเพิ่มขึ้น มีการใช้ยาตามเวลามากขึ้น ส่งผลให้อาการปวดลดลง Larson et al. (1998) ได้ศึกษาถึงผลของThe PRO-SELF Mouth Aware Program ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 91 ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลช่องปากสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้เป็นอย่างดี และลดอุบัติการณ์การเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบลง

จะเห็นได้ว่าแนวทางในการจัดการอาการเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีการจัดการ โดยนำหลักการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยเฉพาะ การใช้ความเย็นช่วยลดความเจ็บปวดจากเยื่อบุช่องปากอักเสบลงได้จริง อีกทั้งมีขั้นตอนการทำที่สะดวก หาวัตถุดิบได้ง่ายและใช้ต้นทุนต่ำ โดยมุ่งผลลัพธ์เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาคลายหายจากความเจ็บปวด Dodd (2001) กล่าวว่า การจัดการสาเหตุของการเกิดอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆกัน จึงเป็นการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา ในเรื่องของอริยสัจสี่ อันหมายถึงความเป็นจริงสุดยอดที่พระพุทธเจ้าได้ทรง ตรัสรู้และแสดงธรรมอันประเสริฐ ได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ซึ่งกล่าวถึงเหตุและผลที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ต่อกันและกัน พระพุทธเจ้าทรงแสดงถึง “ผล” ที่ได้รับในขณะนี้ว่า สืบเนื่องจากมี “เหตุ” เป็นปัจจัยส่งให้เกิด และบอกแนวทางในการดับเหตุนั้นๆ (ป.อ.ปยุตโต, 2538) การนำหลักธรรมคำสั่งสอนในเรื่องอริยสัจสี่ มาเป็นหลักในการเปรียบเทียบเหตุและผลของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก็เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย มีมุมมอง

ในการแก้ปัญหาและยอมรับสภาพความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ได้ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง มีความพร้อมที่จะเผชิญกับ โรคร้ายได้อย่างเป็นปกติสุขได้ตลอดเวลา (กิตติยาภรณ์ ภูครองหิน, 2539; ปทุมภรณ์ แซ่จึง และคณะ, 2539; อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2531) และเมื่อจิตใจสงบ ก็ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่ง สารสุขหรือเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ซึ่งสารดังกล่าวมีคุณสมบัติทำให้ระดับความเจ็บปวดลดลง (วัลลภา สังฆโสภณ, 2536; ประเวศ วะสี, 2540; Lynette & Garland, 2005) ดังคำกล่าวที่ว่า เมื่อจิตสบาย กายก็เป็นสุข ทุกข์ก็ไม่มี (จรัญ ฐิตธมฺโม, 2551)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ที่มีแนวคิดพื้นฐานจากการนำหลักธรรมะอันเป็นหัวใจของพระพุทธศาสนามาประยุกต์ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการจัดการอาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆกัน ทำให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องความเจ็บปวดอันเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ และคิดหาแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี ดังนั้นโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ น่าจะสามารถลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่งผลให้ความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่

2. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นปัญหาสำคัญ และเป็นภาวะที่สร้างความเจ็บปวดทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกด้าน ทางด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ปากแห้งตึง การรับรสเสียไป(David, et al., 2007; Harris&Knobf, 2004) ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนลำบาก (Andersson et. al., 1999; Cheng&Chang, 2003) ด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อเกิดอาการปวดจะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นปัญหาสำคัญ (Dodd, et al., 2001) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลให้ความเจ็บปวดรุนแรงยิ่งขึ้นอีกทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และอาจเป็นปัญหาที่ลุกลามถึงภาวะทางจิตได้ (Honnor and Law, 2002: 1087-1088; Ohrn and Sjoden, 2003) ด้านสังคมเมื่อเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ทำให้เกิดความรู้สึกปวดเมื่อพูดคุย (Saarilahti et al., 2002 :479) การมีแผลในช่องปากทำให้เกิดกลิ่นปากลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลง ด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการแสวงหาวิธีการบำบัดความปวดโดยวิธีต่างๆ และการใช้ยาที่มีราคาแพงมากขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น ทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ส่งผลต่อความต้องการมีชีวิตอยู่ ความอดทนต่อการรักษา การฟื้นหาย และคุณภาพชีวิตลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น และคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (พรจันทร์ สัยละมัย, 2541) ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการในการจัดการความเจ็บปวดที่เกิดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเพื่อสามารถจัดการอาการเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ โดยใช้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับหลักอริยสัจสี่ ซึ่ง Dodd (2001)ได้อธิบายแนวความคิดพื้นฐานของการจัดการอาการ โดย Dodd (2001) เชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของคนว่า ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะสามารถคิดหาวิธีการในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เมื่อใดก็ตามที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้นั้น การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือ และสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป การจัดการอาการเป็นแนวคิดที่สามารถลดความรุนแรงของการเกิดอาการได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้อย่างเพียงพอ และได้รับการฝึกทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น

เสียก่อน

สำหรับหลักอริยสัจสี่ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจของพระพุทธศาสนา (ป.อ.ปยุตโต, 2538) ประกอบด้วย 1. ความทุกข์(ทุกข์) 2. สาเหตุของความทุกข์(สมุทัย) 3. ความดับทุกข์(นิโรธ) 4. ทาง(วิธี)ปฏิบัติเพื่อความดับทุกข์(มรรค) ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงเหตุและผลการเกิดอาการ แนวทางจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่ได้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลปัญหาด้านความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นทุกข์ทางกาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นธรรมดาของร่างกายที่ต้องมี เกิด แก่ เจ็บ ตาย การที่ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงของกายสังขารอันเป็นบ่อเกิดแห่งทุกข์ อีกทั้งเรียนรู้การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีสติสัมปชัญญะในการมองโลกทางบวก มีความตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหา โดยใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง ร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและการฝึกปฏิบัติจริงจากพยาบาล อันเป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วยมะเร็ง โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ ผู้วิจัยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอริยสัจสี่ การนำหลักอริยสัจสี่ มาใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ได้ จากนั้นระบุปัญหาที่พบร่วมกัน

ในขั้นตอนนี้ Dodd (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การประเมินประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกแนวทางที่จะทำให้เข้าใจปัญหาผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง การทำความเข้าใจโดยการรับฟังปัญหาและสอบถามจากผู้ป่วยเป็นการประเมินมุมมองจากผู้ป่วยที่มีต่อประสบการณ์การมีอาการโดยตรง ตามหลักอริยสัจสี่ ซึ่งก็คือค้นหาว่าทุกข์ที่ผู้ป่วยได้รับคืออะไร ส่งผลกระทบอะไรต่อผู้ป่วยบ้าง และผู้ป่วยมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไร ถูกต้องหรือไม่นั่นเอง เมื่อรู้ว่าทุกข์คือความเจ็บปวด มีสาเหตุจากเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ก็จะนำไปสู่แนวทางในการดับทุกข์ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด โดยข้อมูลที่ให้ผู้ป่วย คือเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เยื่อบุช่องปากอักเสบ การประเมินและดูแลช่องปาก การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด และข้อมูลธรรมะในหัวข้ออริยสัจสี่ ประโยชน์ของการบริหารจิต พร้อมทั้งแจกคู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4

สำหรับในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยกระทำโดยยึดหลัก การประเมินความรู้เดิม เพิ่มเติม

ความรู้ใหม่ และแก้ไขความรู้ที่ผิด ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ข้อมูล หรือมีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง การกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้นเมื่อเห็นว่าเกิดผลดีแก่ตัวเอง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ มุมมอง และพยายามปฏิบัติตามความรู้ใหม่ที่ได้รับ อันเป็นการเตรียมความพร้อมด้านตัวผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการฝึกทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ โดยจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตการดูแลช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้น้ำยาบ้วนปาก การประเมินช่องปากด้วยตนเอง การประเมินความเจ็บปวด การลดความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบโดยวิธีการอมน้ำแข็ง และการฝึกบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4 ได้แก่การกำหนดสติและการทำสมาธิ โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการปฏิบัติและให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติตาม ทั้งนี้ในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยจะสอนการกำหนดสติในอิริยาบถย่อย อันเป็นการเจริญภาวนาไปด้วย

สำหรับในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ตามมโนทัศน์แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd (2001) จะอยู่ในกลวิธีการจัดการอาการ ซึ่งมุ่งไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่ถูกต้องในการจัดการอาการนั้นๆ การฝึกทักษะซ้ำๆจะทำให้ผู้เรียนรู้ เรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนจะทำพฤติกรรมซ้ำๆจะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อน จึงจะเกิดการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ตามหลักอริยสัจสี่การให้ข้อมูลและฝึกทักษะปฏิบัตินับเป็นแนวทาง(มรรค)นำไปสู่การดับที่เหตุ(สมุทัย)คือภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ของการเกิดความเจ็บปวด(ทุกข์) โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี จัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป(นิโรธ)

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมและการสนับสนุน ผู้วิจัยรับฟังประสบการณ์ความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด การวิเคราะห์ความเจ็บปวด โดยใช้หลักอริยสัจสี่ การฝึกสติและการปฏิบัติสมาธิ ปัญหาที่พบจากการนำไปปฏิบัติจริง ให้ข้อแนะนำพร้อมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยวิธีการไม่ใช้ยา ส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการแก้ปัญหาตามหลักอริยสัจสี่ไปใช้ในชีวิตประจำวันรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นตอนนี้ Dodd (2001) กล่าวถึงว่าเป็นผลลัพธ์จากการจัดการอาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการแต่ละครั้ง ต้องให้การจัดการอาการมีความต่อเนื่อง และมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการจัดการอาการประสบผลสำเร็จและกลับสู่สภาวะปกติการปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นอีกได้ เพราะอาการมีการเกิด

แบบพลวัตร(Dynamic) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักอริยสัจสี่นั้น เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายใดๆ และสะดวกทั้งเวลาและสถานที่ที่จะปฏิบัติอีกด้วย อีกทั้งการเรียนรู้หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าและได้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันด้วยแล้ว จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ปฏิบัติเป็นอย่างมาก เช่นการฝึกกำหนดสติในอิริยาบถย่อยในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีสติสัมปชัญญะอยู่ทุกเมื่อ เป็นผู้มีความอดทนต่ออุปสรรคต่างๆ มองสิ่งต่างๆเป็นอนิจจัง ว่าเป็นสิ่งที่ไม่เที่ยง มีการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และในที่สุดก็ต้องดับไปเป็นธรรมดา ความทุกข์จากความเจ็บปวดก็เช่นกัน เมื่อมีเกิดขึ้น ที่สุดแล้วก็ย่อมต้องดับไป เมื่อตระหนักถึงหลักสัจจธรรมในข้อนี้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงมีมุมมองชีวิตในทางที่ดีขึ้น (จรัญ ฐิตธมฺโม, 2551)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวขึ้นมา ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีอายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมการ

จัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ และกลุ่มควบคุม 20 คนซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่

ตัวแปรตาม คือ ความเจ็บปวด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ของนารี ชื่นคล้าย (2548) มาใช้ร่วมกับหลักอริยสัจสี่ โดยผู้วิจัยได้บูรณาการโปรแกรมขึ้นมาใหม่ เป็นการผสมผสานการแก้ปัญหาโดยเน้นหลักอริยสัจสี่มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่1 การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยการประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอริยสัจสี่ การนำหลักอริยสัจสี่ มาใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ได้ จากนั้นระบุปัญหาที่พบร่วมกัน

ขั้นตอนที่2 การให้ข้อมูล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เยื่อบุช่องปากอักเสบ การประเมินและดูแลช่องปาก การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวดและข้อมูลธรรมะในหัวข้ออริยสัจสี่ ประโยชน์ของการบริหารจิต พร้อมทั้งแจกคู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4

ขั้นตอนที่3 การฝึกทักษะปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตการดูแลช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้น้ำยาบ้วนปาก การประเมินช่องปากด้วยตนเอง การประเมินความเจ็บปวด การลดความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบโดยวิธีการอมน้ำแข็ง และการฝึกบริหารจิต ตามแนวการเจริญสติ ปัฏฐาน 4 ได้แก่การกำหนดสติและการทำสมาธิ โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการปฏิบัติและให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติตาม ทั้งนี้ในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยจะสอนการกำหนดสติในอิริยาบถย่อย อันเป็นการเจริญภาวนาไปด้วย

ขั้นตอนที่4 การส่งเสริมและสนับสนุน ผู้วิจัยรับฟังประสบการณ์ความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด การวิเคราะห์ความเจ็บปวด โดยใช้หลักอริยสัจสี่ การฝึกสติและการปฏิบัติสมาธิ ปัญหาที่พบจากการนำไปปฏิบัติจริง ให้ข้อแนะนำพร้อมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยวิธีการไม่ใช้

ยา ส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการแก้ปัญหาตามหลักอริยสัจสี่ไปใช้ในชีวิตประจำวันรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน เป็นรายบุคคล มีระยะเวลาดำเนินงานทั้งหมด 14 วัน ซึ่ง 7 วันแรกจัดกระทำที่โรงพยาบาลวันละ 2 ครั้ง โดยมีผู้วิจัยอยู่ด้วย ส่วน 7 วันหลังผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้าน วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกันทุกวัน

ความเจ็บปวด หมายถึง ประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาทางด้านอารมณ์และความรู้สึกเป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เป็นประสบการณ์ที่บุคคลที่ประสบเท่านั้นที่สามารถบอกได้ว่ารู้สึกอย่างไร และความรู้สึกนั้นยังคงมีอยู่ตลอดเวลา เมื่อบุคคลนั้นบอกว่ายังมี สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความเจ็บปวด ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดของ Brief pain inventory(BPI) และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับอาการปวดของ Serlin และคณะ(Serlin, et al., 1995: 277-284) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินอาการปวดทั้งทางด้านความรู้สึกและผลกระทบจากอาการปวด และมีลักษณะเป็นแบบ Numeric rating scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-10

โดยคะแนนความปวดเกิดจาก การรวมคะแนนจากข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อในส่วนของระดับความรุนแรงของอาการปวด กับคะแนนการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม ตั้งแต่ 0-140 คะแนน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงมีระดับความเจ็บปวดมาก

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หมายถึง ผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งส่วนบนของระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารได้แก่ ช่องปาก นาโซฟาริงซ์ กล่องเสียง ลำคอ ต่อมน้ำลาย ต่อมไทรอยด์ โพรงอากาศช่องจมูก กระดูกกราม เป็นระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ หมายถึง การอักเสบของเยื่อบุอวัยวะในช่องปาก และริมฝีปาก ได้แก่ เหงือก เพดาน ลิ้นไก่ กระพุ้งแก้มและคอ ซึ่งเป็นส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร เป็นกระบวนการอักเสบที่เกิดจากการตอบสนองต่อเซลล์มะเร็งเองหรือเป็นผลจากการรักษาเช่นยาเคมีบำบัด โดยมีลักษณะของเซลล์หลุดลอก ที่มีความบางใสและเป็นแผลในช่องปาก มีอาการเจ็บปวดแสบ ปวดร้อนในช่องปาก เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารและมีโอกาสติดเชื้อได้

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นโดยพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยนั้นๆ เป็นการให้คำแนะนำในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลช่องปาก เป็นรายกลุ่ม แต่ไม่สอนการประเมินช่องปาก และไม่มีการประเมินผลและติดตามกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทางด้านการพยาบาล เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ โดยการพัฒนาศักยภาพให้สามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดด้วยตนเองแบบผสมผสานร่วมกับการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลในการ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัด ลดค่าใช้จ่าย และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต่อไป

2. ทางด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการประยุกต์รูปแบบการจัดการกับอาการ กับงานการพยาบาลโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. มะเร็งศีรษะและคอ การรักษา และการพยาบาล
2. ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
3. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
4. แบบจำลองการจัดการอาการ
5. หลักอริยสัจสี่
6. โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. มะเร็งศีรษะและคอ การรักษา และการพยาบาล

มะเร็งเป็นโรคซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์โดยไม่อยู่ภายใต้กลไกการควบคุมของร่างกาย มะเร็งเกิดขึ้นจากเซลล์หนึ่งเซลล์ในร่างกายเจริญเติบโตผิดปกติ และแบ่งตัวจากหนึ่งเป็นสอง จากสองเป็นสี่ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นก้อนขึ้น ซึ่งมะเร็งศีรษะและคอจะจำกัดอยู่กับมะเร็งที่บริเวณส่วนบนของระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารอันได้แก่ ช่องปาก นาโซฟาริงซ์ กล่องเสียง ลำคอ ต่อมน้ำลาย ต่อมไทรอยด์ โพรงอากาศช่องจมูก กระดูกกรามและกระดูกแมกซิลาร์ สาเหตุที่เรียกรวมกันเพราะส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เป็น Squamous cell carcinoma (Otto, 1991: 164; Linda K. et. al., 2006: 73)

1.1 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ

1.1.1แอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการระคายเคืองในหลอดอาหาร ทางเดินอาหารส่วนต้น และทางเดินหายใจส่วนต้น และยังพบว่าแอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์ กับการเกิดมะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma (ศรีสุนทรา เจิมวรพิพัฒน์, 2545: 191)

1.1.2 บุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งของระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มสุราจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุราถึง 15 เท่า (Otto 1991: 164)

1.1.3 อนามัยในช่องปากไม่ดี และการได้รับสารระคายเคืองเรื้อรัง เช่น หมาก พลู หรือสารเคมีต่าง ๆ (นิตยา สมบัติแก้ว, 2536: 9)

1.1.4 การได้รับสารแอสเบสคอส และการฉายรังสี จะมีผลทำให้เกิดการชำรุดเสียหายที่ Gene โดยตรง (นิตยา สมบัติแก้ว, 2536: 10; Otto, 2001: 286)

1.1.5 พันธุกรรม พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10 มีประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัวทำให้เชื่อว่าพันธุกรรมอาจมีส่วนทำให้เกิดมะเร็ง (Otto, 2001: 286)

1.1.6 ปัจจุบันพบว่าการติดเชื้อไวรัสเอพสไตน์บาร์(Epstein-Barr Virus , EBV) ภายในเซลล์หลังโพรงจมูกกลับเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดสำหรับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก

1.2 การรักษามะเร็งศีรษะและคอ

การรักษามะเร็งในกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกับการรักษามะเร็งของอวัยวะอื่นๆ คือ การผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด และการฉายรังสี หรือร่วมกันทั้ง 3 วิธีถ้ามีภาวะก้อนลุกลาม (Linda K. et. al., 2006) โดยเฉพาะการฉายรังสีและการให้เคมีบำบัด ซึ่งตอบสนองต่อการรักษา อีกทั้งเป็นวิธีที่นิยมใช้ในทุกระยะของโรคมะเร็งศีรษะและคอ

ทั้งนี้การเลือกใช้วิธีการรักษาแต่ละอย่างหรือหลายอย่างร่วมกัน แพทย์จะพิจารณาตามชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรค และตำแหน่งของมะเร็งนั้นๆ (Spanlding, M.B. 2006)

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

สำหรับการให้การพยาบาลจะมุ่งเน้นไปตามการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แบ่งได้ดังนี้

1.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาโดยการผ่าตัด แบ่งเป็นในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ดังนี้

1.3.1.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เตรียมด้านร่างกายและจิตใจเช่นเดียวกับการผ่าตัดทั่วไป ส่วนที่ต้องดูแลแตกต่างไปจากการเตรียมผ่าตัดทั่วไป คือ

(1) แนะนำให้งดสารระคายเคืองต่างๆ เช่นบุหรี่ หมาก เมี่ยง สุรา

(2) แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีแคลอรี่สูง หรือให้อาหารทางหลอดเลือดดำแทนในกรณีที่ผู้ป่วยกลืนอาหารเองไม่ได้ ตามคำสั่งแพทย์

(3) แนะนำให้รักษาความสะอาดของปากฟัน บ้วนปากด้วย Special mouth wash ทุก 3-4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลหลังผ่าตัด

(4) เตรียมกระดาษไว้ให้ผู้ป่วยสำหรับสื่อสาร กรณีที่พูดไม่ได้ เช่นหลังผ่าตัดถูกเจาะคอมาด้วย

1.3.1.2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

(1) ประเมินความปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

(2) ตรวจวัดสัญญาณชีพ และจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพื่อลดการบวมของแผลผ่าตัด และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก

(3) แนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณริมฝีปาก ไม่ให้ยืดริมฝีปาก ไม่ใช้ลิ้นเขี่ยแผล และไม่ควรแปรงฟันจนกว่าแผลจะหาย เป็นการป้องกันเลือดออกจากแผล

(4) ป้องกันการติดเชื้อโดยดูแลให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของปากโดยการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือปกติ ติดตามประเมินอาการที่บ่งว่ามีการติดเชื้อ เช่น แผลบวมแดง ปวดแผลมาก มีหนองออกจากแผล มีไข้ เพื่อให้ได้รับการดูแลโดยเร็วที่สุด

(5) ประเมินภาวะขาดน้ำและอาหาร เช่นผิวหนังแห้ง ปากแห้ง น้ำหนักลดลง สังเกตสีของปัสสาวะ ถ้าสีเข้มมากแสดงว่าร่างกายได้รับน้ำน้อย บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

(6) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องเจาะคอ เนื่องจากจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ พยาบาลต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาเพื่อแก้ไขความพิการ รวมทั้งประสานงานกับทีมการรักษาเพื่อวางแผนในการแก้ปัญหาร่วมกัน

(7) ตรวจดูการทำงานของสายระบายเลือด อย่างสม่ำเสมอ

1.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาโดยการฉายรังสี จะเน้นการให้ข้อมูลในเรื่องภาวะข้างเคียงจากการฉายแสง และแนะนำการปฏิบัติตัวในระหว่างการฉายแสง

การดูแลอวัยวะบริเวณที่ฉายแสง การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากการฉายแสง และแนะนำเรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยฉายแสง

1.3.3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่รักษาโดยการให้เคมีบำบัด ซึ่งคำแนะนำจะคล้ายกับการดูแลผู้ป่วยฉายแสง โดยการให้ข้อมูลในเรื่องภาวะข้างเคียงจากเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัด โภชนาการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด

1.4 การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

คือ การใช้เคมีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง เป็นยาหรือสารเคมีที่ยับยั้งการเจริญเติบโตหรือแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นหรือทั่วร่างกาย (นพมาศ วงศ์วิทย์เดชา, 2537: 579)

หลักการรักษาด้วยเคมีบำบัด ปัจจุบันแพทย์นิยมใช้เคมีบำบัดมากกว่า 1 ชนิดร่วมกัน (Combination therapy) มากกว่าการรักษาโดยใช้เคมีบำบัดแบบเดี่ยว(Single agent therapy) เพราะต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา หลีกเลี่ยงการดื้อยาและลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เคมีบำบัด (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ, 2542; Duncan et al., 2000)

1.4.1 ชนิดของเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 6 กลุ่มดังนี้ (นพมาศ วงศ์วิทย์เดชา, 2537:581-593)

1.4.1.1 Alkylating Agents ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ จึงมีผลยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ ยากลุ่มนี้เช่น Carboplatin, Cisplatin, Cyclophosphamide, Ifosfamide

1.4.1.2 Antimetabolites ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ในการยับยั้งการสร้าง amino acid และรบกวนการสังเคราะห์ DNA ซึ่งมีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโต การซ่อมแซมและการสืบพันธุ์ จึงมีผลต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ยากลุ่มนี้เช่น Methotrexate, 5-Flurouracil

1.4.1.3 Antitumor Antibiotic ยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ทำลายเชื้อแบคทีเรียและทำลายเซลล์ โดยไปรบกวนการสังเคราะห์ DNAและ RNA ยากลุ่มนี้เช่น Dactinomycin, Mitomycin

1.4.1.4 Plant Alkaloids ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ ยา กลุ่มนี้เช่น Etoposide, Vinblastine sulfate, Vincristine sulfate

1.4.1.5 Hormones ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Steroid ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ ยากลุ่มนี้เช่น Tamoxifen citrate, Adrenocorticoid agent

1.4.1.6 Miscellaneous ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งเมตาบอลิซึมของเซลล์ ยากลุ่มนี้เช่น Hydroxyurea, Interferon Alfa, L-asparaginase, Leucovarin calcium

1.4.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด

ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ที่มีผลต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายสามารถแบ่งได้ดังนี้ (นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ, 2542; Duncan et al., 2000)

1.4.2.1 ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด ทำให้เกิด ภูมิต้านทานต่ำ ซีด อ่อนเพลีย มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เกิดภาวะเลือดออกง่ายจากผลของยาที่ทำให้เกล็ดเลือดลดน้อยลง

1.4.2.2 ระบบผิวหนัง ผม และ ขน เช่นผิวหนังแห้งและคัน ผมและขนร่วง โดยการหลุดร่วงของผมจะเกิดภายใน 7-10 วัน หลังให้เคมีบำบัด ซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก

1.4.2.3 ระบบขับถ่ายปัสสาวะและไต ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของยา ทำให้เกิดกรดยูริกตกผลึกในไต เกิดไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากผลของเซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยยาเคมีบำบัด

1.4.2.4 ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า

1.4.2.5 ระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก เยื่อบุช่องปากอักเสบ อาการมักเกิดใน 5-14 วันหลังได้รับยา พบได้บ่อยในผู้ป่วยแทบทุกราย

1.4.2.6 ปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ โดยยาเคมีบำบัดบางชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ถ้ามีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือดทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ เช่นAdriamycin, Mitomycin , Vincristine

1.4.2.7 พิษต่ออวัยวะอื่นๆในร่างกาย พบได้น้อย ขึ้นอยู่กับยาเคมีบำบัดบางชนิด ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย ตับอ่อนอักเสบ เป็นหมันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน

1.4.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด นอกเหนือจากการบริหารยาตามคำสั่งแพทย์แล้ว ยังต้องดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ได้ดังต่อไปนี้

1.4.3.1 บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยแนะนำการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยรับประทานทีละน้อยๆ ช้าๆ แต่บ่อยครั้ง งดอาหารรสจัด กลิ่นฉุน ดูแลให้ได้รับประทานยาควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน ตามคำสั่งแพทย์

1.4.3.2 ดูแลให้ได้รับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยครบทั้ง 5 หมู่โดยเฉพาะโปรตีนเพิ่มขึ้น ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2,500-3,000 ซีซี ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทางสายยาง หรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน

1.4.3.3 แนะนำให้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง

1.4.3.4 ช่วยลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยแนะนำวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสม ได้แก่ การฝึกสมาธิ การสวดมนต์ การทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับอัตมโนทัศน์ เพิ่มการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคร้ายได้อย่างเป็นปกติสุข

1.4.3.5 แนะนำให้ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วงโดยสระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อน หวีผมเบาๆ บรรเทาอาการผิวหนังแห้งโดยใช้ครีมโลชั่นทาผิวให้ชุ่มชื้น

1.4.3.6 ดูแลป้องกันการติดเชื้อโดยแนะนำให้ทำความสะอาดร่างกายสม่ำเสมอ

1.4.3.7 บรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ การให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถดูแลรักษาความสะอาดช่องปากได้อย่างถูกต้อง รู้จักการประเมินอาการ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งรู้แนวทางการแก้ไข เพื่อควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบ ดังนี้ (ยุพิน เพียรมงคล , 2547)

(1) แนะนำวิธีการประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ควรเป็นช่วงเวลาก่อนรับประทานอาหาร

(2) ดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน โดยทำความสะอาดทุกครั้งหลังอาหารและก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มหรือที่เป็นฟองน้ำ ไม่ขัดฟันด้วยไหมขัดฟัน ในกรณีที่มีแผลในช่องปาก ใช้น้ำเกลือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

(3) ไม่ใส่ฟันปลอม ยกเว้นเวลารับประทานอาหาร

(4) ทาวาสลีนหรือน้ำมันมะกอกที่ริมฝีปากเมื่อปากแห้ง

(5) รับประทานอาหารอ่อนนุ่มหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด และน้ำผลไม้ที่มีความเข้มข้นสูง เช่น น้ำสับปะรด

(6) หลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุช่องปาก เช่น อาหารร้อนจัด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

14.3.8 เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องผูก ดูแลให้ดื่มน้ำมากๆ วันละ 2,500 – 3,000 ซีซี แนะนำให้ดื่มน้ำผลไม้ หรือรับประทานอาหารที่มีกากมีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

1.4.3.9 เมื่อผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย บรรเทาอาการโดยให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารสุกสะอาดมีกากเส้นใยน้อย แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร ให้สังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ถ้ามีอาการมากขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2. ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ

ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเกิดจากอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการได้รับเคมีบำบัด เกิดขึ้นเนื่องจากเคมีบำบัดไปยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุช่องปาก ทำให้เยื่อบุช่องปากฝ่อและบางลง ร่วมกับการที่เคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูกทำให้ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ก่อให้เกิดปัญหาเลือดออกได้ง่ายและติดเชื้อในช่องปากและเป็นแผลอักเสบตามมา นอกจากนี้ผลของยาเคมีบำบัดบางชนิดยังลดการทำงานของต่อมน้ำลายทำให้เกิดอาการปากแห้งและเกิดภาวะอักเสบตามมา อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบเกิดขึ้น ภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด 5-7 วัน

ลักษณะความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นแบบต่อเนื่อง ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะมีมากที่สุดในวันที่ 5-7 ภายหลังได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาของ Berger and Eilers (1998: 1625) พบว่า ถ้าในระยะก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอยู่ก่อนแล้ว จะเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ปากแห้งตึง การรับรสเสียไป(David, et al., 2007, Harris&Knobf, 2004) ผู้ป่วยจะพรรณนาความเจ็บปวดเหมือน มีของแหลมมาทิ่มแทงปวดแบบจี๊ดขึ้นมา ปวดแสบปวดร้อน เจ็บแสบระคายเคืองทั่วทั้งปาก (McGuire et al., 1993; McGuire et al., 1998) อาการเจ็บปวดเป็นแบบรุนแรง เกิดขึ้นทันทีทันใดในช่วงรับประทานอาหาร รวมถึงการดื่มน้ำ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร (Andersson et. al., 1999; Cheng&Chang, 2003) นอกจากนี้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยไม่อยากทำความสะอาดในช่องปาก เพิ่มโอกาสการติดเชื้อเฉพาะที่ในช่องปากได้

2.1ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

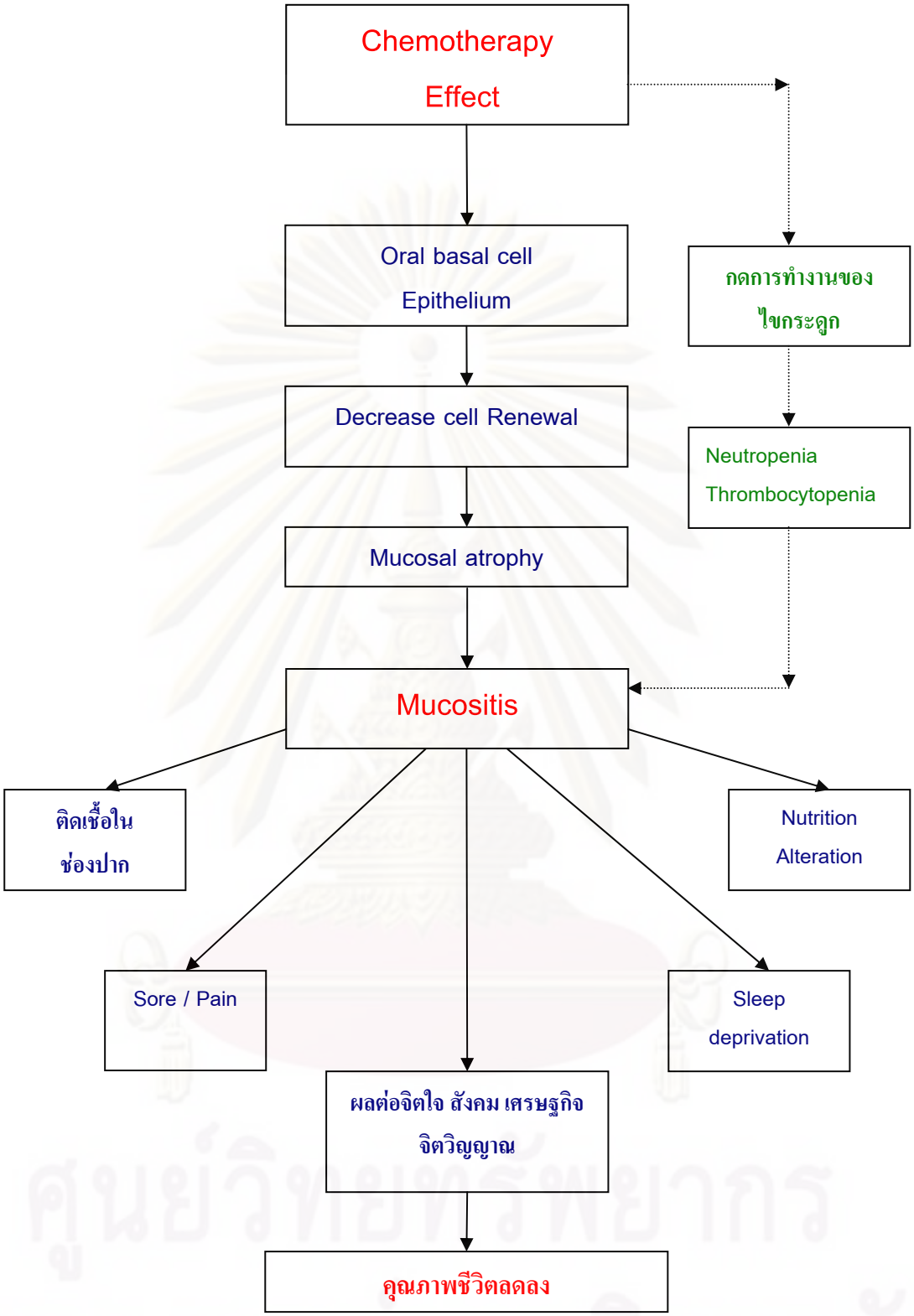
เยื่อบุช่องปากอักเสบ หมายถึง การอักเสบของเยื่อบุอวัยวะในช่องปากและริมฝีปาก ได้แก่ เหงือก เพดาน ลิ้นไก่ กระพุ้งแก้มและคอ ซึ่งเป็นส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร เป็นกระบวนการอักเสบที่เกิดจากการตอบสนองต่อเซลล์มะเร็งเองหรือเป็นผลจากการรักษา เช่น ยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา โดยมีลักษณะของเซลล์หลุดลอก ที่มีความบางใสและเป็นแผลในช่องปาก มีอาการเจ็บปวดแสบ ร้อนในช่องปาก เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารและมีโอกาสติดเชื้อได้

2.1.1 **กลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ**

เยื่อบุภายในช่องปากเป็นเนื้อเยื่อชนิดnonkeratinized squamous epithelium เป็นเนื้อเยื่อที่บุตั้งแต่บริเวณรอยต่อของริมฝีปากด้านในช่องปากจนถึงทางเดินอาหารและทางเดินหายใจส่วนต้น เยื่อบุช่องปากมีหน้าที่ช่วยในการป้องกันการเสียดสีและการระคายเคือง ให้ความชุ่มชื้นภายในช่องปาก โดยปกติเซลล์เยื่อบุช่องปาก สามารถซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลายโดยการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนได้ภายใน 2 ถึง 3 สัปดาห์ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ, 2541) อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบเกิดขึ้น ภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัด 5-7 วัน เกิดจากกลไก 2 ประการคือ ผลโดยตรงของยาเคมีบำบัดและผลโดยอ้อม(Direct effect and indirect effect) ดังนี้

2.1.1.1 **ผลโดยตรง(Direct effect)** เป็นผลโดยตรงของยาที่มีต่อการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ซึ่งบุภายในช่องปากโดยรบกวนต่อการสังเคราะห์ ดี เอ็น เอ (DNA) ทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดจำนวนลงหรือเป็นเซลล์เก่ามีการลอกหลุดไปตามอายุและไม่มีเซลล์ใหม่มาแทนที่ จึงทำให้เกิดการอักเสบเป็นแผลขึ้น นอกจากนี้ผลของยาเคมีบำบัดบางชนิดยังลดการทำงานของต่อมน้ำลายทำให้เกิดอาการปากแห้งและเกิดภาวะอักเสบตามมา

2.1.1.2 **ผลโดยอ้อม(Indirecteffect)** เป็นผลทางอ้อมของยาเคมีบำบัดต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปาก กล่าวคือผลจากยาเคมีบำบัดซึ่งลดการทำงานของไขกระดูกและกดระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวต่ำ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป ก่อให้เกิดปัญหาการมีเลือดออกและมีการติดเชื้อภายในช่องปาก นอกจากนั้นยาเคมีบำบัดหลายชนิดมีฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายและลดจำนวนเม็ดเลือดขาวที่จะเคลื่อนที่ไปยังบริเวณที่มีการอักเสบ (ดังแผนภูมิที่ 1) (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544) การที่เซลล์เยื่อบุภายในช่องปากตอบสนองต่อยาต้านมะเร็งหรือยาเคมีบำบัดได้เร็วจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายในช่องปากได้นั้น เนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งนั้นจะมีผลในการทำลายเซลล์ที่มีอัตราการแบ่งตัวเร็วมากกว่าเซลล์ที่มีอัตราการแบ่งตัวปกติ กลุ่มเซลล์ดังกล่าวจึงได้รับผลจากการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ยาเคมีบำบัดจะมีผลต่อร่างกายโดยทั่วไปมิใช่ผลเฉพาะที่ เช่น จากการผ่าตัด หรือการใช้รังสีรักษา (ยุพิน เพียรมงคล, 2547)



แผนภูมิที่1 แสดงกลไกการเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการได้รับยาเคมีบำบัดและผลกระทบจากอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ (พรวีนัส บุญเมฆ , 2548)

หมายเหตุ ——→ = Direct / ·····→ = Indirect

2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (World Health Organization [WHO] cite in KawanKo, Long, Hodgkinson, & Evan, 1998)

ระดับ 0 หมายถึงเยื่อบุช่องปากปกติไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อบุช่องปากเริ่มมีสีแดง มีแผลแต่ไม่มีอาการปวดหรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปาก

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล รับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้

ระดับ 4 หมายถึง มีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอย่างรุนแรง จนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารหรือทางหลอดเลือดดำทดแทน

2.2 ผลกระทบของความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับอาการปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง อันเป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ จากการศึกษาของ Berger and Eilers (1998: 1625) พบว่า ถ้าในระยะก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการ เยื่อบุช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยจะเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังนี้

2.2.1 รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจาก มีแผลในปาก จากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ปากแห้งตึง การรับรสเสียไป(David, et al., 2007; Harris&Knobf, 2004) ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร (Andersson et. al., 1999; Cheng&Chang, 2003) จึงอาจจะทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารได้ (Graham et al., 1993)

2.2.2 ความสามารถในการขับถ่ายลดลง ภาวะท้องผูกเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีอาการปวด สาเหตุที่พบได้บ่อย คือ ผลข้างเคียงของยาบรรเทาอาการปวด เช่น มอร์ฟีนหรือยาที่มีส่วนผสมของมอร์ฟีน ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (สุปราณี นิรุติศาสต์, 2545 อ้างถึงใน นารี ชื่นคล้าย, 2548 : 25)

2.2.3 แบบแผนการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลง อาการเจ็บปวดเป็นสาเหตุโดย

ตรงที่ไปรบกวนการนอนหลับ ถึงแม้จะเจ็บไม่มากแต่ก็มีการรบกวนการนอน หรือหลับได้ช่วงเวลาสั้นๆ ในช่วงที่ได้รับยาบรรเทาอาการปวดและจะตื่นขึ้นเมื่อฤทธิ์ของยาบรรเทาอาการปวดลดลง อาการเจ็บปวดก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และพักผ่อนไม่เพียงพอมีผลทำให้ระดับความอดทนต่ออาการเจ็บปวดลดลง (สุพร, 2528: 46; อ้างถึงใน นารี ชื่นคล้าย, 2548 : 25)

2.2.4 ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อเกิดอาการเจ็บปวด จะมีความวิตกกังวล และซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นปัญหาสำคัญ(Dodd, et al., 2001) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทำให้ ผู้ป่วยเกิดความเครียด และอาจเป็นปัญหาที่ลุกลามถึงภาวะทางจิตได้(Honnor and Law, 2002: 1087-1088; Ohrn and Sjoden, 2003)

2.2.5 ด้านสังคม ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดเมื่อเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเมื่อพูดคุย (Saarilahti et al., 2002 :479) อีกทั้งการมีแผลในช่องปากทำให้เกิดกลิ่นปาก ลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลง

2.2.6 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การงาน เนื่องจากปัญหาด้านความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากตัวโรคและภาวะข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติทำให้ขาดรายได้ และค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการแสวงหาวิธีการบำบัดความเจ็บปวดโดยวิธีต่างๆ และการใช้ยาที่มีราคาแพงมากขึ้น

2.2.7 ด้านจิตวิญญาณ โรคมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของชีวิตอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการปวดเกิดขึ้นทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง ส่งผลต่อความต้องการมีชีวิตอยู่ ความอดทนต่อการรักษา การฟื้นหาย และคุณภาพชีวิตลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดความ วิตกกังวลและซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น และคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (พรจันทร์ สัยละมัย, 2541)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด

2.3.1 ความหมายของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวด (Pain) มาจากรากศัพท์ภาษาลาตินว่า “Poena” ซึ่งหมายถึงการถูกลงโทษ (Punishment) (Wallace, 1992 : 180 อ้างในวัลลภา สังฆโสภณ, 2536 :10) ความเจ็บปวดเป็นอาการที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อนมากก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยมากที่สุด มีผู้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้หลากหลาย ดังนี้

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความเจ็บปวด (The International Association for Study on Pain (IASP) : 1979) ให้ความหมายความเจ็บปวดไว้ว่า หมายถึง ประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ที่เกิดร่วมกับการถูกทำลายหรือมีโอกาสเกิดการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ (Turk&Okifuji, 2001 อ้างในนวลสกุล แก้วลาย, 2545 : 8)

Mc Caffery (1979) กล่าวว่าความเจ็บปวดคืออะไรก็ตาม ที่บุคคลกำลังประสบอยู่บอกว่ามีและ ยังคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลบอกว่ามี (Mc Caffery, 1979 อ้างในวัลลภา สังฆโสภณ, 2536 :10)

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์ (2544) กล่าวว่าความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อนจะมีแต่เฉพาะบุคคลที่กำลังประสบอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ้งถึงความเจ็บปวด และยังคงมีอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีความเจ็บปวด ทำให้บุคคลหาทางหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความปวดที่เกิดขึ้น (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544 : 11)

จากคำจำกัดความที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความเจ็บปวด คือ ประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาทางด้านอารมณ์และความรู้สึกเป็นสิ่งที่มากระกระตุ้นทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้รู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นประสบการณ์ที่บุคคลที่ประสบเท่านั้นที่สามารถบอกได้ว่ารู้สึกอย่างไร และความรู้สึกนั้นยังคงมีอยู่ตลอดเวลา เมื่อบุคคลนั้นบอกว่ายังมี

2.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด

การเกิดความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางจิตใจ อารมณ์ และร่างกายอย่างลึกซึ้ง ฉะนั้นจึงทำให้ความเจ็บปวดมีความซับซ้อนมาก และยังไม่ทราบกลไกการเกิดอย่างแน่ชัด จนถึงปัจจุบันได้มีทฤษฎีหลายทฤษฎีพยายามอธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวด ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

2.3.2.1 ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) Melzack และWall (Black et.al., 1993 ; Ignataavicius et al., 1999 ; อ้างถึงใน วัลลภา สังฆโสภณ, 2536) ได้เสนอทฤษฎีนี้ขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1965 เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถอธิบายความปวดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือ ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง ระบบควบคุมส่วนกลางในคอร์เท็กซ์และทาลามัส และระบบการเคลื่อนไหว

(1) ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง (Gate control system) มี substantia gelatinosa : SG cell เป็นเซลล์พิเศษซึ่งอยู่ใน dorsal horn ของไขสันหลัง เป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง (inhibitory neuron) จะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ(transmission cell : T cell) ทำให้ไม่มีกระแสประสาทขึ้นไปยังสมอง จึงปิดประตูความเจ็บปวด แต่เมื่อ SG cell ถูกยับยั้งการทำงาน ก็จะไม่มีตัวยับยั้งการทำงานของ T cell กระแสประสาทก็จะถูกนำไปสู่สมอง ทำให้เปิดประตูความเจ็บปวด เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น สัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (Small fiber) และขนาดใหญ่ (Large fiber) มีผลโดยตรงต่อการปิดเปิดประตูในระดับไขสันหลังนี้ โดยพบว่าเมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จะไปยับยั้งการทำงานของ SG cell ทำให้ประตูเปิดเกิดความเจ็บปวดขึ้น แต่เมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่มากจะไปกระตุ้นการทำงานของ SG cell นั้นคือประตูปิดไม่เกิดความเจ็บปวด

(2) ระบบควบคุมส่วนกลาง(Central control system) มีระบบควบคุมส่วนกลางประกอบด้วยสมองใหญ่และธาลามัสซึ่งจะรับกระแสประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ และย้อนลงมามีผลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระดับไขสันหลัง

(3) ระบบการเคลื่อนไหว(Action system) เมื่อกระตุ้น T cell ถึงระดับวิกฤตจะมีการส่งกระแสประสาทไปยังระบบการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

จากแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู(Gate Control Theory) นี้ ช่วยให้เข้าใจว่าความเจ็บปวดจะมีเพิ่มมากขึ้นและลดลงได้จากสาเหตุต่อไปนี้คือ

1) การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เช่น การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวดในขณะที่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวดถูผิวหนังแรงๆ ทำให้ความปวดลดลง

2) การกระตุ้นการทำงานของก้านสมองมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่ถูกกระตุ้นด้วยแสงเสียงติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความปวดได้ ในขณะที่การยับยั้งการทำงานของก้านสมอง เช่นการฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการ ช่วยลดความปวดได้

3) การกระตุ้นสมองส่วนCortex และThalamus ที่มากเกินไป เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ความเจ็บปวดจะลดลงถ้าผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับความวิตกกังวล ซึ่งจะมีผลไปยับยั้งสมองส่วนบนสามารถลดความเจ็บปวดได้

2.3.2.2 ทฤษฎีการควบคุมความเจ็บปวดภายใน(Endogenous pain control theory) เป็นการควบคุมความเจ็บปวด โดยอาศัยการหลั่งของสารในร่างกาย ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (endogenous opioid) ออกมา ซึ่งจะมีฤทธิ์ยับยั้งความเจ็บปวดได้เช่นเดียวกับมอร์ฟีน ซึ่งประกอบด้วย beta endorphin , enkephalin และdynorphin โดยออกฤทธิ์ที่ตัวรับสารคล้ายมอร์ฟีน (opiate receptors) ซึ่งมีอยู่ 3 ชนิด ในร่างกายคือ มิว(mu : μ) แคปปา (Kappa : K) และซิกมา(Sigma : Ó) สารเคมีเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการปิดเปิดประตูเชื่อว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของสารเคมี 2 ชนิด คือ enkephalin และ substance P กล่าวคือ เมื่อมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กร่างกายจะปล่อย substance P บริเวณ dorsalhorn ในไขสันหลัง ในขณะที่เส้นใยประสาทขนาดใหญ่ และเส้นใยประสาทนำลงจากสมอง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้น SG cell ให้ปล่อย enkephalin ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ substance P ทำให้ไม่มีการส่งกระแสประสาทไปกระตุ้น T cell ประตูจึงปิด แต่ถ้า enkephalin ไปยับยั้งการทำงานของ substance P ไม่หมด ก็จะมีการกระตุ้น T cell ประตูจึงเปิด ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น

2.3.2 การประเมินความเจ็บปวด

ความเจ็บปวด เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน เป็นผลจากการรับความรู้สึก อารมณ์และสังคม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลอื่นไม่อาจรู้ถึงความรู้สึกและความรุนแรงของความเจ็บปวดได้ จึงไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยตรง แต่จะวัดได้จากปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อความเจ็บปวด ซึ่งเกิดขึ้นจากปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมรวมกัน ดังนั้นเครื่องมือประเมินความเจ็บปวดควรประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การถามจากผู้ป่วย และการใช้เครื่องมือวัดความเจ็บปวด

2.3.2.1 การสังเกตพฤติกรรมได้แก่ พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว พฤติกรรมด้านน้ำเสียง พฤติกรรมด้านอารมณ์ ในการสังเกตพฤติกรรมความเจ็บปวดนี้ เพื่อดูความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกับการรับรู้ ความเจ็บปวด ไม่ใช่เพื่อวัดความรุนแรงของความเจ็บปวด

2.3.2.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ เหงื่อออก ขนลุก ปลายมือปลายเท้าเย็น เป็นต้น

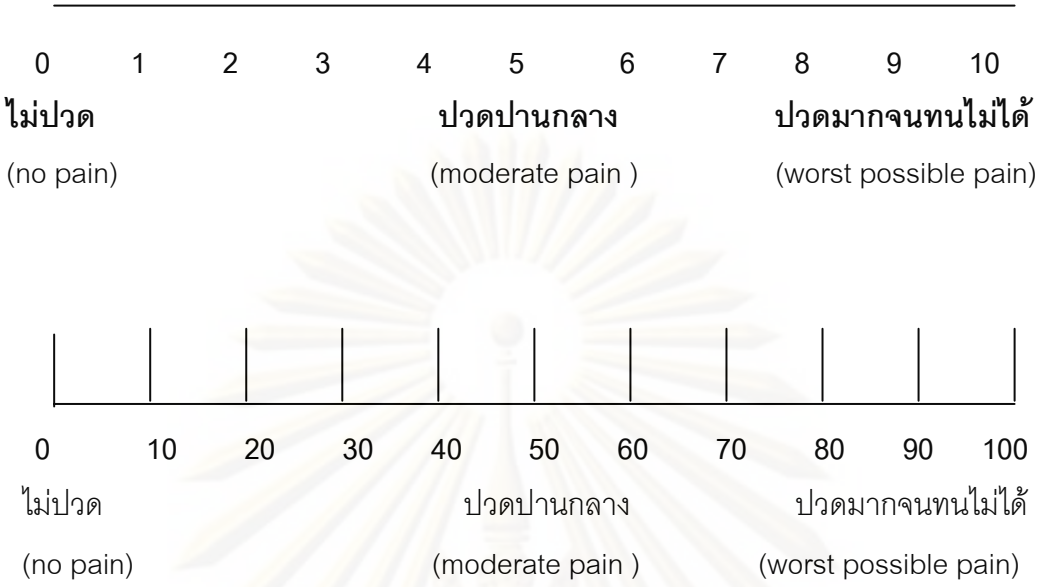
2.3.2.3 การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรับรู้และสามารถบอกถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่ถูกต้องโดยให้ผู้ป่วยบอก ตำแหน่ง ลักษณะความเจ็บปวด ความรุนแรง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากความเจ็บปวด (McCaffery et al., 1979 ; Seers, 1994)

2.3.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเจ็บปวด (ผ่องรัตน์ รัตนไทย, 2540; Otto, 2001: 903) ได้แก่

(1)มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simpledescriptive pain intensity scale) เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนแบ่งระดับความปวดเป็น 6 ระดับ ตามตัวเลขตั้งแต่ 0 – 5 0 อยู่ด้านซ้ายมือสุด หมายถึงไม่มีความปวดเลย 5 อยู่ด้านขวามือสุด หมายถึงมีความปวดมากที่สุด (Jacox , 1992 ; Paice, 1996)

0	1	2	3	4	5
ไม่ปวด	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดค่อนข้างมาก	ปวดมาก	ปวดมากจนทนไม่ไหว

(2) มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข(Numeric pain intensity scale : NPS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด จาก 0 – 10 หรือ 0 – 100 โดยที่ 0 อยู่ซ้ายมือสุด หมายถึงไม่ปวด 5 หรือ 50 ซึ่งอยู่ตรงกลาง หมายถึง ปวดปานกลาง และ 10 หรือ 100 อยู่ขวามือสุด หมายถึง ปวดมากที่สุด แล้วให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขที่คิดว่าเป็นค่าที่ตรงกับความรู้สึกปวดของตนเอง ขณะนี้ที่สุด (Jacox, 1992 ; Paice , 1996 ; Seers , 1994)



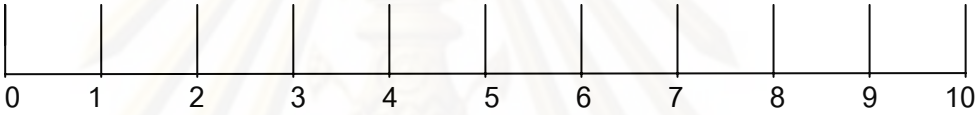
(3) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา(Visual analogue scale or graphic rathing : VAS) มาตรวัดชนิดนี้เป็นมาตรวัดที่มีความยาวเป็นเส้นตรง ประมาณ 10 เซนติเมตร บนเส้นตรงจะไม่มีเครื่องหมายใดอยู่เลย นอกจากส่วนปลายสุดด้านหนึ่งกำหนดค่าว่า ไม่ปวด และส่วนปลายสุดอีกด้านหนึ่งกำหนดค่าว่า ปวดมากที่สุด ในการประเมินให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลากเส้นไปตามความยาว จะมีความยาวมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความรู้สึกปวดที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (Jacox , 1992 ; Paice , 1996 ; Seers , 1994)

(4) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา (Verbal graphic rating scale) เป็นการประเมินโดยการใช้คำบอกเล่าอย่างมีลำดับขั้นตอน ด้วยคำพูดง่ายๆ ที่บ่งบอกความรู้สึกปวดในขณะนั้น เช่น ให้รายงานเป็น 3 ระดับดังนี้ ไม่ปวด ปวดปานกลาง และปวดมาก หรือให้รายงานเป็น 4 ระดับดังนี้ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง และปวดมาก (Seers, 1994)

ไม่ปวด	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
(no pain)	(slight pain)	(moderate pain)	(severe pain)

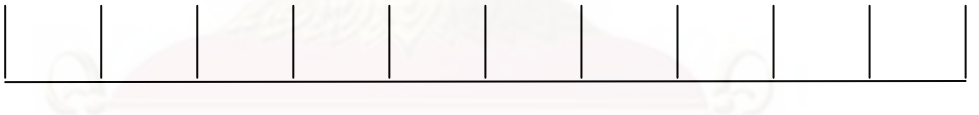
(5) มาตรวัดความเจ็บปวดของ Johnson (Johnson's two component scale) เครื่องมือนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นมาตรวัดระดับความรู้สึกเจ็บปวด (painsensation scale) ส่วนที่ 2 เป็นมาตรวัดระดับความรู้สึกทุกข์ทรมาน (pain distress scale) โดยแบ่งระดับเป็น 11 ระดับ เรียงตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเจ็บปวด หรือไม่รู้สึกทุกข์ทรมานและ 10 หมายถึง เจ็บปวดมาก หรือทุกข์ทรมานมากจนทนไม่ได้

ส่วนที่ 1 วัดระดับความรู้สึกปวด



ไม่รู้สึกปวด รู้สึกปวดปานกลาง รู้สึกปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 2 วัดระดับความรู้สึกทุกข์ทรมาน



ไม่รู้สึกทุกข์ทรมาน รู้สึกทุกข์ทรมานปานกลาง รู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด

(6) มาตรวัดความเจ็บปวดของ Stewart (Stewart pain – color scale) Stewart ได้พัฒนาแบบวัดความปวดโดยอาศัยความรู้ทางทฤษฎีสีใช้แถบสีแทนระดับความปวดของผู้ป่วย โดยกำหนดเป็น 10 ช่องกล่าวคือสีแดงเป็นสีที่ร้อนแรง มักหมายถึงความปวด ส่วนสีที่เข้มมากขึ้นเรื่อยๆ หมายถึงความปวดที่รุนแรงมาก

ไม่รู้สึกปวด ปวดปานกลาง ปวดจนทนไม่ได้

(7) แบบประเมินอาการปวด Brief pain inventory (BPI) ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School เป็นเครื่องมือวัดองค์ประกอบของอาการปวดทั้ง 6 ปัจจัย ได้แก่ปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัยทางการรับความรู้สึก ปัจจัยทางอารมณ์ ปัจจัยทางการรู้คิด ปัจจัยสังคมวัฒนธรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ได้แก่ตำแหน่งของอาการปวด ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปภาพให้ผู้ป่วยทำสัญลักษณ์ลงบนตำแหน่งที่ปวด ระดับความรุนแรงของอาการปวดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินอาการปวดที่ มากที่สุด น้อยที่สุด อาการปวดโดยเฉลี่ย และอาการปวดขณะที่ประเมิน สิ่งส่งเสริมหรือบรรเทาอาการปวด การรักษาหรือยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับ ระดับของการได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาอาการเจ็บปวด ความเชื่อเกี่ยวกับอาการปวด ลักษณะของอาการปวดและผลของอาการปวดที่รบกวนต่อการทำกิจกรรม ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ การเดิน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การนอนหลับ เป็นต้น

(8) แบบประเมินอาการปวด ของ Serlin และคณะ(Serlin, et al., 1995: 277-284) ดัดแปลงมาจาก Brief pain inventory (BPI) ประเมินอาการปวด เป็น 2 ด้าน คือการประเมินความรุนแรงของอาการปวด และการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ แบ่งระดับความปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมโดยใช้ numeric rating scale มีคะแนน 0-10 ดังนี้

คะแนน เท่ากับ 0 คือ ไม่ปวด และ/หรือไม่รบกวนการปฏิบัติกิจกรรม

คะแนน ระหว่าง 1-4 คือ อาการปวด และ/หรือการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับต่ำ

คะแนน ระหว่าง 5-6 คือ อาการปวด และ/หรือการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับปานกลาง

คะแนน ระหว่าง 7-10 คือ อาการปวด และ/หรือการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมระดับสูง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการปวด Brief pain inventory(BPI) ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540)และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับอาการปวดของ Serlin และคณะ(Serlin, et al., 1995 : 277-284) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินอาการปวดทั้งทางด้านความรู้สึกและผลกระทบจากอาการปวด และมีลักษณะเป็นแบบ Numeric rating scale จากการศึกษาของ Rodriguez (2004) ศึกษาเครื่องมือประเมินอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พบว่าเครื่องมือประเมินความปวดชนิด Numeric rating scale มีคะแนนความง่ายในการนำไปใช้มากที่สุด และเหมาะสม

ในการนำไปใช้ประเมินอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินอาการปวด Brief pain inventory(BPI) ด้วยเหตุผลดังกล่าว

3. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

3.1 **ด้านการให้ความรู้** เป็นบทบาทที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางในการสอนอย่างมีระบบ ทำให้การสอนมีประสิทธิภาพ เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถจัดการอาการปวดลงได้ พยาบาลต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการปวดในช่องปากจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ โดยการให้ข้อมูลในเรื่องโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็น การรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการฝึกทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการเจ็บปวด ซึ่งการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นั้นต้องอาศัยการเรียนรู้เป็นสำคัญ เพราะการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือมีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง การกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้นเมื่อเห็นว่าเกิดผลดีแก่ตัวเอง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติมุมมอง และพยายามปฏิบัติตามความรู้ใหม่ที่ได้รับมา การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd(2001) มาใช้เป็นแนวคิดในการจัดโปรแกรมการจัดการกับอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3.2 **ด้านการเป็นผู้ประสานงาน** เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรพยาบาลด้วยกันเอง และระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะที่จำเป็นในการประสานความร่วมมือ เช่นทักษะในการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกรในทีมสุขภาพเพื่อใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญของแต่ละฝ่ายในการเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกันในลักษณะที่เรียกว่า “ทีมสุขภาพ”โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3.3 **ด้านการเป็นที่ปรึกษา** การเป็นที่ปรึกษาเป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านการให้ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอก

3.4 **ด้านการเป็นผู้ให้การดูแล** ทำโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดและฝึกทักษะด้วยตนเองในการจัดการกับอาการ

3.5 ด้านการวิจัย มีการนำผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นการปรับปรุงและพัฒนาการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลดีขึ้น อีกทั้งช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากการทำงานให้กว้างขวางลึกซึ้งต่อไป

3.6 ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ ให้การพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บริการที่ให้แก่ผู้ป่วยต้องได้รับความสนใจและเอาใจใส่ มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อน จากนั้นจึงให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการอย่างถูกต้องและครบถ้วนและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่เท่าเทียมกันทุกคน

4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) เป็นแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001: 668-676) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็ก น้อย จนกระทั่งรุนแรง เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษา ซึ่งอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน แต่ยัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละราย และสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ เช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย

ตามแนวคิดการจัดการกับอาการ อาการเป็นประสบการณ์ การรับรู้ และตระหนักรู้ของบุคคลต่อเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม(Biopsychosocialfunction) (Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001) แบบจำลองนี้เป็นการประเมินสภาวะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ และทำให้เขาค่อยๆเข้าสู่ความ เข้าใจในอาการของเขา จนกระทั่งเขาสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือประสบการณ์ การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001) โดยอยู่บน ข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อ คือ

1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล และเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง

2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ

3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด เช่น เด็กทารก

4. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5. การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเอง ซึ่งประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และจากอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

นอกจากนั้นแบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล(person) สุขภาพกับความเจ็บป่วย(health and illness) และสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการดังนี้

1. **บุคคล**(Person domain) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และสรีระวิทยาเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้มีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการซึ่งรวมทั้งระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะด้วย

2. **สุขภาพกับความเจ็บป่วย**(Health and illness domain) มโนทัศน์ของสุขภาพ และความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บหรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเดียวกันอาจมีประสบการณ์การมีอาการแตกต่างกัน หรือผู้ป่วยโรคเดียวกันมีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมือนกัน แต่กลับพบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน

3. **สภาพแวดล้อม**(environment domain) สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพได้แก่ บ้าน ที่ทำงานโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วย และเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนนั้นๆ โดยที่สถานที่มีผลต่อกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ

1. **ประสบการณ์การมีอาการ** (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล

ต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

1.1 การรับรู้การมีอาการ(Perception of symptom) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดี แปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเอง ถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคย รู้สึก หรือปฏิบัติโดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคล และ/หรือการรักษาที่ได้รับ เช่น ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบทำให้รู้สึกเจ็บปวด มีความทุกข์ทรมานจากการเคี้ยว กลืน การรู้รสชาดที่เสียไป ดังนั้นการรับรู้อาการจึงมีความซับซ้อน การที่บุคลากรทางสุขภาพรับรู้การตอบสนองของผู้ป่วย และสรุปการรับรู้ของผู้ป่วย จากนั้นทำการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะได้รับการแก้ไข (อภิรดี ลดาวรรษ์, 2547)

1.2 การประเมินอาการ(Evaluation of symptoms) การประเมินอาการจะมีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง ความบ่อยครั้ง และผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามของอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ(Response to symptoms) เป็นการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว

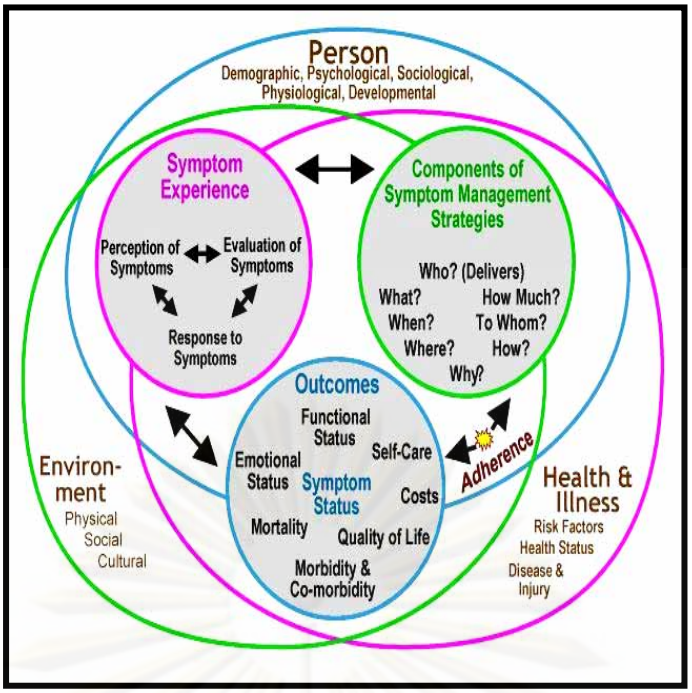
2. **กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ** (Symptom management strategies) มีเป้าหมายในการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธี การดูแลตนเอง การใช้ยาในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการกับอาการ จะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยในแต่ละรายก่อน เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไหร่ ใช้กับใคร และใช้อย่างไร การควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับบุคลากร

ทีมสุขภาพ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (สุรีพร ธนศิลป์, 2545: 6)

3. **ผลลัพธ์ (outcomes)** เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็น ผลจากกลวิธีการจัดการ โดยผลลัพธ์มุ่งที่ 8 ปัจจัย คือ 1. ค่าใช้จ่าย(costs)โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ 2.สภาวะอารมณ์(emotional status) 3.การดูแลตนเอง(self care) 4. สภาวะการณ์การทำหน้าที่(functional status) 5.คุณภาพชีวิต(quality of life) 6.อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม(morbidity and co-morbidity) 7.อัตราการตาย(mortality) 8.สภาวะอาการ (symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน การปฏิบัติต่อเนื่องก็เป็นสิ่ง จำเป็นที่จะควบคุมการเกิดอาการซึ่งจะเกิดขึ้นอีกได้

จากแนวคิดการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การมีอาการ จะเกิดการเรียนรู้ในกลวิธีในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และรับรู้ผลลัพธ์ในการจัดการอาการนั้นๆว่าส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจอย่างไรบ้าง รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา แต่เมื่อใดก็ตามที่การจัดการอาการไม่ประสบผลเป็นที่น่าพอใจ บุคคลจะพยายามเรียนรู้หากลวิธีในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นอีกต่อไป เนื่องจากอาการมีการเกิดแบบพลวัตร ดังนั้นประสบการณ์การเกิดอาการ กลยุทธ์ในการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่ได้จะมีการเกิดขึ้นมาสัมพันธ์ต่อกันอีก สำหรับความสัมพันธ์ ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ แสดงไว้ดังนี้ (แผนภูมิรูปที่2)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิรูปที่2 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001: 676)

4.1 THE PRO-SELF Pain control Program ของ Dodd ที่นำมาใช้ในงานวิจัย ดังที่กล่าวตั้งแต่ต้นว่า แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) ซึ่ง Larson et al. (1998) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Mouth Aware Program ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดในการป้องกันภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมดังกล่าว มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ โดยสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจาก 44% ลงเหลือน้อยกว่า 26%

ต่อมา Dodd et al. (2003) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของ The PRO-SELF Pain Control Program ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกระดูก โดยเน้นลดอาการปวดจากโรคมะเร็ง และเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาบรรเทาปวด ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของอาการปวดลดลง และผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้นและสำหรับในประเทศไทย เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547)ได้ปรับ The PRO-SELF Mouth Aware Program มาจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองเพื่อลดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดอาการ เยื่อบุช่องปากอักเสบลงได้

จากนั้นนารี ชื่นคล้าย (2548)ได้ประยุกต์ The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) มาจัดทำเป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากของ เนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ซึ่งโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองของนารี ชื่นคล้าย (2548) ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ผลการวิจัยพบว่ามีความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยรายละเอียดของโปรแกรมมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการโดยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และประสบการณ์ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ระบุปัญหาที่พบร่วมกัน จากนั้นร่วมกันวางแผนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย

2. การให้ข้อมูล เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องตามอาการที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การประเมินอาการ การสังเกตอาการ และการจัดการกับอาการที่ถูกต้อง

3. การฝึกทักษะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆเพื่อนำไปใช้จัดการกับอาการได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิบัติ การทดลองปฏิบัติ และการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

4. การส่งเสริมและสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลตนเอง ให้ความรู้เสริมเมื่อผู้ป่วยต้องการและส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องโดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

5. หลักอริยสัจสี่

อริยสัจสี่ คือ ความจริงอันประเสริฐ ซึ่งพระพุทธเจ้าได้ทรงตรัสรู้ และได้แสดงต่อจากโอวาทปาติโมกข์ เป็นธรรมที่นำเสนอเป็นระบบปฏิบัติการให้มนุษย์บริหารประโยชน์จากความจริงของธรรมชาติ ความจริงอันประเสริฐนี้มี 4 ประการ ได้แก่ (ป.อ. ปยุตโต, 2551)

1. ทุกข์ หมายถึง ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ทำให้เกิดปัญหาแก่การดำเนินชีวิตมนุษย์และสัตว์ แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1.1 สภาวะทุกข์ หมายถึง ทุกข์ประจำ ที่เป็นไปตามธรรมชาติคือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย

1.2 ปกิณกะทุกข์ หมายถึง ทุกข์จร ที่อาจเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ต่างๆที่ไม่ได้คาดคิด เช่น ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ความคับแค้นใจ การไม่ประสบสิ่งที่พึงพอใจ เป็นต้น

ในการวิเคราะห์ปัญหาที่ผู้ป่วยมีอยู่โดยใช้หลักอริยสัจสี่ จะพบว่า “ทุกข์” ของผู้ป่วยก็คือ “ความเจ็บปวด” นั่นเอง ความเจ็บปวดทำให้เกิดความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นสภาวะทุกข์ที่เป็นไปตามธรรมชาติ คือ การเจ็บไข้ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่างๆ ส่งผลกระทบให้เกิดปกิณกะทุกข์ตามมา เป็นต้นว่า ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เศรษฐกิจ และวิญญาณ ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมาย ดังนั้นการจะดับทุกข์เสียได้ พระพุทธเจ้าทรงตรัสว่า ต้องดับที่ต้นเหตุของการเกิดทุกข์ ซึ่งก็หมายถึง การแก้ไขในสาเหตุที่ก่อให้เกิด “ความเจ็บปวด” ในผู้ป่วยนั่นเอง

2. **สมุทัย** หมายถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ ได้แก่ ตัณหา หรือความทะยานอยาก ประกอบไปด้วย 3 ลักษณะ คือ

2.1 กามตัณหา คือ ความทะยานอยากในกาม ความอยากได้กามคุณ คำว่ากามในพระพุทธศาสนา แปลว่า ความใคร่ คือสิ่งสนองความต้องการทางประสาทสัมผัสทั้งห้า

2.2 ภวตัณหา คือ ความทะยานอยากในภพ ความอยากในภาวะของตัวตนที่จะได้จะเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง อยากให้คงอยู่ตามสภาวะเดิมที่เป็นอยู่ตลอดไป

2.3 วิภวตัณหา คือ ความทะยานอยากในวิภพ ความอยากในความพรากพ้นไปแห่งตัวตนจากความเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง อันเป็นสิ่งที่ไม่ปรารถนา อยากทำลาย อยากให้ดับสูญ

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ต้นเหตุหรือ“สาเหตุ”ที่ทำให้เกิดทุกข์ นั่นก็คือ “ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ” ความรุนแรงของอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความทุรนทุรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้ เหนื่อยหน่ายต่อการรักษา ไม่อยากรักษาต่อ ไม่อยากที่จะดูแลตนเอง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงยิ่งขึ้นอีก การลุกลามของโรคก็เพิ่มขึ้น

3. **นิโรธ** หมายถึง ความดับทุกข์ หรือนิพพาน เมื่อละเหตุกระตุ้นแห่งทุกข์เสียได้ความทุกข์ย่อมไม่มี

สำหรับผู้ป่วยแล้วถ้าเมื่อใด “ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ” ได้รับการจัดการให้หายหรือดีขึ้น นั่นคือผลลัพธ์การจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลต่อตัวผู้ป่วยเองโดยลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญลง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ทั้งนี้การจะให้เกิดผลลัพธ์เช่นนี้ได้ ผู้ป่วยต้องเรียนรู้หนทางการแก้ปัญหา หรือแนวทางปฏิบัติในการจัดการเหตุแห่งทุกข์เสียก่อน จนมีศักยภาพพอในการจัดการความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบลงได้

4. **มรรค** หมายถึง วิธีดับทุกข์ เป็นแนวปฏิบัติเพื่อดับสาเหตุแห่งทุกข์ เรียกเต็มว่า “อริยอัฏฐังคิกมรรค” แปลว่า “ทางมีองค์ 8 ประการ อันประเสริฐ” หรือมรรคมีองค์ 8 มีดังนี้

4.1 สัมมาทิฏฐิ คือ ความเห็นชอบ

4.2 สัมมาสังกัปปะ คือ ดำริชอบ

4.3 สัมมาวาจา คือ เจรจาชอบ

4.4 สัมมากัมมันตะ คือ กระทำชอบ

4.5 สัมมาอาชีวะ คือ การเลี้ยงชีพชอบ

4.6 สัมมาวายามะ คือ ความเพียรชอบ

4.7 สัมมาสติ คือ สติชอบ

4.8 สัมมาสมาธิ คือ ตั้งจิตมั่นชอบ

องค์ 8 ของมรรค จัดเข้าในธรรมขันธ์ 3 ข้อต้น คือ ข้อ 3-4-5 เป็น ศีล ข้อ 6-7-8 เป็น สมาธิ ข้อ 1-2 เป็น ปัญญา

วิธีการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ นั่นคือการเรียนรู้ และฝึกทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องซึ่งก็คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และข้อมูลอย่างเพียงพอ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเสียก่อน Dodd (2001) กล่าวว่าการจัดการอาการต้องมีความต่อเนื่อง และมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการจัดการอาการประสบผลสำเร็จและกลับสู่สภาวะปกติการปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นอีกได้ แต่สำหรับความทุกข์อันเกิดจากความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบนั้น แม้จะได้รับการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตาม เนื่องจากอาการมีการเกิดแบบพลวัตร(Dynamic) ดังนั้นแล้วตราบใดที่การรักษาด้วยเคมีบำบัดยังไม่สิ้นสุดลง ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้อีก และตอนนั้นบุคคลก็จะแสวงหาแนวทางการจัดการอาการที่เหมาะสมต่อไป

แต่ในทางธรรมะ มีหนทางในการดับทุกข์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถาวร พระพุทธเจ้าตรัสว่า “มรรคมีองค์ 8” นี้ ได้ชื่อว่า มัชฌิมาปฏิปทา แปลว่า ทางสายกลาง เพราะเป็นข้อปฏิบัติ อันพอดี ที่จะนำไปสู่จุดหมายแห่งความหลุดพ้นจากทุกข์ทั้งปวง (ประยุทธ์ ปยุตฺโต, 2538) ดังนั้นเมื่อต้องการขจัดความทุกข์ทั้งปวง ต้องปฏิบัติตามแนวทางในการหลุดพ้น ซึ่งก็คือ มัชฌิมาปฏิปทา หรือ ทางสายกลาง อันได้แก่ การรักษาศีลให้บริสุทธิ์ เพื่อให้ศีลเป็นฐานการทำสมาธิ และเมื่อจิตตั้งมั่นในสมาธิ ก็จะเห็นการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป ตามสภาวะธรรมต่าง ๆ ของสิ่งทั้งหลายทั้งปวงไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต ล้วนอยู่ภายใต้กฎอนิจจัง ที่เกิดขึ้นอยู่นับครั้งไม่ถ้วนซ้ำแล้วซ้ำเล่าจนในที่สุด จิตจะยอมรับความจริงในข้อนี้อันจะนำไปสู่การเกิดปัญญาญาณต่อไป และนี่คือเหตุผลที่สำคัญ ที่เราต้องมาปฏิบัติเพื่อหาวิธีในการดับทุกข์

การพัฒนาจิตเพื่อการดับทุกข์ (จรัญ ฐิตธมฺโม, 2551: 22)

การพัฒนาจิต ก็คือการรักษาคุ้มครองจิต การฝึกฝนอบรมจิต หรือการทำจิตให้สงบ ให้สะอาดปราศจากความวุ่นวายเดือดร้อน ให้เข้มแข็ง ให้มีสุขภาพจิตดี และให้นำมาใช้ปฏิบัติงานได้ดีหรือเรียกอีกอย่างว่า **"การบริหารจิต"** ทุกคนที่เกิดมาล้วนแต่รักสุข เกลียดทุกข์ ด้วยกันทั้งสิ้น ความสุขที่มนุษย์ต้องการนั้นมีอยู่ 2 อย่างคือ ความสุขทางกาย และความสุขทางใจ ความสุขทั้งสองอย่างนี้ต้องอาศัยกันและกัน คือถ้ากายเป็นสุขแล้ว ก็จะทำให้ใจเป็นสุขด้วย หรือถ้าใจเป็นสุขแล้วก็จะทำให้กายเป็นสุขด้วย เช่นเดียวกับเรื่องของความทุกข์ เพราะกายกับจิต หรือรูปกับนาม มีความเกี่ยวเนื่องกัน แม้พระพุทธศาสนาจะยอมรับความสุขทั้งสองอย่างนี้ แต่ก็ยกย่องจิตว่าประเสริฐกว่ากาย เพราะกายรวมทั้งสมอง เป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งของจิต จิตเป็นผู้นำ ดังพุทธภาษิตว่า "มโนปุพฺพงฺคมา ธมฺมา" ซึ่งแปลว่าธรรมทั้งหลายมีใจเป็นหัวหน้า

ประโยชน์ของการบริหารจิต

1. ทำให้ผ่อนคลายความวิตกกังวล และความเครียดต่างๆ
2. ทำให้จิตใจบริสุทธิ์ ผ่องใส มีความสงบเย็น
3. ทำให้ตั้งมั่นอยู่ในพรหมวิหารสี่ คือมีเมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา
4. ทำให้มีสติ สมาธิ และปัญญา ทั้งทางโลกและทางธรรม
5. ทำให้เป็นผู้มองโลกในแง่ดี ไม่คิดหรือกระทำสิ่งที่เป็นอกุศล
6. ทำให้เป็นผู้อดทนต่อความทุกข์ต่างๆได้มากกว่าคนทั่วไป
7. ช่วยให้ตนเองเกิดความมั่นคงทางจิตใจ ไม่ประมาทในชีวิต
8. ช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ปรับระบบต่างๆในร่างกายให้เกิดสมดุล
9. ทำให้มีปัญญารอบรู้ คือรู้จักเหตุ รู้จักผล รู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักกาล รู้จักบุคคล และรู้จักชุมชน

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก ทรงแสดงธรรมว่า "การบริหารจิตให้มีสมาธิก็เพื่อให้จิตมีพลังหรือกำลัง สามารถมีสติรอบคอบรักษาตนได้ดี จิตที่บริหารฝึกดีแล้ว จะเป็นจิตที่มีสมรรถภาพสูง มีความสุขมาก และปล่อยวางได้ตามสบายจริงๆ"

พระนิโรธธรรมรังคัมภีร์ปัญญาจารย์ (เทศก์ เทศรังสี) กล่าวว่า "การทำสมาธิหรือภาวนา ก็คือ วิธีอบรมใจให้ได้รับความสงบ เพราะเราไม่เคยสงบตั้งแต่ไหนแต่ไรมา ใจที่ไม่ได้รับความสงบก็จะไม่มีพลังที่จะเกิดความรู้ คือ ความนึกคิดอะไรต่างให้เห็นของจริงได้ เหตุนั้นการทำสมาธิหรือภาวนาจึงเป็นการสร้างพลังใจ ให้ใจสงบนิ่งอยู่ในที่เดียว"

หลวงวิจิตรวาทการ กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า "ดวงจิตที่มีสมาธิฝึกอยู่เสมอ ทำให้เหนื่อยน้อย การทำจิตให้มีสมาธิทำให้กวาดล้างสิ่งเปรอะเปื้อนออกจากสมอง"

ดังนั้นการบริหารจิตให้มีสมาธิจึงมีประโยชน์มหาศาลต่อผู้ป่วย เพราะทำให้จิตมีพลังมีความสงบสุข ทำให้เหนื่อยน้อยดังที่ผู้รู้ได้กล่าวมาแล้ว

การจะฝึกบริหารจิตให้ได้นั้น ต้องเข้าใจในธรรมชาติของ “จิต” เสียก่อน ซึ่งมีดังนี้

1. ดิ้นรน คือ รับอารมณ์ มีรูปและเสียง เป็นต้น
2. กวัดแกว่ง คือ ไม่หยุดอยู่กับที่คืออารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง
3. รักษายาก คือ บังคับให้อยู่กับที่ได้ยาก
4. ห้ามยาก คือ ป้องกันมิให้คิดได้ยาก
5. ข่มยาก คือ ฝึกได้ยาก ไม่ค่อยยอมให้ฝึก
6. ไปเร็ว คือ เกิดดับเร็ว ต้องค่อยจับค่อยกำหนดจึงรู้
7. ไปตามอารมณ์ คือ ชอบเรื่องใดคิดเรื่องนั้น ไม่ชอบเรื่องใดก็คิดเรื่องนั้น
8. ไปได้ไกล คือ รับอารมณ์ในที่ไกลๆ ยากจะดึงกลับมาให้อยู่กับที่ได้
9. อยู่ผู้เดียว คือ เกิดกับแต่ละวาระ
10. ไม่มีรูปร่าง คือ ไม่มีรูป ไม่มีสี ไม่มีสัณฐาน
11. มีที่อยู่คือถ้ำ คือ ที่อยู่ในกายของเรานี้

การบริหารจิต เป็นการฝึกจิตให้หยุดนิ่งอยู่กับที่ ทางศาสนาเรียกว่ามีอารมณ์เดียว บังคับไม่ให้ดิ้นรน กวัดแกว่ง ทำให้ความคิดอยู่กับที่นานๆ ทำบ่อยๆ ฝึกบ่อยๆ นานเข้ามีความชำนาญแล้วจะเป็นจิตบริสุทธิ์ สะอาดผ่องใส มีความตั้งมั่นไม่คลอนแคลน เกิดความพร้อม คือพร้อมที่จะทำงานได้ตลอดเวลา ทางพุทธศาสนาเรียกว่า 1. ปริสุทธะ คือจิตบริสุทธิ์ 2. สมาหิตะ คือจิตตั้งมั่น 3. กัมมนียะ คือจิตมีความพร้อม ซึ่งองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า “การเจริญสติปัฏฐาน 4” เป็นการแนวทางการบริหารจิตหรือพัฒนาจิตอันทรงคุณค่า เป็นทางสายเดียวเพื่อก้าวล่วงจากความเศร้าโศก เพื่อความดับทุกข์ เพื่อความบริสุทธิ์ของจิตอันแท้จริง (จรัญ ฐิตธมฺโม, 2551:26)

การเจริญสติปัฏฐาน 4 เป็นการตั้งสติ ใช้สติ กำหนดตามรู้ในอาการปัจจุบันที่เกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติเพื่อให้รู้ทันตามความเป็นจริง ให้เกิดปัญญาญาณ รู้เท่าทันกองสังขาร มี 4 ประการ คือ

1. กายานุปัสสนา การพิจารณากาย ตั้งสติกำหนดรู้สภาวะของร่างกายทุกส่วนได้
2. เวทนานุปัสสนา การพิจารณาเวทนา เป็นการตั้งสติกำหนดความรู้สึกต่างๆที่ได้รับ
3. จิตตานุปัสสนา การพิจารณาจิต เป็นการกำหนดจิตในขณะนั้นสามารถควบคุมได้
4. ธัมมานุปัสสนา การพิจารณาธรรม เป็นการพิจารณาธรรมที่เป็นกุศลหรืออกุศลที่เกิดขึ้นกับใจ

แนวทางการปฏิบัติสติปัฏฐาน 4 (จรัญ ฐิตธมฺโม, 2550 : 10-13)

1. **กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือการมีสติระลึกรู้อยู่กับสภาวะปัจจุบันขณะของกายตลอด เวลา เริ่มตั้งแต่การหายใจเข้า-ออก การทำอิริยาบถต่างๆ เช่น ยืน เดิน นั่ง นอน มีวิธีปฏิบัติดังนี้

1.1 การยืน กำหนดยืนหนอ 5 ครั้ง มีประโยชน์มาก ให้ยืนตรง ยกมือไขว้หลัง มือขวาจับมือซ้ายวางไว้ตรงกระเบนเหน็บ หน้าตรง หลับตา สติจับอยู่ที่ศีรษะ กำหนดว่า “ยืน-หนอ” ตอนกำหนดว่า “ยืน” ให้จิตจับอยู่ที่ศีรษะ แล้วเลื่อนลงมาจนหยุดที่สะดือ ตอนว่า “หนอ” ให้กำหนดจิตจากสะดือลงไปปลายเท้า แล้วกำหนดจากปลายเท้า ขึ้นมาที่สะดือ จากสะดือขึ้นไปบนศีรษะแบบเดียวกัน ทำกลับไปกลับมาเช่นนี้จนครบ 5 ครั้ง ต้องทำติดต่อกันไป จิตจะเป็นสมาธิ

1.2 การเดิน กำหนดรู้เฉพาะอิริยาบถเดินอย่างเดียว ให้กำหนดว่า “ขวา-ย่าง-หนอ ซ้าย-ย่าง- หนอ” ก่อนจะเดินให้สำรวมจิตอยู่ที่เท้าขวา ตั้งสติปักลงไป แล้วกำหนดในใจ คำว่า ขวา... ต้องยกส้นเท้าขวาขึ้นจากพื้นประมาณ 2 นิ้ว สติระลึกรู้พร้อมกับส้นเท้าขวาที่ยกขึ้น กำหนด ย่าง... ก้าวเท้าขวาไปข้างหน้าช้าๆ โดยให้สติระลึกรู้พร้อมกับเท้าขวาที่เคลื่อนไปข้างหน้า เมื่อก้าวเท้าเสร็จ หยุดค้างไว้โดยเท้ายังไม่เหยียบพื้น พอกำหนดคำว่าหนอ...ให้ค่อยๆวางเท้าลงให้ถึงพื้น โดยปลายเท้าและส้นเท้าลงพร้อมกัน สติระลึกรู้พร้อมกับเท้าที่ลงสัมผัสพื้น จากนั้นสำรวมจิตไว้ที่เท้าซ้าย ตั้งสติปักลงไป แล้วกำหนดว่าซ้าย...ย่าง...หนอ... สลับไปเรื่อยๆ การเดินให้เดินช้าที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.3 การนั่ง ทำต่อจากการเดินจงกรม อย่าให้ขาดตอนลง เมื่อเดินจงกรมถึงสถานที่จะนั่งให้กำหนด ยืน...หนอ... อีก 5 ครั้ง ตามที่ทำมาแล้วเสียก่อน แล้วกำหนดปล่อยมือลงข้างตัวว่าปล่อยมือหนอ...ช้าๆ จนกว่าจะลงสุด เวลานั่งค่อยๆ ย่อตัวลง พร้อมกับกำหนดตามอาการที่ทำไปจริงเช่น ย่อตัวหนอ... ท้าวพื้นหนอ... คุกเข่าหนอ... นั่งหนอ... เป็นต้น วิธีนั่ง ให้นั่งขัดสมาธิ คือขาขวาทับขาซ้าย นั่งตัวตรง หลับตาเอาสติมาจับอยู่ที่ท้องพอง-ยุบ เวลาหายใจเข้าท้องพอง กำหนดว่า พองหนอ… หายใจออกท้องยุบ กำหนดว่า ยุบหนอ... ใจที่นึกกับท้องที่ยุบต้องทันกัน สติจับอยู่ที่การพองการยุบของท้องเท่านั้น

2. **เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือการตั้งสติกำหนดพิจารณาเวทนา จะต้องมีสติรู้เท่าทันความรู้สึกที่เกิดขึ้น อาการหรือความรู้สึกที่ปรากฏชัดสังเกตได้ง่าย คืออาการทุกขเวทนา เช่น เจ็บ ปวด เมื่อย ฯลฯ ต้องกำหนดรู้แต่เพียงอาการของมันแต่อย่างเดียว กำหนดรู้ด้วยการวางเฉย

2.1 ขณะเดินจงกรมถ้ามีเวทนาก็หยุด อย่าเดินต่อ ปวดตรงไหนก็ปักจิตไปตรงนั้น กำหนดว่า ปวดหนอๆ... กำหนดให้ละเอียด ก็จะเห็นสภาวะเกิด-ดับ แยกรูป-แยกนามได้

2.2 เวลานั่งถ้ามีเวทนาก็ต้องกำหนด คิดอะไรไม่ออกก็กำหนดที่ลิ้นปี่ หายใจยาวๆ กำหนดเสียใจ กำหนดโกรธ กำหนดดีใจ ต้องที่ลิ้นปี่นั่น แต่ข้อสำคัญคือต้องหายใจให้ยาวเข้าไว้

3. **จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือการตั้งสติกำหนดพิจารณาจิต คือการตามรู้ให้ประจักษ์ความจริงที่เกี่ยวกับจิตของตน จิตของเรานั้นเป็นธรรมชาติ ต้องคิดอ่านอารมณ์ รับรู้อารมณ์ไว้ได้เป็นเวลานานเหมือนเทปบันทึกเสียง เมื่อจิตฟุ้งซ่าน ก็รู้ชัดว่าจิตฟุ้งซ่าน เมื่อจิตมีโมหะ ก็รู้ชัดว่าจิตมีโมหะ เมื่อจิตมีความกังวล ก็รู้ว่ามีความกังวล เมื่อโกรธ ก็รู้ว่าโกรธ เป็นต้น

4. **ธัมมานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือ การตั้งสติกำหนดพิจารณาธรรม ซึ่งในที่นี้หมายถึงสิ่งที่อยู่ในจิต คือการตามระลึกรู้จนประจักษ์ความจริงของสิ่งที่อยู่ภายในจิต ที่จิตนึกคิดหรือมีอารมณ์ ในที่นี้หมายถึงธรรมชาติหรือลักษณะหรือสภาวะของสิ่งที่อยู่ในจิต

การเฝ้าสังเกตดู “ธรรม” ทุกชนิด ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตนั้น จะทำให้เราค่อยๆ เห็นการเกิดดับของเวทนา และธรรม ชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดก็จะพบว่า “เป็นอย่างนี้เอง” ไม่ดี ไม่เลว ไม่ใช่ของเราของเขา มันเป็นเพียงกฎธรรมชาติ ธรรมชาติของสิ่งที่อยู่ภายในจิตเท่านั้นเอง ให้เฝ้าสังเกตดูแต่เพียงอย่างเดียว จุดมุ่งหมายก็คือ เพื่อความรู้ชัดเข้าใจชัดในความเป็นอนิจจัง

สติที่ใช้ในการเจริญสติปัฏฐาน 4 นี้ ต้องเป็นสติที่ประกอบด้วยสัมปชัญญะ ซึ่งสัมปชัญญะในที่นี้คือ ปัญญาที่เห็นการเกิดขึ้นและดับไปอยู่ตลอดเวลาของนาม-รูป ที่เราคิด เราถือว่าเป็นตัวเรา

6. โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ของนารี ชื่นคล้าย(2548) มาประยุกต์โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ อันเป็นหลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธศาสนา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลปัญหาด้านความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ อีกทั้งเรียนรู้การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และมีสติสัมปชัญญะในการมองโลกทางบวก มีความตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหา โดยใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง ร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและการฝึกปฏิบัติจริงจากพยาบาลอันเป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วยมะเร็ง โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยใช้หลักอริยสัจสี่ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่1 การประเมินปัญหาและความต้องการ ผู้วิจัยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องหลักธรรมะทางพุทธศาสนา การนำธรรมะมาใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ได้ ระบุปัญหา ที่พบร่วมกัน

ในขั้นตอนนี้ Dodd (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การประเมินประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกแนวทางที่จะทำให้เข้าใจปัญหาผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ตามหลักอริยสัจสี่ซึ่งก็

คือค้นหาว่าทุกข์ที่ผู้ป่วยได้รับคืออะไร ส่งผลกระทบอะไรต่อผู้ป่วยบ้าง และผู้ป่วยมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไร ถูกต้องหรือไม่นั่นเอง เมื่อรู้ว่าทุกข์คือความเจ็บปวด มีสาเหตุจากเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ก็จะนำไปสู่แนวทางในการดับทุกข์ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพต่อไป

ขั้นตอนที่2 การให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด โดยข้อมูลที่ให้ผู้ป่วย คือเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เยื่อบุช่องปากอักเสบ การประเมินและดูแลช่องปาก การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด และหลักอริยสัจสี่ โดยเชื่อมโยงความเจ็บปวด และกลไกในการแก้ปัญหาความเจ็บปวดตามหลักอริยสัจสี่ ประโยชน์ของการบริหารจิต โดยใช้แผนการสอน แผ่นภาพประกอบคำบรรยาย พร้อมทั้งแจกคู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4 การให้ข้อมูล จะให้ทั้งหมด 4 ครั้ง คือในวันที่ 1 และ 2 วันละ 2 ครั้งๆละ 20-30 นาที หลังจากนั้นในวันที่ 3 - 7 จะเป็นการทบทวนความรู้จากคู่มือที่ให้ไว้วันละ 2 ครั้งๆละ 15-20 นาที ส่วนวันที่ 8-14 ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้เองที่บ้าน ตามตารางเวลาที่กำหนดในโปรแกรม

ขั้นตอนที่3 การฝึกทักษะปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ โดยจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตการดูแลช่องปาก เช่น การแปรงฟัน การใช้น้ำยาบ้วนปาก การประเมินช่องปากด้วยตนเอง การประเมินอาการปวด การลดอาการเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบโดยการอมน้ำแข็ง และฝึกการวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยใช้หลักอริยสัจสี่การบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4 ได้แก่การกำหนดสติและการทำสมาธิ โดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการปฏิบัติและให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติตาม ทั้งนี้ในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยจะสอนการกำหนดสติในอิริยาบถย่อย อันเป็นการเจริญภาวนาไปด้วย การฝึกทักษะปฏิบัติ จะทำตลอดการได้รับโปรแกรม วันละ 2 ครั้งๆละ 20-30 นาที โดยผู้ป่วยจะได้รับตารางเวลาในการฝึกทักษะเหมือนตอนอยู่โรงพยาบาล

สำหรับในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ตามมโนทัศน์แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd (2001) จะอยู่ในกลวิธีการจัดการอาการ ซึ่งมุ่งไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่ถูกต้องในการจัดการอาการนั้นๆ การฝึกทักษะซ้ำๆจะทำให้ผู้เรียนรู้ เรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนจะทำพฤติกรรมซ้ำๆจะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อน จึงจะเกิดการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ตามหลักอริยสัจสี่การให้ข้อมูลและฝึกทักษะปฏิบัตินับเป็นแนวทาง(มรรค)นำไปสู่การดับที่เหตุ(สมุทัย)คือภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ของการเกิดความเจ็บปวด(ทุกข์) โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี จัดการอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป(นิโรธ)

ขั้นตอนที่4 การส่งเสริมและการสนับสนุน ผู้วิจัยรับฟังประสบการณ์อาการปวดจากภาวะ

เยื่อบุช่องปากอักเสบ การจัดการอาการปวด การวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยใช้หลักอริยสัจสี่ การฝึกสติและการปฏิบัติสมาธิ ปัญหาที่พบจากการนำไปปฏิบัติจริง ให้ข้อแนะนำพร้อมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการกับอาการเจ็บปวดด้วยตนเองทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการแก้ปัญหาตามหลักอริยสัจสี่ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ในขั้นตอนนี้ Dodd (2001) กล่าวถึงว่าเป็นผลลัพธ์จากการจัดการอาการที่เกิดขึ้น โดยการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการแต่ละครั้ง ต้องให้การจัดการอาการมีความต่อเนื่อง และมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการจัดการอาการประสบผลสำเร็จและกลับสู่สภาวะปกติการปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นอีกได้ เพราะอาการมีการเกิดแบบพลวัตร(Dynamic) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักอริยสัจสี่นั้น เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายใดๆ และสะดวกทั้งเวลาและสถานที่ที่จะปฏิบัติอีกด้วย อีกทั้งการเรียนรู้หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าและได้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันด้วยแล้ว จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ปฏิบัติเป็นอย่างมาก เช่นการฝึกกำหนดสติในอิริยาบถย่อยการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีสติสัมปชัญญะอยู่ทุกเมื่อ เป็นผู้มีความอดทนต่ออุปสรรคต่างๆ มองสิ่งต่างๆเป็นอนิจจัง มีมุมมองในชีวิตที่ดีขึ้น(จรัญ ฐิตธมฺโม, 2551)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ The PRO-SELF Program

นารี ชื่นคล้าย (2548) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาโดยประยุกต์ The PRO-SELF Pain Control Program ของ Dodd et al. (2003) มาจัดทำเป็นโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง ร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากของ เนตรสุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีความรุนแรงของอาการปวดและการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากอาการปวดภายหลังสิ้นสุดการทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง โดยปรับจาก The PRO-SELF Mouth Aware Program ของ Larson et al. (1998) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล

การฝึกทักษะปฏิบัติ และการส่งเสริมสนับสนุน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองสามารถลดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดในครั้งที่ 1, 2 และ3 ลงได้

Dodd et al. (2003) ได้นำ The PRO-SELF Program มาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด โดยตั้งชื่อว่า The PRO-SELF Pain control Program กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดและมีการแพร่กระจายไปยังกระดูก จำนวน 115 ราย ได้รับ The PRO-SELF Pain control Program และอีก 97 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมจะประกอบด้วยการให้ข้อมูล การฝึกทักษะ การปฏิบัติ และการสอนแนะนำ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดเพิ่มขึ้น มีการใช้ยาตามเวลามากขึ้น มีการลดลงของอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญ

Larson et al. (1998)ได้ศึกษาถึงผลของThe PRO-SELF Mouth Aware Program ต่ออาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโปรแกรมการดูแลช่องปากประกอบด้วย การสอนเพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง พัฒนาทักษะการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการดูแลช่องปาก ส่งเสริมและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 91 ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลช่องปาก The PRO-SELF Mouth Aware Program สามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งเยื่อบุช่องปากได้เป็นอย่างดี และลดอุบัติการณ์การเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบลงได้

Miaskowski et al. (2001) ศึกษาพฤติกรรมการบริหารยาบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบประสิทธิภาพของThe PRO-SELF Program โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด และมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังกระดูกจำนวน 65 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 92 % รายงานผลกระทบของอาการปวดต่อการทำงาน ผู้ป่วยจำนวน 13.9% ใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามเวลาที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยจำนวน 56.9% ใช้ยาบรรเทาอาการปวดเฉพาะเมื่อมีอาการ และจำนวน 29.2 % ใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามเวลาและเพิ่มเมื่อมีอาการ ในภาพรวมพบว่า พฤติกรรมการตระหนักในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดตามเวลาที่แพทย์สั่งเพิ่มขึ้นจาก 84.5% เป็น 90.8% การใช้ยาบรรเทาอาการปวดเฉพาะเมื่อมีอาการ เพิ่มขึ้นจาก 22.2 % เป็น 26.6 % จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดการกับอาการปวดไม่มีประสิทธิภาพคือการขาดการตระหนักในการใช้ยาบรรเทาอาการปวด

Schumacher, Koresawa, West, Dodd and et al. (2002) ประเมินผลประสิทธิภาพของแบบบันทึกรายงานอาการปวดประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ The PRO-SELF Pain

control Program กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูกจำนวน 155 คนและผู้ดูแลจำนวน 90 คนระยะเวลาที่ทำการศึกษา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 74 % เห็นว่าการใช้แบบบันทึกมีประโยชน์ จำนวน10 %เห็นว่าไม่มีประโยชน์ จำนวน 6% ยังไม่มีความต้องการใช้ในขณะนี้แต่อาจจะมีประโยชน์ในอนาคต และอีกจำนวน10%ไม่เข้าใจและไม่มีการตอบสนองต่อการใช้แบบบันทึก ผู้วิจัยได้สรุปว่า การบันทึกที่สมบูรณ์จะเป็น ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลตนเอง

Schumacher, Koresawa, West, Hawkins, and et al. (2002) ศึกษาประสบการณ์อาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด จำนวน 11 คนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ The PRO-SELF Pain control Program ใช้วิธีการสัมภาษณ์ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งและการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง ผลการวิจัยสามารถสรุปได้เป็น 3 ประการได้แก่ ประสบการณ์อาการปวด และกลวิธีในการจัดการกับอาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งปฏิกิริยาความรังเกียจของบุคลากรและสมาชิกในครอบครัวต่ออาการเจ็บปวด พบประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวด รวมไปถึงการเกิดภาวะท้องผูกอย่างรุนแรงจากการใช้ยาและความเชื่อเกี่ยวกับผลเสียของการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ทานตะวัน เนตรทอง(2542) ศึกษาผลของการอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและให้เคมีบำบัดชนิด 5-FU เป็นเวลา 5 วัน ติดต่อกัน จำนวน 20 ราย ผู้ป่วยทุกคนเป็นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2 ระยะสลับกันโดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินเยื่อบุช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัดจากผู้วิจัยและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่องปากตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ในระยะทดลองให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็ง เป็นเวลา 5 นาที ก่อนฉีดยาเคมีบำบัด การอมน้ำแข็ง ให้ผู้ป่วยกลั้วน้ำแข็งให้ทั่วบริเวณของเยื่อบุช่องปากและทำต่อเนื่องทั้งขณะให้ยาและหลังให้ยาเสร็จ เติมน้ำแข็งทุกครั้งก่อนที่น้ำแข็งจะละลายจนหมดโดยใช้เวลาทั้งหมดในการอมน้ำแข็ง 30 นาที /ราย ผลการศึกษาพบว่า การใช้น้ำแข็งสามารถป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดลงได้

ศิริพรรณ โกมลประเสริฐ (2544) ศึกษาการให้คำแนะนำต่อการหายของแผลในปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยด้วยออกซิเจนความกดดันสูงโดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานอาหาร และการดูแลรักษาช่องปากเพื่อส่งเสริมการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ หลังได้รับรังสีรักษาและมารับบริการด้วย ออกซิเจนความกดดันสูงเป็นครั้งแรก จำนวน 10 ราย พบว่าการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารและการดูแลรักษาช่องปากในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีแผลในช่องปากหลังจากได้รับรังสีรักษาจะช่วย

ในการส่งเสริมการหายของแผลในช่องปากให้หายเร็วขึ้น

วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่ออาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย ที่เข้ารับไว้ในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะการดูแลช่องปาก ร่วมกับการให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งก่อนได้เคมีบำบัด 5 นาทีและอมต่อเนื่องจนครบ 30 นาที เป็นเวลา 7 วัน และรับประทานอาหารเสริมกลูตามีนวันละ 6 กรัมเป็นเวลา 28 วัน ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากมีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบช่วยชะลอวันที่เกิดอาการ ช่วยให้ระยะเวลาที่มีอาการสั้นลงและลดความรุนแรงของอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับเคมีบำบัด

อภิรดี ลดาวรรษ์ (2546) ศึกษาอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในภาคใต้ จำนวน 354 ราย โดยใช้แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งและแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก(ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน) ตามความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง คือ 1. อาการปวด/เจ็บ 2. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4. เบื่ออาหาร และ 5.เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจนอกจากนี้ยังพบว่า อาการนอนไม่หลับ และกลืนอาหารลำบาก ไม่พบความถี่และความรุนแรงของอาการใน 5 อันดับแรก แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดอันดับอาการดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันสูงสุดใน 5 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งได้แก่ 1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2.ใช้ยาแผนปัจจุบัน 3. ใช้วิธีการผ่อนคลาย และ 4.ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการกับอาการของโรคมะเร็งด้วยตนเอง มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการว่าเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

Dodd (1983) ได้ประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลโดยสร้างคู่มือการจัดการเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด นำมาทดสอบผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วย 48 รายพบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูล และดีกว่าก่อนได้รับข้อมูล พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มอันดับแรกคือ การจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ผมร่วง เจ็บแผลในช่องปาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปวดและการติดเชื้อ ประสิทธิผลของการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ระยะเวลาการริเริ่มกระทำการดูแลตนเองลดลง นั่นคือผู้ที่มีความรู้จะริเริ่มกระทำการดูแลตนเองก่อนที่อาการข้างเคียงรุนแรงขึ้นในทุกปัญหา รวมทั้งการติดเชื้อและภาวะเลือดออกง่าย แต่ยังไม่พบพฤติกรรมการป้องกันการเกิด

อาการข้างเคียง ส่วนระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการให้ข้อมูล แสดงว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นไม่ใช่ตัวที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และยังพบว่าตัวผู้ป่วยด้วยกันเองเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญอันดับแรก ทั้งก่อนและหลังการทดลอง แพทย์เป็นอันดับสอง พยาบาลและบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลในอันดับรองลงมา

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำธรรมะมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2531) ศึกษาผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรายใหม่ และไม่เคยได้รับการรักษาจากที่ใดๆมาก่อนจำนวน 120 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 40 คน โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการสอนสุขศึกษาโดยใช้ธรรมะประยุกต์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการสอนสุขศึกษาเพียงอย่างเดียว ส่วนกลุ่มที่ 3 ไม่ได้รับการสอนใดๆจากผู้วิจัยเลยแต่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สูงกว่ากลุ่มที่ 2 และ 3

ปทุมภรณ์ แซ่จึงและคณะ (2539) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อการลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งตา หู คอ จมูกและปาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ตา หู คอ จมูกและปาก จำนวน 50 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบบังเอิญแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆกัน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร จากพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมและการพูดคุย ทั่วไป พร้อมทั้งได้รับการฝึกหัดอานาปานสติจากผู้วิจัย ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอานาปานสติมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าหลังการฝึกสมาธิน้อยกว่าก่อนรับการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกสมาธิมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

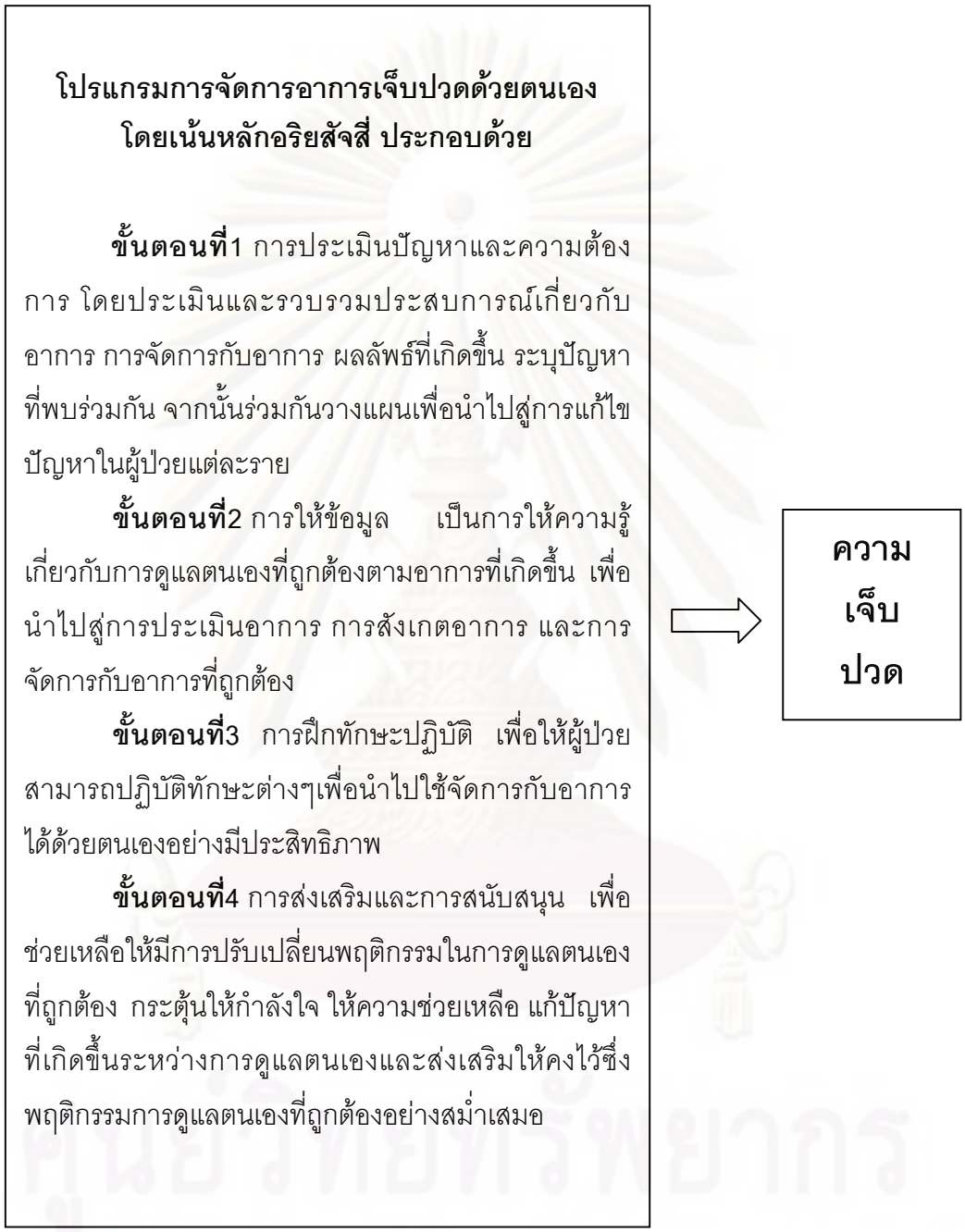
กาญจนา สังข์สิงห์ และคณะ (2549) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมาธิในการเยียวยาตนเอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการเยียวยาตนเองด้วยสมาธิเป็น 4 ลักษณะ คือ สมาธิเป็นธรรมโอสถ . สมาธิเป็นพลังที่ช่วยให้ร่างกายสร้างปัญญารับรู้ตามความเป็นจริงไม่ปรุงแต่ง ชนิดของสมาธิที่ผู้ให้ข้อมูลใช้มี 2 แบบ คือ การเจริญสติ และสมาธิดึงพลัง โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลของการใช้สมาธิต่อด้านร่างกายคือ 1. หายจากโรคร้าย 2. ลด/บรรเทาความทรมานทางกาย ส่วนผลของการใช้สมาธิต่อด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คือ อยู่กับ

โรคมะเร็งได้ และมีการดำเนินชีวิตดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการเยียวยาตนเองด้วยสมาธิของผู้ป่วยมะเร็งจากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล

Vroom (2002) ศึกษาผลของสมาธิต่อการมองโลกในแง่ดีและการเผชิญปัญหาในเชิงบวกของผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยแบบวัด Life Orientation Test, Revised (LOT-R) และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีชนิดและระยะของโรคแตกต่างกัน จำนวน26 คน แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่ม เป็นกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิจำนวน 15 คน กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 11 คนและทำการทดลองกับทั้ง 2 กลุ่มเป็นเวลา 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มที่รับการฝึกสมาธิจะมีระดับของการมองโลกในแง่ดีและการเผชิญปัญหาในเชิงบวกเพิ่มขึ้น ระดับของการเผชิญปัญหาในเชิงลบลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะเรื่องความเจ็บปวด สิ่งสำคัญคือการส่งเสริม หรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้เอง อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความตระหนักต่อผลการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป แสดงในกรอบแนวคิดได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi–ExperimentalResearch) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O_1_____O_2_____O_3

กลุ่มทดลอง O_4_____ X_____O_5_____O_6

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่

O_1 หมายถึง การประเมินความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง

O_2 หมายถึง การประเมินความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังสิ้นสุดการทดลองในวันที่ 7

O_3 หมายถึง การประเมินความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลัง สิ้นสุดการทดลองในวันที่ 14

O_4 หมายถึง การประเมินความเจ็บปวด ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการ อาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ก่อนการทดลอง

O_5 หมายถึง การประเมินการประเมินความเจ็บปวด ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ หลังการทดลองในวันที่ 7

O_6 หมายถึง การประเมินการประเมินความเจ็บปวด ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ หลังการทดลองในวันที่ 14

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ แผนกจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. นับถือศาสนาพุทธ
2. อายุระหว่าง 18-59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ไม่มีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตประสาท
6. มีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ในระดับ 1 ขึ้นไป (ประเมินโดยใช้แบบประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบของ WHO)
7. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและเป็นระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น
8. ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดกลุ่มเดียวกัน
9. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดหรือกลุ่มเดียวกัน

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้เคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธเข้าร่วมการทดลองต่อ ในระหว่างดำเนินการทดลองอยู่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามข้อเสนอแนะ Burns and Grove (1997) ที่กล่าวถึง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง และถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ(Normality) ให้มากที่สุด

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Samping) ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยการจับคู่ (Matched Pair) จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน โดยให้แต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของมะเร็ง คอร์สของเคมีบำบัดใกล้เคียงกัน การรักษาที่ได้รับ และมีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบใกล้เคียงกัน เช่นระดับ 1 กับระดับ2 เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จากการที่กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับโปรแกรมฯ ในระยะเวลา 7 วัน ตลอดการอยู่โรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน อีกทั้งต้องการให้กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง และ 20 คนหลังเป็นกลุ่มควบคุม โดยทำการจับคู่(Matching) กลุ่มตัวอย่าง ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง ตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของยาเคมีบำบัด และระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุม(N=20) และกลุ่มทดลอง(N=20) เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม ตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของยาเคมีบำบัด และระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ตำแหน่งของโรค		**ระยะ**		**การรักษาที่ได้รับร่วมกับเคมีบำบัด**		**ระดับการอักเสบของเยื่อบุช่องปาก**	
กลุ่มควบคุม	**กลุ่มทดลอง**	**กลุ่มควบคุม**	**กลุ่มทดลอง**	**กลุ่มควบคุม**	**กลุ่มทดลอง**	**กลุ่มควบคุม**	**กลุ่มทดลอง**
1.NPC	NPC	2	2	ไม่มี	ไม่มี	2	2
2.NPC	NPC	2	2	ไม่มี	ไม่มี	2	2
3.NPC	NPC	2	2	ไม่มี	ไม่มี	2	2
4.NPC	NPC	2	2	RT	RT	2	2
5.NPC	NPC	2	2	RT	RT	3	3
6.NPC	NPC	2	2	RT	RT	3	3
7.NPC	NPC	2	2	RT	RT	3	3
8.NPC	NPC	2	2	RT	RT	3	3
9.NPC	NPC	2	2	RT	RT	3	3
10.NPC	NPC	2	2	RT	RT	3	3
11.NPC	NPC	2	2	RT	RT	2	2
12.NPC	NPC	2	2	RT	RT	2	2

ตารางที่1(ต่อ)

ตำแหน่งของโรค		ระยะ		การรักษาที่ได้รับร่วมกับเคมีบำบัด		ระดับการอักเสบของเยื่อบุช่องปาก	
กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
13.NPC	NPC	3	3	RT	RT	3	3
15. NPC	NPC	3	3	RT	RT	4	4
16. ไทรอยด์	ไทรอยด์	2	2	Sx	Sx	2	2
17.ไทรอยด์	ไทรอยด์	2	2	RT+Sx	RT+Sx	3	3
18. ไทรอยด์	ไทรอยด์	3	3	RT+Sx	RT+Sx	3	3
19. กล่องเสียง	กล่องเสียง	3	3	RT+Sx	RT+Sx	4	4
20.หลอดอาหาร	หลอดอาหาร	3	3	RT+Sx	RT+Sx	4	4

หมายเหตุ NPC = มะเร็งหลังโพรงจมูก
RT = รังสีรักษา
Sx = การผ่าตัด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนคือ

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนาและแนวทางในการขจัดทุกข์เป็นขั้นตอน

ส่วนที่2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของเคมีบำบัด ประเภทอาหารที่รับประทาน สภาพช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่3 แบบประเมินความเจ็บปวด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความปวด Brief pain inventory (BPI) (Short From) ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School ซึ่ง Serlin et al. (1995) ได้นำไปศึกษาระดับความรุนแรงของความปวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 ประเทศ คือสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,106 ราย ฝรั่งเศสจำนวน 324 ราย จีนจำนวน 200 ราย และ ฟิลิปปินส์จำนวน 267 ราย ได้วัดความเที่ยงและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาแล้ว แปลเป็นภาษาไทย โดยผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาอีกครั้งมาแล้ว โดยผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือและภาษา สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดในฉบับ ปี 2540

แบบประเมินความปวด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1 มาตรวัดความรุนแรงของอาการปวด ประเมินความรุนแรงของอาการปวด จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ประเมินความปวดปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุด ความปวดที่ น้อยและความปวดเฉลี่ย และผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามอีก 3 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดขณะดื่มน้ำ ความปวดขณะเคี้ยวอาหาร ความปวดขณะพูด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบเกิดขึ้นแล้ว รวมข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นมาตราอันตรภาคซึ่งมี ค่าคะแนน 0-10 โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองแล้วกากบาทลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 และ 10 (0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากจนทนไม่ได้)

2 แบบประเมินการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการปวด ประเมินการรบกวนในการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ 7 ด้าน คือการทำกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ การเดินหรือการเคลื่อนไหว การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การนอนหลับ และความเป็นสุขในชีวิต มีระดับการวัดเป็นมาตราอันตรภาค ซึ่งมีค่าคะแนน 0-10 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึก

ของตนเองแล้วกากบาทลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 และ 10 (0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากจนทนไม่ได้)

โดยคะแนนความปวดเกิดจาก การรวมคะแนนในส่วนของระดับความรุนแรงของอาการปวด กับคะแนนการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม ตั้งแต่ 0-140 คะแนนจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน

คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความเจ็บปวดมาก

คะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความเจ็บปวดน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) ซึ่ง Serlin et al. (1995) ได้นำแบบประเมินความปวดไปศึกษาระดับความรุนแรงของความปวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง 4 ประเทศ คือสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,106 ราย ฝรั่งเศสจำนวน 324 ราย จีนจำนวน 200 ราย และฟิลิปปินส์จำนวน 267 ราย ได้วัดความเที่ยงและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ชุดเดียวกับการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม และได้ข้อเสนอแนะว่า ควรประเมินความรู้สึกในขณะปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยควรเพิ่มคำว่า “ตลอดในวันนี้” ลงในข้อคำถาม เนื่องจากจะประเมินความรู้สึกในขณะปัจจุบันของผู้ป่วยได้จริงๆ

. จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อคำถามชัดเจนขึ้น สามารถตอบคำถามได้อย่างเข้าใจ ผู้วิจัยประเมินโดยการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่ไม่มีการซักถามในตัวข้อคำถาม

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความความปวดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำมาคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coeffcient alpha) ได้เท่ากับ 0.94 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้นำมาคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอีกครั้ง ได้เท่ากับ 0.93

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ของนารี ชื่นคล้าย (2548) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักอริยสัจสี่ โดยผู้วิจัยได้บูรณาการโปรแกรมขึ้นมาใหม่ เป็น

การผสมผสานการแก้ปัญหาโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.1.1 ศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ และปรึกษาพร้อมทั้งขอคำแนะนำจากท่านผู้เชี่ยวชาญด้านพุทธศาสนา

2.1.2 นำแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า และทบทวนถึงงานวิจัยที่ผ่านมา และจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านพุทธศาสนา นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ โดยการกำหนด โครงสร้าง วัตถุประสงค์ และกิจกรรม ซึ่งโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่1 การประเมินปัญหาและความต้องการ โดยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเจ็บปวด กลวิธีในการจัดการอาการเจ็บปวด และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้เรื่องหลักอริยสัจสี่ การนำหลักอริยสัจสี่ไปใช้จัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ได้ จากนั้นระบุปัญหาที่พบร่วมกันเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่2 การให้ข้อมูล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ การประเมินและดูแลช่องปาก การประเมินความเจ็บปวด กลวิธีในการจัดการความเจ็บปวด และหลักอริยสัจสี่ โดยเชื่อมโยงความเจ็บปวดและกลไกในการแก้ปัญหาความเจ็บปวดตามหลักอริยสัจสี่ โดยผู้วิจัยสอนเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะ การดูแลช่องปาก การประเมินช่องปาก การประเมินความเจ็บปวด และการจัดการกับความเจ็บปวด ฝึกการวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ และการบริหารจิตตามแนวสติปัฏฐาน4 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกสอนและให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติให้ดู ว่าทำถูกต้องตามที่แนะนำหรือไม่ ทั้งนี้การฝึกสอนทำเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่4 การส่งเสริมและสนับสนุน โดยรับฟังประสบการณ์ความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด การวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ให้ข้อแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ พร้อมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยมะเร็งที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน เป็นรายบุคคล มีระยะเวลาดำเนินงานทั้งหมด 14 วัน ซึ่ง 7 วันแรกจัดกระทำที่โรงพยาบาล วันละ 2 ครั้ง โดยมีผู้วิจัยอยู่ด้วย ส่วน 7 วันหลังผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้าน วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกันทุกวัน โดยผู้วิจัยจะมีตารางการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมให้ผู้ป่วยกลับไปด้วย

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมมีดังต่อไปนี้

1. แผนการสอนและแผ่นภาพประกอบคำบรรยายเกี่ยวกับ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัด การประเมินและการดูแลช่องปาก ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตามตำรา เอกสารและสื่อต่างๆที่เกี่ยวข้อง ใช้สำหรับทำการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

2. คู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ วิธีการประเมินระดับความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบ การดูแลสุขภาพช่องปาก วิธีการอมน้ำแข็งเพื่อลดความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ผู้วิจัยแจกให้ผู้ป่วยไว้เลย เพื่อไว้สำหรับทบทวนเนื้อหาที่สอน

3. คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4 ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับอริยสัจสี่ ประโยชน์ของการบริหารจิต อานิสงส์ของการปฏิบัติธรรม บทแผ่เมตตา ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งแจกให้ผู้ป่วยไว้เลย เพื่อไว้สำหรับทบทวนเนื้อหาที่สอนด้วยเช่นกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ชุดเดิม หลังจากนั้น นำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของท่านผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรใช้ภาษาในการสอน และการจัดทำสื่อการสอนที่กระทัดรัด เข้าใจง่าย

2. แนะนำหลักการสอนที่ดีคือ การประเมินความรู้เดิม เพิ่มเติมความรู้ใหม่ และแก้ไขความรู้ที่ผิด เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการสอน

3. ระยะเวลาในการสอนเนื้อหา ไม่ควรเกิน 30 นาที

4. ควรศึกษาเพิ่มเติมรายละเอียดเกี่ยวกับหลักอริยสัจสี่ เพื่อความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เพื่อเป็นพื้นฐาน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของท่านผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม พบว่า ขณะที่ผู้วิจัยให้ความรู้ สาธิตกิจกรรมและให้ผู้ป่วย ฝึกทดลองปฏิบัตินั้น ผู้ป่วยมีท่าทางสนใจ และให้ความร่วมมือดีในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ อีกทั้งระยะเวลาที่ใช้ เป็นไปตามที่กำหนดคือโดยประมาณ 20-30 นาที สำหรับการสอนเนื้อหา และสำหรับการฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยเฉพาะในวันที่ 3 -7 ของการทดลอง การใช้เวลาเป็นไปตามตารางที่กำหนดไว้ในโปรแกรม เนื่องจากเป็นการทบทวนความรู้ที่ให้ไปก่อนการปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจะใช้เวลาในการซักถามปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ ประมาณ 10-15 นาที ก่อนทำการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้มีเวลาในการฝึกปฏิบัติมากขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับอาการ เพื่อสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความเจ็บปวด ตามที่ผู้วิจัยได้ทำการให้ข้อมูลและฝึกทักษะปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ใช้ประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในวันที่ 5 คิดคะแนนผ่านเกณฑ์ 80% โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง	3	2
ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	1	4

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวม คือ คะแนนมาก แสดงถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสม่ำเสมอดี คะแนนน้อย แสดงถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกคน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสม่ำเสมอดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านชุดเดิม และได้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มเติมเนื้อหาในเรื่องการฝึกสติอยู่กับการกำหนดอิริยาบถย่อย และการนำหลักอริยสัจสี่มาใช้แก้ปัญหาความเจ็บปวดตามที่พยาบาลแนะนำ เพิ่มเติมจากข้อคำถามเดิมซึ่งมีอยู่ 7 ข้อ ปรับแก้เพิ่มเติมเป็น 9 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังกล่าว และนำไปทดลองใช้ต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และนำมาคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ 0.84 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้นำมาคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอีกครั้ง ได้เท่ากับ 0.87

การดำเนินการวิจัย

1.ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 **ขั้นการเตรียมผู้วิจัย** ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถโดยศึกษาค้นคว้าตำรา ทบทวนเอกสารงานวิจัยทางด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และทางด้านหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา ทั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องหลักการเจริญสติปัฏฐาน 4 ทั้งในตำราต่างๆและการไปปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่วัดอัมพวัน จ. สิงห์บุรี และวัดพุทธปัญญา จ. นนทบุรี ซึ่งสอนการเจริญสติปัฏฐาน 4 โดยวิธีอานาปานสติ สายพองหนอ-ยุบหนอ

1.2 **เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ และ ศึกษาโดยตรงจากท่านผู้เชี่ยวชาญด้านพุทธศาสนา จากนั้นจัดทำเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีสื่อที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แผนการสอน ภาพพลิกประกอบคำบรรยาย คู่มือ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ไฟฉาย ไม้กดลิ้น วาสลีนหรือน้ำมันมะกอก กระจกส่องขนาดเล็กสำหรับให้ผู้ป่วยถือส่องด้วยตนเอง

1.3 **เตรียมสถานที่** ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของสถานที่ โดยกล่าวขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วย ใช้พื้นที่ห้องเรียนสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยในการสอนผู้ป่วยทำกิจกรรมตามโปรแกรม

2.ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 **กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยเป็นการให้คำแนะนำในเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลช่องปาก เป็นรายกลุ่ม แต่ไม่สอนการประเมินช่องปาก และไม่มีการประเมินผลและติดตามกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.2 **กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง มีดังนี้

2.2.1 หลังจากเข้าพักในหอผู้ป่วยในวันแรก ผู้วิจัยพูดคุยทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ประเมินการรับรู้ในเรื่องโรค ระยะของโรค ประเมินประสบ การณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอริยสัจสี่ การนำหลักอริยสัจสี่มาใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ได้ ระบุ ปัญหาที่พบร่วมกัน จากนั้นอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้วิจัยจะมาพบผู้ป่วยทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เวลา ประมาณ 14.00 น. และเวลาประมาณ 19.00 น. เป็นเวลา 7 วัน ไม่เว้น

วันหยุดราชการ โดยในรอบบ่ายจะทำการสอนเรื่องโรค ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเคมีบำบัด การดูแลช่องปาก การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด และฝึกทักษะการดูแลช่องปาก ส่วนช่วงค่ำจะเป็นการสอนธรรมะโดยผู้วิจัย ในหัวข้ออริยสัจสี่ซึ่งจะเชื่อมโยงความเจ็บปวด(ทุกข์) ให้รู้ว่าเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด(สมุทัย) การจัดการความปวดได้(นิโรธ)ก็โดยการปฏิบัติ(มรรค) ไม่ว่าจะเป็นทุกข์ทางกายหรือทางใจ สอนฝึกการวิเคราะห์โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ การบริหารจิต ประโยชน์ของสติและสมาธิ อานิสงส์ของการปฏิบัติธรรม ฝึกการกำหนดสติและทำสมาธิโดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกสอน และมีผู้ช่วยผู้วิจัยคอยให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งมอบคู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4ไว้ให้ผู้ป่วยอ่านเพื่อทำความเข้าใจเป็นพื้นฐานการฝึกปฏิบัติครั้งต่อไป

2.2.2 ในวันที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเวลา 14.00 น. และ19.00 น.ให้ความรู้และฝึกการปฏิบัติตามรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้ เวลา14.00-14.30น.ให้ความรู้เกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ การประเมินความรุนแรงของ เยื่อบุช่องปากอักเสบ การจัดการความเจ็บปวดโดยการอมน้ำแข็ง ใช้แผนการสอนและแผ่นภาพประกอบคำบรรยาย เวลา14.30-14.50น.สาธิตวิธีดูแลสุขภาพช่องปาก ประเมินช่องปาก โดยผู้วิจัยทำเป็นตัวอย่างจากนั้น ให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติตาม เวลา14.50-15.00 น. สรุปผลการปฏิบัติประเมินปัญหาและอุปสรรค จากนั้นเวลา19.00-19.30น.ให้ข้อมูลธรรมะในหัวข้ออริยสัจสี่ซึ่งจะเชื่อมโยงความเจ็บปวด(ทุกข์) ให้รู้ว่าเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด(สมุทัย) การจัดการความปวดได้(นิโรธ)ก็โดยการปฏิบัติ(มรรค) ไม่ว่าจะเป็นทุกข์ทางกายหรือทางใจ สอนฝึกการวิเคราะห์โดยใช้หลักอริยสัจสี่ ประโยชน์ของการบริหารจิต อานิสงส์ของการปฏิบัติธรรม โดยใช้คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4 ประกอบ เวลา 19.30-19.40น. สวดมนต์ เดินจงกรม ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกเดิน สอนวิธีการกำหนดอิริยาบถย่อยแทน เวลา19.40-19.50น. นั่งสมาธิ เวลา19.50-19.55น. แผ่เมตตา เวลา19.55-20.00น. สรุปผลการปฏิบัติประเมินปัญหาและอุปสรรค ในการฝึกปฏิบัติผู้วิจัยเป็นผู้นำการฝึกในทุกขั้นตอนและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม สำหรับวันที่ 2 ของการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้ง 20 คน มีความตั้งใจกระตือรือล้นในการที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้วิจัยนำเสนอ มีผู้ป่วยจำนวน 7 คน(คิดเป็นร้อยละ 35) ที่ไม่สามารถเดินจงกรมได้เนื่องจากอ่อนเพลียมากจึงขอผู้วิจัยให้สอนการกำหนดอิริยาบถย่อยขณะอยู่บนเตียงแทน ซึ่งผู้วิจัยได้สอนให้ผู้ป่วยนอนกำหนดอิริยาบถย่อยโดยการกำหนดสติมาที่การคว่ำ-หงายที่ฝ่ามือแทน และในขั้นการทำสมาธิผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองใช้วิธีเจริญอานาปานสติกำหนดลมหายใจเข้า-ออกโดยสังเกตการเคลื่อนไหวของหน้าท้องในขณะนอน ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเป็นไปอย่างเรียบร้อยดี ทำให้การทดลองดำเนินไปอย่างราบรื่น

2.2.3 ในวันที่ 3-7 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในเวลาที่กำหนดไว้ จากนั้นทบทวนการปฏิบัติตามที่ฝึกไว้ ก่อนการปฏิบัติจริงในแต่ละครั้ง ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยควบคุมดูแลการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด ตอบข้อซักถามปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ ภายหลังการฝึกสิ้นสุดลงในแต่ละครั้ง กระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างดำเนินการทดลอง มีบางเวลาที่ผู้ป่วยไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมจึงขอผู้วิจัยให้เริ่มกิจกรรมเร็วกว่าเวลาที่กำหนด และในบางครั้งผู้ป่วยบางรายก็ขอให้เริ่มทำกิจกรรมช้ากว่าเวลาที่กำหนด ซึ่งในผู้ป่วยรายใดสะดวกเวลาไหนผู้วิจัยจึงต้องจัดสรรเวลาให้เป็นไปตามความสะดวกของผู้ป่วย โดยทั้งนี้ในกลุ่มทดลองทั้งหมดสามารถเข้าร่วมการทดลองครบทุกรอบตามที่ผู้วิจัยจัดไว้ตามตารางเพียงแต่เวลามีการเหลื่อมล้ำกันตามความสะดวกของผู้ป่วยเท่านั้น

2.2.4 ก่อนการเลิกดำเนินการแต่ละครั้ง สรุปการเรียนรู้ในแต่ละวันในช่วงค่ำ กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ กระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่อไป สำหรับการทดลองครั้งนี้กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 5 คน(คิดเป็นร้อยละ 25) ที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในทุกขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยสอนได้อย่างถูกต้องและไม่มีข้อสงสัยในการสอน อีกทั้งยังสามารถร่วมแสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติและการนำเสนอของผู้วิจัยอีกด้วย ซึ่งนับเป็นการตอบรับที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้โดยตรง สะท้อนให้เห็นว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจริงๆคืออะไร และจำนวนมากน้อยแค่ไหน ส่วนผู้ป่วยอีกจำนวน 15 คน(คิดเป็นร้อยละ 75) สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องในบางขั้นตอน แต่ระหว่างปฏิบัติผู้วิจัยต้องให้คำแนะนำเป็นระยะๆ เป็นการย้ำเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.2.5 วันที่ 5 ให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดพฤติกรรมการจัดการกับความเจ็บปวดในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองสามารถตอบแบบแบบวัดพฤติกรรมการจัดการกับความเจ็บปวดครบทุกคน และมีคะแนนรวมผ่านเกณฑ์เกินร้อยละ 80 ทุกคน ซึ่งประเมินได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคนมีความสนใจและเอาใจใส่ในสิ่งที่ผู้วิจัยนำเสนอ อีกทั้งสะท้อนให้เห็นว่าทุกคนเห็นถึงความสำคัญในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ว่าเกิดประโยชน์ต่อตนเองอย่างแท้จริง

2.2.6 วันที่ 7 แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามรายละเอียดของโปรแกรมเหมือนกับอยู่ที่โรงพยาบาล จากนั้นขออนุญาตนัดพบอีกครั้งในวันที่ 14 ของการทดลองเพื่อการพูดคุย ซักถามถึงผลการปฏิบัติ และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรมเมื่ออยู่ที่บ้าน ในการทดลองครั้งนี้มีผู้ป่วยจำนวน 4 คน(คิดเป็นร้อยละ20) ที่ไม่สามารถมาพบผู้วิจัยได้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อไปพูดคุยกับตัวผู้ป่วยโดยตรง และทำการสอบถามผลการปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรคและขอประเมินความเจ็บปวดโดยสอบถามทางโทรศัพท์แทน ซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน

3. **ขั้นประเมินผลการทดลอง** ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคน ที่สนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้ จากนั้นกล่าวสรุปปิดการดำเนินการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง และกล่าวปิดโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกพยาบาลจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเตรียมสถานที่ในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและศึกษาประวัติของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตั้งแต่คอร์สที่ 1 ขึ้นไป มีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ระดับ 1 ขึ้นไปและยังไม่ได้เริ่มรับเคมีบำบัดในครั้งนี้ ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ตามแบบของทางโรงพยาบาลรามาธิบดี

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว พร้อมทั้งดูประวัติจากบันทึกเวชระเบียน

5. ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความเจ็บปวด ก่อนการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม(Pre test) และตรวจสภาพเยื่อบุช่องปากของผู้ป่วย ทำการจดบันทึกไว้

6. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำการจะให้คำแนะนำในเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับเคมีบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เป็นการแนะนำแบบรายกลุ่ม ไม่มีการสาธิตการดูแลช่องปากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด

7. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ เป็นเวลา 14 วันติดต่อกัน ช่วง 7 วันแรกอยู่โรงพยาบาลโดยมีผู้วิจัยทำการฝึกสอนร่วมด้วย ส่วน

อีก 7 วันหลังผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเองที่บ้านโดยผู้วิจัยให้ตารางรายละเอียดการฝึกแก่ผู้ป่วยไว้ทบทวน

8. ประเมินความเจ็บปวดในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มวันที่ 7(Post test ครั้งที่ 1) และวันที่ 14(Post test ครั้งที่ 2) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กระทำโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการทดลอง ประโยชน์ที่จะได้รับแก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงความเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลของแต่ละบุคคลในเรื่องความชอบในการปฏิบัติธรรมหรือจริตในการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งผู้ป่วยอาจเลือกวิธีการเจริญอานาปานสติแบบกำหนดพองหนอ-ยุบหนอ หรือพุท-โธ หรือสัมมา-อะระหัง ก็ได้ แล้วแต่จริตในแต่ละบุคคล โดยการวิจัยครั้งนี้จะเน้นการกำหนดสติในอิริยาบถย่อยมากกว่า ทั้งนี้ผู้ป่วยมีสิทธิ์หยุดเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยได้ทันทีตามที่ผู้ป่วยต้องการโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการบำบัดรักษาที่จะได้รับ เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโดยให้ลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ(Informed Consent Form)

สำหรับกลุ่มควบคุมทุกคน หลังเสร็จสิ้นโครงการ ผู้วิจัยทำการสอนเนื้อหาตามโปรแกรมและสอนการฝึกทักษะปฏิบัติตามโปรแกรม พร้อมทั้งแจกคู่มือเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

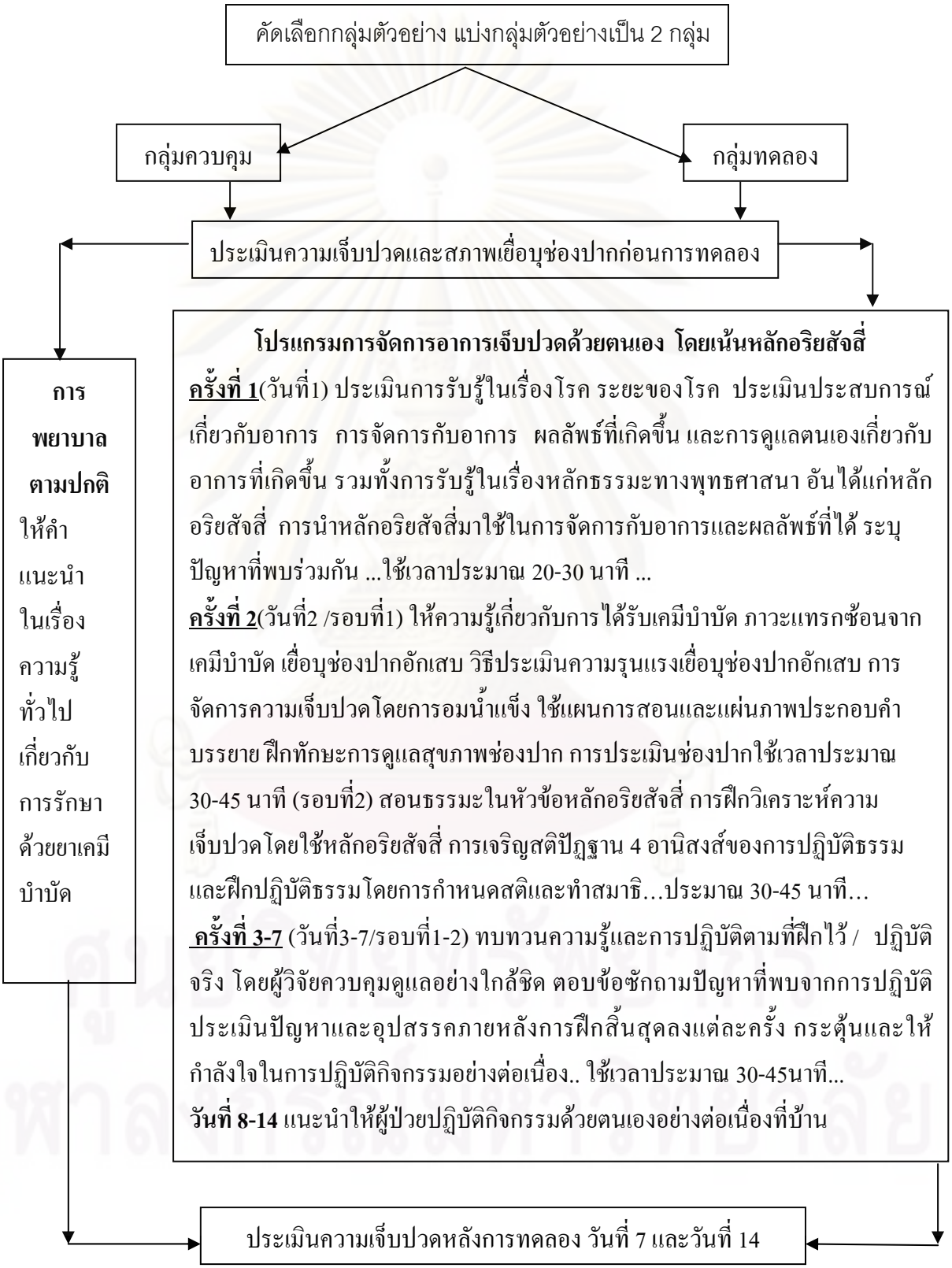
ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 และแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านลักษณะกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 7 วันและ14 วันโดยใช้สถิติ One-way repeated measures ANOVA (RANOVA)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 7 วันและ14 วันโดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการ



บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ เมื่อเวลาต่างกัน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนา และแนวทางในการขจัดทุกข์เป็นขั้นตอน

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	12	60	12	60	24	60
ชาย	8	40	8	40	16	40
อายุ						
≤ 20 ปี	1	5	1	5	2	5
21-30 ปี	2	10	2	10	4	10
31-40 ปี	6	30	4	20	10	25
41-50 ปี	4	20	6	30	10	25
51-60 ปี	7	35	7	35	14	35
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	$\overline{X}$ =44.30 SD=11.7		$\overline{X}$ =43.15 SD=11.07		$\overline{X}$ =43.72 SD=11.29	
สถานภาพสมรส						
คู่	12	60	16	80	28	70
หม้าย	5	25	1	5	6	15
โสด	3	15	3	15	6	15
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	2	10	0	0	2	5
ประถมศึกษา	4	20	6	30	10	25
มัธยมศึกษา	2	10	2	10	4	10
ปริญญาตรี	12	60	12	60	24	60

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา						
พุทธ	20	100	20	100	40	100
อาชีพ						
รับจ้าง	8	40	4	20	12	30
ข้าราชการ	6	30	6	30	12	30
เกษตรกร	4	20	2	10	6	15
ค้าขาย	2	10	6	30	8	20
รัฐวิสาหกิจ	0	0	2	10	2	5
รายได้						
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	5	1	5	2	5
5,001-10,000 บาท	2	10	2	10	4	10
10,001-15,000 บาท	8	40	5	25	13	32.5
15,001-20,000 บาท	3	15	5	25	8	20
20,000 บาทขึ้นไป	6	30	7	35	13	32.5
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพ	12	60	10	50	22	55
เบิกต้นสังกัด	4	20	6	30	10	25
ประกันสังคม	4	20	4	20	8	20
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่สูบบุหรี่	10	50	14	70	24	60
หยุดสูบบุหรี่	7	35	5	25	12	30
สูบบุหรี่	3	15	1	5	4	10

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	10	50	13	65	23	57.5
หยุดดื่ม	7	35	6	30	3	32.5
ดื่ม	3	15	1	5	4	10
ความเชื่อว่าศาสนาช่วยขจัดทุกข์						
เชื่อมากที่สุด	7	35	9	45	16	40
เชื่อปานกลาง	11	55	10	50	21	52.5
เชื่อน้อย	2	10	1	5	3	7.5
ศาสนาพุทธมีแนวทางในการขจัดทุกข์เป็นขั้นตอน						
เชื่อว่าทำได้มาก	5	25	7	35	12	30
เชื่อว่าทำได้ปานกลาง	7	35	5	25	12	30
เชื่อว่าทำได้น้อย	8	40	8	40	16	40

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 อายุระหว่าง 51-60 ปีมากที่สุดคือร้อยละ 35 รองลงมาอายุระหว่าง 31-40 ปีและ 41-50 ปีมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 25 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 44.3 ปี และกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 43.1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด คือร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาร้อยละ 25 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการและรับจ้างมากที่สุดโดยมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 30 รองลงมาคืออาชีพค้าขายร้อยละ 20 มีรายได้โดยเฉลี่ย 10,001-15,000 บาทและ 20,000 บาทขึ้นไปมีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมาคือรายได้เฉลี่ย 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือเบิกต้นสังกัด ร้อยละ 25 และมีประวัติไม่เคยสูบบุหรี่เลยจำนวนมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 60 รองลงมาคือหยุดสูบบุหรี่แล้วคิดเป็นร้อยละ 30 มีประวัติไม่ดื่ม

แอลกอฮอล์เลย จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาคือหยุดดื่มแล้วร้อยละ 32.5 และยังดื่มอยู่ร้อยละ 10 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อในระดับปานกลาง ว่าศาสนาพุทธช่วยขจัดทุกข์ได้จริง คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ เชื่อมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่เชื่อว่าแนวทางในการขจัดทุกข์เป็นขั้นตอนสามารถทำได้น้อยคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาเชื่อว่าทำได้มากและ เชื่อว่าทำได้ปานกลางมีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 30

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ประเภทอาหารที่รับประทาน และสภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค						
มะเร็งหลังโพรงจมูก	15	75	15	75	30	75
มะเร็งต่อมไทรอยด์	3	15	3	15	6	15
มะเร็งกล่องเสียง	1	5	1	5	2	5
มะเร็งหลอดอาหาร	1	5	1	5	2	5
ระยะของโรคที่เป็น						
ระยะที่ 2	14	70	14	70	28	70
ระยะที่ 3	6	30	6	30	12	30
การรักษาที่ได้รับ						
เคมีบำบัด	3	15	3	15	6	15
เคมีบำบัด / ฉายแสง	12	60	12	60	24	60
เคมีบำบัด / การผ่าตัด	1	5	1	5	2	5
เคมีบำบัด / การผ่าตัดและการฉายแสง	4	20	4	20	8	20
ประเภทอาหารที่รับประทาน						
อาหารอ่อน	1	5	2	10	3	7.5
อาหารเหลว	3	15	3	15	6	15
อาหารทางสาย	16	80	15	75	1	77.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n= 20)		กลุ่มทดลอง (n= 20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สภาพช่องปากก่อนการทดลอง						
ระดับ 2	7	35	7	35	14	35
ระดับ 3	10	50	10	50	20	50
ระดับ 4	3	15	3	15	6	15
สภาพช่องปากหลังการทดลองครั้งที่2(วันที่14)						
ระดับ 2	0	0	5	25	5	12.5
ระดับ 3	7	35	12	60	1	9 47.5
ระดับ 4	13	65	3	15	16	40

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือมะเร็งต่อมไทรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 15 มีระยะการดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาเป็นระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 30 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นเคมีบำบัด ร่วมกับการฉายแสง คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาเป็นการรักษาร่วมกันทั้ง 3 วิธี คือการผ่าตัด ร่วมกับเคมีบำบัดและการฉายแสง คิดเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางสาย คิดเป็นร้อยละ 77.5 มากที่สุด รองลงมาเป็นอาหารเหลว คิดเป็นร้อยละ 15 และมีสภาพช่องปากก่อนการทดลองในระดับ 3 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 35 และระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 15 ตามลำดับ และมีสภาพช่องปากหลังการทดลองครั้งที่ 2(วันที่14) อยู่ในระดับ 3 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาคือระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 40 และน้อยที่สุดคือระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 12.5

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองในครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2(วันที่14)

ค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวด	**กลุ่มควบคุม** (N=20)		**กลุ่มทดลอง** (N=20)	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
ก่อนการทดลอง	69.15	12.50	73.35	14.51
หลังการทดลองครั้งที่1 (วันที่7)	84.00	12.17	38.75	7.03
หลังการทดลองครั้งที่2 (วันที่14)	89.07	10.54	30.80	5.72

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีมากกว่าภายหลังการทดลองครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2(วันที่14)

ส่วนค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีน้อยกว่าภายหลังการทดลองทั้งสองครั้งคือ ในครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2(วันที่14) และพบว่าภายหลังการทดลองครั้งที่2(วันที่14) มีค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดมากที่สุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวน ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในครั้งที่1(วันที่7) และหลังการทดลองครั้งที่2(วันที่14) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One-way repeated measures ANOVA (RANOVA)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวน ของคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ในครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2 (วันที่14)

Source	df	SS	MS	F
Subjects	19	1225.76	193.54	-
Time	2	20472.43	14757.48	206.44
Error	38	1884.23	49.59	-
Total	59	23582.42	15000.61	-

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F=206.44)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง เป็นรายคู่

ความเจ็บปวด	$\overline{X}$	ก่อนทดลอง	หลังการทดลองครั้งที่1(วันที่7)	หลังการทดลองครั้งที่2(วันที่14)
ก่อนทดลอง	73.35	-	34.60***	42.55***
หลังทดลองครั้งที่1(วันที่7)	38.75	-	-	7.95***
หลังทดลองครั้งที่2(วันที่14)	30.80	-	-	-

***p<.001

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองทั้งสองครั้ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลอง ครั้งที่2(วันที่14) ลดลงกว่าหลังทดลอง ครั้งที่1(วันที่7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดภายในกลุ่มควบคุม เป็นรายคู่

ความเจ็บปวด	$\overline{X}$	ก่อนทดลอง	หลังการทดลองครั้งที่1(วันที่7)	หลังการทดลองครั้งที่2(วันที่14)
ก่อนทดลอง	69.15	-	-14.85***	-19.93***
หลังทดลอง 7 วัน	84.00	-	-	-5.08***
หลังทดลอง 14 วัน	89.08	-	-	-

***p<.001

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองทั้งสองครั้ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังการทดลองครั้งที่2(วันที่14) มากกว่าหลังทดลองครั้งที่1 (วันที่7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

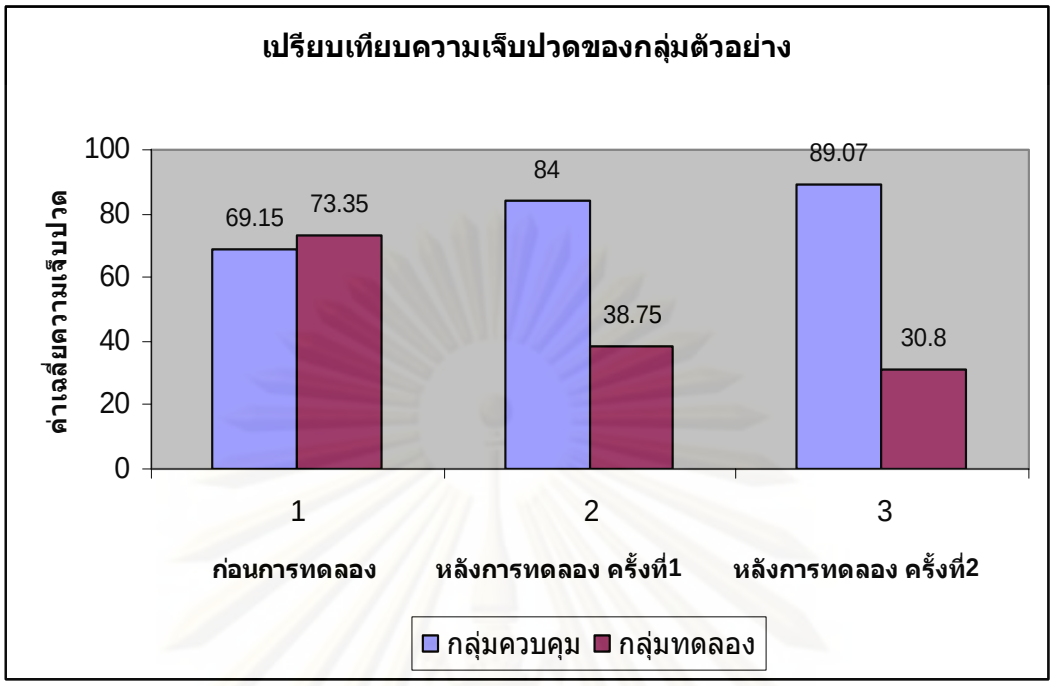
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลองในครั้งที่1(วันที่7) และหลังการทดลองในครั้งที่2(วันที่14) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองในครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2(วันที่14)

ค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวด	**กลุ่มควบคุม (N=20)**		**กลุ่มทดลอง (N=20)**			
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	69.15	12.50	73.35	14.51	0.98	0.33
หลังการทดลองครั้งที่1 (วันที่7)	84.00	12.17	38.75	7.03	-14.39	0.00
หลังการทดลองครั้งที่2 (วันที่14)	89.07	10.54	30.80	5.72	-21.73	0.00

จากตารางที่ 8 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ภายหลังการทดลองครั้งที่1(วันที่7) และครั้งที่2(วันที่14) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดภายหลังการทดลองทั้ง 2 ครั้ง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ดังแสดงไว้ในกราฟ)



กราฟแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่

2. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 18- 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ แผนกจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2552 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2552 จำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. นับถือศาสนาพุทธ
2. อายุระหว่าง 18-59 ปี
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4.ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ไม่มีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตประสาท

6. มีระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ในระดับ 1 ขึ้นไป (ประเมินโดยใช้แบบประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบของ WHO)

7. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอและเป็นระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

8. ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ปวดกลุ่มเดียวกัน

9. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดหรือกลุ่มเดียวกัน

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้เคมีบำบัดได้ตามแผนการรักษา
2. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธเข้าร่วมการทดลองต่อ ในระหว่างดำเนินการทดลองอยู่

ผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน โดยให้แต่ละกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่องตำแหน่งที่เกิด ระยะของโรค การรักษา คอร์สของเคมีบำบัด ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

สถานที่ศึกษา

ณ แผนกผู้ป่วยใน งานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อทางศาสนาและแนวทางในการขจัดทุกข์เป็นขั้นตอน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ชนิดของเคมีบำบัด ประเภทอาหารที่รับประทาน และสภาพช่องปากก่อนได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเจ็บปวด Brief pain inventory(BPI) แปลเป็นภาษาไทย โดย ผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความ

เหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบประเมินความความปวดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด โดยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (รายนามในภาคผนวก) ซึ่งโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการ

2.2 การให้ข้อมูล

2.3 การฝึกทักษะปฏิบัติ

2.4 การส่งเสริมและสนับสนุน

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมมีดังต่อไปนี้

1. แผนการสอนและแผ่นภาพพลิกประกอบคำบรรยาย
2. คู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด
3. คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง** เป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเจ็บปวด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.84 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.88

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยใน ณ แผนกการพยาบาลจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2552 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2552

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินความเจ็บปวดก่อนการทดลอง

2. กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ เป็นเวลา 14 วัน

3. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินความเจ็บปวดภายหลังการทดลองครั้งที่1(วันที่7) และหลังการทดลองครั้งที่2(วันที่14)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และวิเคราะห์สมมติฐานข้อที่ 1 ด้วยสถิติ RANOVA และสมมติฐานข้อที่ 2 ด้วยสถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ในครั้งที่1(วันที่7)และในครั้งที่ 2(วันที่14) มีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 คนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ จำนวน 20 คน

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 และ2

สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) โดยนำมาประยุกต์ร่วมกับหลักอริยสัจสี่ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจของพระพุทธศาสนา (ป.อ.ปยุตโต, 2538) ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงเหตุและผลการเกิดอาการ แนวทางจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่ได้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีความรู้และทักษะในการจัดการอาการปวดที่ถูกต้องและเหมาะสม

อีกทั้งมีความสามารถในการวิเคราะห์หาสาเหตุของความเจ็บปวด และวางแผนในการจัดการความเจ็บปวดได้อย่างถูกวิธี ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จึงส่งผลให้อาการปวดลดลง

โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยการนำประสบการณ์ในการจัดการอาการของผู้ป่วยมาเป็นแนวทางในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นฝ่ายสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Dodd (2001) ที่ว่า การจัดการอาการเป็นแนวคิดที่สามารถลดความรุนแรงของการเกิดอาการได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้อย่างเพียงพอ และได้รับการฝึกทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในขณะนั้น สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยใน กลุ่ม ทดลอง มีระดับความเจ็บปวดลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ยึดหลักที่ว่าการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต้องกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Orem, 1991) การเรียนรู้เกิดจากความตั้งใจมีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้น ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอน หรือแนะนำ หรือเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากตัวเอง Penn (1988) กล่าวว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองตนเอง จะ ช่วยให้ร่างกายมีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งองค์ความรู้ในหลักอริยสัจสี่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลปัญหาทั้งด้านความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ และทางด้านจิตใจไปพร้อมๆกัน ทำให้มีสติสัมปชัญญะในการมองโลกทางบวก มีความตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหา มีความอดทนต่อสภาวะการเจ็บป่วยได้มากกว่า ส่งผลให้มีระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ โดยโปรแกรมประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการ ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจโดยการรับฟังปัญหาและสอบถามจากผู้ป่วยเป็นการประเมินมุมมองจากผู้ป่วยที่มีต่อประสบการณ์การมีอาการโดยตรง เพื่อวางแผนหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน จากการทดลองครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ในการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ90 (18 คน) เมื่อเกิดอาการเจ็บแผลในช่องปาก ทุกครั้งจะรับประทานยาแก้ปวด และไม่เคยประเมินแผลในช่องปาก และบางรายที่รับประทานอาหารทางสายยาง ก็คิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องบ้วนปากหรือทำความสะอาดปากอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อ

ในช่องปากมากยิ่งขึ้น ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอีก และยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ50(10 คน)ไม่คิดแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาหรือวิธีจัดการอาการเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เนื่องจากเห็นว่าการใช้ยาแก้ปวดเป็นหนทางที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง อีกทั้งไม่เคยได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากผู้ใดมาก่อนเมื่อรับทราบปัญหา ผู้วิจัยจึงสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยแต่ละรายและวางแผนในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องต่อไป ซึ่งเป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่2

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการให้ข้อมูล เมื่อได้ประเมินความรู้เดิม จากนั้นผู้วิจัยก็เพิ่มเติมความรู้ใหม่ และทำการแก้ไขความรู้ที่ผิด โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องของเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เยื่อบุช่องปากอักเสบ การประเมินและดูแลช่องปาก การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด และข้อมูลธรรมะในหัวข้ออริยสัจสี่ ประโยชน์ของการบริหารจิต โดยยึดหลักว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือมีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง การกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้นเมื่อเห็นว่าเกิดผลดีแก่ตัวเอง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ มุมมอง และพยายามปฏิบัติตามความรู้ใหม่ที่ได้รับ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกคน คิดเป็นร้อยละ100 มีความตั้งใจที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้วิจัยนำเสนอ อาจเป็นไปได้ว่าในการสอนเป็นรายบุคคลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าผู้วิจัยเห็นความสำคัญกับตนเอง เพราะการให้ข้อมูลตัวต่อตัวผู้วิจัยจะมีการปฏิสัมพันธ์แบบ 2 ทาง(Two way communication) ที่เห็นได้ชัดเจน การพูดคุยและตอบข้อซักถามทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ในสิ่งที่ต้องการโดยละเอียด อันเป็นการเตรียมความพร้อมด้านตัวผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการฝึกทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการฝึกทักษะปฏิบัติ โดยจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามจนเกิดความชำนาญในกิจกรรมที่สอน ซึ่งDodd (2001) กล่าวว่า กลวิธีในการจัดการอาการ โดยมุ่งไปที่การปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะที่ถูกต้องในการจัดการอาการนั้นๆ การฝึกทักษะซ้ำๆจะทำให้ผู้เรียนรู้ เรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนจะทำพฤติกรรมซ้ำๆจะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อน จึงจะเกิดการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ในการทดลองครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมทุกคน สามารถดูแลช่องปากได้อย่างถูกวิธี และในเรื่องของการสอนให้กำหนดอิริยาบถย่อยผู้ป่วยทำได้ถูกต้องโดยผู้ป่วยร้อยละ 80 (16คน) กำหนดอิริยาบถย่อยทุกครั้งที่นึกได้ (จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง) และปฏิบัติสมาธิวันละ 2 ครั้ง คือเวลาเช้า(ก่อนที่ผู้วิจัยจะไปพบ)และก่อนนอน(ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยไปพบและปฏิบัติร่วมกัน) อีกร้อยละ 20 (4คน) ใช้การกำหนดอิริยาบถย่อยทุกครั้งที่นึกได้ และปฏิบัติสมาธิตามเวลาที่ผู้วิจัยไปพบคือช่วงก่อนนอน นั่นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญใน

กิจกรรมที่ให้ และรับรู้ว่าเกิดประโยชน์โดยตรงกับตัวเองจึงมีการทำกิจกรรมโดยการปฏิบัติสมาธิเพิ่มขึ้นด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการส่งเสริมและการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยให้ข้อแนะนำ พร้อมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมในการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยวิธีการไม่ใช้ยา ส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการแก้ปัญหาตามหลักอริยสัจสี่ไปใช้ในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักอริยสัจสี่นั้น เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายใดๆ และสะดวกทั้งเวลาและสถานที่ที่จะปฏิบัติอีกด้วย อีกทั้งการเรียนรู้หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้าและได้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันด้วยแล้ว จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ปฏิบัติเป็นอย่างมาก เช่นการฝึกกำหนดสติในอิริยาบถย่อยการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีสติสัมปชัญญะอยู่ทุกเมื่อ เป็นผู้มีความอดทนต่ออุปสรรคต่างๆ มองสิ่งต่างๆเป็นอนิจจัง เมื่อตระหนักถึงหลักสัจจธรรมในข้อนี้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงมีมุมมองชีวิตในทางที่ดีขึ้น (จรัญ ฐิตธมฺโม, 2551)

ระหว่างทำการทดลองแม้ว่าในความเป็นจริงระดับความรุนแรงของอาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังการศึกษาของ Berger and Eilers (1998) พบว่า ถ้าในระยะก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอยู่ก่อนแล้ว จะเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด และความรุนแรงของความเจ็บปวดจะมีมากที่สุดในวันที่ 5-7 ภายหลังได้รับเคมีบำบัด ระหว่างดำเนินการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวัดขนาดแผลเยื่อบุช่องปากอักเสบของกลุ่มทดลอง และทำการบันทึกไว้ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ปรากฏผลดังนี้

1.ขนาดแผลเยื่อบุช่องปากอักเสบก่อนและหลังการทดลอง มีขนาดเท่าเดิม จำนวน 16 คน

2.ขนาดแผลเยื่อบุช่องปากอักเสบก่อนและหลังการทดลอง มีขนาดใหญ่กว่าเดิม จำนวน 4 คน

จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีแผลขนาดใหญ่กว่าเดิมร้อยละ 20 และมีแผลขนาดเท่าเดิมร้อยละ 80 โดยไม่มีผู้ป่วยคนใด มีขนาดแผลเล็กลงกว่าเดิม แต่ผลการประเมินระดับความเจ็บปวดกลับตรงกันข้าม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดลดลง ทั้งนี้น่าจะมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการได้ด้วยตนเอง ร่วมกับมีความรู้ในเรื่องของธรรมะเพิ่มขึ้น เพราะความรู้ในเรื่องหลักอริยสัจสี่ ทำให้มีสติสัมปชัญญะในการมองโลกทางบวก มีความตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มีความอดทนต่อสภาวะการเจ็บป่วยได้มากกว่าเดิม และเมื่อจิตใจสงบก็ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งสารสุขหรือเอนดอร์ฟิน(Endorphin)

ซึ่งสารดังกล่าวมีคุณสมบัติทำให้ระดับความเจ็บปวดลดลง (วัลลภา สังฆโสภณ, 2536; ประเวศ วะสี, 2540; Lynette & Garland, 2005) และในเรื่องการกำหนดอิริยาบถย่อยก็เป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจอย่างหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิ จดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยลืมนึกถึงความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลงเช่นเดียวกับทฤษฎีควบคุมประตู(Gate Control Theory) ที่กล่าวว่าการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เช่น การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวดจะไปยับยั้งการทำงานของ SG cell ทำให้ประตูเปิดเกิดความเจ็บปวดขึ้น แต่เมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่นการฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการกำหนดอิริยาบถย่อย จะไปกระตุ้นการทำงานของ SG cell นั้นคือประตูปิดไม่เกิดความเจ็บปวด ช่วยลดความปวดลงได้

นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ผู้วิจัยยังได้ใช้แผ่นภาพประกอบการสอน และมีคู่มือ แจกให้กับผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำเนื้อหาที่สอนได้แม่นยำขึ้น สามารถนำมาอ่านทบทวนและปฏิบัติกิจกรรมเองได้ด้วยตัวเอง เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและเพียงพอทำให้สามารถนำข้อมูลไปพิจารณา ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุดและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกิดทักษะในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แนะสนับสนุนให้กำลังใจ รวมถึงการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการที่ดี มีประสิทธิภาพนั่นเอง

สำหรับกลุ่มควบคุมนั้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วยและตามความเป็นไปได้ที่จะให้ข้อมูล อันเนื่องมาจากการที่ให้การพยาบาลตามปกตินั้นใช้วิธีการให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มเนื่องจากถูกจำกัดด้วยระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นๆ อีกทั้งในรายละเอียดของเนื้อหาที่ให้ มุ่งเน้นในเรื่องของขั้นตอนและความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด ไม่ได้ให้ความรู้ที่เจาะจงกับอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลนั้นๆ ขาดการเน้นและพัฒนาทักษะการดูแลช่องปาก การประเมินช่องปากด้วยตนเอง ไม่มีการประเมินผลว่าผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลที่ให้ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนหรือไม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่ดีพอ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อันเนื่องจากสุขอนามัยไม่ดีจากการดูแลช่องปากไม่ถูกต้อง การได้รับอาหารไม่เพียงพอร่างกายอ่อนแอ ไม่มีภูมิต้านทานเชื้อโรค เกิดการติดเชื้อในช่องปากเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

สรุปการนำโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงเหตุและผลการเกิดอาการ แนวทางจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่ได้ในการจัดการ

อาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง มีความรู้และทักษะในการจัดการอาการปวดที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งมีความสามารถในการวิเคราะห์หาสาเหตุของความเจ็บปวด และวางแผนในการจัดการความเจ็บปวดได้อย่างถูกวิธี ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลช่องปากอย่างถูกวิธี จึงส่งผลให้อาการปวดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

1.1ทางด้านการพยาบาล ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดได้เองโดยวิธีการไม่ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พยาบาลควรศึกษาความรู้ในด้านปฏิบัติ และปริยัติในทางพุทธศาสนาเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง อันเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายต่อไป

1.2ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการกับอาการอื่นๆ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3ทางด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการประยุกต์รูปแบบการจัดการกับอาการ กับงานการพยาบาลโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น

2.ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ เป็นระยะๆ เนื่องจากอาการมีการเกิดแบบพลวัตร ดังนั้นแล้วอาการเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบอาจเกิดขึ้นอีกได้ ตราบใดที่การรักษาด้วยเคมีบำบัดยังมีอยู่ เพื่อประเมินว่าหลังจากได้รับเคมีบำบัดครบในครั้งนี้แล้ว ครั้งต่อไปเมื่อผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอีกครั้งจะยังคงใช้แนวทางตามที่ได้รับไปหรือไม่

2.2 ควรปรับการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งในระยะประคับประคอง โดยเน้นการดูแลด้านจิตใจที่มากขึ้น

2.3 ควรปรับการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ มาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตวาย เป็นต้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรรณิการ์ ศุภชัย. 2548. **แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กระทรวงสาธารณสุข. 2550. **สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปีงบประมาณ 2548 [online]**. แหล่งที่มา : http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html (5 พฤศจิกายน 2550). กรมการแพทย์.

กาญจนา สังข์สิงห์ และคณะ. 2549. ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมาธิในการเยียวยาตนเอง. **วารสาร สงขลานครินทร์เวชสาร** 25(1) : หน้า41-48

ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. 2535. **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เฉก ธนะศิริ. 2539. **สมาธิกับคุณภาพชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัท แปลนพริ้นติ้ง จำกัด,

ธรรมปิฎก, พระ(ป.อ.ปยุตโต). 2538. **พุทธธรรม**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด,

ทานตะวัน เนตรทอง. 2542. **ผลของการอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นฤมล ศาสตร์สุข. 2540. **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ. 2542. **การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งของผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นารี ชื่นคล้าย. 2548. **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. 2534. **ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณ ศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตยา สมบัติแก้ว. 2536. **ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์ต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนรับการรักษาด้วยรังสี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนตร์สุวีณ์ เจริญจิตสวัสด์. 2547. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บัวษร เวชพันธ์. 2548. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปทุมภรณ์ แซ่จึง และคณะ. 2539. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งตา หู คอ จมูกและปาก. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 14(3) : หน้า 39-47.

ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. 2543. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ. 2539. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 2(1) : หน้า 57-65.

ประเวศ วะสี. 2540. บนเส้นทางชีวิต : วิ่งสู่สภาวะนิรันดร์. **หมอชาวบ้าน**. 18(215) : หน้า 54-63.

ผ่องรัตน์ รัตนไทย. 2540. **ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรจันทร์ สัยละมัย. 2541. **ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรวีนัส บุญเมฆ. 2548. การลดความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 23(1) : หน้า21-28.

พวงทอง ไกรพิบูลย์ และคณะ. 2541. Advanced radiation therapy. ในวรชัย รัตนธราธร (บรรณาธิการ). **ตำรารักษาโรคมะเร็ง 2**. กรุงเทพฯ : เยียร์บุ๊คพับลิชเชอร์,

พระคันธสาราภิวงศ์. 2551. **โพธิปักขิยธรรม**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : บริษัทบุญศิริการพิมพ์,

พระเทพสิงหบุราจารย์(จรัล ฐิตธมฺโม). 2551. **80 ปีพระเทพสิงหบุราจารย์ : กฎแห่งกรรมธรรมปฏิบัติ**. เล่มที่22. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร : หอรัตนชัยการพิมพ์,

พระธรรมสิงหบุราจารย์(จรัล ฐิตธมฺโม). 2550. **การเจริญสติ-วิปัสสนากรรมฐาน**. กรุงเทพฯ : ทีมงานเล็กออริจินอล,

พระพรหมคุณาภรณ์(ป.อ. ปยุตฺโต). 2551. **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**. พิมพ์ครั้งที่16. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เอส. อาร์. พริ้นติ้ง แมส โปรดักส์ จำกัด,

พระโสภณมหาเถระ(มหาสีสยาดอ). 2551. **ธัมมจักกัปปวัตนสูตร**(แปลและเรียบเรียงโดย พระคันธะสาราภิวงศ์). พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์,

ยุวดี ภาชา และคณะ, 2540. **วิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพมหานคร : สยามศิลป์การพิมพ์,

วัลภา สังฆโสภณ. 2536. **ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วทินันท์ เพชรฤทธิ์. 2550. **การนำโปรแกรมการฝึกอานาปานสติสมาธิมาใช้ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิชาญ หล่อวิทยา และคณะ. 2544. **Manual of Radiation Oncology**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์. 2546. **ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่ออาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. 2528. **การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเวียงแก้ว เติงเกียรติ์ตระกูล และนัฏฐชา เจียรนิลกุลชัย. 2552. **เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่1**. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี : หน้า 305-329.

ศรีสุนทรา เจิมวรพิพัฒน์. 2545. **การพยาบาล หู คอ จมูก**. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์,

ศิริพรรณ โกมลประเสริฐ. 2544. **การให้คำแนะนำต่อการหายของแผลในช่องปากของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนความกดดันสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ. 2534. ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต และความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. **พยาบาลสาร**. 3(1) : หน้า12-33.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2537. **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : หจก. วี เจ พริ้นติ้ง,

สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ. 2538. ผลของการสนับสนุนการดูแลตนเองและการเผชิญกับโรคต่อคุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และความพร่องในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 1(2) : หน้า 28-39.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2543. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ. พริ้นติ้ง,

สมทรง เพ่งสุวรรณ. 2528. **ผลของการฝึกอานาปานสติต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธีรา จักรกุลเหลืองสุขเจริญ. 2540. **ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมิตรา ทองประเสริฐ. 2536. **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด**. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์,

สุรีพร ธนศิลป์. 2545. **การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ**. เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชา Advance Adult Nursing I,(ม.ป.ท.) : หน้า 3-10.

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และคณะ. 2541. เคมีบำบัด : ภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 16(3) : หน้า 5-9.

อพัชชา ผ่องญาติ. 2543. **การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรทัย สนใจยุทธ. 2540. **ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2531. **ผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในด้านการลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพื่อการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอมอร แซ่จิว. 2545. ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**, 8 (3) : หน้า192-203.

ภาษาอังกฤษ

Andersson P. et al. 1999. Testing and oral assessment guide during chemotherapy treatment in a Swedish care setting : a pilot study. **Journal of Clinical Nursing**, 8 : 150-158.

Anna M.T. 2003. Meditation as a Complementary Therapy in Cancer. **Fam Community Health**, 26(1) : 64-73.

Armstrong JA and McCaffrey R. 2006. The effects of mucositis on quality of life in patients with head and neck cancer. **Clin J Oncol Nurs**, 10(1) : 53-56.

Beck, S. L. 1996. **Mucositis In Cancer symptom management**, pp. 308-317. London : Jones and Bartlett.,

Beck, S. L. 2004. **Mucositis In Cancer symptom management**, pp. 276-292. London : Jones and Bartlett,

Berger, A. M. and Eilers, J. 1998. Factors influencing oral cavity status during high-dose antineoplastic therapy: A secondary data analysis. **Oncology Nursing Forum,** 25(9): 1623-1626.

Berger, A. M., and Clark-snow, R. A. 2001. Adverse effect of treatment: Nausea and vomiting. In V. T. Devita, S. Hellman, and S. A. Rosenberg (eds.), **Cancer principle of practice of oncology**, pp.2869-2880. Philadeaphia : Lippincott William & Wilkins,

Burns, N., and Grove, S. K. 1997. **The Practice of Nursing Research:Conduct, Critique,and Utilization.** Philadelphia : W.B. Saunders,

Cheng K.K. and Chang A.M., 2003. Palliation of oral mucositis symptoms in pediatric patientstreated with cancer chemotherapy. **Cancer Nursing**, 26(6) : 476-484.

David I. R., et al. 2007. Measuring head and neck cancer symptom burden : The Development and validation of the M.D. Anderson symptom inventory, head and Neck Module. **The M.D. Anderson Symptom Inventory Validation for Head and Neck Cancer,** 10(12) : 923-931.

Dodd, M.J. 2000. The PRO-SELF Program: A self care intervention program for patients receiving cancer treatment. **Seminars in Oncology Nursing,** 16(4) : 300-308.

Dodd, M.J., et al. 2001. Symtom clucters and their effects on the functional status of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 28(3) : 465-470.

Dodd, M.J., et al. 2003. The PRO-SELF Pain control Program: An effective approach for cancer pain management. **Oncology Nursing Forum**, 30(1) : 65-73.

Duncan, K. M., et al. 2000. Supportive care therapies for patients with cancer. In E. T. Herfindal and D. R. Gounly (ed). **Textbook of therapeutics : drug and disease management**, pp.1603-1713. Philadeaphia : Lippincott Williams&Wilkins,

El-Sayed, S., et al. 2002. Prophylaxis of radiation – associated mucositis in conventionally treated patients with head and neck cancer : A double-blind, phase III, randomized, controlled trial evaluating the clinical efficacy of an antimicrobial lozenge using a validated mucositis scoring system. **Journal of Clinical Oncology,** 20(19) : 3956-3963.

Fowler, J. F., and Linstrom, M. J. 1992. Loss of local control with prolongation in radiotherapy. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics**, 23(11): 457-467.

Graham, K. M., Pecoraro, D. A., Ventura, M., and Meyer, C. C. 1993. Reducing the incidence of stomatitis using a quality assessment and improvement approach. **Cancer Nursing**, 16(2) : 117-122.

Harris D.J. and Knobf M.T. 2004. Assessing and managing chemotherapy-induced mucositis pain. **Clin J Oncol Nurs**, 8(6) : 622-628

Holmes, S. 1991. The oral complications of specific anticancer therapy. **Int. J. Nurs. Stud**, 28(4): 343-360.

Honnor, A., and Law, A. 2002. Mouth care in cancer nursing: using an audit to change practice. **British Journal of Nursing**, 11(16) : 1087-1096.

Iwamoto, R. 1991. Alteration in oral status. In S. B. Baird (ed.). **Cancer Nursing**, pp. 742-756. Philadelphia : W.B. Saunders,

Langius, A., et al. 1993. Oral and pharyngeal cancer patients'perceived symptom and health. **Cancer Nursing**, 16(3): 214-221.

Larson, P.J., et. al. 1994. A model of symptom management. **IMAGE : Journal of Nursing Scholarship**, 26(4) : 272-276.

Larson, P. J., et al. 1998. The PRO-SELF Mouth Aware program: An effective approach for reducing chemotherapy- induced mucositis. **Cancer Nursing**, 21(4) : 263-268.

Linda E. C. and Sheila N.G. 2005. Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients. **International Journal of Behavioral Medicine**, 12(4) : 278-285.

Lynette A.M. and Daniel A.M. 2005. Nonpharmacologic and Complementary Approaches to Cancer Pain Management. **JAOA**, 105(5) : 15-20.

Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. 1997. **Sample Size Tables for Clinical Studies**, 2nd ed. Malden : Blackwell Science.

Madeya, M.L. 1996. Oral complications form cancer therapy: 1 pathophysiology and secondary complications. **Oncology Nursing Forum**, 23(5) : 801-807.

Mahood, D. J., et al. 1991. Inhibition of Fluorouracil induced stomatitis by oral cryotherapy. **Journal of Clinical Oncology**, 9(3) : 449-452.

McCaffery, M. 1979. **Nursing management of the patient with pain**. New York : J.B. Lippincott.

McGuire, D. B., et al. 1993. Pattern of mucositis and pain in patients receiving preparative chemotherapy and bone marrow transplantation. **Oncology Nursing Forum**, 20(10) : 1493-1502.

McGuire, D. B., et. al. 1998. Acute oral pain and mucositis in bone marrow transplant and leukemia patients : Data from a pilot study. **Cancer Nursing**, 21(6) : 385-393.

Miaskowski, C., et al. 2001. Lack of Adherence with the analgesic regimen: A significant barrier to effective cancer pain management. **Journal of Clinical Oncology**, 19(23) : 4275-4279.

Miaskowski, C., et al. 2002. Oncology outpatients with pain from bone metastasis require more than around the clock dosing of analgesics to achieve adequate pain control. **The Journal of Pain**, 3(1) : 12-20.

Ohrn, K. E. O., and Sjoden, P. O. 2003. Experiences of oral care in-patients with hematological malignancies or head and neck cancer. **European Journal of Cancer Care**, 12(2) : 274-282.

Orem, D.E. 2001. **Nursing concepts of practice**, 6th. St.Louis : Mosby.

Otto, S.E. 2001. **Oncology nursing**, 4th St louis : Mosby.

Rodriguez, C.S. 2004. Pain measurement in older adults with head and neck Cancer and communication impairment. **Cancer Nursing**, 27(6) : 425-433.

Rogers, B. B. 2001. Mucositis in the oncology patient. **Nursing clinics of North America**, 36(4) : 745-760.

Serlin, V.R., Mendoza, T,R., Nakamura, Y., Edwards, K.& Cleeland, C.S. 1995. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. **Pain**, 61 : 277-284.

Schumacher, K.L., et al. 2002. Putting cancer pain management regimens Into practice at home. **Journal of Pain and Symptom Management**, 23(5) : 369-382.

Shiba, G.H. 1997. **Radiation Therapy-Related Mucositis, Mucositis Pain, and Self- care Behaviors of Head and Neck Cancer Patient.** Doctoral dissertation, Department of Nursing, University of Califonia.

Sonis, S. T., et al. 1999. Validation of a new scoring system for the assessment of clinical trial research of oral mucositis induced by radiation or chemotherapy. **American Cancer Society**, 85(10) : 2103-2113.

Spanlding, M.B. 2002. Recent advances in the treatment of head and neck cancer : A patient care perspective. **ORL-head and neck nursing**, 20(1) : 9-15.

Tabachnick, B. and Fidell, L. 1996. **Using Multivariate Statistics**. Harper Collins. 10 East 53d Street, NY, 10022.

The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. 1998. Prevention and treatment of oral mucositis in cancer patients. **Best Practice : Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals**, 2(3) : 1-6.

Vroom, P. S. 2002. **Meditation as a moderator of the effect of optimism on positive coping for Cancer patients.** [Online]. Available : http://wwwlib.umi.com/dissertations/preview_all/3048260 [2005, January 27].

Zerbe, M. B., et. al. 1992. Relationship sbetween oral mucositis and treatment variables in bone marrow transplant patients. **Cancer Nursing**, 15(3) : 196-205.

Zung, W. W. K. 1980. Cavenar JO. **Assessment scaled and techniques : Hand book on stress And anxiety.** Sanfrancisco : Jossy-Bass Publishers, 1980 : 351.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. ผศ.นพ. ธงชัย พงศ์มฆพัฒน์ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กทม.
2. รศ. ดรุณี ชุณหะวัต อาจารย์พยาบาล งานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กทม.
3. น.ส. อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช ผู้ชำนาญการ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กทม.
4. น.พ. เอกชัย จุละจาริตต์ ข้าราชการบำนาญ (วิทยากรรับเชิญ)111 ซ.วัดอัมพวัน ถ.พระราม 5 ราชวัตร เขตดุสิต กทม. 10300
5. น.ส. แม้นมนา จิระจรัส ผู้ชำนาญการ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กทม.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0709

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 เมษายน 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ เอกชัย จุลจาริตต์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางศิริพร เสมสาร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน ธังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อนิสิต นางศิริพร เสมสาร โทร. 08-1767-1545

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0709

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

9 เมษายน 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางศิริพร เสมสาร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ครุณี ชุณหะวัต อาจารย์พยาบาลงานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธงชัย พงศ์มงฆพัฒน์ อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา
3. นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช ผู้ชำนาญการงานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
4. นางสาวแม้นมนา จิระจรัส ผู้ชำนาญการงานการพยาบาลอายุรศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ครุณี ชุณหะวัต, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธงชัย พงศ์มงฆพัฒน์, นางสาวอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช และนางสาวแม้นมนา จิระจรัส
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อนิสิต นางศิริพร เสมสาร โทร. 08-1767-1545

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0773

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

23 เมษายน 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางศิริพร เสมสาร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 5 คน ณ แผนกผู้ป่วยใน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบประเมินความเจ็บปวด โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความเจ็บปวด แผนการสอนและแผนภาพประกอบคำบรรยาย คู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด และคู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐานสี่ ทั้งนี้นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางศิริพร เสมสาร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829
ชื่อนิสิต นางศิริพร เสมสาร โทร. 08-7997-7512

ภาคผนวก ค
เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 เอกสารการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ส่วนที่ 2 ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 3 เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ ๒๓๕/๒๕๕๒ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางศิริพร ถิรมาร

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๕ - ๕๒ - ๒๔ ว

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯแล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๔๔ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงร่างวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงร่างวิจัยหรือมีการเปลี่ยนโครงร่างการวิจัยก่อนที่การ แก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างวิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการไปจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ด้วยทุกครั้ง

" ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความสงสัยเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๓ (ห้อง ๓๐๑) โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๑๕๔๔ ในเวลาราชการ"

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๔๖๑

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๕ – ๕๒ – ๒๘ ว
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางศิริพร เสมสาร
ที่ทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม .....
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม .....
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๒

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางศิริพร เสมสาร

* ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ----------

อายุ ----------เลขที่เวชระเบียน ----------

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่ .....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....นางศิริพร เสมสาร.....(ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด(THE EFFECT OF THE PRO-SELF PAIN CONTROL PROGRAM EMPHASIZING THE FOUR NOBLE TRUTHS ON PAIN IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY)

ชื่อผู้วิจัย นางศิริพร เสมสาร นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ สามัญหญิง ร.พ. รามาธิบดี โทร : 02-201-1313

สถานที่วิจัย แผนกจักษุ-โสตฯ โรงพยาบาลรามาธิบดี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1.ผศ.นพ.ธงชัย พงศ์มฆพัฒน์ ภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา ร.พ.รามาธิบดี
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-201-1125 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-1805-3442

2.น.พ. เอกชัย จุละจาริตต์ 111 ซ.วัดอัมพวัน ถ.พระราม ๕ ราชวัตร เขตดุสิต กทม.
โทรศัพท์ที่บ้าน 02-241-0837

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด อีกทั้งการฉายรังสีร่วมด้วยจะทำให้เกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบมากขึ้นถึง 100% ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น การที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับอาการปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง อันเป็นผลจากตัวโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยเฉพาะภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบซึ่งเป็นปัญหาสำคัญก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาหาแนวทางในกาแก้ปัญหาเรื่องความเจ็บปวด อันเนื่องมาจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ที่นับเป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ลักษณะความเจ็บปวดเป็นแบบต่อเนื่อง ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะมีมากที่สุดในวันที่ 5-7 ภายหลังได้รับเคมี

บำบัด และพบว่า ถ้าในระยะก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอยู่ก่อนแล้ว จะเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานจากการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ปากแห้งตึง การรับรสเสียไป อาการเจ็บปวดเป็นแบบรุนแรง เกิดขึ้นทันทีทันใดในช่วงรับประทานอาหาร รวมถึงการดื่มน้ำ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร นอกจากนี้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยไม่อยากทำความสะอาดในช่องปาก เพิ่มโอกาสการติดเชื้อเฉพาะที่ในช่องปากได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการรักษาจากความไม่พร้อมของร่างกายทำให้ต้องหยุดหรือชะลอการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นปัจจัยให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรูปแบบการจัดการอาการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในรูปแบบต่างๆกัน มีการจัดการ โดยนำหลักการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาผสมผสานเข้าด้วยกัน การนำหลักธรรมคำสั่งสอนในเรื่องอริยสัจสี่ มาเป็นหลักในการเปรียบเทียบเหตุและผลของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ก็เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย มีมุมมองในการแก้ปัญหาและยอมรับสภาพความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ได้ด้วยจิตใจเข้มแข็ง มีความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคร้ายได้อย่างเป็นปกติสุข ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่

2. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีอายุระหว่าง 18- 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยในจำนวน 40 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ

2. กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการควบคุมอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยใช้หลักอริยสัจสี่ ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง มีดังนี้

ครั้งที่ 1(วันที่1) ประเมินการรับรู้ในเรื่องโรค ระยะของโรค ประเมินประสบการณ์ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องหลักอริยสัจสี่ การนำหลักอริยสัจสี่มาใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ได้ ระบุปัญหาที่พบร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ครั้งที่ 2(วันที่2 /รอบที่1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เยื่อบุช่องปากอักเสบ วิธีประเมินความรุนแรงเยื่อบุช่องปากอักเสบ การจัดการความเจ็บปวดโดยการอมน้ำแข็ง ใช้แผนการสอนและแผ่นภาพประกอบคำบรรยาย ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก การประเมินช่องปากใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที (รอบที่2) สอนการฝึกวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยใช้หลักอริยสัจสี่ การเจริญสติปัฏฐาน 4 และฝึกปฏิบัติธรรมโดยการกำหนดสติและทำสมาธิประมาณ 45 นาที

ครั้งที่ 3-7 (วันที่3-7/รอบที่1-2) ทบทวนความรู้และการปฏิบัติตามที่ฝึกไว้ / ปฏิบัติจริงโดยผู้วิจัยควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ตอบข้อซักถามปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ ประเมินปัญหาและอุปสรรคภายหลังการฝึกสิ้นสุดลงแต่ละครั้ง กระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

วันที่ 8-14 แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ มีมุมมองในการแก้ปัญหาและยอมรับสภาพความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น สามารถอดทนต่อความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ได้ด้วยจิตใจเข้มแข็ง

ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพียงแต่ผู้ป่วยต้องเสียสละเวลาเพียงเล็กน้อยในการเข้าร่วมโครงการ

ค่าใช้จ่าย ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมงานวิจัย แต่จะได้รับเอกสารและอุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก รวมทั้งเอกสารการฝึกสมาธิจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

สิทธิในการงดเข้าร่วมงานวิจัย ท่านสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ทุกเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อการรับการรักษาพยาบาล

การรักษาความลับ ข้อมูลใด ๆที่ได้รับจากท่าน จะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้คนอื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมจากการวิจัยในครั้งนี้อาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเจ็บปวด

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับความเจ็บปวด

ส่วนที่ 4 โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (X) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ (1) ชาย (2) หญิง 1[ ]
2. อายุ ..... ปี (อายุเศษเกิน 6 เดือนขึ้นไปให้ปัดขึ้นเป็น 1 ปีเต็ม) 2[ ]
3. สถานภาพสมรส 3[ ]
   (1) โสด (2) คู่
   (3) หม้าย (4) หย่า/แยก
4. การศึกษาสูงสุดของท่าน 4[ ]
   (1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษา
   (3) ปริญญาตรี (4) ไม่ได้เรียน
   (5) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
5. ศาสนา 5[ ]
   (1) พุทธ (2) คริสต์
   (3) อิสลาม (4) อื่น ๆ(โปรดระบุ).....
6. อาชีพ 6[ ]
   (1) ค้าขาย (2) เกษตรกร
   (3) ข้าราชการ (4) รับจ้าง
   (5) รัฐวิสาหกิจ (6) อื่น ๆ(โปรดระบุ).....
7. รายได้ของครอบครัว 7[ ]
   (1) น้อยกว่า 5,000 บาท (2) 5,001-10,000 บาท
   (3) 10,001 - 15,000 บาท (4) 15,001 - 20,000 บาท
   (5) 20,000 บาทขึ้นไป
8. สิทธิการรักษา 8[ ]
   (1) เบิกต้นสังกัด (2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
   (3) ประกันสังคม (4) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
9. ประวัติการสูบบุหรี่ 9[ ]
   (1) ไม่สูบบุหรี่ (2) หยุดสูบบุหรี่ ระบุ..... ปี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ 10[ ]

(1) ไม่ดื่ม (2) หยุดดื่ม ระบุ..... ปี

(3) ดื่ม ระบุ .....แก้ว / วัน / สัปดาห์

11. ท่านมีความเชื่อเพียงใดว่า คำสอนของพระพุทธศาสนาช่วยขจัดทุกข์ได้จริง 11[ ]

(1) เชื่อมากที่สุด (2) เชื่อปานกลาง

(3) เชื่อน้อย (4) อื่นๆ ระบุ.....

12. ท่านเชื่อว่าทุกข์ที่ท่านมีอยู่ มีแนวทางในการขจัดเป็นขั้นตอนได้เพียงใด 12[ ]

(1) เชื่อว่าทำได้มาก (2) เชื่อว่าทำได้ปานกลาง

(3) เชื่อว่าทำได้น้อย (4) อื่นๆ ระบุ.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ผู้วิจัยบันทึกด้วยตนเอง)

1. การวินิจฉัยโรคมะเร็ง.....
2. ระยะของโรคมะเร็ง.....T.....N.....M..... Stage I II III IV
3. การรักษาที่ได้รับ

   ( ) การผ่าตัด ระบุ..... วันที่.....

   ( ) เคมีบำบัด ระบุ(ชนิด).....ครั้งที่.....

   ( ) รังสีรักษา ระบุ(ตำแหน่ง).....

   ปริมาณที่ได้รับ.....
4. การรับประทานอาหาร

   ( ) อาหารธรรมดา ( ) อาหารอ่อน

   ( ) อาหารเหลว ( ) อาหารทางสายยาง
5. สภาพช่องปากก่อนการให้เคมีบำบัด

   ระดับความรุนแรงของเยื่อบุช่องปาก.....

   คะแนนความเจ็บปวด.....คะแนน

   หมายเหตุ (ใช้เกณฑ์ในการประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบ ของ WHO ดังนี้)

ระดับ 0 หมายถึง เยื่อบุช่องปากปกติไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล

ระดับ 1 หมายถึง เยื่อบุช่องปากเริ่มมีสีแดง มีแผลแต่ไม่มีอาการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย

ระดับ 2 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้

ระดับ 3 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล รับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้

ระดับ 4 หมายถึง มีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอย่างรุนแรง จนไม่สามารถรับประทาน หรือน้ำทางปากได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารหรือทางหลอดเลือดดำทดแทน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ประเมิน.....

แบบประเมินความเจ็บปวด

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ มาตรวัดความรุนแรงของอาการเจ็บปวด

และ แบบบันทึกการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการเจ็บปวด

มาตรวัดความรุนแรงของอาการเจ็บปวด

คำชี้แจง มาตรวัดนี้ เป็นมาตรวัดอาการเจ็บปวดตามความรู้สึกของท่าน ตั้งแต่ไม่มีอาการเจ็บปวด
จนกระทั่งมีอาการเจ็บปวดมาก จนรู้สึกทนไม่ได้ โปรดกาเครื่องหมาย X หรือขีดลงบนตัวเลขระหว่าง 0-10 ที่ใดก็ได้ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด

1. อาการปวดในช่องปากของท่าน ขณะนี้ อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกปวด ปวดมากจนทนไม่ได้

2. อาการปวดในช่องปากของท่าน ขณะดื่มน้ำ ตลอดในวันนี้ อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกปวด ปวดมากจนทนไม่ได้

3. อาการปวดในช่องปากของท่าน ขณะเคี้ยวอาหาร ตลอดในวันนี้ อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกปวด ปวดมากจนทนไม่ได้

4. อาการปวดของท่านในช่องปาก ขณะพูด ตลอดในวันนี้ อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกปวด ปวดมากจนทนไม่ได้

5. อาการปวดในช่องปากของท่านที่รู้สึกว่า รุนแรงมากที่สุด ตลอดในวันนี้ อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกปวด ปวดมากจนทนไม่ได้

6. อาการปวดในช่องปากของท่านที่รู้สึกว่า รุนแรงน้อยที่สุด ตลอดในวันนี้ อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกปวด ปวดมากจนทนไม่ได้

7. อาการปวดในช่องปาก เฉลี่ย ตลอดในวันนี้ของท่าน อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกปวด ปวดมากจนทนไม่ได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการรบกวนการปฏิบัติกิจกรรมที่เกิดเนื่องจากอาการเจ็บปวด

<u>คำชี้แจง</u> แบบบันทึกนี้เป็นแบบบันทึกการรบกวนของอาการเจ็บปวดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ไม่รบกวน จนกระทั่งรบกวนมากที่สุด โปรดกาเครื่องหมาย X หรือขีดลงบนตัวเลข ระหว่าง 0 -10 ที่ใดก็ได้ <u>ตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้</u>

1. อาการปวดในช่องปากรบกวน <u>การทำกิจวัตรประจำวัน</u> (การรับประทานอาหาร, การพูด, การดื่มน้ำ) ตลอดในวันนี้ของท่าน อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนมากที่สุด

2. อาการปวดในช่องปากรบกวนทางด้าน <u>อารมณ์และจิตใจ</u> ตลอดในวันนี้ของท่าน อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนมากที่สุด

3. อาการปวดในช่องปากรบกวน <u>ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น</u> ตลอดในวันนี้ของท่าน อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนมากที่สุด

4. อาการปวดในช่องปากรบกวน <u>ความสามารถในการเดินหรือการเคลื่อนไหว</u> ตลอดในวันนี้ของท่าน อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนมากที่สุด

5. อาการปวดในช่องปากรบกวน <u>การนอนหลับ</u> ของท่าน อยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนมากที่สุด

6. อาการปวดในช่องปากรบกวน <u>การทำงาน</u> (ทั้งในบ้านและนอกบ้าน) ของท่านอยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนมากที่สุด

7. อาการปวดในช่องปากรบกวน <u>ความเป็นสุขในชีวิต</u> ของท่านอยู่ในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนมากที่สุด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

<u>คำชี้แจง</u> แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามว่า <u>ในรอบ 1 สัปดาห์</u> ที่ผ่านมาท่านมีพฤติกรรมการการจัดการกับความเจ็บปวด ด้วยตนเองอย่างไร ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีอาการ สม่ำเสมอ
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ข้าพเจ้าประเมินความรุนแรงของอาการปวด ทุกครั้งที่มีอาการ โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด				
2. ข้าพเจ้าขอยาแก้ปวดทุกครั้งที่เริ่มรู้สึกปวด				
3. ข้าพเจ้าแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร				
4. ข้าพเจ้าบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทุกๆ 2 ชั่วโมง				
5. ข้าพเจ้าอมน้ำแข็งบ่อยๆ ตามที่พยาบาลแนะนำ (แต่ละครั้งนาน 5 นาที)				
6. ข้าพเจ้าใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในช่องปากโดยการอมน้ำแข็งแต่ละครั้งนาน 5 นาที				

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
7. ข้าพเจ้าฝึกกำหนด หรือมีสติอยู่กับอิริยาบถย่อย ทุกครั้งที่นึกได้				
8. ข้าพเจ้าฝึกการนำหลักอริยสัจสี่ มาใช้แก้ปัญหาความเจ็บปวดตามที่พยาบาลแนะนำ				
9. ในแต่ละวันข้าพเจ้าฝึกคิดแต่เรื่องที่เป็นกุศล				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือสำหรับพยาบาล

โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่

หลักการและเหตุผล

มะเร็งศีรษะและคอเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยอยู่ในอันดับที่ 10 ของมะเร็งที่พบทั้งหมดในโลก สำหรับในประเทศไทยมะเร็งศีรษะและคอพบมากในช่วงอายุ 40-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.9 ของมะเร็งทั้งหมด ในปี 2548 พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในผู้ชาย และอันดับ 6 ในผู้หญิง ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) การรักษามะเร็งในกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกับการรักษามะเร็งของอวัยวะอื่นๆ คือการผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด และการฉายรังสี อาจใช้วิธีการรักษาเพียงอย่างเดียวหรือมากกว่าหนึ่งวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของโรค และตำแหน่งของมะเร็งนั้นๆ (Spanlding, M.B. 2006)

ปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด คือความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (The Joanna Briggs Institute of Evidence Based Nursing and Midwifery, 1988; Sonis et. Al., 1999) และพบอัตราสูงถึง 75% ในผู้ป่วยที่ได้รับ 5-Fluorouracil (Dodd et al., 1996) ความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด (เนตร์สุวีณ์ เจริญสวัสดิ์, 2547) ลักษณะความเจ็บปวดเป็นแบบต่อเนื่อง ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะมีมากที่สุดในวันที่ 5-7 ภายหลังได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาของ Berger and Eilers (1998: 1625) พบว่า ถ้าในระยะก่อนให้เคมีบำบัดผู้ป่วยมีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอยู่ก่อนแล้ว จะเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ปากแห้งตึง การรับรสเสียไป(David, et al., 2007, Harris&Knobf, 2004) อาการเจ็บปวดเป็นแบบรุนแรง เกิดขึ้นทันทีทันใดในช่วงรับประทานอาหาร รวมถึงการดื่มน้ำ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร (Andersson et. al., 1999; Cheng&Chang, 2003) นอกจากนี้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในช่องปากทำให้ผู้ป่วยไม่อยากทำความสะอาดในช่องปาก เพิ่มโอกาสการติดเชื้อเฉพาะที่ในช่องปากได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2534; นฤมล ศาสตร์สุข, 2540; สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ, 2534) บางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการรักษาจากความไม่พร้อมของร่างกายทำให้ต้องหยุดหรือชะลอการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ไม่สามารถ

ควบคุมโรคได้ (Martin, 1993 Cited in Shiba, 1997) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

ความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นปัจจัยให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (บัวษร เวชพันธ์, 2548; สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถป้องกันหรือลดอาการข้างเคียงจากการรักษา อันเป็นสาเหตุให้เจ็บปวดทุกข์ทรมานลง เกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคได้อย่างเต็มศักยภาพที่มีอยู่ (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2539)

ปรัชญา

ใช้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ซึ่ง Dodd (2001)ได้อธิบายแนวความคิดพื้นฐานของการจัดการอาการ โดย Dodd (2001) เชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของคนว่า ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะสามารถคิดหาวิธีการในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการอาการเป็นแนวคิดที่สามารถลดความรุนแรงของการเกิดอาการได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความรู้อย่างเพียงพอ และได้รับการฝึกทักษะที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้และข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเสียก่อน

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองของนารี ชื่นคล้าย(2548)มาประยุกต์ร่วมกับหลักอริยสัจสี่ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจของพระพุทธศาสนา(ป.อ.ปยุตโต, 2538) ประกอบด้วย 1. ความทุกข์(ทุกข์) 2. สาเหตุของความทุกข์(สมุทัย) 3. ความดับทุกข์(นิโรธ) 4. ทาง(วิธี)ปฏิบัติเพื่อความดับทุกข์(มรรค) ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงเหตุและผลการเกิดอาการ แนวทางจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่ได้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลปัญหาด้านความเจ็บปวดที่เผชิญอยู่ เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นทุกข์ทางกาย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นธรรมดาของสังขารที่ต้องมี เกิด แก่ เจ็บ ตาย การที่ผู้ป่วยรับรู้ความเป็นจริงแห่งสังขารอันเป็นบ่อเกิดแห่งทุกข์ อีกทั้งเรียนรู้การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีสติสัมปชัญญะในการมองโลกทางบวก มีความตระหนักถึงความสำคัญในการแก้ปัญหา โดยใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง ร่วมกับการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและการฝึกปฏิบัติจริงจากพยาบาล อันเป็นการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ

โปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยเน้นหลักอริยสัจสี่

เป็นกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่จัดกระทำขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองมาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักอริยสัจสี่ โดยผู้วิจัยได้บูรณาการโปรแกรมขึ้นมาใหม่ เป็นการผสมผสานการแก้ปัญหาโดยเน้นหลักอริยสัจสี่ ภายใต้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001) โปรแกรมประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1.การประเมินปัญหาและความ
ต้องการ 2.การให้ข้อมูล 3.การฝึกทักษะปฏิบัติ 4.การส่งเสริมและการสนับสนุน

โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน เป็นรายบุคคล มีระยะเวลาดำเนินงานทั้งหมด 14 วัน ซึ่ง 7 วันแรกจัดกระทำที่โรงพยาบาลวันละ 2 ครั้ง โดยมีผู้วิจัยอยู่ด้วย ส่วน 7 วันหลัง ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติด้วยตนเองต่อที่บ้าน วันละ 2 ครั้ง ติดต่อกันทุกวัน รวมการพบผู้ป่วยทั้งหมด 14 ครั้ง รายละเอียดขั้นตอนของโปรแกรม มีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่1 การประเมินปัญหาและความต้องการ.....

.....

.....

.....

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล.....

.....

.....

.....

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะปฏิบัติ.....

.....

.....

.....

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมและการสนับสนุน.....

.....

.....

.....

ตารางเวลาการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ มีดังนี้

ช่วงบ่าย

เวลา 14.00น.-14.30น.	ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาด้วยเคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด ความหมาย กลไก และการประเมินภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ การประเมิน การป้องกันและบรรเทาอาการปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ โดยใช้แผนการสอนประกอบภาพพลิก และคู่มือฯ
เวลา 14.30น.-14.50น.	ฝึกปฏิบัติการดูแลช่องปาก การประเมินช่องปาก โดยผู้วิจัยสาธิตแล้วให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม โดยใช้อุปกรณ์ประกอบการสาธิต
เวลา 14.50น.-15.00น.	สรุปผลการปฏิบัติประเมินปัญหาและอุปสรรคภายหลังการฝึกสิ้นสุดลง

.....

ช่วงค่ำ

เวลา 19.00น.-19.30น.	ให้ความรู้เรื่องธรรมะ ในหัวข้อหลักอริยสัจสี่ วิธีการวิเคราะห์ความเจ็บป่วยโดยใช้หลักอริยสัจสี่ ความหมายและประโยชน์ของการบริหารจิต อานิสงส์ของการปฏิบัติธรรม วิธีการเจริญสติปัฏฐาน 4 โดยใช้โดยใช้แผนการสอนประกอบภาพพลิก และคู่มือฯ
เวลา 19.30น.-19-40น.	สวดมนต์ เดินจงกรม
เวลา 19.40น.-19-50น.	นั่งสมาธิ
เวลา 19.50น.-19-55น.	แผ่เมตตา
เวลา 19.55น.-20.00น.	สรุปผลการปฏิบัติประเมินปัญหาและอุปสรรคภายหลังการฝึกสิ้นสุดลง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนและคู่มือ

1. แผนการสอนเรื่อง...การดูแลตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด

2. แผนการสอนเรื่อง...การบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4

3. คู่มือการบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด

4.คู่มือการบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน...

การดูแลตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่อง...การดูแลตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด

ผู้สอน นางศิริพร เสมสาร

ผู้เรียน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

สถานที่ หอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ สามัญ ร.พ.รามาธิบดี

กิจกรรม บรรยาย

เวลาที่ใช้ในการสอน 20-30 นาที

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้ป่วยสามารถ...

1. บอกถึงความหมายและวิธีการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดได้
2. บอกถึงภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดได้
3. บอกถึงวิธีการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัดได้
4. บอกถึงความหมายและกลไกการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้
5. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้
6. อธิบายวิธีป้องกัน และการบรรเทาอาการเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงความหมายและวิธีการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดได้ . . . . 6.อธิบายวิธีป้องกันและการบรรเทาอาการเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้	เคมีบำบัด หมายถึง การใช้ยาหรือสารเคมีเพื่อทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตหรือแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นหรือทั่วร่างกาย เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาทั้งระบบที่มักใช้ร่วมกับการผ่าตัด เป็นการทำลายหรือควบคุมเซลล์มะเร็งที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันการให้เคมีบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดเซลล์ที่ยังเหลือค้างในกระแสเลือดและน้ำเหลือง เรียกการรักษานี้ว่า การรักษาเพื่อป้องกันการคืนกลับของโรคมะเร็ง หรือการรักษาแบบเสริมต่อจากการผ่าตัดหรือรังสีรักษา หลักการรักษาด้วยเคมีบำบัด ปัจจุบันแพทย์นิยมใช้เคมีบำบัดมากกว่า 1 ชนิดร่วมกัน มากกว่าการรักษาโดยใช้เคมีบำบัดแบบเดี่ยว เพราะต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาหลีกเลี่ยงการดื้อยาและลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เคมีบำบัด	อธิบาย พูดคุย,ซักถาม	ภาพพลิก	สังเกตสีหน้าท่าทาง การแสดงความสนใจต่อข้อมูลที่พยาบาลให้ ผู้ป่วยสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับความหมายของเคมีบำบัดและบอกเหตุผลที่ต้องใช้ยาเคมีบำบัดได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน

เรื่อง...

การบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนเรื่อง...การบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4

ผู้สอน นางศิริพร เสมสาร

ผู้เรียน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด

สถานที่ หอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ สามัญ ร.พ.รามาธิบดี

กิจกรรม บรรยาย และสาธิต

เวลาที่ใช้ในการสอน 30 - 45 นาที

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน

1. ผู้ป่วยทราบถึงหลักอริยสัจสี่
2. ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการวิเคราะห์ความเจ็บป่วยโดยใช้หลักอริยสัจสี่
3. ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผล ความหมาย และประโยชน์ของการบริหารจิต
4. ผู้ป่วยทราบถึงอานิสงส์ของการปฏิบัติธรรม
5. ผู้ป่วยทราบถึงความหมายและหลักการเจริญสติปัฏฐาน 4
6. ผู้ป่วยสามารถเจริญสติปัฏฐาน 4 เองได้
7. ผู้ป่วยสามารถกำหนดอิริยาบถย่อยได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยทราบถึงหลักอริยสัจสี่ . . . . 7สามารถกำหนดอิริยาบถย่อยได้	**หลักอริยสัจสี่** คือ ความจริงอันประเสริฐ ซึ่งพระพุทธเจ้าได้ทรงตรัสรู้ ความจริงอันประเสริฐนี้มี 4 ประการ ได้แก่ **1. ทุกข์** หมายถึง ความไม่สบายกายไม่สบายใจ ทำให้เกิดปัญหาแก่การดำเนินชีวิตมนุษย์และสัตว์ แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ.....	บรรยาย	คู่มือ	ผู้ป่วยทราบว่าหลักอริยสัจสี่ ประกอบไปด้วยอะไรบ้าง สามารถตอบข้อซักถามจากพยาบาลได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การป้องกันและบรรเทา
ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด

จัดทำโดย..ศิริพร เสมสาร
นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เยื่อบุปากอักเสบ..

หมายถึง.. การอักเสบของเยื่อบุอวัยวะในช่องปากและริมฝีปาก ได้แก่ เหงือก เพดาน ลิ้นไก่ กระพุ้งแก้มและลำคอ ซึ่งเป็นส่วนต้นของระบบทางเดินอาหาร โดยมีลักษณะของเซลล์หลุดลอก ที่มีความบางใสและเป็นแผล มีอาการเจ็บ ปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารและมีโอกาสติดเชื้อได้

สาเหตุ.. เกิดจากผลกระทบโดยตรง และโดยอ้อมของยาเคมีบำบัด ดังนี้..

1. **ผลโดยตรง** ยาเคมีบำบัดมีผลต่อการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ซึ่งบุภายในช่องปาก ทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดจำนวนลงหรือเป็นเซลล์เก่ามีการลอกหลุดไปตามอายุ และไม่มีเซลล์ใหม่มาแทนที่ นอกจากนี้ยังลดการทำงานของต่อมน้ำลาย ทำให้เกิดอาการปากแห้ง จึงทำให้เกิดการอักเสบเป็นแผลขึ้น

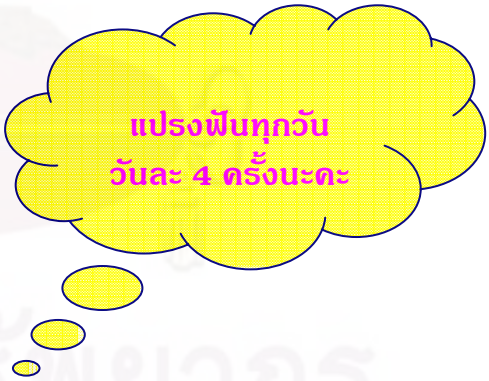
2. **ผลโดยอ้อม** ยาเคมีบำบัดจะลดการทำงานของไขกระดูกและกดระบบการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวต่ำ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป ก่อให้เกิดปัญหาการมีเลือดออกและมีการติดเชื้อภายในช่องปากได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การป้องกัน และบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้..

1. ระยะที่ยังไม่เกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ

- แปรงฟันทุกวัน หลังตื่นนอนตอนเช้าและหลังอาหารทุกมื้อ
- ถ้ามีฟันปลอมชนิดถอดออกได้ ต้องถอดฟันปลอมออกก่อน
- ใช้แปรงสีฟันที่มีลักษณะขนแปรงอ่อนนุ่ม
- ทุกครั้งหลังแปรงฟันให้กลั้วปากด้วยน้ำเกลือนาน 30 วินาที
- ทาน้ำมันมะกอกหรือวาสลีน ที่ริมฝีปาก ป้องกันไว้ก่อน
- หลังแปรงฟันหลังอาหารเช้า ให้ผู้ป่วยขัดฟันด้วยไหมขัดฟันวันละ 1 ครั้ง ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือด น้อยกว่า 40,000 mm^2 ซึ่งแพทย์หรือพยาบาลจะเป็นผู้แจ้งให้ทราบ
- ประเมินสุขภาพช่องปาก วันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น สังเกตความผิดปกติ เช่น มีสีแดง ตึง และเป็นแผลที่ริมฝีปากหรือในช่องปาก รีบรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ระยะที่มีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบแล้ว แต่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ

- ทำความสะอาดปากและฟันทุก 2 ชั่วโมง เช่นเดียวกับตอนที่ยังไม่เกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ ด้วยความระมัดระวัง

- ไม่ใส่ฟันปลอม ยกเว้นขณะรับประทานอาหาร

- ห้ามใช้ไหมขัดฟันโดยเด็ดขาด

- ทาน้ำมันมะกอกหรือวาสลีน บริเวณริมฝีปากที่เป็นแผล

- หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดทุกชนิด อาหารที่ร้อนจัด รสเผ็ด ผลไม้เปรี้ยวจัด เพราะระคายเคืองเยื่อบุในช่องปาก

- ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและให้พลังงานสูงเช่น เช่น โจ๊ก ข้าวโอ๊ด ข้าวต้ม ไข่ลวก อาหารที่ปั่นหรือบดละเอียดเพื่อช่วยให้กลืนง่าย และช่วยในเรื่องการหายของแผลเร็วขึ้น

- ประเมินสุขภาพช่องปาก วันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ระยะที่เกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบแล้ว รับประทานได้เฉพาะอาหารเหลว หรือไม่สามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้

- ทำความสะอาดฟันโดยใช้สำลีพันปลายไม้ ถูเบาๆให้ทั่วทั้งปาก

- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือเท่านั้น นาน 30 วินาที ทุก 1-2 ชั่วโมง

- ห้ามใช้ไหมขัดฟันเด็ดขาด

- หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดทุกชนิด ผลไม้เปรี้ยวจัด อาหารที่ร้อนจัดหรือรสเผ็ด เพราะระคายเคืองเยื่อบุในช่องปาก

- ประเมินสภาวะของปากและฟัน เกี่ยวกับความปวด เจ็บ บวม แดง ร้อน และขอยาแก้ปวดได้ตามแผนการรักษา

- สามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดของช่องปากได้ด้วยตนเอง เช่น อมน้ำแข็งได้บ่อยครั้งเพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น ไม่แห้งตึง โดยความเย็นจะช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดได้ดี

- ประเมินสุขภาพช่องปากวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น

การส่งเสริมการดูแลช่องปากที่ดีเพื่อป้องกันและบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ควรเริ่มตั้งแต่ ก่อนได้รับเคมีบำบัด และระหว่างได้รับเคมีบำบัด โดยปฏิบัติดังนี้...

ก่อนได้รับเคมีบำบัด

ก่อนให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ 5 นาที ให้อมน้ำแข็งที่เป็นก้อนกลมมนไม่มีเหลี่ยม ที่ทำให้เกิดการระคายเคืองได้ และ ขยับก้อนน้ำแข็งไปมาให้ทั่วทั้งปาก (กลั้วปาก) และให้อมน้ำแข็งต่อเนื่องต่อไปอีกเป็นเวลา 30 นาที

ระหว่างได้รับเคมีบำบัด

-- อมน้ำแข็ง ทุก 2 ชั่วโมง แต่ละครั้งนานอย่างน้อย 5 นาที

-- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ทุก 1-2 ชั่วโมง

-- ดูแลสุขภาพในช่องปากอย่างสม่ำเสมอ

-- ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร

-- งดสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

-- ไม่รับประทานอาหารรสเผ็ด ร้อนจัด อาหารที่มีกรดสูง

-- รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีโปรตีนและให้พลังงานสูง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีภูมิต้านทานต่อเชื้อโรค เป็นการป้องกันการติดเชื้อ และเสริมการหายของแผลเร็วขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การประเมินระดับความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบ แบ่งเป็น 5 ระดับ

ระดับ 0 หมายถึง .. เยื่อบุช่องปากปกติไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล

ระดับ 1 หมายถึง.. เยื่อบุช่องปากเริ่มมีสีแดง มีแผลแต่ไม่มีอาการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย

ระดับ 2 หมายถึง.. เยื่อบุช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล สามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้

ระดับ 3 หมายถึง.. เยื่อบุช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวด หรือมีแผล รับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้

ระดับ 4 หมายถึง.. มีอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบอย่างรุนแรง จนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร หรือทางหลอดเลือดดำทดแทน

อุปกรณ์ในการประเมิน..

1. **ไฟฉาย**
2. **ไม้กดลิ้น**
3. **กระจกสำหรับส่องดู ด้วยตนเอง**
4. **แบบประเมินเยื่อบุช่องปาก สำหรับลงบันทึก**

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินเยื่อบุช่องปาก

คำแนะนำ ... ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลที่เป็นจริง

วันที่ / เวลา	ระดับความรุนแรง					ระดับความเจ็บปวด (0-10)	การรับประทานอาหาร			
	0	1	2	3	4		อาหารธรรมดา	อาหารอ่อน	อาหารเหลว	อาหารทางสาย
06.00 18.00										
06.00 18.00										
06.00 18.00										
06.00 18.00										
06.00 18.00										

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างอิง

กรรณิการ์ ศุภชัย. 2548. **แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทานตะวัน เนตรทอง. 2542. **ผลของการอมน้ำแข็งต่อการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรวีนัส บุญเมฆ. 2548. การลดความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด.**วารสารพยาบาลศาสตร์**. 23(1) : 21-28.

Harris D.J. and Knobf M.T. 2004. Assessing and managing chemotherapy-induced mucositis pain. **Clin J Oncol Nurs** 8(6) : 622-628

Rogers, B. B. 2001. Mucositis in the oncology patient. **Nursing clinics of North America**, 36(4) : 745-760.

The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. 1998. Prevention and treatment of oral mucositis in cancer patients. **Best Practice : Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals**, 2(3) : 1-6.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

เรื่อง

การบริหารจิตตามแนวการเจริญสติปัฏฐาน 4

จัดทำโดย..ศิริพร เสมสาร
นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อริยสัจสี่.. คือ ความจริงอันประเสริฐ 4 ประการ ได้แก่

1. ทุกข์ หมายถึง ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ทำให้เกิดปัญหาแก่การดำเนินชีวิตมนุษย์และสัตว์ อันเนื่องมาจากความคิดที่เป็นอกุศล

2. สมุทัย หมายถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ เช่นกิเลส ตัณหา และอุปาทาน หรือความคิดที่เป็นอกุศลทั้งปวง

3. นิโรธ หมายถึง ความดับทุกข์ หรือนิพพาน เมื่อละเหตุกระตุ้นแห่งทุกข์เสียได้ ความทุกข์ย่อมไม่มี

4. มรรค หมายถึง วิธีดับทุกข์ เป็นแนวปฏิบัติเพื่อการดับทุกข์

เรียกว่า **มรรคมีองค์ 8** แปลว่า "ทางมีองค์ 8 ประการอันประเสริฐ" มีดังนี้

1. ความเห็นชอบ (สัมมาทิฏฐิ)
2. ดำริชอบ (สัมมาสังกัปปะ)
3. วาจาชอบ (สัมมาวาจา)
4. กระทำชอบ (สัมมากัมมันตะ)
5. อาชีพชอบ (สัมมาอาชีวะ)
6. ความเพียรชอบ (สัมมาวายามะ)
7. สติชอบ (สัมมาสติ)
8. สมาธิชอบ (สัมมาสมาธิ)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อริยสัจสี่นั้น...แท้จริงเป็นหลักของเหตุและผล เป็นหลักที่เชื่อม ระหว่างความจริงของธรรมชาติ กับการปฏิบัติของมนุษย์ นับเป็นขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถนำมาพัฒนาจิตใจของมนุษย์ ให้พ้นจากกิเลสและกองทุกข์ได้ อีกทั้งยังเป็นการ ส่งเสริมสุขภาพจิต ให้มีความแข็งแรง

มีภูมิต้านทานจากความชั่ว ป้องกันและรักษาจิตใจไม่ให้คิด พูด และทำสิ่งที่เป็นอกุศล ทั้งปวง ช่วยฟื้นฟูจิตใจให้คิด พูด และทำแต่สิ่งที่เป็นกุศล

คิดดี ทำดี พูดดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักการวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยประยุกต์หลักอริยสัจสี่

ทำความเข้าใจก่อนว่า ในเรื่องของความเจ็บป่วยที่เราเป็นอยู่นี้ อะไรคือ..ทุกข์ อะไรคือ..สมุทัยหรือเหตุแห่งทุกข์ อะไรคือ..นิโรธหรือความดับทุกข์ และอะไรคือ..มรรคหรือหนทางในการดับทุกข์

1. **ทุกข์** ได้แก่..... ความเจ็บปวดในช่องปาก
2. **สมุทัย** ได้แก่..... ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ
3. **นิโรธ** ได้แก่..... ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบหาย หรือลดลง
4. **มรรค** ได้แก่..... แนวทางการปฏิบัติการดูแล และบรรเทาความเจ็บปวดจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

"การบริหารจิต" หรือการพัฒนาจิต ก็คือ การรักษาคุ้มครองจิต ฝึกฝนอบรมจิต หรือการทำจิตให้สงบ สะอาด ปราศจากความวุ่นวายเดือดร้อน ให้เข็มแข็ง ให้มีสุขภาพจิตดี และให้นำมาใช้ปฏิบัติงานได้ดี เป็นการฝึกจิตให้หยุดนิ่งอยู่กับที่ บังคับจิตไม่ให้ดิ้นรน กวัดแกว่ง

ประโยชน์ของการบริหารจิต

1. ทำให้ผ่อนคลายความวิตกกังวล และความเครียดต่างๆ
2. ทำให้จิตใจบริสุทธิ์ ผ่องใส มีความสงบเย็น
3. ทำให้ตั้งมั่นอยู่ในพรหมวิหารสี่ คือมีเมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา
4. ทำให้มีสติ สมาธิ และปัญญา ทั้งทางโลกและทางธรรม
5. ทำให้เป็นผู้มองโลกในแง่ดี ไม่คิดหรือกระทำสิ่งที่เป็นอกุศล
6. ทำให้เป็นผู้อดทนต่อความทุกข์ต่างๆได้มากกว่าคนทั่วไป
7. ช่วยให้ตนเองเกิดความมั่นคงทางจิตใจ ไม่ประมาทในชีวิต
8. ช่วยให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ปรับระบบต่างๆในร่างกายให้เกิดสมดุล
9. ทำให้มีปัญญารอบรู้ คือรู้จักเหตุ รู้จักผล รู้จักตน รู้จักประมาณ รู้จักกาล รู้จักบุคคล และรู้จักชุมชน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงตรัสไว้ว่า.....

" การเจริญสติปัฏฐาน 4... เป็นแนวทางการบริหารจิตหรือพัฒนาจิตอันทรงคุณค่า เป็นทางสายเดียวเพื่อก้าวล่วงจากความเศร้าโศก เพื่อความดับทุกข์ เพื่อความบริสุทธิ์ของจิตอันแท้จริง ..."

การเจริญสติปัฏฐาน 4 หมายถึง... เป็นการตั้งสติ ใช้สติ กำหนดตามรู้ในอาการปัจจุบันที่เกิดขึ้น และวิธีปฏิบัติเพื่อให้รู้ทันตามความเป็นจริง ให้เกิดปัญญาญาณ รู้เท่าทันกองสังขาร

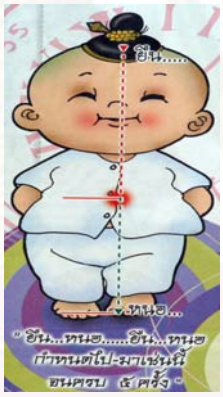
มี 4 ประการคือ

1. **กายานุปัสสนา** การพิจารณากาย ตั้งสติกำหนดรู้สภาวะของร่างกายทุกส่วนได้
2. **เวทนานุปัสสนา** การพิจารณาเวทนา เป็นการตั้งสติกำหนดความรู้สึกต่างๆที่ได้รับ
3. **จิตตานุปัสสนา** การพิจารณาจิต เป็นการกำหนดจิตในขณะนั้นสามารถควบคุมได้
4. **ธัมมานุปัสสนา** การพิจารณาธรรม เป็นการพิจารณาธรรมที่เป็นกุศลหรืออกุศลที่เกิดขึ้นกับใจ

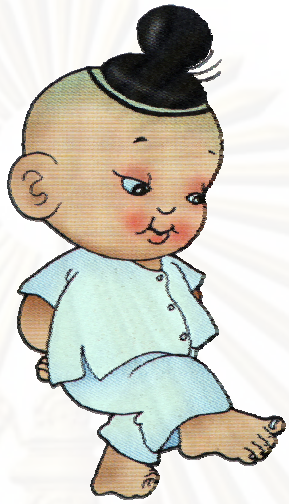
ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีการเจริญสติปัฏฐาน 4

1. **กายานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือ การมีสติระลึกรู้อยู่กับสภาวะปัจจุบันขณะ ของกาย ตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่การหายใจเข้า-ออก ทำอิริยาบถต่างๆ เช่น ยืน เดิน นั่ง นอน กินอาหาร ดื่มน้ำ ฯลฯ



- **การยืน** ให้ยืนตรง ยกมือไขว้หลัง มือขวาจับมือซ้ายวางไว้ตรงกระเบนเหน็บ หน้าตรง หลับตา สติจับอยู่ที่ศีรษะ กำหนดว่า “ยืน-หนอ” ตอนกำหนดว่า “ยืน” ให้จิตจับอยู่ที่ศีรษะ แล้วเลื่อนลงมาจนหยุดที่สะดือ ตอนว่า “หนอ” ให้กำหนดจิตจากสะดือลงไปปลายเท้า แล้วกำหนดจากปลายเท้า ขึ้นมาที่สะดือ จากสะดือขึ้นไปบนศีรษะแบบเดียวกัน ทำกลับไปกลับมาเช่นนี้จนครบ 5 ครั้ง



- **การเดิน** กำหนดรู้เฉพาะอิริยาบถเดินอย่างเดียว ให้กำหนดว่า “ขวา-ย่าง-หนอ ... ซ้าย-ย่าง- หนอ” ก่อนจะเดินให้สำรวมจิตอยู่ที่เท้าขวา ตั้งสติปักลงไป แล้วกำหนดในใจ คำว่า ขวา... ต้องยกส้นเท้าขวาขึ้นจากพื้นประมาณ 2 นิ้ว สติระลึกรู้พร้อมกับส้นเท้าขวาที่ยกขึ้น กำหนด ย่าง... ก้าวเท้าขวาไปข้างหน้าช้าๆ โดยให้สติระลึกรู้พร้อมกับเท้าขวาที่เคลื่อนไปข้างหน้า เมื่อก้าวเท้าเสร็จ หยุดค้างไว้โดยเท้ายังไม่เหยียบพื้น พอกำหนดคำว่าหนอ...ให้ค่อยๆวางเท้าลงให้ถึงพื้น โดยปลายเท้าและส้นเท้าลงพร้อมกัน สติระลึกรู้พร้อมกับเท้าที่ลงสัมผัสพื้น จากนั้นสำรวมจิตไว้ที่เท้าซ้าย ตั้งสติปักลงไป แล้วกำหนดว่าซ้าย...ย่าง...หนอ... สลับไปเรื่อยๆ การเดินให้เดินช้าที่สุดเท่าที่จะทำได้

- **การนั่ง** ทำต่อจากการเดินจงกรม อย่าให้ขาดตอนลง เมื่อเดินจงกรมถึงสถานที่จะนั่งให้กำหนด ยืน...หนอ... อีก 5 ครั้ง ตามที่ทำมาแล้วเสียก่อน แล้วกำหนดปล่อยมือลงข้างตัวว่าปล่อยมือหนอ...ช้าๆ จนกว่าจะลงสุด เวลานั่งค่อยๆ ย่อตัวลงพร้อมกับกำหนดตามอาการที่ทำไปจริงเช่น ย่อตัวหนอ... ท้าวพื้นหนอ... คุกเข่าหนอ... นั่งหนอ... เป็นต้น **วิธีนั่ง** ให้นั่งขัดสมาธิ คือขาขวาทับขาซ้าย นั่งตัวตรง หลับตาเอาสติมาจับอยู่ที่ท้องพอง-ยุบ เวลาหายใจเข้าท้องพอง กำหนดว่า พองหนอ... หายใจออกท้องยุบ กำหนดว่า ยุบหนอ... ใจที่นึกกับท้องที่ยุบต้องทันกัน สติจับอยู่ที่การพองการยุบของท้องเท่านั้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. **เวทนานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือ การตั้งสติกำหนดพิจารณาเวทนา จะต้องมีสติรู้เท่าทันความรู้สึกที่เกิดขึ้น อาการหรือความรู้สึกที่ปรากฏชัดสังเกตได้ง่าย คืออาการทุกขเวทนา เช่น เจ็บ ปวด เมื่อย ฯลฯ ต้องกำหนดรู้แต่เพียงอาการอย่างเดียว กำหนดรู้ด้วยการวางเฉย

- **ขณะเดินจงกรม** ถ้ามีเวทนาก็หยุด อย่าเดินต่อ ปวดตรงไหนก็ปักจิตไปตรงนั้น กำหนดว่า ปวดหนอๆ... กำหนดให้ละเอียด ก็จะเห็นสภาวะเกิด - ดับ ของรูป-นาม

- **เวลานั่ง** ถ้ามีเวทนาก็ต้องกำหนด คิดอะไรไม่ออกก็กำหนดที่ลิ้นปี่ หายใจยาวๆ กำหนดเสียใจ กำหนดโกรธ กำหนดดีใจ ต้องที่ลิ้นปี่นั่น แต่ข้อสำคัญคือต้องหายใจให้ยาวเข้าไว้

3. **จิตตานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือการตั้งสติกำหนดพิจารณาจิต คือการตามรู้ให้ประจักษ์ความจริงที่เกี่ยวกับจิตของตน เมื่อจิตฟุ้งซ่าน ก็รู้ชัดว่าจิตฟุ้งซ่าน เมื่อจิตมีโมหะ ก็รู้ชัดว่าจิตมีโมหะ เมื่อจิตมีความกังวล ก็รู้ว่ามีความกังวล เมื่อโกรธ ก็รู้ว่าโกรธ เป็นต้น

4. **ธัมมานุปัสสนาสติปัฏฐาน** คือ การตั้งสติกำหนดพิจารณาธรรม ซึ่งในที่นี้หมายถึงสิ่งที่อยู่ในจิต คือการตามระลึกรู้จนประจักษ์ความจริงของสิ่งที่อยู่ภายในจิต จุดมุ่งหมายก็คือ เพื่อความรู้ชัด เข้าใจชัดในความเป็นอนิจจัง

การเฝ้าสังเกตดู “ธรรม” ทุกชนิด ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตนั้น จะทำให้เราค่อยๆ เห็นการเกิด-ดับของเวทนา และธรรม ชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดก็จะพบว่า “เป็นอย่างนี้เอง” ไม่ดี ไม่เลว ไม่ใช่ของเราของเขา มันเป็นเพียงกฎธรรมชาติ ธรรมชาติของสิ่งที่อยู่ภายในจิตเท่านั้นเอง ให้เฝ้าสังเกตดูแต่เพียงอย่างเดียว จุดมุ่งหมายก็คือ เพื่อความรู้ชัดเข้าใจชัดในความเป็น อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา...

อานิสงส์ของการปฏิบัติธรรม

การสร้างกุศลบุญบารมี อันได้แก่ ทาน ศีล และภาวนา นั้น มีอานิสงส์ต่างกันดังนี้...

1.**การให้ทาน** นับเป็นการสร้างกุศลที่ให้อานิสงส์ น้อยที่สุด

2.**การถือศีล** นับเป็นการสร้างกุศลที่ให้อานิสงส์ มากกว่าการให้ทานหลายร้อยเท่า แต่ยังได้รับอานิสงส์น้อยกว่า การภาวนา

3.**การภาวนาหรือการปฏิบัติธรรม** นับเป็นการสร้างกุศล ที่ให้อานิสงส์ *มากที่สุด* ในกุศลทั้งมวล

นั่งสมาธิ

เดินจงกรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสวดมนต์
บูชาพระรัตนตรัย

อิมินา สักกาเรนะ พุทธัง อภิปูชยามิ
อิมินา สักกาเรนะ ธัมมัง อภิปูชยามิ
อิมินา สักกาเรนะ สังฆัง อภิปูชยามิ

อะระหัง สัมมาสัมพุทโธ ภะคะวา พุทธังภะคะวันตัง อภิวาเทมิ (กราบ)
สะวากขาโต ภะคะวะตา ธัมโม ธัมมัง นะมัสสามิ (กราบ)
สุปะฏิปันโน ภะคะวะโต สาวะกะสังโฆ สังฆัง นะมามิ (กราบ)

นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมา สัมพุท ธัสสะ (3 ครั้ง)

บทแผ่เมตตา

สัพเพ สัตตา สัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิดแก่เจ็บตายด้วยกันทั้งหมดทั้งสิ้น
อะเวรา จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้มีเวรแก่กันและกันเลย
อัพยาปัชฌา จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้พยาบาทเบียดเบียนซึ่งกันและกันเลย
อะนีฆา จงเป็นสุขเป็นสุขเถิด อย่าได้มีความทุกข์กายทุกข์ใจเลย
สุขี อัตตานัง ปะริหะรันตุ จงมีความสุขกายสุขใจ รักษาตนให้พ้นจากทุกข์ภัยด้วยกัน
ทั้งหมดทั้งสิ้นเทอญ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธรรมโอสถ

อันหนทาง ชีวิต คิดดูเถิด
เมื่อเราเกิด แล้วต้องแก่ แน่ใช่ไหม
หนีไม่พ้น เจ็บไข้ กายและใจ
จะแก้ไข อย่างไร ให้ทุกข์คลาย
เป็นโรคกาย หมอยา รักษาโรค
ถูกโฉลก ถูกเหตุผล ดลโรคหาย
เป็นโรคใจ ภัยรุมเร้า เศร้าปางตาย
ทุกข์มลาย เมื่อรู้ใช้ “โอสถธรรม”
เติมธรรมะ ใช้ชีวิต พิชิตโรค
ดับทุกข์โศก ดับตัณหา อย่าถลำ
ดับกิเลส โลภ-โกรธ-หลง จงหมั่นจำ
ยึดพระธรรม พระศาสดา เป็นยาใจ

(จากหนังสือ..ชีวิตนี้สำคัญนัก ของ สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปรินายก บริษัทรุ่งเรืองวิริยะพัฒนา โรงพิมพ์จำกัด กรุงเทพฯ)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างอิง

ธรรมปิฎก, พระ(ป.อ.ปยุตโต). 2538. **พุทธธรรม**.
กรุงเทพมหานคร : บริษัท ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด,

พระคันธสาราภิวงศ์. 2551. **โพธิปักขิยธรรม**. พิมพ์ครั้งที่3.
กรุงเทพฯ : บริษัท บุญศิริการพิมพ์,

พระเทพสิงหบุราจารย์(จรัล ฐิตธมโม). 2551. **80 ปีพระเทพสิงหบุราจารย์ : กฎแห่งกรรม ธรรมปฏิบัติ เล่มที่** 22. พิมพ์ครั้งที่1.
กรุงเทพมหานคร : หอรัตนชัยการพิมพ์,

พระธรรมสิงหบุราจารย์(จรัล ฐิตธมโม). 2550. **การเจริญสติ-วิปัสสนากรรมฐาน**.
กรุงเทพฯ : ทีมงานเล็กออริจินอล,

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก.
2550. **ชีวิตนี้สำคัญนัก**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทรุ่งเรืองวิริยะพัฒนา โรงพิมพ์จำกัด,

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก.
2551. **วิธีสร้างบุญบารมี**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เลี่ยงเชียง,

เอกชัย จุลละจาริตต์. 2551. **แก่นธรรม(อริยสัจ4)**. กรุงเทพฯ ;
หอรัตนชัยการพิมพ์,

เอกชัย จุลละจาริตต์. 2551. **อ๋อ! พุทธแท้เป็นเช่นนี้เอง**.
กรุงเทพฯ ; หจก.สามลดาการพิมพ์,

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางศิริพร เสมสาร เกิดวันพฤหัสบดีที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2512 เป็นบุตรคนที่ 2 ในจำนวนพี่น้อง 6 คน ของนายสิทธิพร และนางกาญจนา สว่างพงษ์

สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2531 และปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดมาตั้งแต่บัดนั้น

ขณะปฏิบัติงานได้มีโอกาสศึกษาต่อระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กระทั่งจบพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2545

ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯสามัญหญิง โรงพยาบาลรามาธิบดี สมรสแล้ว และมีบุตรสาว 1 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย