ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING PROCESS COMBINED WITH SWEDISH MASSAGE ON PAIN IN OLDER PERSONS WITH LUNG CANCER

Miss Kanjana Pianbanyat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด
โดย	นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กาญจนา เพียรบัญญัติ : ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด (THE EFFECT OF NURSING PROCESS COMBINED WITH SWEDISH MASSAGE ON PAIN IN OLDER PERSONS WITH LUNG CANCER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 206 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช โดยประยุกต์แนวคิดกระบวนการพยาบาลร่วมกับทฤษฎีควบคุมประตูเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดที่มีความปวด ผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 26 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช โดยผู้วิจัยสอนให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่บ้าน วันละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที นวด 3 วันติดต่อกัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวม 15 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการนวดแบบสวีดิช ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการนวดแบบสวีดิชพร้อมดีวีดี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการเปรียบเทียบรายคู่

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 3.83 (SD = 1.10) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงตั้งแต่สัปดาห์แรกที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 2.11 (SD = 0.92), 1.77 (SD = 0.74), 1.37 (SD = 0.71), 1.00 (SD = 0.64) และ 0.65 (SD = 0.55) ตามลำดับ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 0.31 (SD = 0.47)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5577154636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: NURSING PROCESS / SWEDISH MASSAGE / CANCER PAIN / ELDERLY

KANJANA PIANBANYAT: THE EFFECT OF NURSING PROCESS COMBINED WITH SWEDISH MASSAGE ON PAIN IN OLDER PERSONS WITH LUNG CANCER. ADVISOR: TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, 206 pp.

This quasi-experimental research aimed to compare the pain in older persons with lung cancer before, during and after the Swedish massage. Nursing process modification and gate control theory were used as conceptual framework. One sample group with time series measurement were designed. The sample consisted of people aged 60 years and above, both male and female, diagnosed lung cancer and had pain. Twenty-six older persons with lung cancer were recruited following the criterias from out-patient, radiation oncology department and medical oncology department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. The researcher trained the principle caregivers for display Swedish massage to their older persons with lung cancer at home. The massage took 30 minute/day, continuing with in 3 consecutive days in 5 weeks, totally 15 times for the program. The instruments using were lesson plans, a DVD Swedish massage and handbook. Numeric Rating Scale was used for outcome measured. The reliability was .88. The data were analyzed using variance with repeated measures (ANOVA) and pairwise comparison.

The research findings could be summarized as follows: Mean pain scores of older persons with lung cancer after Nursing process combined with Swedish massage lower than before the program and mean pain scores of older persons with lung cancer during the program lower than before the program with statistical significance at the level of .05. The mean pain score before joining the program was 3.83 (SD = 1.10). Mean pain score decreased from the first week of the program. The mean pain score was 2.11 (SD = 0.92), 1.77 (SD = 0.74), 1.37 (SD = 0.71), 1.00 (SD = 0.64) and 0.65 (SD = 0.55), respectively. After the program the mean pain score was 0.31 (SD = 0.47).

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

Academic Year: 2014 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จนวิทยานิพนธ์สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย รวมถึงการดำเนินการทดลอง ตลอดจนผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลหลักทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษา

และขอกราบขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานแผนกผู้ป่วยนอก ตึกว่องวานิช ที่คอยสนับสนุน ห่วงใย ให้กำลังใจ และให้โอกาสที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว ด้วยความรักเคารพเป็นที่สุดที่ได้ให้โอกาส และเป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่ และสิ่งที่ดีงามทั้งปวงกับลูกเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และร่วมสร้างประสบการณ์ที่ดีร่วมกัน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้แก่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ ญาติมิตร และผู้ป่วยทุกท่านให้มีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญภาพ ..... ฐ

สารบัญกราฟ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 5

วัตถุประสงค์การวิจัย 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 7

ขอบเขตการวิจัย 7

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11

1. โรคมะเร็งปอดกับผู้สูงอายุ 12

2. ความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด 20

3, กระบวนการพยาบาล 32

4. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด 41

5. แนวคิดเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช 47

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 51

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

7. โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด 57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 61
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 63
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 65
กระบวนการดำเนินการทดลอง 71
การกำกับการทดลอง 78
การวิเคราะห์ข้อมูล 78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 102
สรุปผลการวิจัย 112
อภิปรายผลการวิจัย 112
ข้อเสนอแนะ 117
รายการอ้างอิง 119
ภาคผนวก 130
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ 131
ภาคผนวก ข จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จดหมายจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 133
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 145
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย 194
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล 196

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ภาคผนวก ฉ ประกาศนียบัตรการเข้าฝึกอบรมการนวดแบบสวีดิชของผู้วิจัย..... 204

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 206

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาที่มีความปวดมากที่สุด เวลาที่มีความปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัว (n=26) 81

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลักจำแนกตามเพศ อายุ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=26)..... 85

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (n = 26) 86

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (n = 26) 89

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ในระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน (n = 26)..... 90

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)..... 92

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 2โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26) 93

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 3โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26) 94

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 4โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26) 95

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 5โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26) 96

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน 97

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26) 98

ตารางที่ 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช แบบวัดซ้ำ 3 ครั้ง (n = 26) 100

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26) 101

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด (n = 26)..... 197

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่างได้รบโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช 198

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1 (n = 26) 199

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 2 (n = 26) 200

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 3 (n = 26) 201

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 4 (n = 26) 202

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 5 (n = 26) 203

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 มาตรวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale)..... 30
ภาพที่ 2 WHO three steps Analgesic Ladder สำหรับใช้บำบัดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 43
ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 79

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญกราฟ

กราฟที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช..... 87

กราฟที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช... 99

กราฟที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1..... 199

กราฟที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2..... 200

กราฟที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3..... 201

กราฟที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4..... 202

กราฟที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5..... 203

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปอดเป็นหนึ่งในมะเร็งที่พบบ่อยมากในปัจจุบันและเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลกมากที่สุดโรคหนึ่ง จากรายงานทั่วโลกปีพ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ 219,000 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,449,350 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 (David et al., 2011) และหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ (Wedding et al., 2007) คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 ประชากรทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะป่วยเป็นโรคมะเร็งประมาณร้อยละ 30 (World Health Organization, 2008) สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ. 2552 และ 2553 มีประชากรสูงอายุเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 34.02 และ 34.54 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยพบโรคมะเร็งปอดมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 4 ในเพศหญิง (Attasara & Buasom, 2010) ในปีพ.ศ. 2552 ผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ คิดเป็น 59.03 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิต คิดเป็น 14.1 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นมะเร็งปอดถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 จากสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สำหรับอุบัติการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 644 ราย (ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2556) ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งปัญหาที่พบมากปัญหาหนึ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด คือ ความปวด

โรคมะเร็งก่อให้เกิดปัญหามากมายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความปวดเป็นปัญหาสำคัญมากและพบบ่อยถึงร้อยละ 30-90 เป็นความปวดในช่วงการวินิจฉัย ร้อยละ 30-75 ปวดในช่วงการรักษา ร้อยละ 33-59 และปวดในระยะลุกลามของโรค ร้อยละ 65-85 (Yates et al., 2002) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดที่พบบ่อยที่สุด คือ ความปวดที่เกิดจากก้อนมะเร็งรองลงมา คือ ความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง (Urban et al., 2010) ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมีปัญหาความปวดมากถึงร้อยละ 62 และส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดต่ำกว่าที่ควรจะได้รับ (Nagaviroj & Jaturapatporn, 2009) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน กระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาการนอนหลับ มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ความเครียด

ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Balducci, 2003) ความปวดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (Gosney, 2007; Maas et al., 2007; Gianni et al., 2010; Urban et al., 2010)

การบำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอดยังต้องอาศัยยาแก้ปวดเป็นวิธีหลักเช่นเดียวกับการบำบัดความปวดในผู้ป่วยโรคอื่นๆ และกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกันต่อเนื่องมานานเกี่ยวกับความปวด คือ การประเมินปัญหาความปวด การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผล (Yura & Walsh, 1988) โดยกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมทั้งการพยาบาลตามแผนการรักษาด้วยยา และการใช้การบำบัดอื่นที่ไม่ใช้ยา แต่พบว่าการพยาบาลเพื่อบำบัดความปวดด้วยยายังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การให้ยาแก้ปวดในขนาดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ หรือพยายามยืดเวลาในการให้ยาแก้ปวดออกไป แม้จะมีแผนการรักษาโดยให้ยาเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (prn) เนื่องจากกลัวผู้ป่วยดื้อยา กลัวผู้ป่วยติดยาแก้ปวด กลัวผลข้างเคียงของยาแก้ปวด หรือกลัวว่ายาจะทำให้บดบังอาการแสดงของการเจ็บป่วย ทำให้ติดตามประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง (วิมุกดา วรกุล และคณะ, 2551; ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, 2555)

ในสังคมไทยครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ บุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในยามที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือมีความปวด บุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวจะทำหน้าที่ดูแล ช่วยบำบัดอาการปวด การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี ได้แก่ การประคบร้อน-เย็น การกดจุด การสัมผัส การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การใช้ดนตรี การสร้างจินตภาพ และการนวด แต่พบว่าวิธีการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบ คือ การนวด การนวดแบบสวีดิช เป็นการนวดแบบสัมผัส กดบีบ ตามส่วนต่างๆของร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดสามารถลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ (Collinge et al., 2012) การนวดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมการนอนหลับ และทุเลาจากความปวด (Jane et al., 2011)

กิจกรรมการพยาบาลซึ่งบำบัดความปวดโดยการไม่ใช้ยานั้นเป็นบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยลดขนาดของการใช้ยาแก้ปวด ลดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้งถือว่าเป็นการบำบัดเสริมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการระงับปวดด้วยยา (Gibson & Weiner, 2005; Lafferty et al., 2006; Huang et al., 2010) การนวดแบบสวีดิชเป็นกิจกรรมการพยาบาลอีกวิธีหนึ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติโดยตรงกับผู้ป่วยหรือใช้บทบาททางอ้อม คือ การสอนให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่มีความปวดสามารถนำไปปฏิบัติต่อได้ในช่วงเวลาที่อยู่บ้าน

การนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) เป็นการบำบัดเสริมความสมบูรณ์และการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM) ซึ่งมักนำมาใช้รักษาผู้ป่วยร่วมกับการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional medicine) เป็นการนวดแบบสัมผัสวัตถุประสงค์ในการนวดเน้นการบำบัด เพื่อกระตุ้นการทำงานทางสรีรวิทยา เช่น กระตุ้นการไหลเวียนเลือด เพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดและขับของเสียออกจากร่างกาย ลดอาการปวด และมีผลต่อจิตใจ เช่น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Post-White et al., 2003; Hernandez-Reif et al., 2005; Collinge et al., 2012)

การนวดแบบสวีดิชเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ และเป็นการนวดที่การลงน้ำหนักและจังหวะของการลงน้ำหนักไม่มากเกินไป (สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Holey & Cook, 2003; Cowen et al., 2006) ประกอบด้วยลักษณะการนวด 5 แบบ คือ 1) การลูบ (Stroking) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การลูบเบาและการลูบหนัก ผลจากการลูบเบาเป็นการผ่อนคลาย ลดความปวด และเป็นการกระตุ้นระบบไหลเวียน ผลของการลูบหนักมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยยับยั้งกลไกความปวด ทำให้การรับรู้ความรู้สึกปวดลดลง (Rechtien et al., 1998) 2) การกดบีบ (Petrissage) ผลของการกดบีบช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดอาการปวด เมื่อยล้า และอาการบวม (Fritz, 2000; Salvo, 2003) 3) การเคาะตี (Tapotement) ผลของการเคาะตีช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังมากขึ้น ทำให้เซลล์ต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด จึงลดอาการปวดได้ 4) การสั่นหรือเขย่า (Vibration/Shaking) ผลของการสั่นหรือเขย่าทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทผ่านส่งไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดอาการปวด (Salvo, 2003) และ 5) การกดคลึง (Friction) ผลของการกดคลึงลดอาการปวด โดยการออกฤทธิ์ที่ประสาทพรีซินแนปติก (Presynapticsites) ซึ่งยับยั้งการหลั่ง Substance P ที่ระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผลให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด ทำให้สามารถควบคุมความปวดได้ (Hammer, 1999) โดยประยุกต์แนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) กล่าวว่า การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานจะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซึ่งในการศึกษานี้มีจุดเน้นที่การประเมินความปวดโดยแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับมาก

ที่สุด คือ Numeric Rating Scale (Wood et al., 2010) การวางแผนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับ ทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack & Wall (1982) อธิบายว่า การนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า หรือ เอ แอลฟา ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอส จี ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทผ่านส่งไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดอาการปวด และไม่ว่าจะนวดที่บริเวณไหนของร่างกายก็สามารถลดอาการปวดได้ เนื่องจากทุกส่วนของร่างกายมีเส้นประสาท อาการปวดจึงลดลงหลังนวดทันที (Willison, 2006) ดังนั้นการใช้การนวดแบบสวีดิชในกิจกรรมการพยาบาลจึงเป็นการบำบัดความปวดร่วมกับการใช้ยาอีกทางหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเรื่องการนวดแบบสวีดิชเพื่อลดความปวด มีผู้ศึกษา ได้แก่ Hernandez-Reif et al. (2005) ศึกษาการนวดแบบสวีดิชในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาในการนวด 30 นาที เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่าความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง Post-White et al. (2003) ใช้การนวดแบบสวีดิช เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน นวด 45 นาที นาน 4 สัปดาห์ สามารถลดความปวดและความวิตกกังวลได้ Hodgson et al. (2012) ศึกษาการนวดแบบสวีดิชในผู้สูงอายุที่เป็น Solid tumor (lung, prostate, breast, colorectal) โดยนวดบริเวณมือและแขน เท้าและขา 20 นาที สามารถลดความปวดและผ่อนคลายภาวะเครียดทางร่างกายได้ และใช้ได้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ (Cassileth et al., 2004) และจากการศึกษาพบว่าการนวดไทยจะเน้นในลักษณะการคลึง การบีบ การดัด และการดึง ซึ่งนิยมใช้กับคนสุขภาพดีทั่วไป เพราะในบางท่วงท่าของการนวดอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเป็นกลุ่มที่เปราะบาง อีกทั้งยังไม่พบรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิชเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดในประเทศไทย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญที่จะนำกระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมาใช้ในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยกระบวนการพยาบาลส่งเสริมให้บทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ในแต่ละสัปดาห์ (occasion) ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช สามารถลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดได้หรือไม่ อย่างไร

2. ระหว่างสัปดาห์ (occasion 1-5) ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช สามารถลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดได้หรือไม่ อย่างไร

3. ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด อธิบายตามกลไกความปวดจากมะเร็งซึ่งเกิดจากกระบวนการทางชีวเคมีและสรีรวิทยา 5 กระบวนการ คือ

1) Transduction คือ การชักนำให้เกิดสัญญาณประสาท เกิดขึ้นเมื่อตัวรับ Nociceptor (C-fiber) ของเซลล์รับความรู้สึกเจ็บปวดอันดับแรก (First-order neuron) โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณไฟฟ้าผ่านระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ A-delta และใยประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง ในระหว่างกระบวนการนี้เนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย และตัวรับความรู้สึกบริเวณผิวหนังถูกกระตุ้นนั้นจะเกิดการหลั่งสารชีวเคมีต่างๆ เช่น พลอสตาแกลนดิน ซับสแตน พี แบรดดี้ไคนิน ฮีสตามีน และซีโรโทนิน ซึ่งสารที่ถูกหลั่งออกมาทั้งหมดนี้จะไปช่วยกระตุ้น Nociceptor ทำให้ threshold ลดลงไป แล้วเกิดเป็น Nerve action potential วิ่งไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง เพื่อส่งต่อไปยัง Cerebral cortex แล้วแปลผลเป็นความปวดขึ้น (Schmidt et al., 2010)

2) Transmission เป็นการส่งกระแสไฟฟ้าในรูปของ Nerve action potential จากปลายประสาทรับความรู้สึก เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางผ่านไปสู่ไขสันหลัง โดยเข้าทาง Dorsal horn โดยมี Substance P ในการส่งผ่านระหว่างที่เกิดการ synapse ก่อนส่งมาถึง Thalamus จะมีเซลล์ประสาทรับความรู้สึกอันดับที่สาม รับสัญญาณจากเซลล์ความรู้สึกอันดับที่สองแล้วส่งต่อไปยังเปลือกสมองบริเวณที่รับความรู้สึก (Somatosensory area) (Berman et al., 2008)

3) Modulation การปรับแต่งสัญญาณประสาท เป็นการปรับระดับของ Nociceptor activity ทำให้บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน โดยเส้นใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ส่งความรู้สึกเป็นกระแสไฟฟ้าไปยัง Substantia gelatinosa (SG) ซึ่งทำหน้าที่เปิด-ปิด รับความรู้สึกปวดตามทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack and Wall (Berman et al., 2008)

4) Pain Perception การรับรู้ความเจ็บปวด

5) Pain behaviors เป็นการตอบสนองทางพฤติกรรม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์จากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) ร่วมกับทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) โดย Yura & Walsh (1988) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาลเป็นลำดับขั้นตอนของการดูแลที่มีการวางแผนและมีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม เพิ่มคุณภาพการพยาบาล และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพกลไกการลดความปวดจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเข้ามาช่วยในการประเมินความปวดด้วยแบบประเมิน Numeric Rating Scale ซึ่งประเมินโดยบทบาทอิสระของพยาบาล แล้ววางแผนและลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยการพูดคุย ให้กำลังใจ และนวดแบบสวีดิช เพื่อผ่อนคลายและลดความปวดตามกลไกการระงับความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack & Wall (1982) หลังจากการนวดผู้วิจัยจะประเมินความปวด เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ร่วมกับทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack & Wall (1982) การนวดแบบสวีดิชเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด เนื่องจากการนวดแบบสวีดิชมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางช่วยยับยั้งกลไกความปวด ทำให้การรับรู้ความรู้สึกปวดลดลง (Breuner, 2002) ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack & Wall (1982) ได้ว่าการนวดแบบสวีดิชเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า หรือ เอ แอลฟา ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอส จี ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทผ่านส่งไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดอาการปวด เนื่องจากสมองไม่รับรู้ถึงความปวด จึงส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลง ขณะเดียวกันการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ของระบบประสาทนำลงจากศูนย์ควบคุมความเจ็บปวดที่สมอง ส่งผลให้มีการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนออกมา ได้แก่ สารเอนดอร์ฟิน และเอนเคฟาลีน สารดังกล่าวนี้ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการหลั่งสารซับสแทน พี ส่งผลทำให้ประตูปิดและยับยั้งการส่งผ่านของสัญญาณประสาทความปวดที่ส่งมา

จากสมอง ทำให้สัญญาณประสาทความปวดไม่ถูกส่งไปยังสมองส่วนกลาง จึงทำให้การรับรู้ความปวดลดลง อีกทั้งช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทำให้เซลล์ต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด อาการปวดจึงลดลงหลังนวดทันที (Willison, 2006) และทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกเป็นสุข (well-being) (Linquist et al., 2003)

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

2. ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอดที่มีความปวด ผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และญาติผู้ดูแลหลัก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ตัวแปรตาม คือ ความปวด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

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

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดที่มีความปวด ผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การนวดแบบสวีดิช หมายถึง การนวดแบบสัมผัส และเป็นการนวดที่การลงน้ำหนัก และจังหวะของการลงน้ำหนักไม่มากเกินไป วัตถุประสงค์ในการนวดเน้นการบำบัดเพื่อจัดการกับความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด เป็นการใช้วิธีทางกายภาพ โดยการกระตุ้นผิวหนังหรือเนื้อเยื่อโดยตรง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สอนให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขาที่บ้านให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยเลือกท่าทางการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยท่าทางการนวด 27 ท่า ดังนี้

การนวดบริเวณมือและแขน ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา(Effleurage superficial stroking) 2) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือ (Tapotement hacking) 3) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วย (Tapotement cupping) 4) ท่านวดมือ (Hand massage) และ 5) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking)

การนวดบริเวณเท้าและขา แบ่งเป็นขาด้านหน้าและขาด้านหลัง การนวดขาด้านหน้า ประกอบด้วยท่าทางการนวด 7 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบโดยวางมือเป็นตัววี (Petrissage V slide) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 6) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan spring) และ 7) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) การนวดขาด้านหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 10 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด

(Petrissage fan) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนล่าง (Tapotement hacking lower leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนล่าง (Tapotement cupping lower leg) 6) ท่ากดบีบเหมือนนวดแป้ง (Petrissage wringing 3 line) 7) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 8) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 9) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 10) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking)

การนวดหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่าลูบตัดบ่า (Effleurage across) 4) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 5) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking)

กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด คือ ความปวด เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และมีเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดได้รับการพยาบาลเรื่องของการจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดลดลง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยสูงอายุซึ่งรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย ผู้วิจัยประเมินความต้องการ ประสบการณ์ และการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยการศึกษาประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วย พูดคุย สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ซึ่งการประเมินปัญหาจะนำมาซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาล นั่นคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดมีความปวด

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช ให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลัก และให้ดูดีวีดีการนวดแบบสวีดิช แล้วสอนการนวดแบบสวีดิชโดยการปฏิบัติจริงให้กับญาติผู้ดูแลหลัก สอนแบบรายบุคคล 2 ครั้ง จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลหลักทดลองนวดผู้ป่วย โดยผู้วิจัยคอยดูแลและช่วยแก้ไขท่าทางและวิธีการนวดแบบสวีดิชให้ถูกต้อง และให้ทำซ้ำๆ จนเกิดการเรียนรู้อย่างชัดเจนและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

หลังจากญาติผู้ดูแลหลักนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมิน ให้คำแนะนำ สอนอย่างใกล้ชิด จนสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการวางแผนการพยาบาล ผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่บ้าน นวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติตัว รวมทั้งการนวดแบบสวีดิช และปรับแก้ท่าทางการนวดให้ถูกต้องยิ่งขึ้น และติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 3-5

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความปวดโดยแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลอง) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการปวด โดยการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการนำเอาการนวดแบบสวีดิชไปสอนและแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด
3. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่นต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคมะเร็งปอดกับผู้สูงอายุ
2. ความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด
3. กระบวนการพยาบาล
4. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด
5. แนวคิดเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. โรคมะเร็งปอดกับผู้สูงอายุ

1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอด

โรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากรายงานทั่วโลกปีพ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ 219,000 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,449,350 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 (David et al., 2011) และหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ (Wedding et al., 2007) คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 ประชากรทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะป่วยเป็นโรคมะเร็งประมาณร้อยละ 30 (World Health Organization, 2008) ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Gore et al., 2012) และยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกเพียงร้อยละ 0.25 เท่านั้น ที่มาพบแพทย์ ซึ่งในจำนวนนี้มีโอกาสหายเพียงร้อยละ 30 ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 4 สูงถึงร้อยละ 53.20 เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดภายใน 1-2 ปี (Bonomi et al., 1990) สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ. 2552 และ 2553 มีประชากรสูงอายุเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 34.02 และ 34.54 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยพบโรคมะเร็งปอดมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 4 ในเพศหญิง (Attasara & Buasom, 2010) ในปีพ.ศ. 2552 ผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ คิดเป็น 59.03 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิต คิดเป็น 14.1 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นมะเร็งปอดถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 จากสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1.2 พยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอด

ปัจจุบันโรคมะเร็งปอดแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ โดยยึดถือตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ Non-small cell lung cancer (NSCLC) พบได้บ่อยกว่ามะเร็งปอดชนิด Small cell lung cancer (SCLC) แต่จะแพร่กระจายได้ช้ากว่า ส่วน Small cell lung cancer (SCLC) เซลล์จะเจริญเติบโตและแพร่กระจายได้รวดเร็วกว่ามะเร็งปอดชนิด NSCLC ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว โดยมะเร็งปอดทั้ง 2 กลุ่ม พบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี ร้อยละ 87.6 ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 84.9 และผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี ร้อยละ 89.0 การตรวจทางพยาธิวิทยาพบมะเร็งชนิด Adenocarcinoma ประมาณร้อยละ 40-50 และชนิด Squamous cell carcinoma ร้อยละ 20-30 (Satoh et al., 2009)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอด

1.3.1 การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดมากที่สุด ประมาณร้อยละ 85-90 ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 10-30

เนื่องจากสารในบุหรี่ ได้แก่ ทาร์ นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นต้น เป็นสารก่อมะเร็ง สามารถทำลายเซลล์ปอด ทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนและจำนวนปีที่สูบบุหรี่ (Schottenfeld, 1996; Yabro et al., 2011)

1.3.2 การอยู่ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่ต้องสูดดมควันบุหรี่ของผู้อื่นเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดด้วยเช่นกัน โดยพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดถึงร้อยละ 25 (Boffetta, 2002)

1.3.3 การได้รับสารพิษและมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม เช่น แอสเบสตอส (Asbestos) หรือแร่ใยหิน เรดอน (Radon), สารหนู (Arsenic), นิเกล (Nickel Chromates), น้ำมันเบนซิน (Gasoline), ควันท่อไอเสียจากน้ำมันดีเซล (Diesel Exhaust) เป็นต้น การสูดดมสารดังกล่าวข้างต้นจะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อปอด มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดได้ (Schottenfeld, 1996)

1.3.4 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด ถ้ามีบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นมะเร็งปอด มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Yabro et al., 2011)

1.3.5 โรคอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับมะเร็งปอด หรือโรคที่ทำให้เกิดมีแผลเป็นในปอด เช่น วัณโรคปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดอักเสบ เป็นต้น อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งปอดได้ (Haas, 2003)

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอดในระยะก่อตัวเริ่มแรกจะไม่มีอาการ เนื่องจากเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นจากเซลล์ผิดปกติเพียงเซลล์เดียวแล้วจึงขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแล้วมะเร็งปอดในระยะเริ่มต้นมักไม่แสดงอาการ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็น อาการจากมะเร็งปอดโดยตรง (Local symptoms) จะขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง และอัตราการเติบโตของมะเร็ง เช่น ไอเรื้อรัง เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด ไอมีเลือดปนในเสมหะ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก มีเสียง Wheezing เป็นต้น อาการจากก้อนมะเร็งไปกดหรือแพร่กระจายอยู่ในปอด (Intrathoracic spread symptoms) เช่น เสียงแหบ กลืนลำบาก น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ส่งผลให้เกิดอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก และไอแห้งๆ น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ Superior vena cava obstruction (SVC obstruction) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหน้าบวม แขนบวม ปวดศีรษะ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง เป็นต้น หรือเกิด Pancoast's syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากมะเร็งบริเวณส่วนยอดของปอด มีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง ทำให้เกิดอาการปวดที่ไหล่และหน้าอกส่วนบน ในกรณีเกิดพยาธิสภาพที่ Brachial plexus จะทำให้ปวดแขนอย่างรุนแรง จากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

(Metastatic symptoms) มะเร็งปอดมีการลุกลามไปที่สมองได้บ่อยที่สุด พบประมาณร้อยละ 10 อาการที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก เป็นต้น มะเร็งปอดสามารถแพร่กระจายไปยังกระดูก ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดตามกระดูกหรือมีกระดูกหักจากพยาธิสภาพ (Pathological fracture) เมื่อมะเร็งลุกลามไปสู่ตับ ต่อมหมวกไต และต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง อาการสำคัญคือ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด แน่นท้องบริเวณยอดอก คลื่นไส้อาเจียน ในกรณีที่ก้อนมะเร็งที่ต่อมหมวกไตมีขนาดใหญ่อาจจะทำให้มีอาการปวดได้ และกลุ่มอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของมะเร็งปอด (Paraneoplastic syndrome) เป็นผลทางอ้อม (Remote effect) ของเซลล์มะเร็งที่ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 เกิดจากการสร้างฮอร์โมนนอกแหล่ง (Ectopic hormone production) หรือจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็งแล้วภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย ทำให้เกิดอาการคล้ายโรค Autoimmune ในระบบต่างๆ กลุ่มอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของมะเร็งปอด เช่น ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine/metabolic) ทำให้เกิดภาวะ Hypercalcemia, Syndrome of inappropriate antidiuretic Hormone (SIADH)/ Hyponatremia, Cushing's syndrome, Hypoglycemia/ Hyperglycemia, Cancer cachexia คือ ผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลงจากค่าปกติมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 2-6 เดือน เป็นต้น (Flounders, 2003; Astrong, 2005) ความผิดปกติทางระบบประสาท Lambert-Eaton myasthenic syndrome (LEMS) พบได้ร้อยละ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด SCLC ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อส่วนต้น (proximal muscle) (Dmau et al., 2003) ความผิดปกติทางกล้ามเนื้อและกระดูก Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy (HPOA) พบว่ามีความสัมพันธ์กับมะเร็งปอด HPOA คือ กลุ่มอาการที่มีนิ้วปุ้มและ Periostosis ผู้ป่วยจะมีอาการปวดและแสบร้อนที่บริเวณข้อ (Thomas et al., 2004)

1.5 ระยะของโรคมะเร็งปอด

ระยะของโรคมะเร็งกำหนดจากตำแหน่งของเซลล์มะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็ง และการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะร่างกาย (Rusch et al., 2009)

1.5.1 ระยะของมะเร็งปอดชนิด Small cell lung cancer แบ่งเป็น

1) ระยะจำกัด (Limited-stage) เป็นระยะที่มะเร็งพบอยู่ในปอด 1 ข้าง เนื้อเยื่อระหว่างปอด 2 ข้าง และต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวเท่านั้น

2) ระยะลุกลาม (Extensive-stage) เป็นระยะที่มะเร็งกระจายออกจากปอดสู่อวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย

1.5.2 ระยะของมะเร็งปอดชนิด Non- small cell lung cancer ที่นิยมใช้กัน คือ การจัดระยะของโรคตามระบบ TNM (Tumor, Lymph node, Metastasis Classification) แบ่งระยะของโรคมะเร็งได้ดังนี้ (AJCC, 1997)

T- Primary Tumor เป็นการบอกตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็ง แบ่งเป็น

Tx หมายถึง จากการตรวจร่างกายและเอ็กซเรย์ปอด หรือการส่องกล้องผ่านทางหลอดลม (Bronchoscope) ไม่พบรอยโรค แต่อาจพบเซลล์มะเร็งจากการตรวจเสมหะ

Tis หมายถึง การตรวจพบเซลล์มะเร็งหลังทำ Bronchoscope โดยไม่พบร่องรอยของก้อนมะเร็ง (Carcinoma in situ)

T0 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง Non- small cell ในปอด

T1 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับหรือน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ขอบของก้อนมะเร็งล้อมรอบด้วยเนื้อปอดหรือ Visceral pleura จากการตรวจ Bronchoscope พบรอยโรคจำกัดอยู่เฉพาะบริเวณปอดกลีบใดกลีบหนึ่ง ไม่ลุกลามเกิน Lobar bronchus

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางยาวกว่า 3 เซนติเมตร อาจมีเซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่ Visceral pleura รอยโรคกระจายมาถึง Main bronchus แต่ต้องห่างจาก Carina เกิน 2 เซนติเมตร จำกัดอยู่เฉพาะปอดกลีบใดกลีบหนึ่ง

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีการกระจายเข้าสู่อวัยวะข้างเคียงโดยตรง เช่น ผนังทรวงอก บริเวณกระบังลม เยื่อบุหัวใจ หรือก้อนมะเร็งกระจายเข้าไปใน Main bronchus โดยมีระยะห่างจาก Carina น้อยกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่ได้กระจายเข้าสู่ Carina โดยตรง

T4 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีการกระจายเข้าสู่อวัยวะสำคัญ ได้แก่ บริเวณเมดิแอสตินั่ม หัวใจ หลอดลมใหญ่ หลอดอาหาร กระดูกไขสันหลัง และ Carina หรือการมีก้อนมะเร็งหลายๆก้อน (Satellite tumor nodules) ในปอดข้างเดียวกันกับก้อนมะเร็ง

N- Regional Lymph node เป็นการบอกขนาดการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำเหลือง แบ่งเป็น

Nx หมายถึง ไม่สามารถประเมินได้

N0 หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลอดลมหรือบริเวณขั้วปอดข้างเดียวกันกับก้อนมะเร็ง

N2 หมายถึง มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเมดิแอสตินั่มข้างเดียวกับรอยโรค หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Subcarinal region

N3 หมายถึง มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเมดิแอสตินั่มและ/หรือขั้วปอดด้านตรงข้ามกับรอยโรค ต่อมน้ำเหลืองเหนือไหปลาร้าทั้งข้างเดียวกับรอยโรคและด้านตรงข้าม

M- Distant metastasis เป็นการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

Mx หมายถึง ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

ระยะของมะเร็งปอดชนิด Non- small cell lung cancer แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะที่ 1 พบมะเร็งเฉพาะที่บริเวณปอดเท่านั้น ไม่พบในต่อมน้ำเหลือง และยังไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

2) ระยะที่ 2

ระยะที่ 2A มะเร็งมีขนาดเล็กและพบแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด

ระยะที่ 2B มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นเล็กน้อย และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด หรือเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น เช่น ผนังทรวงอก

3) ระยะที่ 3

ระยะที่ 3A เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในบริเวณอื่นที่ห่างจากปอด หรือพบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองรอบๆปอด และเซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังผนังทรวงอกหรือบริเวณกลางช่องอก

ระยะที่ 3B เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองอีกด้านของช่องอก หรือต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า หรือมีเนื้องอกมากกว่า 1 ก้อนในปอด หรือเนื้องอกเจริญเติบโตในอีกด้านของช่องอก เช่น หัวใจ หลอดอาหาร หรือมีของเหลวที่มีเซลล์มะเร็งอยู่รอบๆปอด

4) ระยะที่ 4 มะเร็งได้กระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ตับ กระดูก สมอง

1.6 การวินิจฉัยและการหาระยะของโรค

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย มีความสำคัญในการวินิจฉัยโรค เป็นแนวทางในการหาระยะของโรคและอาจจะช่วยในการพยากรณ์โรค ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยอื่นร่วมด้วย

1.6.1 การเอ็กซเรย์ปอด (Chest film) การเอ็กซเรย์ปอดเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยหามะเร็งปอดที่นิยม แต่การเอ็กซเรย์ปอดมีความไวในการตรวจค้นมะเร็งปอดนั้นขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง (Ginsberg et al., 2001) ภาพรังสีทรวงอกอาจจะพบ Localized opacity (Mass or nodule) น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด รอยแผลในปอด ปอดแฟบ มีลักษณะบางอย่างที่จะบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพของมะเร็งปอด พยาธิสภาพที่ขนาดเล็กกว่า 2-3 มิลลิเมตรจะตรวจไม่พบจากภาพรังสีทรวงอก ภาพรังสีทรวงอกจะมีความไวในการตรวจค้นมะเร็งปอดร้อยละ 70-80 มีความไวในการตรวจค้นต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด (Hilar adenopathy) ร้อยละ 50-60 และมีความไวในการตรวจค้นต่อมน้ำเหลืองโตที่เมดิแอสตินั่ม (Mediastinal adenopathy) น้อยกว่าร้อยละ 50

1.6.2 การส่องกล้องผ่านทางหลอดลม (Bronchoscope) เป็นเครื่องมือที่ใช้บ่อยมากในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งปอด (Yabro et al., 2011)

1.6.3 การเจาะชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัย (Fine needle aspirations: FNA) (Savage & Zwischenberger, 2000)

1.6.4 เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์มีประโยชน์มากในการดูลักษณะก้อนในปอด การลุกลามของมะเร็งเข้าสู่อวัยวะข้างเคียง การแพร่กระจายของมะเร็งเข้าสู่ปอดกลีบอื่นๆ และดูต่อมน้ำเหลืองที่เมดิแอสตินั่ม เป็นเครื่องมือที่สามารถค้นหามะเร็งปอดระยะที่ 1 ได้ร้อยละ 75-80 (Jett, 2000) และเป็นเครื่องมือที่มีความไวในการตรวจค้นพยาธิสภาพของมะเร็งปอดที่มีขนาดเล็ก (Schoepf, 2001; Carreca et al, 2005)

1.6.5 การตรวจด้วยสารเภสัชรังสี (PET scan) เป็นการตรวจก้อนมะเร็งหรือต่อมน้ำเหลือง เพื่อตรวจหา biological activity ของเซลล์มะเร็ง โดยเซลล์มะเร็งจะมีการดึงกลูโคส (glycolysis) ได้เร็วกว่าปกติ ดังนั้นเมื่อใช้สารรังสีจับกับ glucose analog คือ 18F-fluoro-deoxy-D-glucose (FDG) สาร FDG สามารถเข้าสู่เซลล์ได้เช่นเดียวกับ glucose แต่หลังจากผ่าน phosphorylation แล้วไม่ผ่านขบวนการเผาผลาญต่อ และสารจะถูกจับไว้ในเซลล์ทำให้เกิดการคั่งของสารรังสี ซึ่งจะสามารถตรวจสอบได้ การดูดซึม FDG แปรผันตรงกับความรุนแรงของก้อนมะเร็ง และอัตราการเจริญเติบโต ถ้าค่า SUV (standardized uptake ratio) น้อยกว่า 2.5 บ่ง

ว่าความผิดปกตินี้ไม่น่าจะใช่มะเร็ง PET scan มีความไวในการตรวจพบมะเร็งสูงมากและสามารถตรวจได้ทั่วร่างกายในการตรวจครั้งเดียว (Yabro et al., 2011)

1.7 แนวทางการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง อายุที่เริ่มเป็นและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วิธีรักษาที่เป็นมาตรฐานมี 4 วิธี (Yabro et al., 2011; Gore et al., 2012) ดังนี้คือ

1.7.1 การผ่าตัด มีเป้าหมายเพื่อผ่าเอาก้อนมะเร็งที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองที่ช่องอกออกให้หมด โดยทั่วไปไม่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิด SCLC ซึ่งมักมีการแพร่กระจายตัวของเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว การผ่าตัดมักใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิด NSCLC ในระยะที่ 1, 2 และ 3A การผ่าตัด มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค ดังนี้ ตัดปอดบางส่วน (Wedge resection) ตัดปอดทั้งกลีบ (Lobectomy) หรือตัดปอดทั้งข้าง (Pneumonectomy)

1.7.2 การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการใช้พลังงานรังสีที่มีความเข้มข้นฉายไปยังตำแหน่งของเซลล์มะเร็ง เพื่อทำลายกลุ่มก้อนเซลล์มะเร็งหรือทำให้หยุดการเจริญเติบโต

การรักษาด้วยรังสีรักษา แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) Teletherapy เป็นการฉายแสงจากภายนอก โดยใช้เครื่องส่งรังสีจากภายนอกร่างกาย ต้นกำเนิดของรังสีห่างจากบริเวณที่รักษามากกว่า 10 เซนติเมตร โดยทั่วไปจะใช้ระยะ 80-100 เซนติเมตร การฉายรังสีจะครอบคลุมทั้งก้อนมะเร็ง อวัยวะใกล้เคียงที่ก้อนมะเร็งลุกลามและต่อมน้ำเหลือง

2) Brachytherapy การรักษาแบบนี้ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ใกล้อวัยวะที่รักษา ส่งผล\ให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีสูง โดยที่ปริมาณรังสีรอบๆ ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อปกติจะลดลงอย่างรวดเร็ว ข้อดีของการรักษาวิธีนี้ คือ สามารถใช้ปริมาณรังสีได้สูงมาก การควบคุมโรคเฉพาะที่จึงสูงกว่า แต่มีข้อจำกัด คือ จะรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 4 เซนติเมตร

การรักษาด้วยรังสีรักษา มะเร็งปอดชนิด Non- small cell lung cancer (NSCLC) ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ปริมาณรังสีที่รักษา 5,000-6,500 cGy ใช้ระยะเวลา 5-6 สัปดาห์ (Haas, 2003) ส่วนมะเร็งปอดชนิด Small cell lung cancer (SCLC) การรักษาด้วยรังสีรักษาจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตผู้ป่วยที่เป็น Limited Stage โดยการฉายแสงจะช่วยลดการเกิดโรคใหม่ในปอด ปริมาณของรังสีที่ใช้อยู่ระหว่าง 2,500-3,000 cGy ใน10 ครั้ง ถึง 6,000

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

cGy ใน 30-33 ครั้ง กรณีมะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ได้แก่ Brain metastasis (Whole brain radiation) 3,000 cGy ใน 10 ครั้ง, Bone metastasis (Local field) 800 cGy ใน 1 ครั้ง หรือ 2,000 cGy ใน 5 ครั้ง หรือ 3,000 cGy ใน 10 ครั้ง และ Spinal cord compression 2,000 cGy ใน 5 ครั้ง หรือ 3,000 cGy ใน 10 ครั้ง

ปัจจุบันมีการพัฒนาการฉายรังสีด้วยเทคนิคการฉายรังสีแบบ 3 มิติ (3 – dimensional conformal radiation therapy) ผู้ป่วยจะได้รับการ Immobilize เพื่อลดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย และทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ในท่าของการรักษา (Treatment Position) ภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วยในการบอกตำแหน่งของมะเร็งและอวัยวะปกติที่เสี่ยงต่อการได้รับรังสี แพทย์ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (3D Treatment Planning) เพื่อแยกขอบเขตมะเร็งและเนื้อเยื่อปกติในลักษณะ 3 มิติ และเลือกมุมทางเข้ารับรังสีที่ให้การกระจายของรังสีครอบคลุมก้อนมะเร็งมากที่สุด สามารถให้ปริมาณรังสีสูงขึ้น โดยปริมาณรังสีที่อวัยวะสำคัญได้รับลดลง (Haas, 2003)

1.7.3 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) โดยใช้ยาเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโต หรือฆ่าเซลล์มะเร็ง หรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง โดยทั่วไปยาเคมีบำบัดที่ใช้กับมะเร็งปอดเป็นรูปแบบยาฉีดเข้าเส้นเลือด

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCLC พิจารณาจากระยะของโรคเป็นสำคัญ โดยทั่วไปการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีบทบาทในการรักษามะเร็งปอดชนิด NSCLC ในระยะซึ่งผ่าตัดไม่ได้แล้ว ยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิด NSCLC ได้แก่ Cisplatin, Carboplatin, Ifosfamide, Etoposide, Mitomycin-C และ Vinblastine ซึ่ง Cisplatin และ Carboplatin เป็นยาเคมีบำบัดที่นิยมนำมาใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิด NSCLC มากที่สุด (Choy et al., 2000) มะเร็งปอดชนิด SCLC เป็นมะเร็งที่ไวต่อยาเคมีบำบัดมาก ยาที่ให้จะให้ร่วมกัน 2-4 ชนิด ยาเคมีบำบัดที่นิยมใช้ คือ Cisplatin, Carboplatin, Etoposide, Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, Irinotecan และ Paclitaxel

ความแตกต่างระหว่างมะเร็งปอดชนิด SCLC กับ NSCLC ที่เด่นชัดที่สุด ได้แก่ การที่มะเร็งปอดชนิด SCLC มีลักษณะเฉพาะ คือ แพร่กระจายตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและมีความรุนแรงของการดำเนินโรคมากกว่า ทำให้หลักการรักษา SCLC ที่สำคัญ คือ การให้เคมีบำบัดที่ประกอบด้วยยาหลายตัว (Combined systemic chemotherapy) เพื่อหวังผลการรักษาให้มีการตอบสนองรักษาสูงสุด มี long-term disease free survival นานที่สุด และมีผลข้างเคียงเกิดน้อยที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากจะเป็นระยะลุกลาม

1.7.4 การรักษาโดยให้ยามุ่งเป้าทำลายเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) เป็นวิธีการรักษามะเร็ง โดยมีเป้าหมายเพื่อยับยั้งโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญในการควบคุมกลไกการเกิดโรคมะเร็ง เป็นยารับประทานหรือยาฉีด ผลข้างเคียงไม่มาก มักใช้เป็นการรักษาสำรองเมื่อล้มเหลวจากการให้ยาเคมีบำบัดแล้ว โดยแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย

โดยสรุปโรคมะเร็งปอดทั้ง Non-small cell lung cancer (NSCLC) และมะเร็งปอดชนิด Small cell lung cancer (SCLC) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดมากที่สุด คือ การสูบบุหรี่ และจากหลายปัจจัยทั้งทางพันธุกรรม การได้รับสารพิษและมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งระยะของโรคมะเร็งส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ซึ่งปัญหาที่พบมากปัญหาหนึ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด คือ ความปวด

2. ความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย ความรู้สึกและอารมณ์ที่พบได้กับบุคคลทั่วไปและในผู้สูงอายุ ในรายที่มีปัญหาสุขภาพมักพบอาการปวดมากขึ้น ดังเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.1 ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติในร่างกายและมักเป็นสาเหตุให้บุคคลแสวงหาการรักษาและการจัดการความปวด ความปวดมีความหมายแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล มีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้ดังนี้

McCaffery (1989) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคล และยังคงอยู่ตราบจนที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีความปวดอยู่ ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้ โดยสามารถประเมินความปวดได้จากผู้ป่วยโดยตรง

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP) (IASP Kuebler, Heidrich & Esper, 2007) ให้ความหมายของความปวดว่า เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ เป็นประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำลายเนื้อเยื่อ หรือเปรียบได้กับมีการทำลายเนื้อเยื่อ

ชมรมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย (2551) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย

นุสรา ประเสริฐศรี (2555) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ของประสาทความรู้สึกและอารมณ์อันไม่พึงประสงค์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือมีโอกาสการทำลายของเนื้อเยื่อ

โดยสรุป ความปวดจากโรคมะเร็ง เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล และเป็นประสบการณ์การรับรู้ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นจากก้อนมะเร็ง หรือการรักษาโรคมะเร็ง เป็นความปวดเรื้อรัง มีระยะเวลาความปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลาย ก่อให้เกิดการตอบสนองทั้งทางพฤติกรรม (Behavioral response) และทางสรีรวิทยา (Physiological response) ซึ่งความปวดมีความหมายแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล

2.2 ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่รบกวนการทำกิจวัตรประจำวันและการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดเกิดจากก้อนมะเร็ง การรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษา จากการศึกษาของ Cooley et al. (2003) พบว่าอาการปวดเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา สำหรับการศึกษาความชุกของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความปวดร้อยละ 40 ซึ่งอาการปวดนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 27 และเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายๆของชีวิต ร้อยละ 76 ซึ่งสาเหตุหลักของอาการปวดร้อยละ 73 มาจากตัวโรคมะเร็งเอง และร้อยละ 11 มาจากการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งตำแหน่งอาการปวดที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ หน้าอก ร้อยละ 25 หลังส่วนเอว (นพ มาศ พัดทอง, 2554; Tanaka et al., 2002; Potter & Higginson, 2004) และ Pancoast' s syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากมะเร็งบริเวณส่วนยอดของปอด มีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงทำให้เกิดอาการปวดที่ไหล่และหน้าอกส่วนบน ร้อยละ 31 (Simmons et al., 2012) ประเทศไทย ผู้ป่วยมะเร็งปอด แผนกผู้ป่วยนอกมีความปวดระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน) มากที่สุด รองลงมา คือ มีความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ส่วนแผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม จึงพบความปวดระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) มากที่สุด (Piamjariyakul et al., 2010)

2.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวดมีหลากหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับกันมาก คือ ทฤษฎีควบคุมประตู

2.3.1 ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

เมลแซคและวอลล์ (Melzack and Wall) คิดค้นทฤษฎีนี้ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1965 และได้พัฒนาทฤษฎีเมื่อปี ค.ศ. 1982 เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน สามารถอธิบายความ

ปวดได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณที่ระดับไขสันหลัง ก่อนที่จะส่งไปยังสมอง ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ 4 ส่วน คือ กลไกการควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลัง (Spinal gate mechanism) ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (Central biasing system) และระบบความเคลื่อนไหว (Action system) (Melzack, 1999) โดยทฤษฎีควบคุมประตูสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดว่า การส่งกระแสประสาทความปวดจากปลายประสาทและใยประสาทนำขึ้นจะถูกควบคุมโดยกลไกประตูในไขสันหลัง ระบบกลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ของการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก โดยที่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่จะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูปิด) ส่วนการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็กจะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูเปิด) กลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลมาจากกระแสประสาทนำลงจากสมอง เส้นใยประสาทขนาดใหญ่สามารถนำสัญญาณส่งไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดซึ่งเชื่อมโยงกับกระแสประสาทนำลง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ เอส จี ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสารซับสแตน พี ทำให้ไม่มีกระแสผ่านไปยังเซลล์ที จะทำให้มีกระแสประสาทผ่านไปยังเซลล์ที่เข้าสู่สมอง และเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น (Stephen, Melzack & Wall, 2013)

เมื่อมีสิ่งที่มากระตุ้นทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นแบบแรงกล ความร้อนหรือสารเคมี จะมีการเปลี่ยนพลังงานกระตุ้นเป็นกระแสประสาท ซึ่งเรียกขบวนการนี้ว่า “Transduction” โดยผ่านใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้ ใยประสาทขนาดใหญ่ทำหน้าที่ปิดประตูการรับรู้ความเจ็บปวด และใยประสาทขนาดเล็กทำหน้าที่เปิดประตูการรับรู้ถึงความเจ็บปวด ทั้งใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ต่างก็ส่งสัญญาณออกส่วนหลังของไขสันหลัง ผ่าน เซลล์-ที ไปยังสมอง และในขณะเดียวกัน ใยประสาททั้งสองนี้ยังส่งแขนงไปยังเซลล์ของซับสแทนเทีย จีลา ทิโนซา ซึ่งเป็นเซลล์ยับยั้งและกระตุ้นการทำงานของเซลล์-ที เมื่อซับสแทนเทีย จีลาทิโนซา ได้รับการกระตุ้นจากใยประสาทขนาดใหญ่ มีผลให้เซลล์ของซับสแทนเทีย จีลาทิโนซายับยั้งการทำงานของเซลล์-ที มากขึ้น ดังนั้นใยประสาทขนาดใหญ่จึงทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเซลล์-ที ส่วนใยประสาทขนาดเล็กมีผลตรงข้าม คือไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์-ที นั่นเอง โดยเซลล์-ที ทำหน้าที่เสมือนปิด-เปิด ประตูการส่งสัญญาณไปยังสมอง ถ้าการส่งกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าการส่งกระแสประสาทขนาดใหญ่ สัญญาณประสาทจะส่งผ่านประตูควบคุมความเจ็บปวดที่เปิดออกแล้วนำขึ้นไปยังสมองเพื่อรับรู้ถึงความเจ็บปวด แต่ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าใยประสาทขนาดเล็ก ระบบควบคุมประตูจะปิดประตู สัญญาณ

ประสาทจึงไม่สามารถนำขึ้นไปยังสมองได้ ทำให้ไม่เกิดอาการปวด เนื่องจากสมองไม่รับรู้ถึงความปวด (Melzack & Wall, 1982) อีกทั้งมีระบบที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกลไกควบคุมประตูความเจ็บปวด แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ

1) ระบบรับรู้และแยกแยะ (Sensory-discriminative system) ทำหน้าที่รับรู้และแยกแยะ ความรุนแรง ลักษณะและตำแหน่งของความเจ็บปวด จากการส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองโดยทางนีโอสไปโนทาลามิค (Neospinothalamic tract) ไปยังธาลามัสส่วนหลัง (Doral thalamus) และสมองส่วนที่รับความรู้สึก (Sensory cortex)

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

3) ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ทำงานโดยระบบประสาทที่อยู่สูงขึ้นไปหรือระบบนี้โอคอร์ติคัลทำหน้าที่ประเมินสัญญาณนำเข้าในเชิงประสบการณ์ในอดีตโดยแสดงต่อทั้งระบบรับรู้และแยกแยะ ระบบเร้าทางอารมณ์ และระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังด้วย

2.4 กลไกความปวดจากมะเร็ง

กลไกการเกิดความปวดจะนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดจากกระบวนการทางชีวเคมีและสรีรวิทยา 5 กระบวนการด้วยกัน คือ

2.4.1 Transduction คือ การชักนำให้เกิดสัญญาณประสาทเกิดขึ้นเมื่อตัวรับ Nociceptor (C-fiber) ของเซลล์รับความรู้สึกเจ็บปวดอันดับแรก (First-order neuron) ซึ่งพบในเนื้อเยื่อส่วนใหญ่ของร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ อวัยวะภายใน หลอดเลือด เป็นต้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณไฟฟ้าผ่านระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ A-delta และใยประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง ในระหว่างกระบวนการนี้เนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย และตัวรับความรู้สึกบริเวณผิวหนังถูกกระตุ้นนั้นจะเกิดการหลั่งสารชีวเคมีต่างๆ เช่น พลอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) เป็น Pain sensitizers ช่วยให้ปลายประสาทของ C-fiber (Nociceptor) อ่อนไหว มี threshold ที่ต่ำลงและถูกกระตุ้นด้วย K^+ ได้ง่ายขึ้น เมื่อ Nociceptor ถูกกระตุ้นจะส่งกระแสไฟฟ้าไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลังแต่ในขณะเดียวกันจะมีกระแสประสาทบางส่วนวิ่งสวนทางออกไปยังทางแยกของ Nociceptor ไปหลั่งสารซับสแตน พี (Substance P) ออกจาก

ปลายประสาท C-fiber ซึ่งสารซับสแตน พี ที่หลั่งออกมานี้จะไปกระตุ้นและขยายหลอดเลือดให้หลั่งสารแบรดดี้ไคนิน (Bradykinin) ออกมาพร้อมๆกับการหลั่งสารฮีสตามีน (Histamine) ออกจาก Mast cells และสารซีโรโทนิน (Serotonin) ออกจากเกร็ดเลือด สารที่ถูกหลั่งออกมาทั้งหมดนี้จะไปช่วยกระตุ้น Nociceptor ทำให้ threshold ลดลงไปแล้วเกิดเป็น Nerve action potential วิ่งไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง เพื่อส่งต่อไปยัง Cerebral cortex แล้วแปลผลเป็นความปวดขึ้น (Schmidt et al., 2010; Simmons et al., 2012)

2.4.2 Transmission เป็นการส่งกระแสไฟฟ้าในรูปของ Nerve action potential จากปลายประสาทรับความรู้สึก เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางผ่านไปสู่ไขสันหลัง โดยเข้าทาง Dorsal horn ไป synapse กับ Second- order neuron มีการใช้สารสื่อประสาท คือ Substance P ในการส่งผ่านหรือขยายสัญญาณประสาท รวมทั้งปรับลดสัญญาณประสาทด้วย เมื่อสัญญาณประสาทถูกส่งผ่านมาถึง Thalamus จะมีเซลล์ประสาทรับความรู้สึกอันดับที่สาม รับสัญญาณจากเซลล์ความรู้สึกอันดับที่สองแล้วส่งต่อไปยังเปลือกสมองบริเวณที่รับความรู้สึก (Somatosensory area) (Berman et al., 2008)

2.4.3 Modulation การปรับแต่งสัญญาณประสาท เป็นการปรับระดับของ Nociceptor activity ทำให้บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน โดยเส้นใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ส่งความรู้สึกเป็นกระแสไฟฟ้าไปยัง Substantia gelatinosa (SG) ซึ่งทำหน้าที่เปิด-ปิด รับความรู้สึกปวดตามทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack and Wall และ Central transmission cell ของ Spinal cord เมื่อกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่จะมีผลกระตุ้นการทำงานของ SG cell ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ T cell เป็นการปิดประตู ทำให้ไม่ได้รับความรู้สึกปวด ในทางตรงกันข้าม ถ้ากระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จะไปยับยั้งการทำงานของ SG cell แต่กระตุ้นการทำงานของ T cell ทำให้ประตูเปิดรับความรู้สึกปวดได้ (วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2546; Berman et al., 2008)

2.4.4 Pain Perception การรับรู้ความเจ็บปวดเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการชักนำสัญญาณประสาท การส่งผ่านและการปรับแต่งสัญญาณประสาท เป็นการแปลความว่า เป็นความรู้สึกเจ็บ (Fast pain) หรือปวด (Slow pain) เกิดขึ้นกับตำแหน่งใดในร่างกาย โดยที่ความรู้สึกปวดแปลได้ที่ Thalamus ส่วนความรู้สึกเจ็บแปลได้ที่เปลือกสมองบริเวณ Parietal lobe การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดว่ามากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความเจ็บปวด บุคลิกภาพ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและสภาพอารมณ์ขณะนั้น (วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2546; Berman et al., 2008)

2.4.5 Pain behaviors กระแสประสาทจาก Association cortex จะถูกส่งผ่านไปยัง Motor cortex เพื่อบอกว่ามีความปวดเกิดขึ้นแล้ว และร่างกายก็จะแสดงอาการออกมา เช่น หน้านิ่ว คิ้วขมวด ร้องครวญ เป็นต้น ส่วน Impulse จาก Somatosensory cortex จะส่งผ่านไปยัง Motor cortex เช่นกัน แต่เพื่อเตือนให้ร่างกายทราบว่ามีอันตรายที่เกิดขึ้นเท่านั้น ให้หลีกเลี่ยงเสีย

2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวด

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจะเป็นโรคมะเร็งในตำแหน่งเดียวกัน ได้รับการรักษาเหมือนๆ กัน แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดจากโรคมะเร็ง มีดังนี้

2.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และเพศ ซึ่งพบว่า

2.5.1.1 อายุ อาจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ และการแสดงออกถึงความรู้สึกปวดที่มีความแตกต่างกันบ้างในระดับความอดทนต่ออาการปวดซึ่งสัมพันธ์กับอายุ สำหรับในผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้อาการปวดเปลี่ยนไป เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การส่งสัญญาณประสาท และการรับรู้ช้าลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่ความรุนแรงของอาการปวดไม่ลดลง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551; Sikorski & Barker, 2005)

2.5.1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการตอบสนองต่อความปวด พบว่า เพศชายจะแสดงความรู้สึกของความปวดน้อยกว่าเพศหญิง แต่การตอบสนองความปวดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสังคมและวัฒนธรรมด้วย (Potter & Higginson, 2004; Black & Hawks, 2005)

2.5.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ปัจจัยที่พบว่ามีความสำคัญ ได้แก่

2.5.2.1 ชนิดของโรคมะเร็งปอด การศึกษาของ Hopwood et al. (1995) พบความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด SCLC ร้อยละ 50 และมะเร็งปอดชนิด NSCLC ร้อยละ 65

2.5.2,2 ระยะของโรคมะเร็ง เมื่อโรคมะเร็งมีการลุกลามมากขึ้น อาการปวดจะปรากฏเด่นชัดขึ้น พบอุบัติการณ์ความปวดเพิ่มขึ้นตามระยะของโรคมะเร็ง การศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยังพบว่าระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรง และความถี่ของความปวด (Chang et al., 2000) กล่าวคือ ระยะของโรคที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะรายงานความปวดที่เพิ่มขึ้นและถี่ขึ้นด้วย

2.5.2.3 ระยะเวลาความปวด ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นความปวดเรื้อรัง โดยมีระยะเวลาความปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2.5.2.4 ตำแหน่ง/ชนิดของอวัยวะที่เป็นโรคมะเร็ง โรคมะเร็งของอวัยวะที่เป็นก้อนแข็ง (Solid organs) เช่น ตับ ตับอ่อน ปอด มักมีอาการปวดร่วมด้วย หากมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง มักมีอาการปวดร่วมด้วยเสมอ ตำแหน่งหรืออวัยวะที่เป็นมะเร็งจึงมีความเกี่ยวข้องกับความปวด (Miaskowski et al., 2004) ซึ่งตำแหน่งอาการปวดที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ หน้าอก ร้อยละ 25 และหลังส่วนเอว (Potter & Higginson, 2004)

2.5.2.5 ชนิดของความปวดตามตำแหน่งพยาธิสรีรวิทยา ความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) หรือความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (Deep somatic pain) พบร้อยละ 73 เป็นชนิดของความปวดที่พบเป็นส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งปอด ส่วนความปวดชนิดอื่น เช่น ความปวดจากอวัยวะภายใน (Visceral pain) หรือความปวดที่มีผลจากการบาดเจ็บหรือการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathic pain) พบร้อยละ 30 (Caraceni, 1996; Wilkie, 2001; Potter & Higginson, 2004)

2.5.2.6 จำนวนตำแหน่งที่มีความปวด ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีปัญหาความปวด มักปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง โดยผู้ป่วยมากกว่า 3 ใน 4 มีความปวดมากกว่าสองตำแหน่ง อีกทั้งพบว่าจำนวนตำแหน่งที่มีความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงความปวดและผลกระทบจากความปวด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2552)

2.5.2.7 ความปวดจากการรักษา พบความปวดที่เกิดจากการรักษาด้วยรังสีรักษาร้อยละ 59 จากการผ่าตัดร้อยละ 43 และจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการรักษา (Potter & Higginson, 2004)

2.5.3 ปัจจัยด้านการคิดรู้ ความจำ และการให้ความหมายของความปวด

2.5.3.1 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการสูญเสียความจำ ความสามารถในการคิด คำนวณ การตัดสินใจ ความตั้งใจและการรวบรวมความคิด จะมีความยากลำบากในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2547)

2.5.3,2 ประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความปวด โดยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้การจัดการความปวดยากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดี (Berman et al., 2008)

2.5.3.3 การให้ความหมายของความปวด ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักคิดเชื่อมโยงว่าอาการปวดเป็นสัญญาณเตือนว่าโรครุนแรงขึ้นหรือการลุกลามของมะเร็งที่เป็นมากขึ้น ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น รบกวนการดำเนินชีวิตและทำให้ความหวังลดลง นอกจากนี้พบว่า

ความคิดที่ว่าตนเองจะไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นได้มีความสัมพันธ์กับความปวด (Burke, 2007)

2.5.4 ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์

2.5.4.1 ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ความกลัว โดยความวิตกกังวล ความกลัว จะไปกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว ส่งผลให้เพิ่มระดับความเจ็บปวด กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความวิตกกังวล ความกลัว สูง จะมีคะแนนความรุนแรงความปวดสูง (Jablonski, 2005)

2.5.4.2 ภาวะซึมเศร้า ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น ทั้งในเรื่องของความรุนแรงของความปวด (Pain intensity) และความทุกข์ทรมานจากความปวด (Pain distress)

2.5.4.3 ปัจจัยด้านสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับความปวด มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการกับความปวดได้ดีขึ้น

2.5.4.4 ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อด้านจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา พบว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง โดยผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจทางศาสนาและมีความเชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะไม่คิดว่าความปวดเป็นสิ่งที่ท้าทาย

2.5 ผลกระทบของความปวด

ความปวดส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Davies, 2008) ดังนี้

2.6.1 ด้านร่างกาย ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเองในกิจกรรมต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้

2.6.1.1 การเคลื่อนไหวลดลง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยลดความสามารถในการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง เพื่อไม่ไปกระตุ้นความเจ็บปวด

2.6.1.2 ลดความสามารถในการนอนหลับ ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งเป็นสาเหตุโดยตรง ที่ไปรบกวนการนอนหลับ หรือหลับได้ในช่วงสั้นๆ ในช่วงที่ได้รับยาแก้ปวด และจะตื่นเมื่อฤทธิ์ของยาแก้ปวดลดลง และยังพบว่าความเจ็บปวดจากมะเร็ง มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและลดพลังงานสำรองในร่างกายซึ่งใช้ในการปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บปวด มีผลให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง

2.6.1.3 ลดความสามารถด้านประสาทสัมผัสและความจำ ระดับความเจ็บปวดที่สูงขึ้นทำให้ผู้ป่วยคิดอะไรไม่ออก เพราะต้องต่อสู้อยู่กับความเจ็บปวด คิดแต่เรื่องปวดเท่านั้น

2.6.1.4 ด้านจิตอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ เป็นส่วนหนึ่งของกลไกการปรับตัวที่อยู่ในระบบการควบคุมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า ความเจ็บปวดเป็นสิ่งเร้าโดยตรงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายและจิตอารมณ์ ดังนี้ ลดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เมื่อมีความเจ็บปวด ผู้ป่วยมักจะหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เพิ่มความกลัว วิตกกังวลและซึมเศร้า ส่งผลให้ความอดทนต่อความปวดลดลง เกิดภาวะท้อถอย ซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายได้

2.6.2 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ลดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม เมื่อมีอาการปวดมากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจึงลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่พร่องไป รวมทั้งกิจกรรมบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความเจ็บปวด รายได้ลดลง ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ความเจ็บป่วยและความเจ็บปวด ทำให้ลดความคาดหวังในชีวิตลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่การงาน

2.6.3 ด้านจิตวิญญาณ การให้ความหมายกับชีวิต โรคมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของชีวิตอย่างมาก เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งนำไปสู่ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ

2.7 การประเมินความปวด

อาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล การรายงานอาการปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ถือเป็นตัวชี้วัดอาการปวดที่เชื่อถือได้มากที่สุด (Ardery et al., 2003) เครื่องมือที่ช่วยในการประเมินอาการปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีหลากหลาย ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการปวดมีหลายแบบ ดังนี้

เครื่องมือประเมินความปวดในมิติทางเดียว (One-Dimension/ Scale)

1) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale : VAS) โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า “0” หมายถึง ไม่มีความปวด และ “10” หมายถึง ปวดมากที่สุด จากนั้นให้ผู้ป่วยจุดลงบนเส้นตรงนั้น ตรงที่ผู้ป่วยคิดว่าประมาณความปวดตอนนั้นๆ จากการศึกษาพบว่ามีความเที่ยงตรงที่เพียงพอต่อการวัดระดับความรุนแรงของความปวด แต่ยากสำหรับการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ

ไม่รู้สึกปวดเลย ปวดมากที่สุด

0 10

2) Verbal Descriptive Scale (VDS) เป็นการบอกความปวดโดยบอกเป็นคำพูด ได้แก่ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด เป็นการประเมินโดยให้ผู้ป่วยใช้คำบอกเล่าด้วยคำพูดง่ายๆ ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกปวดขณะนั้น ข้อดีของ VDS คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยมักใช้คำกลางๆ เช่น ปวดมาก อาจบอกแค่ปวดปานกลาง ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง

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

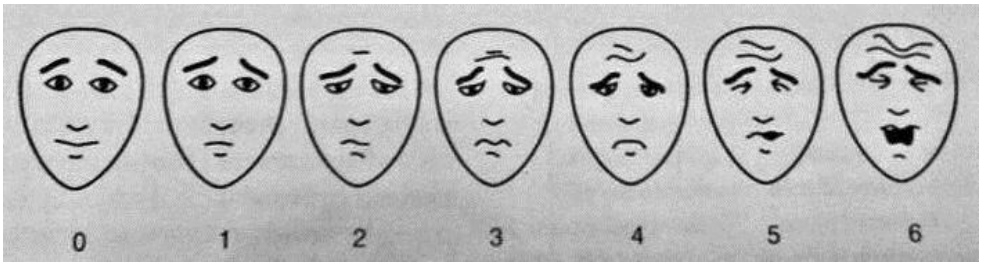
3) มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด จาก 0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้บ่อย เนื่องจากง่าย และไม่สิ้นเปลืองเวลา โดยอธิบายให้ ผู้ป่วยเข้าใจว่า “0” หมายถึง ไม่มีความปวด และ “10” หมายถึง ปวดมากที่สุด ข้อดีของ NRS คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน การมีตัวเลขกำกับทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความปวดได้ง่าย (Herr & Garand, 2001)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุด

4) มาตรวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale : FPS) ประเมินจากการแสดงออกของสีหน้า โดยการสอบถามผู้ป่วยว่าขณะนี้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดระดับใด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้บอกตำแหน่งของสีหน้าที่ตนเองรู้สึกปวด โดยรูปหน้าคนทดแทนความรู้สึกปวดในขณะนั้น ใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านความคิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง



ภาพที่ 1 มาตรวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale)

ที่มา:Ham, Sloane & Warshaw, 2002: pp. 387

5) มาตรวัดความปวดของสจ๊วต (Stewart's pain color scale) ใช้แถบสีแทนระดับความปวดของผู้ป่วย กำหนดเป็น 10 ช่อง โดยให้ผู้ป่วยเลือกแถบสีตามระดับความปวดของตนเอง ข้อดีของมาตรวัดความปวดของสจ๊วต คือ การแยกแยะความรู้สึกปวดด้วยสีที่ต่างกัน ทำให้แยกระดับความปวดได้ชัดเจน ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกปวดไม่สัมพันธ์กับสีของมาตรวัด ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ตาบอดสี เนื่องจากไม่สามารถแยกแยะสีได้

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
เขียว เหลือง	เหลือง	เหลือง ส้ม	ส้ม	ส้ม แดง	แดง	แดง น้ำตาล	น้ำตาล	ดำ น้ำตาล	ดำ
ไม่รู้สึกปวด				ปวดปานกลาง					ปวดมากจนทนไม่ได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือวัดความปวดแบบหลายทิศทาง หรือแบบผสมผสาน (Multidimension pain assessment tools) มีดังนี้

1) The Short-Form McGill Questionnaire (McGill-SF) เป็นการวัดความปวด โดยมีคะแนนเต็ม 15 คะแนน เป็นการประเมินความปวดทั้งความรุนแรงและคุณภาพ (Kitisomprayoonkul, 2005)

2) The Functional Pain Scale มีระดับคะแนน 0-5 คะแนน เป็นการวัดความรุนแรง และการทำหน้าที่หรือผลกระทบต่อร่างกายจากอาการปวด โดยเฉพาะความสามารถในการดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ และการใช้โทรศัพท์ (Gloth et al., 2001)

3) McGill Pain Questionnaire เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง และให้ข้อมูลเชิงลึกในการประเมินความปวด เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความปวดชนิดหลายมิติที่ใช้มากที่สุด ประเมินความปวดโดยลักษณะของกลุ่มคำ 20 กลุ่มคำ 10 กลุ่มคำแรก เป็นการวัดมิติด้านความรู้สึก (Sensory dimension) อีก 5 กลุ่มคำ เป็นการวัดมิติด้านอารมณ์ (Affective dimention) ส่วนอีก 4 กลุ่มคำ เป็นการประเมินด้านอื่นๆ ข้อดีของ McGill Pain Questionnaire คือ การแบ่งออกเป็นชุดคำต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกคำได้ตรงกับความปวดที่ตนเองประสบได้มากที่สุด (Valley, 2003) แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา เนื่องจากค่อนข้างยาว อาจทำให้ผู้ป่วยให้ความสนใจลดลง

4) Brief Pain Inventory (BPI) มักใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 2 ส่วน คือ ความรุนแรงและผลกระทบจากความปวดในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน และข้อคำถามอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ เป็นข้อมูลความรุนแรงของความปวด 16 องค์ประกอบ ปวดมากที่สุด (Worst pain) ปวดน้อยที่สุด (Least pain) ปวดทั่วๆ หรือเท่ากัน (Pain on the average) และปวดเหมือนกับที่ผ่านมา

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เนื่องจากความรู้สึกปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล การรายงานอาการปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยสูงอายุ ถือเป็นตัวชี้วัดอาการปวดที่เชื่อถือได้มากที่สุด และข้อดีคือ ใช้ง่าย รวดเร็ว และการมีตัวเลขกำกับทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความปวดได้ง่าย จึงถือเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับประเมินความปวดของผู้ป่วยสูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3, กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นแก่นของวิชาชีพพยาบาล โดยมีพื้นฐานทางทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่ชัดเจน กระบวนการพยาบาลเป็นแผนนำการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีรูปแบบขั้นตอน (organized) มีระบบระเบียบ (systemic) และมีเจตนาเฉพาะ (deliberate) เพื่อแสดงเอกลักษณ์ความเป็นวิชาชีพของการพยาบาล และทำให้การพยาบาลมีคุณภาพ

3.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2543) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ (2552) ให้ความหมายกระบวนการพยาบาลว่า เป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาล โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

White (2003) ให้ความหมายกระบวนการพยาบาลว่า เป็นวิธีการที่เป็นระบบในการวางแผนการพยาบาลและการให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะการดูแลเป็นรายบุคคล (individualized) แบบองค์รวม (holistic) อย่างมีประสิทธิภาพ (efficient) และประสิทธิผล (effective)

Potter & Perry (2005) ให้ความหมายกระบวนการพยาบาลว่า กระบวนการพยาบาลหมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นขั้นตอนโดยการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

Doenges et al. (2006) กล่าวว่า กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีระบบและมีขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน นำไปสู่การตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพทางคลินิกของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Carpenito (2007) ให้ความหมายกระบวนการพยาบาลว่า เป็นรูปแบบของการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนต่อเนื่อง และมีเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ

3.2 คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยคุณลักษณะ 6 ประการ ดังนี้

1) เป็นพลวัตและวงจร (Dynamic and cyclic) กระบวนการพยาบาลเกี่ยวพันกับการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องของปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นตลอดการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พยาบาลประเมินการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาล เพื่อปรับปรุงสิ่งที่จำเป็นต้องแก้ไขในแผนการพยาบาลขั้นตอนต่างๆในแผนการพยาบาลต้องได้รับการตรวจสอบ เพื่อให้มีความเหมาะสมตลอดเวลา เนื่องจากแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีการเกี่ยวข้องระหว่างกัน

2) ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) แผนการพยาบาลถูกจัดขึ้นในรูปของปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าเป้าหมายของการพยาบาล ในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วยต้องมาก่อนเสมอ และผู้ป่วยยังต้องเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ

3) มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายชัดเจน (Planned and goal directed) ปัญหาของผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยอย่างรอบคอบ ตรงประเด็น และกำหนดเป้าหมายที่จะดำเนินการทั้งระยะสั้นและระยะยาว การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องอยู่บนหลักวิชาการ โดยมุ่งเป้าหมายบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

4) เป็นสากลและมีความยืดหยุ่น (Universally application and flexibility) สามารถใช้กับผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ ทุกภาวะสุขภาพตั้งแต่สุขภาพดีจนถึงเจ็บป่วย และทุกสถานการณ์การพยาบาล เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้ป่วยศัลยกรรม หรือผู้ป่วยมะเร็ง

5) เป็นกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) เป็นการใช้ทักษะทางสติปัญญาในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ ใช้การคิดวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยมาประยุกต์กับศาสตร์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

6) เน้นปัญหาผู้ป่วย (Problem-oriented) หมายถึง แผนการพยาบาลที่สอดคล้องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย สนับสนุนศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหา ช่วยผู้ป่วยให้เข้าใจสถานการณ์ของตัวผู้ป่วยเอง

3.3 ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา การบริหาร การวิจัย และการแสวงหาความรู้ของวิชาชีพพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานจะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Seaback, 2006) สรุปได้ดังนี้ คือ

1) กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นระบบ และมีเป้าหมายทางการพยาบาลที่ชัดเจน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมาตรฐาน

2) การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลจะส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เพราะในแต่ละขั้นตอนจะต้องมีการคิดวิเคราะห์ ตรวจสอบข้อมูล ระบุปัญหา วางแผนการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยในการสื่อสารของทีมการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เนื่องจากแผนการพยาบาลช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมให้มีแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติการพยาบาล จึงช่วยลดความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล จึงก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างเต็มที่

4) กระบวนการพยาบาลช่วยให้การมอบหมายงานเป็นไปอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ มีระบบการปฏิบัติงานที่ชัดเจน สร้างความมั่นใจให้กับทีมสุขภาพ และทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ

5) กระบวนการพยาบาลแสดงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล การที่พยาบาลสามารถแสดงบทบาทและขอบเขตความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทอิสระ ทำให้มีมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้เกิดการยอมรับของทีมสุขภาพ

6) กระบวนการพยาบาลส่งเสริมให้มีการพัฒนาวิชาชีพ จากผลการปฏิบัติการพยาบาลที่มีองค์ความรู้ ทำให้พยาบาลสามารถพัฒนาองค์ความรู้ด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีส่วนส่งเสริมให้พยาบาลมีการทำวิจัยมากขึ้น เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลอาศัยหลักการแก้ปัญหาตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ขั้นตอนกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้รับบริการซึ่งจะรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การประเมินผลการพยาบาล (Yura & Walsh, 1988) คุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลจะเป็นการปฏิบัติที่มีขั้นตอนตามลำดับ และมีวงจรต่อเนื่องกัน นอกจากนี้ยังมีกลไกย้อนกลับทุกขั้นตอน

Yura & Walsh (1988) กล่าวว่ากระบวนการพยาบาลเป็นลำดับขั้นตอนของการดูแลที่มีการวางแผนและมีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม และเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

3.5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (Yura & Walsh, 1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) **การประเมินผู้รับบริการและการวินิจฉัยการพยาบาล (Assessment and Nursing diagnosis)** การประเมินผู้รับบริการเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาล การประเมินผู้รับบริการจะเริ่มด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data) ต้องอาศัยความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ เมื่อรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่า ข้อมูลพื้นฐาน การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องอาศัยกรอบแนวคิด หรือความรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการและการพยาบาล (Conceptual framework of Nursing) ที่ชัดเจน และต้องมีทักษะตลอดจนมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อระบุปัญหาและสาเหตุตามพื้นฐานของสุขภาพในแต่ละคน

ส่วนการวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการสรุปสภาพปัญหาหรือกำหนดภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล สรุปเป็นสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเฉพาะราย เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เหมาะสม โดยที่พยาบาลสามารถกระทำโดยอิสระภายใต้ขอบเขตหน้าที่ตามกฎหมาย และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (holistic) ที่สำคัญที่สุดคือ เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่ค่อนข้างสำคัญ ต้องอาศัยความรู้ความคิด ที่เป็นเหตุเป็นผลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นโดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกับกรอบแนวคิด การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแปลผลได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ข้อมูลพื้นฐาน (Data base) ที่สอดคล้องกับข้อมูล

จากกรอบแนวคิด จะแสดงถึงความปกติหรือไม่มีปัญหา และ 2) ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องและมีการเบี่ยงเบนไปจากกรอบแนวคิด จะแสดงถึงความผิดปกติหรือมีปัญหา (Problem) ประเภทของปัญหาอาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (Actual problem) หรือปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (Potential problem) ผลการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจะได้มาซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ทั้ง 4 มิติ คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

2) **การวางแผนการพยาบาล** (Planning) เป็นการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ หรือเป็นการกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามที่ให้การวินิจฉัยการพยาบาลไว้ โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนดไว้ทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว การวางแผนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนย่อยดังต่อไปนี้ คือ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เป็นการพิจารณาว่าปัญหาของผู้รับบริการ ปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขก่อนหลัง โดยปัญหาที่มีความสำคัญมากที่สุดหรือมีความรุนแรงของปัญหามากที่สุดจะได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลได้มาจากการพิจารณาแต่ละปัญหาหรือแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลว่า หลังจากให้การพยาบาลแล้วพยาบาลมีความคาดหวังให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพอย่างไร เป้าหมายของการพยาบาลควรมีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงประเด็น เป้าหมายของการพยาบาลสามารถกำหนดได้หลายแนวทางโดยอาจจะคาดหวังให้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการดีในระดับเดิมหรือดียิ่งขึ้น หรือให้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการลดน้อยบรรเทาลง หรือหมดไป ขึ้นอยู่กับยสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล และการกำหนดเกณฑ์ประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหมายไว้ เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาลที่จะบอกให้ทราบว่าผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ บรรลุเป้าหมายของการพยาบาลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาและเขียนแผนการพยาบาล (Nursing care plan) เฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย กิจกรรมการพยาบาลอาจเป็นการปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง หรือใช้บทบาททางอ้อม โดยญาติหรือผู้ดูแลก็ได้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ทั้งนี้การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลต้องครอบคลุมองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้รับบริการ รวมทั้งต้องครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของพยาบาลทั้ง 4 มิติ คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

3) **การปฏิบัติการพยาบาล** (Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริง การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเทคนิคการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) รวมทั้งศาสตร์และศิลป์ของการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยบทบาทอิสระและบทบาทไม่อิสระ บทบาทอิสระเป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามขอบเขตของกฎหมาย โดยไม่ต้องมีคำสั่งการรักษาของแพทย์ ได้แก่ บทบาทเกี่ยวกับการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยการบรรเทาอาการของโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย บทบาทไม่อิสระเป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์หรือเป็นการช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรค ได้แก่ การให้ยารับประทาน การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้อาหารทางสายยาง การเจาะเลือด การให้เลือด การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งการกู้ชีพ เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ (Preparation) การปฏิบัติ (Intervention) และการลงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน (Documentation) (Iyer et al., 1986) เมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่กำหนดแล้ว พยาบาลจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลลงในบันทึกการพยาบาล (Nurse's note) ทุกครั้ง และเกณฑ์ผลลัพธ์/การประเมินผลทางการพยาบาล

4) **การประเมินผลการพยาบาล** (Evaluation) การประเมินผลการพยาบาล เป็นการตัดสินการให้การพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลที่ตั้งไว้ เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินว่าควรจะยุติการให้การพยาบาล คงการพยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใหม่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และคณะ, 2552) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการ การประเมินผลการพยาบาลจะกระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลของพฤติกรรมผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาล (Actual outcome) กับพฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผลจะต้องนำมาประเมินซ้ำอีกและปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง โดยการแปลผลข้อมูลของพฤติกรรมผู้รับบริการ สรุปได้เป็น 3 ลักษณะ กล่าวคือ 1) พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาล แสดงออกในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล แสดงว่าปัญหาได้รับการแก้ไขสมบูรณ์ 2) พฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาล แสดงออกในลักษณะที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากการประเมินตั้งแต่ตอนแรก แสดงถึงปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข จึงต้องมีการปรับปรุงแผนการ

พยาบาล และ 3) ในกรณีที่พบว่าพฤติกรรมของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาลแสดงถึงแนวโน้มของปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากปัญหาเดิม ต้องทำการประเมินผู้รับบริการและวางแผนการพยาบาลใหม่สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ การประเมินผลการพยาบาลมี 2 ชนิด คือ 1) การประเมินผลในขณะปฏิบัติการพยาบาล (Formative evaluation) เป็นการประเมินผลตลอดเวลาที่ให้การพยาบาล เพื่อประเมินปัญหาของผู้รับบริการว่าได้รับการแก้ไขหรือไม่ อย่างไร เพราะในขั้นตอนนี้อาจพบว่าผู้รับบริการมีข้อมูลเพิ่มเติมใหม่หรือมีปัญหาอื่นๆเกิดขึ้น ทำให้ต้องมีการวินิจฉัยปัญหาหรือปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่เป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาลที่ตั้งไว้ 2) การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาล (Summative evaluation) เป็นการประเมินผลการพยาบาลแบบรวบยอดในสถานการณ์และช่วงเวลาหนึ่งๆ เช่น เมื่อผู้รับบริการพ้นภาวะวิกฤต หลังจากการรักษาพยาบาลเฉพาะอย่างสิ้นสุดลง เช่น หลังจากการให้ยาเคมีบำบัด หรือเมื่อจำหน่ายผู้รับบริการออกจากโรงพยาบาล

สรุปได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นลำดับขั้นตอนของการดูแลที่มีการวางแผนและมีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างครอบคลุมโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม เพิ่มคุณภาพการพยาบาล และกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เป็นอิสระของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการพยาบาลถือเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสหสาขาวิชาชีพอื่น

3.6 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่มีความปวดโดยใช้กระบวนการพยาบาล

เนื่องจากการบรรเทาความปวดเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระหรือให้การพยาบาลร่วมกับการรักษาของแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องมีขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

3.6.1 การประเมินผู้รับบริการซึ่งรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย (Assessment and Nursing diagnosis) การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดก่อนให้ยาระงับปวด ถึงแม้ว่าเป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้เน้นถึงการดูแลแบบองค์รวมก็ตาม แต่ความปวดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องการบรรเทา ความสำคัญของการรายงานความปวด คือ การรายงานความปวดด้วยตัวของผู้ป่วยเอง พยาบาลต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกในสิ่งต่อไปนี้ คือ 1) การบอกเล่าลักษณะความปวด (quality of pain) การประเมินลักษณะความปวดจากมะเร็งอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ให้ประโยชน์มาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะของความปวด เป็นการช่วยในการประเมินสภาพและเป็นการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ความปวดที่ยังคงมีอยู่เป็นข้อบ่งชี้ที่บอกถึงพยาธิสภาพอื่นๆ เช่น ลักษณะความปวดมี

ความสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของโรคหรือการรักษา 2) ตำแหน่งของความปวด (location) 3) ความรุนแรงของความปวด (intensity or severity) โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เนื่องจากใช้ง่าย รวดเร็ว และการมีตัวเลขกำกับทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความปวดได้ง่าย จึงถือเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับประเมินความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด การประเมินความรุนแรงของความปวดอย่างสม่ำเสมอสามารถนำไปใช้เปรียบเทียบเพื่อรายงานผลในช่วงที่ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นก่อนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลควรสอนให้บุคคลในครอบครัวได้รู้จักใช้เครื่องมือประเมินความปวดของผู้ป่วยที่บ้านได้ เพื่อที่จะช่วยให้สามารถจัดการกับความปวดได้ทุกสถานที่หรือติดตามผลทางโทรศัพท์ และ 4) บันทึกการตอบสนองทางด้านการรู้คิด (cognitive) เกี่ยวกับความปวด เช่น บันทึกพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความปวดที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับรู้คิด ดังนั้นพยาบาลไม่ควรเร่งสรุปความปวด โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เพราะอาจมีความสับสนในการรายงานความปวด ควรมีการสังเกตพฤติกรรมร่วมด้วยเสมอ เช่น สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ หรือลักษณะการพูดคุยที่เปลี่ยนแปลงไป

3.6.2 **การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)** เป็นการตัดสินใจหรือสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล โดยอาศัยความรู้ ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล และการตัดสินใจของพยาบาลอย่างชัดเจน การวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมที่ได้มาจากขั้นตอนการประเมินผู้รับบริการ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลภายใต้แบบแผนสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด 1) แบบแผนการรับรู้สุขภาพ-การจัดการกับสุขภาพ รับรู้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงจากยาระงับปวด 2) แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ 3) แบบแผนการขับถ่าย มีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่ายอุจจาระ: ท้องผูก 4) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความพร่องในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5) แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป 6) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ กลัวการติดยา กลัวการดื้อยา 7) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ แยกตนเองออกจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า 8) แบบแผนการปรับตัวกับความเครียด การเผชิญปัญหาของครอบครัว: ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น กลัวเป็นภาระ

3.6.3 **การวางแผนการพยาบาล** (Planning) ในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การวางแผนการพยาบาลจะเริ่มต้นจากข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการการแก้ไขโดยเร่งด่วน ซึ่งในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ความปวดเป็นปัญหาที่สำคัญมากและพบบ่อยปัญหาหนึ่ง

3.6.4 **การปฏิบัติการพยาบาล** (Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด ได้แก่ 1) การประเมินความปวด เช่น ตำแหน่ง ลักษณะความปวด ความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาที่เริ่มมีความปวด และปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความปวด เพื่อเตรียมข้อมูลนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม 2) ประเมินประสบการณ์ ความสามารถในการควบคุมความปวดที่ผ่านมา เพื่อใช้ในการเตรียมข้อมูลและเลือกวิธีการบรรเทาความปวดได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยการจัดการกับความปวดมีทั้งการใช้ยาระงับปวดและการไม่ใช้ยา 3) ประเมินหาสาเหตุของความปวด เพื่อกำจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้นและส่งเสริมความสุขสบาย 4) ติดตามประเมินผลความปวดและติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวด ลงบันทึกหลังจากการบรรเทาปวด และทบทวนแผนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม 5) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญในการบรรเทาความปวด เพื่อให้มีการควบคุมความปวดได้เพียงพอโดยไม่ต้องใช้ยา เพื่อส่งเสริมการบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยามากกว่าวัยอื่นๆ

3.6.5 **การประเมินผลการพยาบาล** (Evaluation) การประเมินผลภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด มีความสำคัญในการช่วยเตรียมการจัดการความปวดได้อย่างมีคุณภาพ เหมาะสมกับเหตุการณ์ ในการประเมินผลการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดแล้ว สิ่งที่ต้องประเมินควบคู่ไปด้วยกัน คือ อาการไม่สุขสบายอื่นๆทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เนื่องจากความปวดส่งผลกระทบต่อองค์รวมของสุขภาพ การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านต่างๆ ควรนำไปเกี่ยวข้องกับภาวะที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วย เช่น ความก้าวหน้าของโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคมะเร็งหรือการรักษา 2) สถานการณ์ภายนอกตัวผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาล ที่บ้าน อาการปวดมากในเวลากลางคืน เป็นต้น เพราะแต่ละสถานการณ์มีความจำกัดในขอบเขตของการจัดการความปวด ซึ่งส่งผลต่อระดับความปวดของผู้ป่วยได้

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่มีความปวดโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในเรื่องของการบรรเทาความปวดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ซึ่งบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดประกอบด้วยบทบาทอิสระ โดยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา และบทบาทไม่อิสระซึ่งต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ นั่นคือ การจัดการความปวดโดยการใช้ยาระงับปวด สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้บทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการความปวด เพื่อช่วยลดขนาดของการใช้ยาระงับปวด ลดผลข้างเคียงจากยาระงับปวดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

4. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

การจัดการความปวดถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง การที่จะบำบัดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการบำบัดความปวด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้อาการปวดและส่งผลให้การบำบัดความปวดในวัยสูงอายุซับซ้อนมากกว่าวัยอื่นๆ

4.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการบำบัดความปวด

1) สัดส่วนของไขมันมากขึ้น ในขณะที่ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทั้งน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์และในเซลล์ จากปริมาณน้ำในตัวที่เคยมีถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัวจะลดน้อยกว่าเดิมร้อยละ 15 (เหลือร้อยละ 45 ของ Total body weight) การเปลี่ยนแปลงปริมาณไขมันและน้ำในร่างกายจะมีผลอย่างมากกับการกระจายตัวของยา เมื่อยาเข้าไปในร่างกายแล้วจะมีการกระจายตัวไปตามส่วนประกอบของร่างกาย ซึ่งแบ่งใหญ่ๆได้ 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นน้ำและส่วนที่เป็นไขมัน ส่วนนี้เรียกว่า Volume of distribution (Vd) ของยา ซึ่งจะมีผลต่อระดับยาในเลือดและค่าครึ่งชีวิตของยา (T1/2-half life of drug) ดังนั้นยาที่ละลายในน้ำจะมี Vd ลดลง ทำให้ระดับยาในเลือดสูงกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนยาที่ละลายในไขมันจะมี Vd มากขึ้น ยาส่วนหนึ่งจะต้องไปละลายในไขมันที่มีปริมาณมากขึ้น ทำให้เหลือยาในกระแสเลือดลดลง ผลคือระดับยาต่ำกว่าปกติ แต่ค่าครึ่งชีวิตของยา (T1/2) ยาวขึ้น และถ้าได้รับยาเกินขนาดก็จะเกิดพิษจากยานานขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

2) ขนาดของตับ น้ำหนักของตับ และปริมาณเลือดที่ผ่านตับลดลงตามสัดส่วนของขนาดตับที่เปลี่ยนไป Cytochrome P450 ที่มีหน้าที่สำคัญในการ Oxidation substance ต่างๆ ได้แก่ ยาที่มี Metabolism ผ่านตับ ทำงานน้อยลง และมีผลทำให้มี Prolong half life ของยาที่ต้อง

Metabolism ผ่านตับนานขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิด Adverse drug reaction จากการใช้ยามากขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548; Goldstein et al., 2005)

3) การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไตจะลดลงไปร้อยละ 50 ขนาดของไตและจำนวนเนฟฟรอน (Nephron) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ที่โกลเมอรูลัส (Glomerulus) พบการหนาตัวของเยื่อบุผนัง Basement membrane และมีใยคอลลาเจนเพิ่มขึ้น เลือดที่มาเลี้ยงไตมีปริมาณลดลง การกรองที่ไตลดลง การทำหน้าที่ของท่อไตลดลง ทำให้การขับถ่ายของยาทำได้น้อยลง เนื่องจากกระบวนการขับถ่ายยาทางไตขึ้นอยู่กับการซึมซาบของเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณไต การที่ไตทำงานลดลงเพราะมีเลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลง ทำให้ Creatinine clearance ลดลง แต่ค่า Serum creatinine ในผู้สูงอายุมักอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย เพราะ Muscle mass ในผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้มี Raising ของ creatinine ต่อเมื่อจำนวนเนฟฟรอน (Nephron) ลดลงมากขึ้น ถึงขั้น Renal insufficiency จึงจะมี Raising of creatinine สิ่งที่สำคัญมากที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของไต คือ การขับถ่ายยาจะลดลงตาม Creatinine clearance ที่ลดลง จึงต้องปรับขนาดยาที่ขับถ่ายทางไตทุกครั้ง ถึงแม้ยานั้นจะไม่มี Nephro toxic ก็ตาม เพราะระดับยาในเลือดที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548; Goldstein et al., 2005)

4) การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายจะทำหน้าที่ลดลงช้าๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเมื่อเซลล์ประสาทเสื่อมหรือตายลงจะไม่มีการสร้างเซลล์ประสาทขึ้นมาใหม่ ทำให้การสร้างสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ลดลง แต่ลดลงไม่ได้สัดส่วนกัน เนื่องจากการทำงานของสารสื่อประสาทจะต้องพึ่งทั้งปริมาณและสัดส่วนของสารสื่อประสาท เพื่อให้เกิดสมดุลที่ดี เมื่อมีการสร้างสารเหล่านี้แปรปรวนไปจะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

4.2 การจัดการความปวด

4.2.1 การจัดการความปวดโดยการใช้ยา

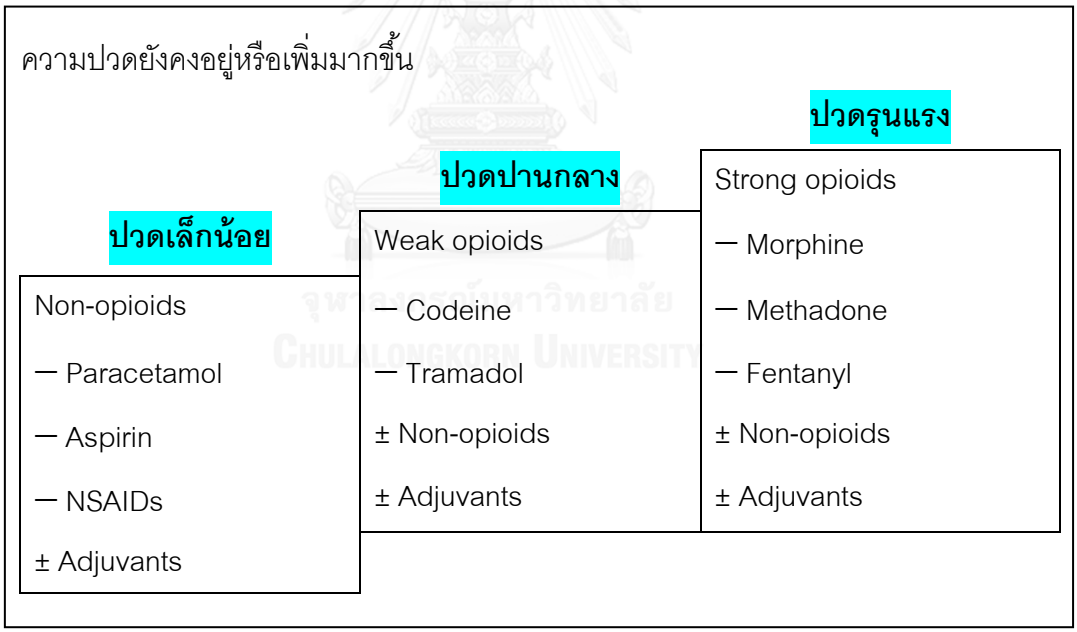
วิธีการบริหารยาเพื่อบรรเทาอาการปวด ใช้ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้กำหนดหลักการใช้ยาระงับปวด โดยอาศัยจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ ตามระดับความรุนแรงของอาการปวด ประกอบด้วยบันได 3 ขั้น (WHO three steps Analgesic Ladder) ดังนี้ (Ersek & Poe, 2004)

ขั้นที่ 1 อาการปวดในระดับเล็กน้อย (Mild pain) แนะนำให้ใช้ยาระงับความปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน และยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่

สเตียรอยด์ ในรายที่มีอาการปวดในระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)

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

ขั้นที่ 3 อาการปวดในระดับรุนแรง (Severe pain) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 2 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาระงับปวดชนิด Strong opioids ร่วมกับยาระงับปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น Morphine Fentanyl หรือ Methadone ในรายที่มีอาการปวดในระดับรุนแรง (มีคะแนนตั้งแต่ 7-10 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)



ภาพที่ 2 WHO three steps Analgesic Ladder สำหรับใช้บำบัดความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ที่มา:สถาพร ลีลานันทกิจ, 2550: หน้า 42.

4.2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ถือเป็นบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยลดขนาดของการใช้ยาแก้ปวด ลดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Hadjistavropoulos & Hadjistavropoulos, 2008) มีดังนี้

4.2.2.1 การใช้วิธีทางกายภาพ (Physical or Cutaneous stimulation) เป็นการกระตุ้นผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อ

1) การประคบร้อน-เย็น (Heat and Cold Applications) การประคบร้อนช่วยทำให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือด และเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ส่วนการประคบเย็นจะช่วยลดการหลั่งสารเคมี เช่น กรดแลคติค โปแตสเซียม อิออน และฮิสตามีน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความปวด การประคบร้อน-เย็น ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ดี การกระตุ้นด้วยอุณหภูมิโดยตรงที่บริเวณที่ปวดจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แต่ถ้าไม่สามารถประคบตรงบริเวณที่ต้องการได้ อาจประคบบริเวณหรือตำแหน่งอื่นที่อยู่ใกล้เคียง

2) การนวด (Massage) การนวดสามารถบรรเทาอาการปวดได้ โดยส่งเสริมให้มีการหลั่ง Endorphine และ Enkephaline จากการยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทของใยประสาทขนาดเล็กเอ เดลตา และใยประสาทซี และการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นเซลล์ เอส จี ให้ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทไปประสาทกับที เซลล์ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิดจึงไม่มีกระแสประสาทผ่านส่งไปยังสมอง เป็นผลให้อาการปวดลดลง (Fagen, 2002) และการนวดเป็นการทำให้เลือดไหลเวียนสะดวก การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น กรดแลคติกที่เกิดขึ้นไหลเวียนไปกับกระแสเลือด ทำให้ลดสิ่งที่จะกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด อาการปวดจึงลดลงหลังนวดทันที (Willison, 2006) นอกจากนี้การลูบ การสัมผัสจากการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้ประตูควบคุมความรู้สึกเจ็บปวดที่ไขสันหลังปิด ผู้ป่วยจึงทุเลาหรือหายจากอาการปวด นอกเหนือจากนี้การนวดจะทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และก่อให้เกิดปฏิกิริยาเชิงกล คือ ทำให้ความดันในหลอดเลือดดำส่วนพื้นผิว (Superficial vein) ลดลง มีผลให้เลือดแดงไหลเวียนดีขึ้น ลดการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองส่งผลให้อาการบวมลดลง

3) การจัดท่า (Positioning) การจัดท่าเป็นวิธีการที่ทำให้มีความสุขสบาย ช่วยขจัดแรงกดบริเวณที่ปวด จึงเป็นตัวช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความเจ็บปวด

4) การใช้เครื่อง TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) เป็นการกระตุ้นปลายประสาทด้วยเครื่องไฟฟ้าผ่านผิวหนัง การใช้เครื่อง TENS ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าต่ำ โดยจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทส่วนปลายขนาดใหญ่และยับยั้งการส่งผ่านของสัญญาณความปวด ทำให้ความปวดลดลง เวลากระตุ้นประมาณ 20-30 นาที ซึ่งสามารถลดความปวดได้นานถึง 3-4 ชั่วโมง โดยให้การรักษาประมาณ 3-4 ครั้ง/วัน

5) การสัมผัส (Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ คล้ายกับการนวด ทำให้ SG ทำงานมากขึ้น ยับยั้งการทำงานของ T cell ทำให้ประตูปิด ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ซึ่งทำให้อาการปวดลดลงส่งผลต่อการผ่อนคลายด้านจิตใจ และเกิดการส่งสัญญาณจากระบบควบคุมส่วนกลางมาปิดประตูในระดับไขสันหลัง นอกจากนี้ตามทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน พบว่า เมื่อใยประสาทขนาดใหญ่ถูกระตุ้น โดยการสัมผัสจะเกิดการปล่อยเอนเคฟาลินและเอนดอร์ฟิน ให้มายับยั้งการทำงานของซับสแทนพี ซึ่งเมื่อการทำงานของซับสแทนพีถูกยับยั้ง ทำให้เซลล์หยุดส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดสู่สมอง ดังนั้น การรับรู้อาการปวดจึงลดลง

6) การกดจุด (Acupressure) เป็นวิธีการอีกวิธีหนึ่งในการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งอาศัยหลักการเดียวกันกับการนวด

4.2.2.2 การปรับกระบวนความคิด (Cognitive-behavioral techniques) เป็นกลวิธีในการปรับการตีความในการรับความรู้สึกปวด การเผชิญกับความปวดโดยการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับความปวด

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

2) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นการผ่อนคลายอารมณ์ และความวิตกกังวล การผ่อนคลายต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นผลจากการการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ลดลง อัตราการหายใจลดลง อัตราการเต้นของชีพจรลดลง ความดันโลหิตลดลง และลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เช่น การผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจ (Rhythmic Breathing) การเริ่มต้นด้วยการหายใจเข้าออกอย่างช้าๆ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดโดยลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ และความวิตกกังวลเช่นกัน (McCaffery & Pasero, 1999) รวมถึงการทำสมาธิ (Meditation) เป็นการเน้นความสนใจของบุคคลออกไป จากความเจ็บปวด

3) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นวิธีการเบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจของบุคคลมายังสิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้ ทำให้บุคคลหันเหความสนใจออกจากความเจ็บปวด ลดการรับรู้ความรู้สึกต่อความปวด นอกจากนี้ยังกระตุ้นจะทำให้เกิดการหลั่ง Endorphins และ Enkephalins ซึ่งเป็นสารยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจจึงสามารถลดการรับรู้อาการปวดและเพิ่มความทนต่ออาการปวดได้ เช่น ดนตรีบำบัด (Music therapy) ซึ่งดนตรีมีผลต่อกลไกการควบคุมความปวดในร่างกายโดยการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้เกิดการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนออกมา หรือเกิดการแยกส่วนการรับรู้ออกจากความเจ็บปวด (Diassociation) การสร้างอารมณ์ขัน การสร้างจินตภาพ การอ่านหนังสือ การสนทนากับผู้อื่น เป็นต้น

4) การสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจ และเกิดความรู้สึกที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ (McCaffery, 2002) เป็นวิธีการควบคุมอาการปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุดสามารถกระทำได้ก่อนวิธีการอื่นๆ โดยการดูแลอย่างใกล้ชิด ความเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับ ปลอบโยนให้กำลังใจ และให้ความเชื่อมั่นในการให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการปวด ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกโดดเดี่ยวลง (Blackall, 2000) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะกระตุ้นหรือสนับสนุนความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละคน ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาและมีอิทธิพลต่อการบรรเทาจากอาการปวดที่เป็นอยู่ (ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์, 2547)

5) การจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่ออาการปวด โดยอาจส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี หรือมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางจิตวิทยาและสังคมที่ดี เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ อุณหภูมิที่พอเหมาะ และสิ่งแวดล้อมที่มีความรู้สึกปลอดภัย จะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว และทนต่ออาการปวดได้มากขึ้น ขณะที่สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความเครียดความสามารถในการปรับตัวลดลง การรับรู้ต่ออาการปวดเพิ่มขึ้นและความทนต่ออาการปวดลดลงด้วย

การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ไม่ว่าจะเป็นการบรรเทาอาการปวดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา เป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลควรมีความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ ทำให้การดูแลเกี่ยวกับอาการปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดได้อย่างครอบคลุม ควบคุมอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว

5. แนวคิดเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช

การนวด (Massage) หมายถึง การใช้มือบีบนวด หรือกดจุดตามอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นการกระทำด้วยมือต่อเนื้อเยื่อของร่างกายเป็นระบบตามหลักวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดผลต่อระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ และทำให้การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้น เพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกาย การนวดเป็นศาสตร์และศิลป์ที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั้งในสังคมตะวันตกและตะวันออก การนวดเป็นการแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) หรือการรักษาเสริม (Complementary medicine) การนวดในวัฒนธรรมต่างๆ ทั่วโลกมีหลากหลายวิธี (Walker et al., 2003) ดังนี้

การนวดแบบตะวันออก

เป็นการนวดที่มีรากฐานส่วนใหญ่มาจากประเทศอินเดียและจีน โดยเชื่อว่าร่างกายของคนคือ องค์ประกอบดุลยภาพของธาตุต่างๆ การนวดเป็นการปรับลมปราณหรือพลังชีวิตให้เกิดความสมดุลและทำให้มีการไหลเวียนที่ดี เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ทำให้สุขภาพดีและหายจากการเจ็บป่วยได้ เช่น การนวดแบบอินเดีย (Indian massage) การนวดแบบจี้กงและการกดจุด (Qi gong therapy and Acupressure) การนวดแบบชิฮัตซุหรือการนวดแบบญี่ปุ่น (Shiatsu) และการนวดไทย (Thai massage)

การนวดแบบตะวันตก

เป็นการนวดที่เน้นการรักษากล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณที่มีความปวด (Trigger point) เพื่อช่วยลดอาการปวด การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง และเพื่อแก้ไขโครงสร้างของร่างกาย (Structural integration) การนวดแบบนี้ส่วนใหญ่จะอยู่บนรากฐานของวิทยาศาสตร์และการแพทย์ เช่น การนวดรักษากล้ามเนื้อ (Myotherapy) การนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) ออสทีโอพาธี (Osteopathy) และไคโรแพรคติก (Chiropractic)

5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช

การนวดแบบสวีดิช พัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 1830 ที่ประเทศสวีเดน โดย Per Henrik Ling เป็นการนวดที่ตกทอดกันมาช้านานในประเทศทางแถบทวีปยุโรป จนกลายเป็นการนวดแบบคลาสสิก (Classical massage) หรือการนวดแบบสวีดิช (Swedish massage) เมื่อการนวดรูปแบบนี้เผยแพร่มาถึงประเทศสหรัฐอเมริกา คำว่าการนวดแบบสวีดิชจึงนิยมเรียกกันในประเทศนี้ การนวดแบบสวีดิชถูกพัฒนาเป็นการนวดบำบัด (Therapeutic massage) (Trivieri, 2001)

5.2 ความหมายของการนวดแบบสวีดิช

สำนักการแพทย์ทางเลือก (2552) กล่าวว่า การนวดแบบสวีดิชเป็นการนวดพื้นฐาน เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดในส่วนต่างๆของร่างกาย ลดอาการเมื่อยล้า ลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และลดความปวด

Thomas (1995) ได้ให้ความหมายของการนวดแบบสวีดิช ว่าเป็นการนวดที่เป็นที่นิยม การนวดโดยใช้มือสัมผัส ทำให้มีผลต่อทางร่างกาย เช่น ทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ลดอาการปวด ผ่อนคลายภาวะเครียดทางกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง และมีผลต่อจิตใจ เช่น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมการนอนหลับ

Cooke (2012) กล่าวว่า การนวดแบบสวีดิชเป็นการนวดแบบสัมผัส เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือบรรเทาอาการทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ใช้ในการรักษาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากโรคมะเร็ง เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเหนื่อยล้า อาการปวด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สรุปการนวดแบบสวีดิชเป็นการนวดแบบสัมผัส วัตถุประสงค์ในการนวดเน้นการบำบัดเพื่อกระตุ้นการทำงานทางสรีรวิทยา เช่น กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ผ่อนคลายภาวะเครียดทางกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ลดอาการปวด และมีผลต่อจิตใจ เช่น ลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสร้างความรู้สึกเป็นสุข (well-being)

5.3 ลักษณะการนวดแบบสวีดิช

การนวดเป็นการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) วิธีการหนึ่ง เพื่อจัดการกับอาการ และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต (Heitkemper, 2005) ซึ่งจัดอยู่ในประเภท Manipulative and body-based method ประกอบด้วยลักษณะการนวด 5 แบบ (สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Holey & Cook, 2003; Cowen et al., 2006) ดังนี้

1) การลูบ (Stroking) การลูบแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การลูบเบา เป็นการใช้ฝ่ามือหรือนิ้วมือเคลื่อนที่ไปมาบนผิวหนัง แต่มือต้องแนบติดกับผิวหนังตลอดเวลา มักใช้ท่านี้ทาน้ำมันนวดหรือโลชั่น ลูบด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ไม่หยุดชะงักขณะลูบ และการลูบหนัก ลูบไปตามทิศทางการไหลของเลือดดำหรือน้ำเหลืองเข้าสู่หัวใจ มือต้องแนบชิดกับส่วนที่จะลูบและออกแรงกดลงพอสมควร การลูบหนักต้องเป็นไปอย่างช้าๆ และสม่ำเสมอ อาจเพิ่มแรงกดมากขึ้น เมื่อสิ้นสุดการลูบแต่ละเที่ยว ออกแรงกดชั่วครู่ ก่อนจะยกมือขึ้นเพื่อเริ่มต้นลูบอีกครั้งหนึ่ง ผลจากการลูบเบา เป็นการผ่อนคลาย ลดความปวด ลดการเป็นตะคริว และเป็นการกระตุ้นระบบไหลเวียน ผลของการลูบหนักจะไล่เลือดดำและน้ำเหลืองเข้าสู่หัวใจ ช่วยลดอาการคั่งของเลือดดำและน้ำเหลือง มีผลต่อระบบ

ประสาทส่วนกลาง ช่วยยับยั้งกลไกความปวด ทำให้การรับรู้ความรู้สึกปวดลดลง (Rechtien et al., 1998) ช่วยให้ของเสียต่างๆถูกกำจัดออกจากเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้เซลล์ต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด อาการปวดจึงลดลง

2) การกดบีบ (Petrissage) คือ การบีบกล้ามเนื้อระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วทั้งสี่อย่างนุ่มนวล ไม่ให้มีช่องว่างภายในอุ้งมือ ยกกล้ามเนื้อให้ห่างจากกระดูกแล้วปล่อย ออกแรงที่ข้อมือเป็นหลัก ผลของการกดบีบช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดอาการปวด อาการบวม และอาการเมื่อยล้า (Fritz, 2000; Salvo, 2003)

3) การเคาะตี (Tapotement) กำมือไว้หลวมๆ คว่ำมือลง ใช้ด้านหลังของนิ้วทั้งสี่เคาะลง โดยออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่ส่งแรงหรือน้ำหนักมากนัก สลับมือ มักใช้กับกล้ามเนื้อหนา ผลของการเคาะตีช่วยระบายเสมหะ กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังมากขึ้น ทำให้เซลล์ต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด จึงลดอาการปวดได้

4) การสั่นหรือเขย่า (Vibration/Shaking) ใช้สองมือหรือมือเดียวสั่นที่ปลายนิ้วด้วยความเร็วถี่บนกล้ามเนื้อ อวัยวะภายในช่องท้อง ผลของการสั่นหรือเขย่าทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทผ่านส่งไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดอาการปวด (Salvo, 2003)

5) การกดคลึง (Friction) เป็นการใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้กดลงบนผิวหนังให้ลึกลงถึงกล้ามเนื้อ ไม่เคลื่อนนิ้วจากจุดที่กด กดคลึงไปมาในแนวขวางเส้นใยกล้ามเนื้อ กดคลึงขึ้นลงในแนวตั้ง หรือในลักษณะวงกลมตามเข็มนาฬิกา/ทวนเข็มนาฬิกา โดยลงน้ำหนักไม่มากเกินไป ซึ่งจะไม่ทำในตำแหน่งที่มีความปวด ผลของการกดคลึงช่วยทำให้พังผืดยืดออก ไม่เกาะติดกับกล้ามเนื้อ ลดอาการเมื่อยล้าและลดอาการปวด โดยการออกฤทธิ์ที่ประสาทพรีซินแนปติก (Presynapticsites) ซึ่งยับยั้งการหลั่ง Substance P ที่ระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผลให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด ทำให้สามารถควบคุมความปวดได้ (Hammer, 1999)

5.4 กลไกการนวดแบบสวีดิชที่มีผลต่อการลดความปวด

ทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack & Wall (1982) อธิบายว่าการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า หรือ เอ แอลฟา ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอส จี ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทผ่านส่งไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดอาการปวด เนื่องจากสมองไม่รับรู้ถึงความปวด

จึงส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลง และยังกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการหลั่งสารซับสแทน พี ส่งผลทำให้ประตูปิดและยับยั้งการส่งผ่านของสัญญาณประสาทความปวดที่ส่งมาจากสมอง ทำให้สัญญาณประสาทความปวดไม่ถูกส่งไปยังสมองส่วนกลาง จึงทำให้การรับรู้ความปวดลดลง อีกทั้งช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทำให้เซลล์ต่างๆ ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด อาการปวดจึงลดลงหลังนวดทันที (Willison, 2006) และทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สร้างความรู้สึกเป็นสุข (well-being) (Linquist et al., 2003)

5.5 ประโยชน์ของการนวดแบบสวีดิช (สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Thomas, 1995)

1) เพิ่มการไหลเวียนของเลือด โดยกระตุ้นให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังมากขึ้น

2) ลดอาการบวม มี 2 ลักษณะ คือ อาการบวมน้ำเกิดจากการคั่งของเลือดดำและน้ำ และอาการบวมเนื่องจากการอุดตันของท่อน้ำเหลือง

3) ผ่อนคลายความเครียด ช่วยให้นอนหลับสบาย และคลายความวิตกกังวล

4) ลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

5) ลดความปวด เนื่องจากการนวดกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ทำให้เซลล์ต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด อาการปวดจึงลดลง

5.6 ข้อห้ามและข้อพึงระวังในการนวดแบบสวีดิช (สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Thomas, 1995)

5.6.1 ข้อห้ามในการนวดแบบสวีดิช

1) บริเวณที่มีบาดแผล การนวดจะทำให้เกิดการติดเชื้อ ส่งผลให้แผลหายช้าลง

2) โรคผิวหนัง การนวดทำให้เชื้อแพร่กระจายออกไป เกิดการอักเสบเฉียบพลัน

3) การอักเสบ ติดเชื้อ และโรคติดต่อทุกชนิด เช่น วัณโรค

4) กระดูกหัก แตก ร้าว ข้อเคลื่อน การนวดจะทำให้กระดูกเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม

5) ภาวะเลือดออกง่าย

6) เส้นเลือดอุดตัน/อักเสบ

5.6.2 ข้อพึงระวังในการนวดแบบสวีดิช

1) มะเร็ง การนวดอาจทำให้มะเร็งแพร่กระจายไปที่อื่น จึงไม่ควรนวดบริเวณที่เป็นก้อนมะเร็ง และไม่ควรนวดตำแหน่งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง แต่นวดเพื่อบรรเทาหรือลดอาการปวดได้

2) โรคหัวใจ การนวดอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลเวียนของเลือด อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้

3) ระยะมีไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วัลลภา สังฆโสภณ (2536) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับไว้เพื่อรักษาและบรรเทาอาการของโรคมะเร็ง ตึก 72 ปี ชั้น 6, 7 ตึกตรีเพชร ชั้น 1, 2 และตึกมหิดลบำเพ็ญ ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มทดลองได้ฟังดนตรีนาน 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับฟังดนตรีลดลงมากกว่าไม่ได้รับการฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์ (2543) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดที่เข้ารับการรักษาในแผนกมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 34 ราย โดยที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการทดลองทั้ง 3 ลักษณะสลับกันระหว่าง การนวดแผนไทย การนวดเทียม และการพยาบาลตามปกติ การทดลองนวดแผนไทยและนวดเทียม นวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 2 วันติดต่อกัน ภายหลังการนวดแผนไทย การนวดเทียม และให้การพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการทดลองทั้ง 3 ลักษณะ แต่เว้นระยะเวลาห่างกัน 1 วัน ในแต่ละรูปแบบของการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 9 วัน สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานหลังการนวดแผนไทยน้อยกว่าก่อนการนวดแผนไทยที่ทุกเวลา (วันที่ 1 และ 2) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานหลังการนวดเทียมน้อยกว่าก่อนการนวดเทียม ที่เวลา 0, 15, 30, 45 และ 60 นาที (วันที่ 1 และ 2) และผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมาน (วันที่ 2) หลังการพยาบาลตามปกติ ที่เวลา 0 และ 15 นาที น้อยกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนในวันที่ 1

พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังการพยาบาลตามปกติที่เวลา 0, 15, 30, 45 และ 60 นาที น้อยกว่าก่อนได้รับการ พยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยมีผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมาน (วันที่ 1 และ 2) หลังการนวดแผนไทยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดเทียมและการพยาบาลตามปกติที่ทุกเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นาถฤดี พรหมเถาว์ (2544) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15 ราย จากผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ทั้งชายและหญิงของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งในขั้นแรกของการศึกษา กลุ่มตัวอย่างถูกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมก่อน โดยได้รับการประเมินเมื่อเกิดความเจ็บปวดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 3 ครั้ง หลังจากนั้นจะถูกจัดให้เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังได้รับการฟังดนตรีล้านนา 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างขณะเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดลดลงภายหลังได้ฟังดนตรี และลดลงมากกว่าเมื่อเป็นกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2545) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้ฟังแถบเสียงการสร้างจินตภาพ เป็นการศึกษาความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 และ 48 และเป็นการศึกษาความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดและความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีการใช้ยาแก้ปวดลดลง และใช้ยาแก้ปวดชนิดที่ออกฤทธิ์ระงับปวดอ่อนกว่ายาแก้ปวดเดิมที่เคยได้รับ

จิราภี สุนทรกุล (2546) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสบกับความปวดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับฟังดนตรีเป็นระยะเวลานาน 30 นาที วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้าและเย็น รวม 2 วัน ผลการศึกษาพบว่าขณะที่ได้รับฟังดนตรี ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เทวิกา เทพญา (2546) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 16 ราย กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับมอบหมายให้เป็นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจัดลำดับการดำเนินการวิจัย 2 ลักษณะ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ 1 จะได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ (ผสมผสานนวดแบบราชสำนักและแบบเชลยศักดิ์) ซึ่งจะนวดตั้งแต่เท้า ขา มือ แขนทั้งสองข้าง หลัง และคอ ตามลำดับ ก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดในมื้อก่อนนอน 40 นาที ในวันแรก และไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ในเวลาเดียวกันวันที่ 3 ส่วนลักษณะที่ 2 ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดมื้อก่อนนอน 40นาที ในวันแรก แต่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ในเวลาเดียวกันในวันที่ 3 ใช้เวลาในการนวด 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎ์ธานี จำนวน 40 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้า ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดภายหลังเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ได้รับยาระงับปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริพร เสมสาร (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด แบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเจ็บปวดภายหลังการทดลอง 7 วัน และ 14 วัน ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรลักษณ์ ฉิมวัย (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง จำนวน 40 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการสร้างจินตภาพ เทปการสร้างจินตภาพเริ่มด้วยการนำเข้าสู่การผ่อนคลายประกอบเพลงบรรเลง 20 วินาที และกำหนดการหายใจ เข้า-ออก ลึกๆช้าๆ นาน 2 นาที การสร้างจินตภาพซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้น ระหว่างนี้จะมีเพลงบรรเลงประกอบไปตลอดจนสิ้นสุดการสร้างจินตภาพ ใช้เวลา 15 นาที ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริพร อุตสาหพานิช และคณะ (2554) ศึกษาผลการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 12 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างฟังเทปหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และไม่เกิน 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวด อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการสร้างจินตภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เบญมาศ ตระกูลงามเด่น (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร จำนวน 60 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ ผลการวิจัยพบว่า อาการปวดภายหลังการทดลอง 4 วัน และ 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการปวดภายหลังการทดลอง 4 วัน และ 7 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Stephenson et al. (2000) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด จำนวน 23 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลและความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Huang et al. (2010) ศึกษาผลของดนตรีในผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบแผนการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบการได้ฟังดนตรีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รักษาในหน่วยการรักษาโรคมะเร็งแบบประคับประคอง หน่วยทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเมืองเกาสง จำนวน 126 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 62 ราย และกลุ่มควบคุม 64 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้ฟังดนตรี 30 นาที เป็นเพลงที่มี 60-80 จังหวะ/นาที และไม่มีจังหวะเน้นหรือจังหวะที่เสียงเบาเกินไป ส่วนกลุ่มควบคุมให้นอนพักเป็นเวลา 30 นาที ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้ฟังดนตรีมีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Porter et al. (2011) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด โดยอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด คือ ความปวด ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 1-3 และญาติผู้ดูแล โปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้ ส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการกับอาการให้กับผู้ป่วย การให้คำปรึกษา และมีการโทรศัพท์ติดตาม ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ดีขึ้น ความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช

Post-White et al. (2003) ศึกษาผลการนวดแบบสวีดิชเพื่อจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยนวดแบบสวีดิชทุกส่วนของร่างกายบริเวณใบหน้า ต้นคอ มือและแขน หน้าท้อง หลัง เท้าและขา ใช้ระยะเวลาในการนวด 45 นาที เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน นาน 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าการนวดแบบสวีดิชทำให้ความปวด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าลดลง และช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งมีผลทำให้อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจร และความดันโลหิตลดลงด้วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น

Cassileth et al. (2004) ศึกษาผลของการนวดแบบสวีดิชในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็ง โดยนวดแบบสวีดิชในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยนอก 60 นาที ผู้ป่วยใน 20 นาที ผลการวิจัยพบว่าการนวดทำให้ความปวด ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hernandez-Reif et al. (2005) ศึกษาผลของการนวดแบบสวีดิชในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1- 3 จำนวน 58 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการนวดแบบสวีดิชทุกส่วนของร่างกาย ใช้เวลาในการนวด 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และกลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าการนวดแบบสวีดิช และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hodgson et al. (2012) ศึกษาผลการนวดแบบสวีดิชเปรียบเทียบกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่อาศัยที่สถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Solid tumor (lung, breast, prostate, colorectal) อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 18 ราย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน เท้าและขา เป็นระยะเวลา 20 นาที และได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นระยะเวลา 20 นาที ผลการวิจัยพบว่า การนวดแบบสวีดิชและการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าสามารถลดความปวดและผ่อนคลายภาวะเครียดทางร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) ร่วมกับทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ทั้งหมด 6 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กระประเมินผู้ป่วยสูงอายุซึ่งรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการ ประสบการณ์ และการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยการศึกษาประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วย พูดคุย สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ซึ่งการประเมินปัญหาจะนำมาซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาล นั่นคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดมีความปวด หลังจากญาติผู้ดูแลหลักฝึกการนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลหลักในการนวดแบบสวีดิช โดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำและสอนอย่างใกล้ชิด จนสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน และซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการฝึกการนวดแบบสวีดิช

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช ให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลัก และสอนการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลัก สอนแบบรายบุคคล 2 ครั้ง โดยเลือกท่าทางการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยท่าทางการนวด 27 ท่า ดังนี้

การนวดบริเวณมือและแขน ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา(Effleurage superficial stroking) 2) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือ (Tapotement hacking) 3) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วย (Tapotement cupping) 4) ท่านวดมือ (Hand massage) และ 5) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking)

การนวดบริเวณเท้าและขา แบ่งเป็นขาด้านหน้าและขาด้านหลัง การนวดขาด้านหน้า ประกอบด้วยท่าทางการนวด 7 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบโดยวางมือเป็นตัววี (Petrissage V slide) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 6) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan spring) และ 7) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) การนวดขาด้านหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 10 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial

stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนล่าง (Tapotement hacking lower leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนล่าง (Tapotement cupping lower leg) 6) ท่ากดบีบเหมือนนวดแป้ง (Petrissage wringing 3 line) 7) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 8) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 9) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 10) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking)

การนวดหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่าลูบตัดบ่า (Effleurage across) 4) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 5) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) โดยลำดับแรกผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลหลักดูดีวีดีการนวดแบบสวีดิช จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดผู้ป่วย ซึ่งการฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากญาติผู้ดูแลหลักนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินให้คำแนะนำและสอนอย่างใกล้ชิด จนสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน และซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการฝึกการนวดแบบสวีดิช ครั้งแรกผู้วิจัยสอนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ณ ห้องเอนกประสงค์ ตึกว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ครั้งที่ 2 สอนที่บ้าน แนะนำวิธีการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน พร้อมทั้งแสดงการลงบันทึกคะแนนความปวดให้ญาติผู้ดูแลหลัก ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที รวมทั้งวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลหลักในเรื่องของวัน เวลาที่ญาติผู้ดูแลหลักจะนวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้บทบาททางอ้อม โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขาให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด นวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งการให้ญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้นวด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด และการนวดโดยผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่เกิดการเขินอาย ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดความรู้สึกเป็นสุข และส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว อีกทั้งผู้วิจัยให้ดีวีดีและคู่มือการนวดแบบสวีดิช โดยในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนในสัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยติดตามโดยการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช การลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน พร้อมทั้งช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความปวดโดยแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลอง) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ประยุกต์จากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) และทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 กระประเมินผู้ป่วยสูงอายุซึ่งรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการ ประสบการณ์ และการรับรู้ความปวด

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช โดยการสอนแนะ และสาธิต สอนนวดแบบสวีดิชแบบรายบุคคล 2 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยเลือกท่าทางการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยท่าทางการนวดแบบสวีดิช 27 ท่า แนะนำวิธีการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน พร้อมทั้งแสดงการลงบันทึกคะแนนความปวดให้ญาติผู้ดูแลหลัก ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที รวมทั้งวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลหลักในเรื่องของวัน เวลา ที่ญาติผู้ดูแลหลักจะนวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยใช้บทบาททางอ้อม โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขาให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยนวดวันละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที นวด 3 วันติดต่อกัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยให้ดีวีดีและคู่มือการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลหลักนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน โดยในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนในสัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยติดตามโดยการโทรศัพท์ติดตาม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพยาบาล การประเมินความปวดโดยแบบประเมิน NRS (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลอง) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

→ **ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง O_1 I O_2 O_3

I หมายถึง โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

O_1 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1-5)

O_2 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1-5)

O_3 หมายถึง ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1-5)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดที่มีความปวด ผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และญาติผู้ดูแลหลัก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย

1. มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดที่มีความปวด

3. ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็น และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 โดยมีจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) $\leq$ 14, ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา $\leq$ 17, ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา $\leq$ 22

4. มีคะแนนความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง คือ 1-6 คะแนน

5. ไม่มีข้อห้ามในการนวด เช่น การอักเสบ ติดเชื้อ บริเวณที่มีกระดูกแตก ร้าว เส้นเลือดอุดตัน/อักเสบ เป็นต้น

ญาติผู้ดูแลหลัก

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. เป็นบุคคลในครอบครัว ที่อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้องและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

3. ติดต่อสื่อสาร ด้วยภาษาไทยได้

4. ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน และการมองเห็น

5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria)

ผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีอาการอื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ มีไข้ ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่าย

3. ผู้ป่วยเป็นโรคเกาต์ ข้ออักเสบ หรือผิวหนังอักเสบ

ญาติผู้ดูแลหลัก

ญาติผู้ดูแลหลักเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด คือ นวดแบบสวีดิชน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 ราย เพื่อทำให้มีอำนาจทดสอบมากขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้การเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Glove, 2005) ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 26 ราย โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา

2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา และประสานงานกับผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลประจำการ โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เริ่มตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน ถึงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจและศึกษาประวัติของผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการบริการที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยศึกษาข้อมูลด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน รวมถึงโรคประจำตัว เพื่อคัดกรองให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

3.2 ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ ประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002) เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุบอกอาการปวดของตนเองได้ ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนความปวด

เล็กน้อยถึงปานกลาง (1-6 คะแนน) ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็น ไม่มีข้อห้ามในการนวด และญาติผู้ดูแลหลักมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เมื่อพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลักมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ขอความร่วมมือและเชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคำนึงถึงความสมัครใจและความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก คือ

1. ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้คัดกรองตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยทำการนัดพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ตึกว่องวานิช ชั้น 4 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์ และชี้แจงสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุด ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด กรณีมีข้อสงสัยต่างๆสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่เผยแพร่เป็นข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเท่านั้น และไม่เปิดเผยความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) และทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) ซึ่งโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสารวิชาการ ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดแบบสวีดิชทั้งในและต่างประเทศ และผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองในการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดแบบสวีดิช โดยศึกษาเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

1.1.2 สรุปเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด มีเครื่องมือตามโปรแกรม ดังนี้

1.1.2.1 แผนการสอนตามโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) และทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด การรักษาโรคมะเร็งปอด และการจัดการความปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช (ภาคผนวก ค) โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด การรักษาโรคมะเร็งปอด ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด ผลกระทบ การรายงานความปวด และการจัดการความปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช

2) การสอนการนวดแบบสวีดิช โดยลำดับแรกผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลหลักดูดีวีดีการนวดแบบสวีดิช จากนั้นผู้วิจัยสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักดู แล้วให้ญาติผู้ดูแลหลักฝึกปฏิบัติตาม สอนแบบรายบุคคล 2 ครั้ง ครั้งแรกสอนญาติผู้ดูแลหลัก ณ ห้องเอนกประสงค์ ตึกว่องวานิชชั้น 6 ครั้งที่ 2 สอนที่บ้าน โดยผู้วิจัยเลือกท่าทางการนวดแบบสวีดิชที่

ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยการท่าทางการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา 27 ท่า ใช้เวลาในการสอนนวดแบบสวีดิชประมาณ 45-60 นาที

1.1.2.2 การฝึกการนวดแบบสวีดิช โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักปฏิบัติการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขาให้ผู้วิจัยดู ซึ่งการฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากญาติผู้ดูแลหลักนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมิน ให้คำแนะนำและสอนอย่างใกล้ชิด จนสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน และซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการฝึกการนวดแบบสวีดิช ครั้งแรกผู้วิจัยสอนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ณ ห้องเอนกประสงค์ ตึกว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ครั้งที่ 2 สอนที่บ้าน จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่มีความปวด โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยให้ดีวีดีและคู่มือการนวดแบบสวีดิชพร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลหลักนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

1.2 คู่มือการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด ที่ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาและขั้นตอนมาจากการศึกษาตำราและจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้ ลักษณะการนวดแบบสวีดิช ข้อห้ามและข้อพึงระวัง ประโยชน์ในการนวดแบบสวีดิช และท่านวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา (ภาคผนวก ค)

1.3 ดีวีดีการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด ที่ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาและขั้นตอนมาจากการศึกษาตำราและจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นการบรรยายประกอบท่านวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองทั้งหมด ประกอบด้วยแผนการสอนตามโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช คู่มือและดีวีดีการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไขเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และรูปแบบ หลังจากแก้ไขขั้นต้นแล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ทางเลือก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการนวด 1 ท่าน (ดังรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content

validity) ตรวจสอบเรื่องความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

แผนการสอนการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช คู่มือและดีวีดีการนวดแบบสวีดิช สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI ≥ .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = .80 และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ปรับปรุงเนื้อหาในแผนการสอน และคู่มือการนวดแบบสวีดิช ให้กระชับและปรับภาษาที่ใช้ให้เป็นภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายขึ้น รวมทั้งปรับปรุงแผนการสอนให้มีวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และการประเมินผลที่ชัดเจนขึ้น

2. ดีวีดีการนวดแบบสวีดิช ปรับภาพให้มีความคมชัดมากขึ้น ปรับท่าทางที่ผู้สาธิตสาธิตการสอนนวดแบบสวีดิชให้ช้าลง และปรับน้ำเสียงของผู้บรรยายให้บรรยายช้าลง รวมทั้งปรับระดับความดังของเสียงให้มากขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำแผนการสอน คู่มือและดีวีดีการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ใช้ในการวิจัย ที่มารับการบริการที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 คน โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและเนื้อหา ความชัดเจนของท่าทางที่สาธิตการนวดแบบสวีดิช รวมถึงความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปใช้จริง ผลการนำเครื่องมือไปทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลัก มีความเข้าใจในเนื้อหา เข้าใจในภาษาที่ใช้ และการสาธิตการนวดแบบสวีดิช และให้ญาติผู้ดูแลหลักสาธิตย้อนกลับ พร้อมกับอ่านคู่มือและดูดีวีดีการนวดแบบสวีดิชแล้วทำให้เห็นภาพชัดเจนมากขึ้น สามารถนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการทดลองต่อไป

2. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ประกอบด้วย

แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้บันทึก ประกอบไปด้วยวัน เวลาที่เริ่ม และสิ้นสุด คะแนนความปวดก่อนการนวดแบบสวีดิช คะแนนความปวดหลังจากการนวด (ที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการนวดแบบสวีดิช) โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด 0-10 และมีข้อความกำกับไว้ที่ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 ปวดมากที่สุด ระบุไว้ใต้ตารางของแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความครอบคลุมของข้อคำถาม ตรวจแก้ไขในขั้นต้น หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ทางเลือก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการนวด 1 ท่าน ซึ่งถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI $\geq$ .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = 1 และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1) ปรับภาษาที่ใช้ให้สั้นและกระชับมากขึ้น

2) ปรับปรุงตารางของแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน โดยระบุสัปดาห์ทั้ง 5 สัปดาห์ ที่ทำการนวดแบบสวีดิชให้ชัดเจน เพิ่มหัวข้อหมายเหตุ และเพิ่มแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ไว้ใต้ตารางของแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักบันทึกได้ง่ายขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุสามารถระบุคะแนนความปวดได้อย่างชัดเจน

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำ

เครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ใช้ในการวิจัย ที่มารับการบริการที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 คน โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและเนื้อหา รวมถึงความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบที่ใช้มีความเหมาะสม ญาติผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจ และสามารถใช้แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านได้ ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการทดลองต่อไป

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาใดปวดมากที่สุด ช่วงเวลาใดปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัว และแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS)

3.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่แปรมาจากต้นฉบับของ Folstein และคณะ (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย สามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ Orientation Registration Attention Calculation Recall และ Language ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยง และความตรงของเครื่องมือ (Reliability and Validity) โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในพื้นที่ประเทศไทย 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ราชบุรี นครสวรรค์ นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี และสงขลา พบว่ามีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนน > 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4, 9, 10)

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนน > 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนน > 22 คะแนน จาก คะแนน เต็ม 30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

3.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาใดปวดมากที่สุด ช่วงเวลาใดปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคประจำตัว สำหรับรายละเอียดของขั้นตอนการสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการศึกษาจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเลือกข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อนำมาออกแบบสอบถาม

3.2.2 สร้างแบบสอบถามโดยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นตัวเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาใดปวดมากที่สุด ช่วงเวลาใดปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคประจำตัว ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้ความเหมาะสม และความครอบคลุมของข้อคำถามตรวจแก้ไขในขั้นต้น หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ทางเลือก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการนวด 1 ท่านซึ่งถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002) เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย จึงไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่า CVI ≥ .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = 1 และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้ เพิ่มแผนการรักษาในปัจจุบัน ช่วงเวลาใดปวดมากที่สุด ช่วงเวลาใดปวดน้อยที่สุด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคประจำตัว

3) แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความปวด จึงไม่ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ใช้ในการวิจัย ที่มารับการบริการที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน โดยการประเมินความปวดซ้ำ (Test-retest method) ห่างกันประมาณ 1 ชั่วโมง และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient: r) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) เท่ากับ .88 ซึ่งการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) นั้น จะใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ≥ .70 จึงจะกล่าวได้ว่าเครื่องมือมีความคงที่สูง (Carmine and Zeller, 1979)

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 ณ แผนกผู้ป่วยนอก ที่มารอรับการตรวจรักษาจากแพทย์แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งกระบวนการดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

เตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง การเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในเรื่องของการนวดแบบสวีดิช เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ และความชำนาญในการนวดแบบสวีดิช โดยเข้ารับการอบรมการนวดแบบสวีดิช 60 ชั่วโมง จากสถาบัน Siam Holistic International ซึ่งหลังจากอบรมแล้วผู้วิจัยฝึกปฏิบัติการนวดแบบสวีดิชเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง รวมทั้งได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดแบบสวีดิชด้วยตนเอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยการสร้างสื่อที่ใช้ดำเนินการตามแผนการดำเนินการโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ดังนี้

1.1 แผนการสอนเรื่องการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช

1.2 คู่มือการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด

1.3 ดีวีดีการนวดแบบสวีดิช

1.4 แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

2. ผู้วิจัยขอหนังสือ เพื่อขอรับการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก ที่มารอรับการตรวจรักษาจากแพทย์แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา

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

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลักให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา หรือบุตร โดยเริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลัก ณ แผนกผู้ป่วยนอกที่มารอรับการตรวจรักษาจากแพทย์แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองโดยนำโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมาดำเนินการตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินด้านต่าง ๆ (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่

1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและจากเวชระเบียนของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด แผนกผู้ป่วยนอก ที่มารอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดชนิด Non-small cell lung cancer (NSCLC) ระยะของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 และ 4

2) ผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ประเมินความพร้อมโดยที่ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในภาวะที่ทุกข์ทรมานจากความปวด และประเมินประสบการณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่ปวดบริเวณหน้าอกและหลัง มีความปวด 4-6 คะแนน

กลางคืนเป็นช่วงเวลาที่มีความปวดมากที่สุด และรับประทานยาระงับปวดชนิด Non-opioids หรือ Weak opioids สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลักก่อนการดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่

1) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2) ผู้วิจัยวางแผนดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ซึ่งผู้วิจัยวางแผนดำเนินโปรแกรมร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลหลัก ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้นวด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด และการนวดโดยผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่เกิดการเขินอาย ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย และเกิดความรู้สึกเป็นสุข อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

3) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ณ ห้องเอนกประสงค์ ตึกว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด ผลกระทบจากความปวด การรายงานความปวด และการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช โดยการสอนตามแผนการสอน เรื่องการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

4) การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา ซึ่งผู้วิจัยเลือกท่าที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยท่าทางการนวด 27 ท่า รวมทั้งผู้วิจัยบอกญาติผู้ดูแลหลักไม่ให้นวดบริเวณที่เป็นก้อนมะเร็ง และบริเวณที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดแต่ละราย ดังนี้

การนวดบริเวณมือและแขน ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือ (Tapotement hacking) 3) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วย (Tapotement cupping) 4) ท่านวดมือ (Hand massage) และ 5) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking)

การนวดบริเวณเท้าและขา แบ่งเป็นขาด้านหน้าและขาด้านหลัง การนวดขาด้านหน้า ประกอบด้วยท่าทางการนวด 7 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบโดยวางมือเป็นตัววี (Petrissage V slide) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 6) ท่ากดบีบ

ทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan spring) และ 7) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) การนวดขาด้านหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 10 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนล่าง (Tapotement hacking lower leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนล่าง (Tapotement cupping lower leg) 6) ท่ากดบีบเหมือนนวดแป้ง (Petrissage wringing 3 line) 7) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 8) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 9) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 10) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking)

การนวดหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่าลูบตัดบ่า (Effleurage across) 4) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 5) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking)

โดยลำดับแรกผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลหลักดูดีวีดีการนวดแบบสวีดิช และให้ญาติผู้ดูแลหลักแสดงการนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยให้ผู้วิจัยดู ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ซึ่งการฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากญาติผู้ดูแลหลักฝึกการนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลหลักในการนวดแบบสวีดิช โดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำและสอนอย่างใกล้ชิด จนสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน และซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการฝึกการนวดแบบสวีดิช

1) แนะนำวิธีการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก พร้อมทั้งแสดงการลงบันทึกคะแนนความปวดให้ญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อสามารถที่จะนำไปบันทึกคะแนนความปวดได้เมื่ออยู่บ้าน และให้ญาติผู้ดูแลหลักนำกลับไปด้วย เพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองโดยวางแผนร่วมกับญาติผู้ดูแลหลัก ในเรื่องของวันเวลาที่จะนวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าช่วงเวลากลางคืนเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่มีความปวดมากที่สุด ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดเวลากลางคืน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือและดีวีดีการนวด

แบบสวีดิช เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักได้มีการทบทวนการนวดแบบสวีดิชที่ได้รับซ้ำ เพื่อความถูกต้องในการนวดแบบสวีดิช

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 2-6) ได้แก่

ส่วนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลัก (สัปดาห์ที่ 2) ประกอบด้วย

1) การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่บ้านตามที่นัดหมายไว้ จากนั้นผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา และให้ญาติผู้ดูแลหลักแสดงการนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยให้ผู้วิจัยดู ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที หลังจากญาติผู้ดูแลหลักฝึกการนวดเสร็จผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลหลักในการนวดแบบสวีดิชอีกครั้ง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน

2) ทบทวนการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน เพื่อประเมินความเข้าใจในการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านอีกครั้ง ผู้วิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลหลักบางรายยังขาดความเข้าใจในเรื่องของการบันทึก ผู้วิจัยจึงแสดงตัวอย่างการลงบันทึกในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านซ้ำ หลังจากนั้นพบว่าญาติมีความเข้าใจและสามารถลงบันทึกในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งผู้วิจัยเน้นย้ำให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชตามวันและเวลาที่ได้ระบุร่วมกัน

ส่วนที่ 2 ขั้นการดำเนินการนวดแบบสวีดิช เป็นขั้นตอนที่ญาติผู้ดูแลหลักทำการนวดแบบสวีดิชให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่บ้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยท่าทางการนวด 27 ท่าดังที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นท่าทางการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ และเป็นการนวดที่การลงน้ำหนักและจังหวะของการลงน้ำหนักไม่มากเกินไป

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่บ้านตามที่ได้นัดหมายไว้ ผู้วิจัยพูดคุยซักถามญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อประเมินความเข้าใจและทบทวนการนวดแบบสวีดิช รวมทั้งการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการนวด) แล้วให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เมื่อญาติผู้ดูแลหลัก

นวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลหลักในการนวดแบบสวีดิช ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจและการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยได้นัดแนะเวลาเพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะที่อยู่บ้านในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลังเท้าและขา โดยญาติผู้ดูแลหลักนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช การลงคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนัดหมายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลังเท้าและขา โดยญาติผู้ดูแลหลักนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช การลงคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนัดหมายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลังเท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช การลงคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนัดหมายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่ที่บ้าน รวมถึงนัดหมายเพื่อรวบรวมแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลังเท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความปวด ได้แก่

1) ผู้วิจัยประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลอง) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วย

สูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

2) สิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) และแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การกำกับการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการกำกับการนวดแบบสวีดิชให้ถูกต้อง โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชตามแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ซึ่งเป็นการระบุวัน และเวลาที่ทำการนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลหลัก

ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แสดงในภาพที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลและการประเมินด้านต่าง ๆ (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่ การเก็บรวมรวบข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประเมินสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด

↓

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลักก่อนการดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ วางแผนดำเนินโปรแกรม โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด และการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช โดยการสอนตามแผนการสอน เรื่องการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1 และแนะนำวิธีการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

↓

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 2-6) ได้แก่

ส่วนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย

1) การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 2 ที่บ้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักแสดงการนวดให้ผู้วิจัยดู ซึ่งผู้วิจัยคอยดูแลและช่วยแก้ไขท่าทางและวิธีการนวดแบบสวีดิชให้ถูกต้อง และให้ทำซ้ำๆ จนเกิดการเรียนรู้อย่างชัดเจนและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากญาติผู้ดูแลหลักฝึกการนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมิน ให้คำแนะนำและสอนอย่างใกล้ชิด จนสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน

2) ทบทวนการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ขั้นการดำเนินการนวดแบบสวีดิช เป็นขั้นตอนที่ญาติผู้ดูแลหลักทำการนวดแบบสวีดิชให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่บ้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา ประกอบด้วยท่าทางการนวด 27 ท่า ซึ่งเป็นท่าที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ นวดวันละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที นวด 3 วันติดต่อกัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ทั้งหมด 15 ครั้ง

↓

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความปวด ได้แก่

ประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมิน NRS (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลอง) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม

ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอดที่มีความปวด ผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 26 ราย และญาติผู้ดูแลหลัก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาที่มีความปวดมากที่สุด เวลาที่มีความปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัว (n=26)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	73.08
หญิง	7	26.92
อายุ ($\bar{X}$ = 69.08, SD = 6.44, Min = 61, Max = 81)		
60-64	7	26.92
65-69	9	34.62
70-74	3	11.54
75-79	4	15.38
80-84	3	11.54
สถานภาพสมรส		
คู่	20	76.92
หม้าย	6	23.08
ศาสนา		
พุทธ	24	92.31
อิสลาม	2	7.69
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	3.85
ประถมศึกษา	12	46.16
มัธยมศึกษา	4	15.38
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	4	15.38
ปริญญาตรี	5	19.23

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	5	19.23
ค้าขาย	3	11.54
เกษตรกร	1	3.85
ธุรกิจส่วนตัว	2	7.69
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	57.69
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
10,000-20,000	5	19.23
20,001-30,000	8	30.77
30,001-40,000	6	23.08
40,001-50,000	3	11.54
>50,000	4	15.38
การวินิจฉัยโรค		
CA Lung ชนิด Non-small cell lung cancer (NSCLC)	24	92.31
CA Lung ชนิด Small cell lung cancer (SCLC)	2	7.69
ระยะของโรค		
NSCLC ระยะที่ 2A	2	7.69
NSCLC ระยะที่ 3A	2	7.69
NSCLC ระยะที่ 3B	6	23.08
NSCLC ระยะที่ 4	14	53.85
SCLC ระยะจำกัด (Limited-stage)	2	7.69
แผนการรักษาปัจจุบัน		
เคมีบำบัด	18	69.23
เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	7	26.92
Targeted therapy	1	3.85

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งที่มีความปวด (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)		
แขน	2	7.69
หลังส่วนเอว	5	19.24
แขนและไหล่	4	15.38
แขนและหลัง	6	23.08
หน้าอกและหลัง	7	26.92
หน้าอก แขน ไหล่ และหลัง	2	7.69
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด (เดือน)		
5-6	9	34.62
7-8	10	38.46
9-10	2	7.69
11-12	4	15.38
>12	1	3.85
คะแนนความปวด		
1-3	7	26.92
4-6	19	73.08
ช่วงเวลาที่มีความปวดมากที่สุด		
กลางวัน	7	26.92
กลางคืน	19	73.08
ลักษณะของความปวด		
ปวดตุ๊บๆ	11	42.31
ปวดแปล๊บๆ	4	15.38
ปวดชาๆ	1	3.85
ปวดตื้อๆ	8	30.77
ปวดจี๊ดๆ	2	7.69

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน		
Paracetamol	10	38.46
Tramol	12	46.16
Tramol และ Paracetamol	4	15.38
โรคประจำตัว		
ไม่มี	5	19.23
1-2 โรค	17	65.38
3-4 โรค	4	15.39

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดเป็นเพศชายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.08 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.62 ค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 69.08

(SD = 6.44) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.92 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 92.31 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.16ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.69 รายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.77 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดชนิด Non-small cell lung cancer (NSCLC) คิดเป็นร้อยละ 92.31 ระยะของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 53.85 ส่วนใหญ่รักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 69.23 ตำแหน่งที่มีความปวดส่วนใหญ่ปวดบริเวณหน้าอกและหลัง คิดเป็นร้อยละ 26.92 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 7-8 เดือน คิดเป็นร้อยละ 38.46 ส่วนใหญ่ปวด 4-6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 73.08 กลางคืนเป็นช่วงเวลาที่มีความปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.08 ปวดแบบตุ๊บๆ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.31 ส่วนใหญ่ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน คือ Tramol คิดเป็นร้อยละ 46.16 และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกเหนือจากโรคมะเร็งอีก 1-2 โรค คิดเป็นร้อยละ 65.38

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลหลักจำแนกตามเพศ อายุ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=26)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	15.38
หญิง	22	84.62
อายุ ($\bar{X}$ = 50.88, SD = 12.35, Min = 32, Max = 68)		
31-40	7	26.92
41-50	4	15.38
51-60	8	30.78
61-70	7	26.92
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	12	46.16
บุตร	10	38.46
อื่นๆ	4	15.38

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.62 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.78 ค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 50.88 ปี (SD = 12.35) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.16

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

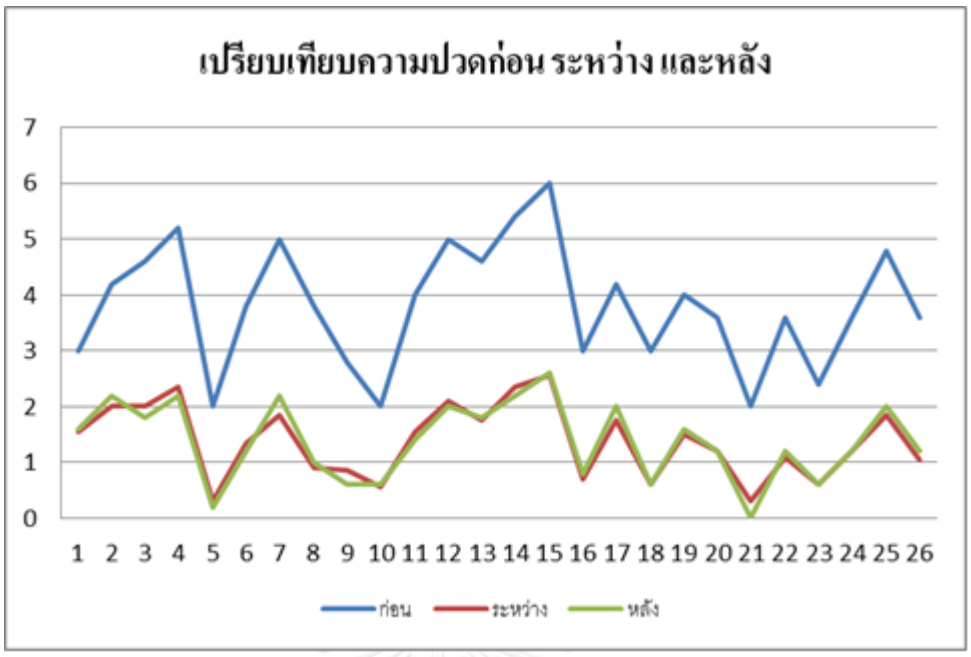
ส่วนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้การพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (n = 26)

	ที่เวลา 0 นาที $\bar{X}$ (SD)	**ที่เวลา 15 นาที** $\bar{X}$ (SD)	**ที่เวลา 30 นาที** $\bar{X}$ (SD)	**ที่เวลา 60 นาที** $\bar{X}$ (SD)	Total $\bar{X}$ (SD)
pre	-	-	-	-	3.83 (1.10)
Wk. 2	3.38 (1.44)	2.38 (1.13)	1.73 (0.83)	0.92 (0.74)	2.11 (0.92)
Wk. 3	3.08 (1.20)	2.08 (0.89)	1.35 (0.69)	0.58 (0.58)	1.77 (0.74)
Wk. 4	2.65 (1.20)	1.62 (0.85)	0.81 (0.69)	0.38 (0.60)	1.37 (0.71)
Wk. 5	2.08 (1.10)	1.19 (0.90)	0.58 (0.64)	0.15 (0.37)	1.00 (0.64)
Wk. 6	1.69 (1.09)	0.69 (0.88)	0.19 (0.40)	0.04 (0.20)	0.65 (0.55)
post	-	-	-	-	0.31 (0.47)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเท่ากับ 3.83 (SD = 1.10) ส่วนระหว่างได้รับโปรแกรม สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 2.11 (SD = 0.92), 1.77 (SD = 0.74), 1.37 (SD = 0.71), 1.00 (SD = 0.64) และ 0.65 (SD = 0.55) ตามลำดับ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 0.31 (SD = 0.47) ซึ่งแสดงในลักษณะกราฟเส้นดังนี้



กราฟที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ผลการวิเคราะห์ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (n = 26)

คนที่	Pre	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Post
1	3	1.75	1.75	1.5	1.5	1.25	1
2	4.33	3	2.75	2	1.5	0.75	1
3	4.53	3	2.5	1.5	1.5	1.5	1
4	5.53	3.5	2.5	2.5	1.75	1.5	1
5	2	0.75	0.25	0.25	0.25	0	0
6	3.73	1.75	1.5	1.5	1.25	0.75	0
7	4.93	3.75	2.5	1.75	0.75	0.5	0
8	3.73	2	1.5	0.75	0.25	0	0
9	2.73	2.5	1.25	0.25	0.25	0	0
10	2	0.75	0.75	0.5	0.5	0.25	0
11	4.07	2.5	2.25	1.75	0.75	0.5	0
12	5	2.5	2.5	2	2	1.5	1
13	4.67	2.25	2.25	1.75	1.5	1	1
14	5.4	3.25	2.5	2.5	2.25	1.25	1
15	6	3.25	2.75	2.5	2.25	2	1
16	3	1	1	0.5	0.5	0.5	0
17	4.33	2.75	2.5	1.75	1	0.75	0
18	3	1	0.75	0.75	0.25	0.25	0
19	4.13	2.5	2	1.5	0.75	0.75	0
20	3.67	1.75	1.75	1.5	0.75	0.25	0
21	2	0.5	0.5	0.25	0.25	0	0
22	3.6	1.75	1.5	1.25	0.75	0.25	0
23	2.47	1	1	0.5	0.25	0.25	0
24	3.6	1.5	1.5	1.5	1	0.5	0
25	4.6	2.75	2.5	2	1.5	0.5	0
26	3.6	1.75	1.5	1	0.75	0.25	0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ในระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน (n = 26)

Week	Source of Variation	SS	df	MS	F	Sig.
Week 1	Time	97.386	2	48.693	43.695*	.000
	Subject	27.850	25	1.114		
	SxT	55.730	50	1.115		
	Total	180.966	77			
Week 2	Time	105.103	2	52.551	54.371*	.000
	Subject	24.175	25	.967		
	SxT	48.315	50	.966		
	Total	177.593	77			
Week 3	Time	107.545	2	53.772	63.357*	.000
	Subject	21.225	25	.849		
	SxT	42.429	50	.848		
	Total	171.199	77			
Week 4	Time	100.179	2	50.090	73.137*	.000
	Subject	17.125	25	.685		
	SxT	34.241	50	.684		
	Total	151.545	77			
Week 5	Time	103.410	2	51.705	72.302*	.000
	Subject	17.875	25	.715		
	SxT	35.760	50	.715		
	Total	157.045	77			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดในระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์มีค่าเท่ากัน จึงทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดรายคู่ ดังปรากฏในตารางที่ 6-10

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)

ความปวด	ค่าเฉลี่ย	ก่อนได้รับโปรแกรม	ระหว่างได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
		4.46	2.11	2.08
ก่อนได้รับ	4.46	-	2.356*	2.385*
โปรแกรม			(.000)	(.000)
ระหว่างได้รับ	2.11	-	-	.029
โปรแกรม				(.922)
หลังได้รับโปรแกรม	2.08	-	-	-

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 2โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)

ความปวด	ค่าเฉลี่ย	ก่อนได้รับโปรแกรม	ระหว่างได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
		4.27	1.77	1.85
ก่อนได้รับ	4.27	-	2.500*	2.423*
โปรแกรม			(.000)	(.000)
ระหว่างได้รับ	1.77	-	-	-.077
โปรแกรม				(.779)
หลังได้รับโปรแกรม	1.85	-	-	-

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 3โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)

ความปวด	ค่าเฉลี่ย	ก่อนได้รับโปรแกรม	ระหว่างได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
		3.88	1.37	1.42
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.88	-	2.519* (.000)	2.462* (.000)
ระหว่างได้รับโปรแกรม	1.37	-	-	-.058 (.822)
หลังได้รับโปรแกรม	1.42	-	-	-

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 4โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)

ความปวด	ค่าเฉลี่ย	ก่อนได้รับโปรแกรม	ระหว่างได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
		3.38	1.00	.96
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.38	-	2.385*	2.423*
			(.000)	(.000)
ระหว่างได้รับ	1.00	-	-	.038
โปรแกรม				(.867)
หลังได้รับโปรแกรม	0.96	-	-	-

จากตารางที่ 9 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 5โดยจำแนกตามช่วงเวลา (ก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช) โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)

ความปวด	ค่าเฉลี่ย	ก่อนได้รับโปรแกรม	ระหว่างได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม
		3.08	.65	.62
ก่อนได้รับ	3.08	-	2.423*	2.462*
โปรแกรม			(.000)	(.000)
ระหว่างได้รับ	0.65	-	-	.038
โปรแกรม				(.870)
หลังได้รับโปรแกรม	0.62	-	-	-

จากตารางที่ 10 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน

Source of Variation	SS	df	MS	F	Sig.
Week	142.928	4	35.732	61.428*	.000
Subject	14.55	25	.582		
SxW	68.27	100	.68		
Total	225.75	129			

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในแต่ละสัปดาห์มีค่าเท่ากัน จึงทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดรายคู่ ดังปรากฏในตารางที่ 12

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

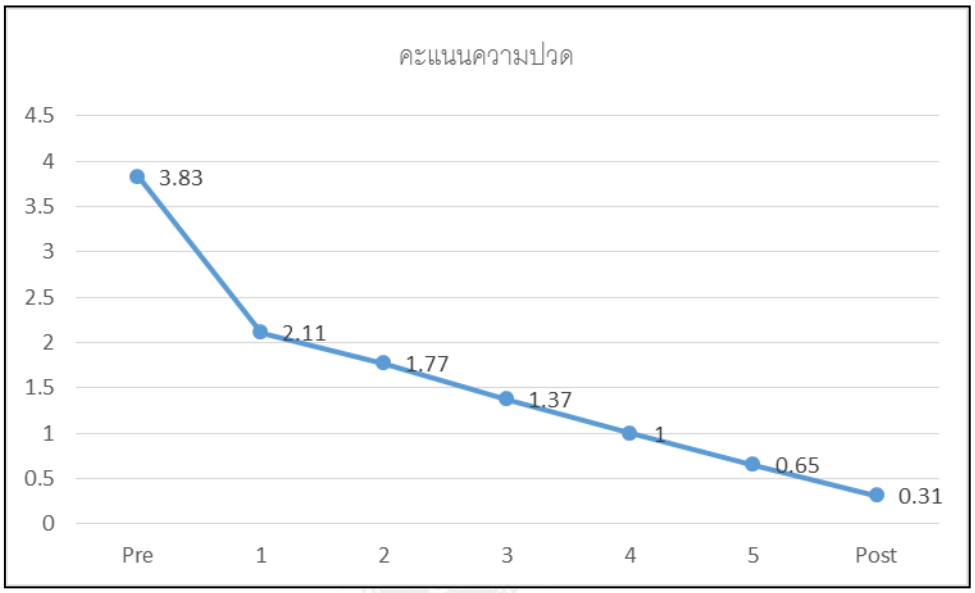
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)

Week	ค่าเฉลี่ย	Pre	1	2	3	4	5	Post
		3.83	2.11	1.77	1.37	1.00	.65	.31
Pre	3.83	-	1.727* (.000)	2.063* (.000)	2.467* (.000)	2.833* (.000)	3.179* (.000)	3.525* (.000)
1	2.11	-	-	.337 (.113)	.740* (.001)	1.106* (.000)	1.452* (.000)	1.798* (.000)
2	1.77	-	-	-	.404 (.058)	.769* (.000)	1.115* (.000)	1.462* (.000)
3	1.37	-	-	-	-	.365 (.086)	.712* (.001)	1.058* (.000)
4	1.00	-	-	-	-	-	.346 (.104)	.692* (.001)
5	.65	-	-	-	-	-	-	.346 (.104)
Post	.31	-	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 12 พบว่า ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระหว่างได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 และระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระหว่างได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 และระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระหว่างได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 และระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และระหว่างได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ซึ่งสามารถแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ดังแสดงตามกราฟที่ 2



กราฟที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช และการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparision) ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 13 และ 14

ตารางที่ 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช แบบวัดซ้ำ 3 ครั้ง (n = 26)

Source of Variation	SS	df	MS	F
Subject	48.04	25	1.922	
Time	102.66	2	51.330	557.93*
S×T	4.58	50	0.092	
Total	155.28	77		

F.05 (2, 50) = 3.18

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 557.93) แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานทางสถิติที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเท่ากัน จึงทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดรายคู่ ดังปรากฏในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบรายคู่ (Pairwise comparison) (n = 26)

ความปวด	Mean different		
	ก่อนเข้าร่วม (p-value)	ระหว่างเข้าร่วม (p-value)	หลังเสร็จสิ้น (p-value)
ก่อนเข้าร่วมฯ	-	1.935** (.000)	1.946** (.000)
ระหว่างเข้าร่วมฯ	-	-	.012 (1.000)
หลังเสร็จสิ้นฯ	-	-	-

** หมายถึง p < .01

จากตารางที่ 14 พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าระหว่างการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และก่อนการได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากกว่าหลังการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระหว่างการได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากหลังการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

สมมติฐานการวิจัย

1. ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

2. ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดที่มีความปวด ผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย

1. มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดที่มีความปวด

3. ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็น และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 โดยมีจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) $\leq$ 14, ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา $\leq$ 17, ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา $\leq$ 22

4. มีคะแนนความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง คือ 1-6 คะแนน

5. ไม่มีข้อห้ามในการนวด เช่น การอักเสบ ติดเชื้อ บริเวณที่มีกระดูกแตก ร้าว เส้นเลือดอุดตัน/อักเสบ เป็นต้น

ญาติผู้ดูแลหลัก

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. เป็นบุคคลในครอบครัว ที่อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้องและใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

3. ติดต่อสื่อสาร ด้วยภาษาไทยได้

4. ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน และการมองเห็น

5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 ราย เพื่อทำให้มีอำนาจทดสอบมากขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้การเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Glove, 2005) ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 26 ราย

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เริ่มตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน ถึงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 ผู้วิจัยทำการสำรวจและศึกษาประวัติของผู้ป่วยนอก ที่เข้ารับการบริการที่แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยศึกษาข้อมูลด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค แผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน รวมถึงโรคประจำตัว และประเมินคุณสมบัติของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ ประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002) ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (1-6 คะแนน) ไม่มี

ข้อจำกัดเรื่องการรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็น ไม่มีข้อห้ามในการนวด และญาติผู้ดูแลหลักมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เมื่อพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลักมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ขอความร่วมมือและเชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ หากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ผู้วิจัยดูแลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** ประกอบด้วย

1.1 ได้แก่ โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) และทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) ประกอบด้วย

1.2 แผนการสอนตามโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) และทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด การรักษาโรคมะเร็งปอด และการจัดการความปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช (ภาคผนวก ค)

1.3 คู่มือการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด ที่ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาและขั้นตอนมาจากการศึกษาตำราและจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้ ลักษณะการนวดแบบสวีดิช ข้อห้ามและข้อพึงระวัง ประโยชน์ในการนวดแบบสวีดิช และท่านวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา (ภาคผนวก ค)

1.4 ดีวีดีการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด ที่ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาและขั้นตอนมาจากการศึกษาตำราและจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นการบรรยายประกอบท่านวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา ซึ่งได้รับการตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้และปรับปรุงจนสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ประกอบด้วย แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้และปรับปรุงจนสามารถนำไปใช้ได้จริง

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

3.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002)

3.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาใดปวดมากที่สุด ช่วงเวลาใดปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคประจำตัว

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

ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง นำมาทดลองใช้และปรับปรุงจนสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลขมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

กระบวนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ.2557 ถึงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 ณ แผนกผู้ป่วยนอก ที่มารอรับการตรวจรักษาจากแพทย์แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งกระบวนการดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลองและระยะดำเนินการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง การเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในเรื่องของการนวดแบบสวีดิช เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ และความชำนาญในการนวดแบบสวีดิช โดยเข้ารับการอบรมการนวดแบบสวีดิช 60 ชั่วโมง จากสถาบัน Siam Holistic International ซึ่งหลังจากอบรมแล้วผู้วิจัยฝึกปฏิบัติการนวดแบบสวีดิชเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง รวมทั้งได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดแบบสวีดิชด้วยตนเอง

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยการสร้างสื่อที่ใช้ดำเนินการตามแผนการดำเนินการโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ดังนี้

2.1 แผนการสอนเรื่องการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช

2.2 คู่มือการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด

2.3 ดีวีดีการนวดแบบสวีดิช

2.4 แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2557 ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองโดยนำโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช มาดำเนินการตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินด้านต่าง ๆ (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่

1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและจากเวชระเบียนของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด แผนกผู้ป่วยนอก ที่มารอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดชนิด Non-small cell lung cancer (NSCLC) ระยะของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 และ 4

2) ผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-Thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ประเมินความพร้อมโดยที่ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในภาวะที่ทุกข์ทรมานจากความปวด และประเมินประสบการณ์โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่ปวดบริเวณหน้าอกและหลัง มีความปวด 4-6 คะแนน กลางคืนเป็นช่วงเวลาที่มีความปวดมากที่สุด และรับประทานยาระงับปวดชนิด Non-opioids หรือ Weak opioids สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลักก่อนการดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 1) ได้แก่

1) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2) ผู้วิจัยวางแผนดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ซึ่งผู้วิจัยวางแผนดำเนินโปรแกรมร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลหลัก ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกญาติผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้นวด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด และการนวดโดยผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่เกิดการเขินอาย ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย และเกิดความรู้สึกเป็นสุข อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

3) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ณ ห้องเอนกประสงค์ ตึกว่องวานิช ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด ผลกระทบจากความปวด การรายงานความปวด และการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช โดยการสอนตามแผนการสอน เรื่องการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

4) การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา ซึ่งผู้วิจัยเลือกท่าที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยท่าทางการนวด 27 ท่า รวมทั้งผู้วิจัยบอกญาติผู้ดูแลหลักไม่ให้นวดบริเวณที่เป็นก้อนมะเร็ง และบริเวณที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดแต่ละราย ดังนี้

การนวดบริเวณมือและแขน ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือ (Tapotement hacking) 3) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วย (Tapotement cupping) 4) ท่านวดมือ (Hand massage) และ 5) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking)

การนวดบริเวณเท้าและขา แบ่งเป็นขาด้านหน้าและขาด้านหลัง การนวดขาด้านหน้า ประกอบด้วยท่าทางการนวด 7 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบโดยวางมือเป็นตัววี (Petrissage V slide) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 6) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan spring) และ 7) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) การนวดขาด้านหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 10 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) 4) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนล่าง (Tapotement hacking lower leg) 5) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนล่าง (Tapotement cupping lower leg) 6) ท่ากดบีบเหมือนนวดแป้ง (Petrissage wringing 3 line) 7) ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) 8) ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) 9) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 10) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking)

การนวดหลัง ประกอบด้วยท่าทางการนวด 5 ท่า ดังนี้ 1) ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) 2) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) 3) ท่าลูบตัดบ่า (Effleurage across) 4) ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) และ 5) ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking)

โดยลำดับแรกผู้วิจัยให้ญาติผู้ดูแลหลักดูดีวีดีการนวดแบบสวีดิช และให้ญาติผู้ดูแลหลักแสดงการนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยให้ผู้วิจัยดู ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ซึ่งการฝึกปฏิบัติจริงหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น หลังจากญาติผู้ดูแลหลักฝึกการนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลหลักในการนวดแบบสวีดิช โดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำและสอนอย่างใกล้ชิด จนสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน และซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช

และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการฝึกการนวดแบบสวีดิช

5) แนะนำวิธีการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก พร้อมทั้งแสดงการลงบันทึกคะแนนความปวดให้ญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อสามารถที่จะนำไปบันทึกคะแนนความปวดได้เมื่ออยู่บ้าน และให้ญาติผู้ดูแลหลักนำกลับไปด้วย เพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองโดยวางแผนร่วมกับญาติผู้ดูแลหลัก ในเรื่องของวันเวลาที่จะนวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าช่วงเวลากลางคืนเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่มีความปวดมากที่สุด ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดเวลากลางคืน หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือและดีวีดีการนวดแบบสวีดิช เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักได้มีการทบทวนการนวดแบบสวีดิชที่ได้รับซ้ำ เพื่อความถูกต้องในการนวดแบบสวีดิช

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 2-6) ได้แก่

ส่วนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลัก (สัปดาห์ที่ 2) ประกอบด้วย

1) การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่บ้านตามที่นัดหมายไว้ จากนั้นผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา และให้ญาติผู้ดูแลหลักแสดงการนวดแบบสวีดิชให้กับผู้ป่วยให้ผู้วิจัยดู ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที หลังจากญาติผู้ดูแลหลักฝึกการนวดเสร็จผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลหลักในการนวดแบบสวีดิชอีกครั้ง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน

2) ทบทวนการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน เพื่อประเมินความเข้าใจในการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านอีกครั้ง ผู้วิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลหลักบางรายยังขาดความเข้าใจในเรื่องของการบันทึก ผู้วิจัยจึงแสดงตัวอย่างการลงบันทึกในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านซ้ำ หลังจากนั้นพบว่าญาติมีความเข้าใจและสามารถลงบันทึกในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งผู้วิจัยเน้นย้ำให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชตามวันและเวลาที่ได้ระบุร่วมกัน

ส่วนที่ 2 ขั้นการดำเนินการนวดแบบสวีดิช เป็นขั้นตอนที่ญาติผู้ดูแลหลักทำการนวดแบบสวีดิชให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่บ้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้

ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยท่าทางการนวด 27 ท่าดังที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นท่าทางการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ และเป็นการนวดที่การลงน้ำหนักและจังหวะของการลงน้ำหนักไม่มากเกินไป

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักที่บ้านตามที่ได้นัดหมายไว้ ผู้วิจัยพูดคุยซักถามญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อประเมินความเข้าใจและทบทวนการนวดแบบสวีดิช รวมทั้งการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการนวด) แล้วให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เมื่อญาติผู้ดูแลหลักนวดเสร็จ ผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลหลักในการนวดแบบสวีดิช ซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช และเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลหลักซักถามถึงข้อสงสัยหรือสิ่งที่ไม่เข้าใจในการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจและการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยได้นัดแนะเวลาเพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะที่อยู่บ้านในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยญาติผู้ดูแลหลักนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช การลงคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนัดหมายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยญาติผู้ดูแลหลักนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช การลงคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจ คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนัดหมายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช การลงคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนวดแบบสวีดิช พร้อมทั้งให้กำลังใจ

คำแนะนำ ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนัดหมายผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก เพื่อโทรศัพท์ติดตามขณะอยู่ที่บ้าน รวมถึงนัดหมายเพื่อรวบรวมแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 6 ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลังเท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความปวด ได้แก่

1) ผู้วิจัยประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลอง) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

2) สิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) และแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้านมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนระหว่างคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช ระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช โดยการทดสอบเป็นรายคู่ (Pairwise comparison)

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความปวดลดลงตั้งแต่สัปดาห์แรกเป็นต้นไป

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยประยุกต์จากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) และทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) สามารถอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

2. ความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 3.83 (SD = 1.10) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงตั้งแต่สัปดาห์แรกที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 2.11 (SD = 0.92), 1.77 (SD = 0.74), 1.37 (SD = 0.71), 1.00 (SD = 0.64) และ 0.65 (SD = 0.55) ตามลำดับ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 0.31 (SD = 0.47) โดยผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความปวดจากโรคมะเร็งเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล และเป็นประสบการณ์การรับรู้ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ก่อให้เกิดการตอบสนองทั้งทางพฤติกรรม (Behavioral response) และทางสรีรวิทยา (Physiological response) ซึ่งความปวดมีความหมายแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล ความปวดทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน กระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยประยุกต์จากแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1988) และทฤษฎี Gate control theory ของ Melzack & Wall (1982) ซึ่งกระบวนการพยาบาลช่วยส่งเสริมให้การพยาบาลในเรื่องของการจัดการกับอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิชมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากกระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการทำงานที่เป็นระบบในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่มีขั้นตอนที่ต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Seaback, 2006) ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และบรรลุเป้าหมายในการดำรงรักษาภาวะสุขภาพของบุคคล อีกทั้งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลในเรื่องของการจัดการกับอาการปวด จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและแก้ไขได้อย่างทันท่วงที ตอบสนองความต้องการด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น และที่สำคัญช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพ ส่งผลให้การพยาบาลมีคุณภาพสูงขึ้น (Atkinson & Murray, 1986) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวด

แบบสวีดิช เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 กระประเมินผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งรวมการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ด้วย ผู้วิจัยสร้างสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการ ประสบการณ์ และการรับรู้ความปวด รวมทั้งฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1 ซึ่งขั้นตอนนี้ผู้วิจัยประเมินและวินิจฉัยการพยาบาลในเรื่องอาการปวด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข ขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากจะนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยความปวดเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช สอนแบบรายบุคคล ครั้งที่ 2 แนะนำวิธีการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน พร้อมทั้งแสดงการลงบันทึกคะแนนความปวดให้ญาติผู้ดูแลหลัก ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที รวมทั้งวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลหลักในเรื่องของวัน เวลา ที่ญาติผู้ดูแลหลักจะนวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ขั้นตอนนี้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลในขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดความปวดให้กับผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้บทบาททางอ้อม โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิช บริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที นวด 3 วันติดต่อกัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยญาติผู้ดูแลหลักนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน ผู้วิจัยให้ดีวีดีและคู่มือการนวดแบบสวีดิช โดยในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนในสัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยติดตามโดยการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อซักถามปัญหาและอุปสรรคในการนวดแบบสวีดิช การลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน พร้อมทั้งช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ขั้นตอนนี้เป็นการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นของการนำการนวดแบบสวีดิชไปปฏิบัติกับผู้ป่วย อาจนำไปปฏิบัติด้วยตนเองหรือมอบหมายให้ผู้อื่นนำไปปฏิบัติ การวิจัยนี้ผู้วิจัยสอนการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลัก และให้ญาติผู้ดูแลหลักแสดงการนวดให้ดู จนสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ได้อย่างถูกต้องเมื่ออยู่บ้าน โดยการนวดแบบสวีดิชเป็นการใช้วิธีทางกายภาพ การนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า หรือ เอ แอลฟา ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอส จี ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทผ่านส่งไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดอาการปวด เนื่องจากสมองไม่รับรู้ถึงความปวด จึงส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลง และยังกระตุ้น

ให้ต่อมพิทูอิตารีหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการหลั่งสารซับสแทน พี ส่งผลทำให้ประตูปิดและยับยั้งการส่งผ่านของสัญญาณประสาทความปวดที่ส่งมาจากสมอง ทำให้สัญญาณประสาทความปวดไม่ถูกส่งไปยังสมองส่วนกลาง จึงทำให้การรับรู้ความปวดลดลง อีกทั้งช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทำให้เซลล์ต่างๆได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด อาการปวดจึงลดลงหลังนวดทันที (Willison, 2006) และสร้างความรู้สึกเป็นสุข (well-being) (Linquist et al., 2003) อีกทั้งการให้ญาติผู้ดูแลหลักเป็นผู้นวด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด สนิทสนมกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด และการนวดโดยผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่เกิดการเขินอาย ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย และเกิดความรู้สึกเป็นสุข ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพยาบาล ผู้วิจัยประเมินความปวดโดยแบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (ประเมินความปวดซ้ำที่เวลา 0, 15, 30, 60 นาที และความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการทดลอง) แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อเปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 3.83 (SD = 1.10) ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงตั้งแต่สัปดาห์แรกที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 2.11 (SD = 0.92), 1.77 (SD = 0.74), 1.37 (SD = 0.71), 1.00 (SD = 0.64) และ 0.65 (SD = 0.55) ตามลำดับ และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 0.31 (SD = 0.47) (ดังตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Post-White และคณะ (2003) ศึกษาผลการนวดแบบสวีดิชเพื่อจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยนวดแบบสวีดิชทุกส่วนของร่างกายบริเวณใบหน้า ต้นคอ มือและแขน หน้าท้อง หลัง เท้าและขา ใช้ระยะเวลาในการนวด 45 นาที เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน นาน 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าการนวดแบบสวีดิชทำให้ความปวด ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าลดลง และช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งมีผลทำให้อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของชีพจร และความดันโลหิตลดลงด้วย โดยความปวดและอาการต่างๆของผู้ป่วยโรคมะเร็งลดลงตั้งแต่สัปดาห์แรกเป็นต้นไป ส่งผลให้คุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hernandez-Reif และคณะ (2005) ศึกษาผลของการนวดแบบสวีดิชในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 - 3 จำนวน 58 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการนวดแบบสวีดิชทุกส่วนของร่างกาย ใช้เวลาในการนวด 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และกลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่าการนวดแบบสวีดิช และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาได้มีการนำการนวดแบบสวีดิชมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นด้วย และยังนำมาใช้ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันไป และพบว่าให้ผลในทางบวก คือ ความปวดแบบเรื้อรังลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ซึ่งเป็นความปวดแบบเรื้อรัง การนำการนวดแบบสวีดิชซึ่งเป็นการใช้วิธีทางกายภาพมาใช้ในการบรรเทาความปวด อีกทั้งเป็นการนวดที่การลงน้ำหนักและจังหวะของการลงน้ำหนักไม่มากเกินไป (สำนักการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Holey & Cook, 2003; Cowen et al., 2006) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเป็นกลุ่มที่เปราะบาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hodgson และคณะ (2012) ศึกษาผลการนวดแบบสวีดิชเปรียบเทียบกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่อาศัยที่สถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Solid tumor (lung, breast, prostate, colorectal) อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 18 ราย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน เท้าและขา เป็นระยะเวลา 20 นาที และได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นระยะเวลา 20 นาที ผลการวิจัยพบว่า การนวดแบบสวีดิชและการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าสามารถลดความปวดและผ่อนคลายภาวะเครียดทางร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

และจากการสัมภาษณ์ ความรู้สึกทั้งของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลักภายหลังจากที่ได้รับการนวดแบบสวีดิชจากญาติผู้ดูแลหลักเพิ่มเติม ส่วนใหญ่บอกว่า “การนวดแบบสวีดิชรู้สึกเป็นการนวดที่ผ่อนคลายและทำให้ความปวดลดลง และเมื่อความปวดลดลงก็ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ การนวดแบบสวีดิชนี้ส่งเสริมให้การนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุดีขึ้นด้วย รวมถึงยังส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวได้อีกด้วย”

ดังนั้นสรุปได้ว่ากิจกรรมทางการพยาบาลที่มีการผสมผสานครั้งนี้ ประกอบด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีผลลดความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรให้ความสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด โดยใช้การนวดแบบสวีดิชเสริมจากการพยาบาลตามปกติ รวมทั้งสนับสนุนการจัดอบรมเรื่อง การบำบัดความปวดด้วยการนวดแบบสวีดิชให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่สนใจ เพื่อเป็นการพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาล

2. ด้านการศึกษา จัดให้มีการเรียนการสอนสำหรับพยาบาลประจำการ โดยนำโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง มาใช้ในการดูแลและให้การพยาบาลในหอผู้ป่วย และเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ ทักษะและความชำนาญ สามารถถ่ายทอดการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดได้

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาล ในการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อบำบัดความปวดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง เพื่อก่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทอิสระที่สามารถทำได้ในการบำบัดเสริมทางการพยาบาล และสร้างทักษะการนำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลหรือการบำบัดเสริมทางการพยาบาลควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อบำบัดความปวด รวมทั้งนำเอาทักษะการนวดแบบสวีดิชไปเผยแพร่ สอนและฝึกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดได้นำไปใช้นวดขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรืออยู่บ้าน นอกจากช่วยลดความปวดแล้ว ยังเกิดผลดีด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลดีขึ้น

4. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชช่วยลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งได้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งชนิดอื่น ทั้งที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ใช้ควรมีความรู้ในการนวดแบบสวีดิช เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้คำแนะนำ สามารถสอนและฝึกให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องได้เมื่ออยู่บ้าน

2. ควรมีการศึกษา ติดตามและประเมินผลของการใช้โปรแกรมการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด ในระยะยาว

3. ควรนำโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด มาประยุกต์ใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่นที่มีความปวด เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากปัญหาระบบอื่นๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

จิราภี สุนทรกุล. (2546). *ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล).

ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส. (2555). ความปวดและการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(3), 1-13.

เทวิกา เทพญา. (2546). *ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

ธัญกนก พงศ์ปิยะไพบูลย์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนบนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

นพมาศ พัดทอง. (2554). *องค์ประกอบของกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

นาถฤดี พรหมเถาว์. (2545). *ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

นุสรา ประเสริฐศรี. (2555). *การพยาบาลเพื่อการจัดการความปวด*. อุบลราชธานี: วิทยาลัยบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ, อารียา สอนบุญ, ทิพย์วัลย์ โพธิ์แก่น และ ประสบสุข ศรีแสนปราง. (2545). *ทางเลือกในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวด: ผลของการสร้างจินตภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เบญมาศ ตระกูลงามเด่น. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. (2547). การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลสภากาชาดไทย*, 29(2), 202-206.

ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2556). *สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในผู้สูงอายุ*. (เอกสารไม่ตีพิมพ์).

วรลักษณ์ ฉิมวัย. (2552). *ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง. (2546). กลไกความเจ็บปวด. *วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 28(1), 58-75.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2552). *ความปวดและการระงับปวด*. สงขลา: ชวนเมืองการพิมพ์.

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. (2543). *ผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).

วัลลภา สังฆโสภณ. (2536). *ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล).

วิมุกดา วรกุล, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ กิตติกร นิลมานัต. (2551). อุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการใช้ยา: เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(2), 70-81.

ศิริพร เสมสาร. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

ศิริพร อุตสาหพานิช และโสภิดา ทัดพินิจ. (2554). ผลการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(4), 36-45.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2550). *การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: 21 Century Co., LTD.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: หจก.วี.เจ พริ้นติ้ง.

สุวพร เหลืองอร่ามกุล, ลดาวัลย์ นิชโรจน์ และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2551). การทบทวนวรรณกรรม: ผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการจัดการความปวด. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(2), 9-18.

สุระพรรณ พนมฤทธิ์ และ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์. (2543). *กระบวนการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทประชุมช่าง จำกัด.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวย และ วิพร เสนารักษ์. (2552). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีและการนำไปใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 17. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.

สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ตำราวิชาการ การนวดเพื่อสุขภาพแบบสวีดิช*. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ข้อมูลสถิติโรคของประชากรผู้สูงอายุ ในประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

Alfaro-LeFevre, R. (1998). *Applying Nursing Process: A Step – by Step Guide*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott- Raven Publisher.

American Joint Committee on Cancer. (1997). *AJCC Cancer Staging Manual*. (5th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Anand, K., & Craig, K. (1996). New perspectives on the definition of pain. *Pain*, 67(1), 3-6.

Armstrong, T. (2005). Paraneoplastic syndromes. In Yarbro, C.H., Frogge, M.H. and Goodman, M., eds. *Cancer Nursing: Principles and Practice*. (6th ed). London: Jones and Bartett Publishers International.

Atkinson, L.D. & Murray, M.E. (1986). *Understanding the nursing process*. (3rd ed). New York: Macmillan.

Attasara, A., & Buasom, R. (2010). *Hospital-based cancer registry 2009*. Bangkok: National Cancer Institute, Ministry of Public Health.

Balducci, L. (2003). Management of Cancer Pain in Geriatric Patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 1(3), 175-191.

Berman, A., et al. (2008). *Kozier & Erb's Fundamental of Nursing: Concept and practice*. (8th ed). New Jersey: Perarson Pearson Prentice Hall.

Blackkall, G.F. (2000). Psychological techniques in pain management. In P.P. Raj. (Ed.). *Practical management of pain*. (3rd ed). St. Louis: MO. Harcourt Health Sciences.

Boffetta, P. (2002). Involuntary smoking and lung cancer. *Scand Journal Work Environ Health*, 28, 30-40.

Bonomi, P.D., Bowers, G.R., England, G., Garfield, D.H., & Gross, G.E. (1990). *Community treatment of lung cancer: a panel discussion*. Indiana: Bristol-myers squibb Evansville.

Burke, M.K., Brown, E., Lemon, P., & Eby, L. (2007). *Medical Surgical Nursing Care*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Burn, N., & Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization*. (5th ed). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Caraceni, A. (1996). Clinicopathologic correlates of common cancer pain syndromes. *Hematology/Oncology Clinical North Am*, 10(1), 57-78.

Carmine, E.G., & Zeller, R.A. (1979). *Realiability and Validity assessment*. Beverly Hills: Lippincott.

Carpenito-Moyet, L.J. (2007). *Understanding the Nursing Process: Concept Mapping and Care Planning for Students*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Carreca, I., Balducci, L., & Extermann, M. (2005). Cancer in the older person. *Cancer Treatment Reviews*, 31, 380-402.

Cassileth, B.R., & Vickers, A.J. (2004). Massage Therapy for Symptom Control: Outcome Study at a Major Cancer Center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 244-249.

Chang, V.T., Hwang, S.S., Feuerman, M., & Kasimis, B.S. (2000). Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a veterans affairs medical center: A role for symptom assessment. *Cancer*, 88, 1175-1183.

Choy, H., et al. (2000). Patterns of practice survey for non-small cell lung cancer in the U.S. *Cancer*, 88(6), 1336-1346.

Collinge, W., MacDonald, G., & Walton, T. (2012). Massage in supportive cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(1), 45-54.

Cooley, M.E., Short, T.H., & Moriarty, H.J. (2003). Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 694-708.

Cowen, V.S., et al. (2006). A comparative study of Thai massage and Swedish massage relative to physiological and psychological measures. *Journal of Body work and Movement Therapies*, 10, 266-275.

Dalmau, J., & Bataller, L. (2003). Paraneoplastic neurologic syndromes: approaches to diagnosis and treatment. *Semin Neurol*, 23, 215-224.

Davies, C., et al. (2008). *Pain management from Basics to Clinical Practice*. China: Churchill Livingstone Elsevier.

David, S.S., Darryl, C., Christopher, R.K., Lawrence, B.M., & Giuseppe, G. (2011). Non-small cell lung cancer. In T.D. Vincent, S.L. Theodore and A.R. Steven (Eds.), *Cancer principles practice of oncology* (9th ed., pp. 799-847). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Doenges, E.M., Moorhouse, F.M., & Murr, C.A. (2006). *Nursing Care Plan Guideline for Individualizing Client Care Across the Life Span*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Ersek, M., & Poe, C.K. (2004). Pain. In S.M. Lewis, M.M. Heitkemper, S.R. Dirksen (Eds.). *Medical-Surgical nursing: Assessment and Management of clinical problems*. (6th ed). St. Louis: Mosby.

Fagen, D. (2000). *Pain Management: Current concept –Best Rodgers Schools of continuing education course*. Retrieved December 3, 2013, from http://www.bertrodgers.Com

Flounders, J.A. (2003). Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone. *Oncology Nurse Forum*, 30, 63-70.

Fritz, S. (2000). *Mosby' s Fundamentals of Therapeutic Massage*. (2nd ed). St. Louis: Mosby.

Gebbie, K., & Lavin, M. (1974). Classifying nursing diagnosis. *American Journal of Nursing*, 74(2), 250-253.

Gianni,W., et al. (2010). Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 273-276.

Gibson, J., & Weiner, D. (2005). *Pain and Older Adult*. Pennsylvania: IASP Press.

Ginsberg, R., Vokes, E., & Rosenzweig, K. (2001). *Non-Small Cell Lung Cancer: Principles and Practice of Oncology*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Gloth, F.M., Scheve, A.A., Stober, C.V., Chow, S., & Prosser, J. (2001). The Functional Pain Scale: reliability, validity, and responsiveness in an elderly population. *Journal Am Med Dir Assoc*, 2(3), 110-114.

Goldstein, N.E., & Morrison, R.S. (2005). Treatment of pain in older patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 54, 157-164.

Gore, E., et al. (2012). Evaluation and management of elderly patients with lung cancer. *Seminars in Radiation Oncology*, 22, 304-310.

Gosney, M. (2007). Contribution of the geriatirician to the management of cancer in older patients. *European Journal Cancer*, 43, 2153-2160.

Hadjistavropoulos, T., & Hadjistavropoulos, D.H. (2008). *Pain Management for Older Adults*. USA: IASP Press.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Hammer, W.I. (1999). *Functional Soft Tissue Examination and Treatment by Manual Methods: New Perspectives*. (2nd ed). Gaithersburg: Aspen Publications.

Hernandez-Reif, M., et al. (2005). Natural killer cells and lymphocytes increase in women with breast cancer following massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 115(4),495–510.

Herr, K.A., & Garand, L. (2011). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinical Geriatric Medicine*, 17(3), 457–478.

Hodgson, N.A., & Lafferty, D. (2012). Reflexology versus Swedish Massage to Reduce Physiologic Stress and Pain and Improve Mood in Nursing Home Residents with Cancer: A Pilot Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1-5.

Holey, E., & Cook, E. (2003). *Evidenced-based Therapeutic Massage: A Practical Guide for Therapists*. (2th ed). Philadelphia: Elsevier.

Hopwood, P., & Thatcher, N. (1990). Preliminary experience with quality of life evaluation in patients with lung cancer. *Oncology*, 4, 155-162.

Huang, S.T., Good, M., & Zauszniewski, J.A. (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1354-1362.

Iyer, P.W., et al. (1986). *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Jablonski A. (2005). A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7, 23-36.

Jane, S.W., et al. (2011). Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: A randomized clinical trial. *Pain*, 152, 2432-2442.

Jett, J. (2000). Screening for lung cancer in high-risk groups: Current status of low-dose spiral CT scanning and sputum markers. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 21(5), 385-392.

Kamnerdsupaphon, P., Srisukho, S., Sumitsawan, Y., Lorvidhaya, V., & Sukthomya, V. (2008). Cancers in Northern Thailand. *Biomedical Imaging and Intervention Journal*, 4(3), 1-7.

Kitisomprayoonkul, W. (2005). Revised Thai short-form McGill Pain Questionnaire (Revised Th-SFMPQ). *Chula Med Journal*, 49, 143-155.

Kuebler, K.K., Herdrich, E.D., & Esper, P. (2007). *Palliative End of Life Care Clinical Practic Guidelines*. New York: Elsevier.

Kwekkeboom, L.K., Kneip, J., & Pearson, L. (2003). A pilot study to predict success with guided imagery for cancer pain. *Pain management nursing*, 4(3), 112-123.

Lafferty, W.E., et al. (2006). Evaluating CAM treatment at the end of life: A review of clinical trials for massage and meditation. *Complementary Therapies in Medicine*, 14, 100-112.

Linquist, R., Tracy M.F., & Savik, K. (2003). Personal use of complementary and alternative therapies by critical care nurses. *Journal Criticl Care Nursing Clinic North America*, 15(3), 393-399.

Macaffery, M. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis: Mosby.

Mass, H.A., et al. (2007). Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. *European Journal Cancer*, 43, 2161-2169.

McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: clinical manual*. (2nd ed). St. Louis: Mosby.

McCaffery, M. (2002). What is the role of nondrug methods in the nursing care of patients with acute pain?. *Pain Management Nursing*, 3(3), 77-80.

Melzak, R. (1999). From the gate to the Neuromatrix. *Pain*, 6, 121-126.

Melzack, R., & Wall, P.D. (2003). *Pain management*. London: Elsevier.

Miaskowski, C., et al. (2004). Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 221713-1729.

Nagaviroj, K., & Jaturapatporn, D. (2009). Cancer pain-progress and ongoing issues in Thailand. *Pain Research Manage*, 14(5), 361-362.

Piamjariyakul, U. (2010). Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 387-394.

Post-White, J., et al. (2003). Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integrate Cancer Therapy*, 2(4), 332–344.

Potter, J., & Higginson, I.J. (2004). Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. *Lung cancer*, 43, 247-257.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing*. (6nd ed). St. Louis: Mosby.

Rechtien, J.J., et al. (1998). Manipulation, massage and traction. In Delisa, J.A. and Gans, B.M., eds. *Rehabilitation Medicine: Principles and Practice*. (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Robb, K.A., et al. (2006). A pain management program for chronic cancer-treatment-related pain: A preliminary study. *The journal of pain*, 7(2), 82-90.

Rusch,V.W., et al. (2009). A proposal for a new international lymph node map in the forthcoming seventh edition of the TNM classification for lung cancer. *Journal Thorac Oncol*, 4, 568-577.

Salvo, S.G. (2003). *Massage Therapy: Principles and Practice*. (2nd ed). St. Louis: WB Saunders.

Satoh, H., et al. (2009). Lung cancer in patients aged 80 years and over. Lung cancer, 65, 112-118.

Savage, C., & Zwischenberger, J. (2000). Image-guided fine needle aspirate strategies for staging of lung cancer. *Clinical Lung Cancer*, 2(2), 101-110.

Schmidt, B.L., Hamamoto, D.T., Simone, D.A., & Wilcox, G.L. (2010). Mechanisms of Cancer Pain. *Molecular interventions*, 10(3), 164-178.

Schoepf, J. (2001). Lung cancer screening with 1 mm multislice CT scans. *Oncology News International*, 10(1), 10.

Simons, P.L., et al. (2012). Clinical Management of Pain in Advanced Lung Cancer. *Clinical Medicine Insights: Oncology*, 6, 331-346.

Stephenson, N.L., et al. (2000). The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncology Nurse Forum*, 27, 67-72.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2002). Impact of Dyspnea, Pain, and Fatigue on Daily Life Activities in Ambulatory Patients with Advanced Lung Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 417-423.

Thomas, C. (1995). *Bodywork: What Type of Massage to Get and How to Make the Most of it*. New York: William Morrow and Company.

Thomas, L., Kwok, Y., & Edelman, M.J. (2004). Management of paraneoplastic syndromes in lung cancer. *Current Treatment Options in Oncology*, 5, 51-62.

Trivieri, L. (2001). *The American Holistic Medical Association Guide to Holistic Health: Healing Therapies for Optimal Wellness*. New York: Wiley.

Urban, D., Cherny, N., & Catane, R. (2010). The management of cancer pain in the elderly. *Oncology/Hematology*, 73, 176-183.

Valley, M.A. (2003). Pain Measurement. In P.P. Raj. (Ed.). *Pain medicine: a comprehensive review*. Missouri: Mosby.

Walker, M.J., & Walker, J.D. (2003). *Healing massage: A simple approach*. Australia: Thomson Delimar Learning.

Wedding, U., et al. (2007). Quality-of-life in elderly patients with cancer. *European Journal Cancer*, 43, 2203-2210.

White, L. (2003). *Documentation & the nursing process*. Clifton Park: Thomson Delmar Learning.

Wilkie, D.J. (2001). Nociceptive and neuropathic pain in patients with lung cancer: a comparison of pain quality descriptors. *Journal Symptom Manage*, 22(5), 899-910.

Willison, K.D. (2006). Integrating Swedish massage therapy with primary health care initiatives as part of a holistic nursing approach. *Complementary Therapies in Medicine*, 14,
254-260.

Wood, B.M., Nicholas, M.K., Blyth, F., Asghari, A., & Gibson, S. (2010). Assessing Pain in Older People With Persistent Pain: The NRS Is Valid But Only Provides Part of the Picture. *The Journal of Pain*, 11(12), 1259-1266.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

Yarbro, H.C., et al. (2011). *Cancer Nursing: Principles and Practice*. (7th ed). London: Jones and Bartett Publishers International.

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

Yura, H., & Walsh, M. (1988). *The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluation*. New York: Appleton-Century Crofts.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ลำดับที่	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งวิชาการ
1	รองศาสตราจารย์ ดร.นพ. วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์	รองศาสตราจารย์ และอาจารย์สาขาวิชาโรคมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2	นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์	ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ทางเลือก และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์ทางเลือก
3	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ด้วงแพง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และอาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4	ดร. กัลยกร ฉัตรแก้ว	เลขานุการชมรมพยาบาลแบบประคับประคอง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลความสุขสบายและการนวด
5	นางกชชุกร หว่างนุ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยให้ยาเคมีบำบัด และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชวิถี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข
จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
จดหมายจริยธรรม
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 0480

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

7 พฤษภาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอดที่มีความปวด แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา และ Medical oncology โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และญาติผู้ดูแลหลัก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 25 คน โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข แผนการสอน เรื่อง "การนวดแบบสวีดิชกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด" คู่มือพร้อมดีวีดีการนวดแบบสวีดิชเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง และแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ โทร. 089-089-4408

COA No. 481/2014

IRB No. 230/57

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: คณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
เอกสารรับรอง	:

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 9/07/2014
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 12/03/2014
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 9/07/2014
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date 9/07/2014
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
6. ประวัติผู้วิจัยหลัก

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สิบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุละพัฒน์)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 22 กรกฎาคม 2557
วันหมดอายุ : 21 กรกฎาคม 2558

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 481/2014

IRB No. 230/57

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title	: THE EFFECT OF NURSING PROCESS COMBINED WITH SWEDISH MASSAGE ON PAIN IN OLDER PERSONS WITH LUNG CANCER.
Study Code	: -
Principal Investigator	: Miss Kanjana Pianbanyat
Affiliation of PI	: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
Review Method	: Full board
Continuing Report	: At least once annually or submit the final report if finished.
Document Reviewed	:

1. Protocol Version 2 Date 9/07/2014
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 12/03/2014
3. Information sheet for research participant Version 2 Date 9/07/2014
4. Informed Consent Form Version 2 Date 9/07/2014
5. Tools used to store
6. Principal Investigator's CV

Signature:..... Signature:.....

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Associate Professor Onanong Kulaputana MD, PhD)

Chairperson — Member and Assistant Secretary, Acting

The Institutional Review Board — Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : July 22, 2014

Approval Expire Date : July 21, 2015

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

ผู้สนับสนุนการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10330

เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) 08-9089-4408 เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-256-4367 E-mail Address: klahkung@yahoo.com

ผู้ร่วมในโครงการวิจัย ไม่มี

เรียน **ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่มีความปวด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคมะเร็งปอดเป็นหนึ่งในมะเร็งที่พบบ่อยมากในปัจจุบันและเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรโลกมากที่สุดโรคหนึ่ง จากรายงานทั่วโลกปีพ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ 219,000 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,449,350 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 และหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 ประชากรทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะป่วยเป็นโรคมะเร็งประมาณร้อยละ 30 ประเทศไทย ปีพ.ศ. 2552 และ 2553 มีประชากรสูงอายุเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 34.02 และ 34.54 ตามลำดับ โดยพบโรคมะเร็งปอดมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 4 ในเพศหญิง ในปีพ.ศ. 2552 ผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ คิดเป็น 59.03 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิต คิดเป็น 14.1 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นมะเร็งปอดถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 จากสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด

โรคมะเร็งก่อให้เกิดปัญหามากมายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความปวดเป็นปัญหาสำคัญมากและพบบ่อยถึงร้อยละ 30-90 เป็นความปวดในช่วงการวินิจฉัย ร้อยละ 30-75 ปวดในช่วงการรักษา ร้อยละ 33-59 และปวดในระยะลุกลามของโรค ร้อยละ 65-85 สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดที่พบบ่อยที่สุด คือ ความปวดที่เกิดจากก้อนมะเร็ง รองลงมา คือ ความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมีปัญหาความปวดมากถึงร้อยละ 62 และส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดต่ำกว่าที่ควรจะได้รับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน กระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาการนอนหลับ และมีความวิตกกังวล ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความปวดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230 / 57
Date of Approval.....

การบำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอดยังต้องอาศัยยาแก้ปวดเป็นวิธีหลักเช่นเดียวกับการบำบัดความปวดในผู้ป่วยโรคอื่นๆ และกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกันต่อเนื่องมานานเกี่ยวกับความปวด คือ การประเมินปัญหาความปวด การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผล โดยกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมทั้งการพยาบาลตามแผนการรักษาด้วยยาและการใช้การบำบัดอื่นที่ไม่ใช้ยา แต่พบว่าการใช้การบำบัดอื่นที่ไม่ใช้ยานั้นเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดขนาดของการใช้ยาระงับปวด อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียง และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาระงับปวด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี ได้แก่ ประคบร้อน-เย็น การกดจุด ทำสมาธิ การใช้ดนตรี การสร้างจินตภาพ และการนวด แต่พบว่าวิธีการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบ คือ การนวด การนวดแบบสวีดิช เป็นการนวดแบบสัมผัส กดบีบตามส่วนต่างๆของร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมการนอนหลับ ลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ และใช้ได้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ

การนวดแบบสวีดิชเป็นกิจกรรมการพยาบาลอีกวิธีหนึ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติโดยตรงกับผู้ป่วย หรือใช้บทบาททางอ้อม คือ การสอนให้ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความปวดสามารถนำไปปฏิบัติต่อได้ในช่วงเวลาที่อยู่บ้าน เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ และเป็นการนวดที่การลงน้ำหนักและจังหวะของการลงน้ำหนักไม่มากเกินไป ประกอบด้วยลักษณะการนวด 5 แบบ คือ 1) การลูบ (Stroking) 2) การกดบีบ (Petrissage) 3) การเคาะตี (Tapotement) 4) การสั่นหรือเขย่า (Vibration/Shaking) 5) การกดคลึง (Friction) โดยการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า หรือ เอ แอลฟา ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นการทำงานของเซลล์ เอส จี ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีสัญญาณประสาทผ่านส่งไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดอาการปวด และไม่ว่าจะนวดที่บริเวณไหนของร่างกายก็สามารถลดอาการปวดได้ เนื่องจากทุกส่วนของร่างกายมีเส้นประสาท อาการปวดจึงลดลงหลังนวดทันที ดังนั้นการใช้การนวดแบบสวีดิชในกิจกรรมการพยาบาลจึงเป็นการบำบัดความปวดร่วมกับการใช้ยาอีกทางหนึ่ง

<u>วัตถุประสงค์ของการศึกษา</u>

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่าง และหลังได้รับโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ 25 คน

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230 / 57
Date of Approval.....

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-04/4.0 เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยโดยนำโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช มาดำเนินการตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ดังนี้

ขั้นตอนการทำวิจัย โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 6 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินด้านต่างๆ (สัปดาห์ที่ 1)	ผู้วิจัยเก็บรวมรวบข้อมูลของผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย ประเมินสมรรถภาพสมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (NRS) และประเมินประสบการณ์
ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนก่อนการดำเนินโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 1)	การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1
ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช (สัปดาห์ที่ 2-6)	ส่วนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย ผู้วิจัยให้ความรู้ โดยการสอนตามแผนการสอน เรื่องการนวดแบบสวีดิชกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด การฝึกการนวดแบบสวีดิชให้กับญาติผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 2 และแนะนำวิธีการลงบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน รวมทั้งแจกคู่มือและดีวีดีการนวดแบบสวีดิช ส่วนที่ 2 ขั้นการดำเนินการนวดแบบสวีดิช เป็นขั้นตอนที่ญาติผู้ดูแลหลักทำการนวดแบบสวีดิชให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่บ้าน โดยให้ญาติผู้ดูแลหลักนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา โดยนวดวันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ใช้ระยะเวลาในการนวด 30 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน ส่วนสัปดาห์ที่ 4-6 ผู้วิจัยติดตามโดยการโทรศัพท์ติดตาม
ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความปวด	ผู้วิจัยประเมินความปวดเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยท่านจะต้องปฏิบัติการนวดแบบสวีดิชตามโปรแกรมการนวดแบบสวีดิชอย่างเคร่งครัด

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230 , 57
Date of Approval

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการนวด บีบ เค้น เช่น การฟกช้ำเขียว อาการระบมจากกล้ามเนื้ออักเสบเล็กน้อย เนื่องจากออกแรงในการนวดมากเกินไป เป็นต้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งได้รับโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช อาจทำให้ความปวดลดลงได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าความปวดของท่านจะต้องลดลงหรือหายขาดจากความปวดภายหลังได้รับโปรแกรมการนวดแบบสวีดิชอย่างแน่นอน

ผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการนำเอาการนวดแบบสวีดิชไปสอนและแนะนำญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคอื่นต่อไป

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับโครงการวิจัยแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

ในกรณีที่ท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เบอร์โทรศัพท์ 08-9089-4408

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที แต่หากพบว่ามีอันตรายเกิดขึ้นและพิสูจน์ได้ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย ผู้ทำวิจัย คือ นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ ยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ เบอร์โทรศัพท์มือถือ 08-9089-4408 และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4367 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะได้รับโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช เพื่อบรรเทาความปวด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230 , 57
Date of Approval.....

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคหรือการให้การพยาบาลท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน คือ

- ท่านไม่ให้ความร่วมมือ และไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านมีอาการอื่นๆ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น มีไข้ อัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ตลอดเวลา และจะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีการเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอีก

หากท่านต้องการยกเลิกการบันทึกข้อมูลขณะอยู่ในโครงการวิจัย ท่านสามารถแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบได้ทันที

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับโปรแกรมการนวดแบบสวีดิช เพื่อบรรเทาความปวด โดยไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าชดเชย
7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น โดยส่งเอกสารที่ท่านได้รับคืนผู้ทำวิจัย คือ นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ ที่อยู่ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตึกว่องวานิช ชั้น 7 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10330
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230 / 57
Date of Approval 2 2 ก.ค. 2557

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230/57
Date of Approval 22 O.A. 2557

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... และญาติผู้ดูแลหลัก นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น..... ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากผู้วิจัยหรือไม่

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์และพยาบาลของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการพยาบาลในอนาคตเท่านั้น

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230/57
Date of Approval 22 ก.ค. 2557

Version 2 Date 9/ 07/ 2014

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามญาติผู้ดูแลหลัก

(.....) ชื่อญาติผู้ดูแลหลักตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230 / 57
Date of Approval 22 ก.ค. 2557

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ≤ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา ≤ 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ≤ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาใดปวดมากที่สุด ช่วงเวลาใดปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัว

1.3 แบบประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS)

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วย

โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด มีเครื่องมือตามโปรแกรม ดังนี้

2.1 แผนการสอนเรื่อง “การจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช”

2.2 คู่มือพร้อมดีวีดีการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ประกอบด้วย แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยมีจุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) ≤ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา ≤ 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ≤ 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรค แผนการรักษาปัจจุบัน ตำแหน่งที่มีความปวด ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด คะแนนความปวด ช่วงเวลาใดปวดมากที่สุด ช่วงเวลาใดปวดน้อยที่สุด ลักษณะของความปวด ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน โรคประจำตัว

1.3 แบบประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย

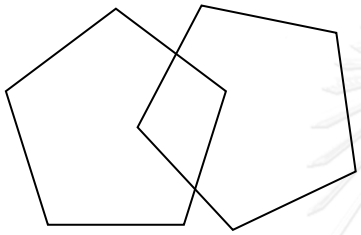
ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002

	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด	คะแนน
1. Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) 1.1. วันนี้ วันที่เท่าไหร่ 1.2. วันนี้ วันอะไร 1.3. เดือนนี้เดือนอะไร 1.4. ปีนี้ ปีอะไร 1.5. ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2. Orientation for Place (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) 2.1. กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล 2.1.1. สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และ ...ชื่อว่าอะไร 2.1.2. ขณะนี้ อยู่ชั้นที่เท่าไหร่ของตัวอาคาร 2.1.3. ที่นี่ อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร 2.1.4. ที่นี่ จังหวัดอะไร 2.1.5. ที่นี่ ภาคอะไร		
2.2. กรณีอยู่ที่บ้าน 2.2.1. สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร 2.2.2. ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร 2.2.3. ที่นี่ อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร 2.2.4. ที่นี่ จังหวัดอะไร 2.2.5. ที่นี่ ภาคอะไร		

	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด	คะแนน
3. Registration (3 คะแนน) ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสามอย่าง คุณ(ตา,ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม(ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ(ตา,ยาย...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยว ผม(ดิฉัน) จะถามซ้ำ *การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป		
(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน) ■ ดอกไม้ ■ แม่น้ำ ■ รถไฟ		
ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายในสองเดือน ให้ใช้คำว่า ☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์		
4. Attention/calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม? ถ้าตอบคิดเป็นให้ตอบข้อ 4.1. ถ้าตอบ คิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ตอบข้อ 4.2.		
4.1. “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ได้ผลลัพธ์เท่าไหร่บอกมา” บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2.		
4.2. “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ (ตา ยาย) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลัง จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกด ว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหน คุณ(ตา,ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ”		

	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด	คะแนน
5. Recall (3 คะแนน) "เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน) ■ ดอกไม้ ■ แม่น้ำ ■ รถไฟ □ ต้นไม้ □ ทะเล □ รถยนต์		
6. Naming (2 คะแนน) 6.1. ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" 6.2. ชี้นาฬิกาให้ผู้สูงอายุดูแล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"		
7. Repetition (1 คะแนน) พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน "ตั้งใจฟัง ผม (ดิฉัน) นะ เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้ คุณ (ตา,ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว" "ใคร ใคร่ ขาย ไก่ ไข่"		
8. Verbal command (3 คะแนน) "ฟังดีๆ นะ เดี่ยว ผม(ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ(ตา ,ยาย) รับด้วยมือขวาแล้ววางที่....." (พื้น,โต๊ะ,เตียง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้สูงอายุ ■ รับด้วยมือขวา ■ พับครึ่ง ■ แล้ววางที่...(พื้น,โต๊ะ, เตียง)		
9. Written command (1 คะแนน) ต่อไปนี้ เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา ,ยาย) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา,ยาย) จะอ่านออกเสียง หรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา"		
10. Writing (1 คะแนน)		

	บันทึกคำตอบ (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด	คะแนน
ข้อนี้เป็นคำสั่ง ให้คุณ(ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือ มีความหมายมา 1 ประโยค.....		
11. Visuo-construction (1 คะแนน) ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง 		
	คะแนนรวม	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ชื่อ-นามสกุล..... ID Code.……**วันที่**.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับ คะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impaired)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	คะแนนเต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ID Code.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่
( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า/แยกกันอยู่

4. ศาสนา ( ) 1. พุทธ ( ) 2. คริสต์
( ) 3. อิสลาม ( ) 4. อื่นๆ (ระบุ).....

5. ระดับการศึกษา ( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2.มัธยมศึกษา
( ) 3. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ( ) 4.ปริญญาตรี
( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 6.อื่นๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ ( ) 1. ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 2. ค้าขาย
( ) 3. รับจ้าง ( ) 4. เกษตรกร
( ) 5. ธุรกิจส่วนตัว ( ) 6.อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน ( ) 10,000-20,000 บาท ( ) 20,001-30,000 บาท
( ) 30,001-40,000 บาท ( ) 40,001-50,000 บาท
( ) อื่นๆ (ระบุ).....

8. ระยะของโรค .....

9. แผนการรักษาปัจจุบัน .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

10. ตำแหน่งที่มีความปวด (ระบุได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)

.....

11. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด.....

12. คะแนนความปวด (0-10 คะแนน) ..... **เวลา**.....

13. ช่วงเวลาใด ปวดมากที่สุด..... **ช่วงเวลาใด ปวดน้อยที่สุด**.....

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

15. ยาระงับปวดที่ได้รับในปัจจุบัน .....

16. โรคประจำตัว ( ) 1. โรคเบาหวาน ( ) 2. โรคความดันโลหิตสูง
( ) 3. โรคข้อเข่าเสื่อม ( ) 4. โรคเก๊าท์
( ) 5. โรคหัวใจ ( ) 6. อื่นๆระบุ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวด

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

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด มีเครื่องมือตามโปรแกรม ดังนี้

2.1 แผนการสอนเรื่อง “การจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช” คู่มือพร้อมดีวีดีการนวดแบบสวีดิช เพื่อลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แผนการสอน

เรื่องการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในเรื่องโรคมะเร็งปอด การรักษา การจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช

ผู้สอน นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่มีความปวด และญาติผู้ดูแลหลัก

สถานที่ ห้องเรียนตึกว่องวานิช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดและญาติผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคมะเร็งปอด การรักษา และการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช
2. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ในการลดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักตระหนักถึงความสำคัญของการนวดแบบสวีดิช

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลหลัก พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้	**บทนำ** **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ** สวัสดีค่ะ ดิฉันกาญจนา เพียรบัญญัติ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะขอให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด การรักษา และการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช เพื่อให้ญาติผู้ดูแลหลักสามารถนำการนวดแบบสวีดิชไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ **ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสอน** โรคมะเร็งปอดเป็นหนึ่งในมะเร็งที่พบบ่อยมากในปัจจุบัน และหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ โดยพบโรคมะเร็งปอดมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 4 ในเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งปอดมากที่สุด การอยู่ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่ การได้รับสารพิษและมลภาวะ	ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดการอาการปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด	Power point	2 นาที ให้ความรู้ 10 นาที	ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สอน ให้ความสนใจ พร้อมในการรับฟังและให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกปัจจัยเสี่ยง และการรักษาโรคมะเร็งปอดได้ และมีส่วนร่วมในการซักถามข้อสงสัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ทางสิ่งแวดล้อม มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด หรือโรคอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับมะเร็งปอด เช่น วัณโรคปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดอักเสบ เป็นต้น แนวทางการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง อายุที่เริ่มเป็น และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วิธีรักษามี 4 วิธี ดังนี้ 1) การผ่าตัด มีเป้าหมายเพื่อผ่าเอาก้อนมะเร็งที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองที่ช่องอกออกให้หมด มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค ดังนี้ ตัดปอดบางส่วน ตัดปอดทั้งกลีบ หรือตัดปอดทั้งข้าง 2) การรักษาด้วยรังสีรักษา เป็นการใช้พลังงานรังสีที่มีความเข้มข้นฉายไปยังตำแหน่งของเซลล์ เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือทำให้หยุดการเจริญเติบโต ปัจจุบันมีการพัฒนาการฉายรังสีด้วยเทคนิคการฉายรังสีแบบ 3 มิติซึ่งสามารถให้ปริมาณ				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงการจัดการความปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช	รังสีสูงขึ้นที่ตำแหน่งของก้อนเนื้องอก โดยปริมาณรังสีที่อวัยวะสำคัญได้รับลดลง 3) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยใช้ยาเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโต หรือฆ่าเซลล์มะเร็ง หรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง และ 4) การรักษาโดยให้ยามุ่งเป้าทำลายเซลล์มะเร็ง มักใช้เป็นการรักษาสำรองเมื่อล้มเหลวจากการให้ยาเคมีบำบัดแล้ว **การจัดการความปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช** การนวดแบบสวีดิชเป็นการบำบัดความปวดร่วมกับการใช้ยาอีกทางหนึ่ง ที่ญาติผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความปวดสามารถนำไปปฏิบัติต่อได้ในช่วงเวลาที่อยู่บ้าน เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	ผู้วิจัยให้ข้อมูล เปิดดีวีดีการนวดแบบสวีดิชให้ดู และผู้วิจัยสาธิต/สาธิตย้อนกลับ	Power point	5 นาที	ญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงลักษณะและท่าทางการนวดแบบสวีดิชได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
ญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงลักษณะการนวดแบบสวีดิช	การนวดแบบสวีดิชเป็นการนวดแบบสัมผัสวัตถุประสงค์ในการนวดเน้นการบำบัด เพื่อกระตุ้นการทำงานทางสรีรวิทยา เช่น กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดอาการปวด และมีผลต่อจิตใจ เช่น ลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสร้างความรู้สึกเป็นสุข ประกอบด้วยลักษณะการนวด ดังนี้ 1. การลูบ ใช้การลูบเบา เป็นการใช้ฝ่ามือหรือนิ้วมือเคลื่อนที่ไปมาบนผิวหนัง แต่มือต้องแนบติดกับผิวหนังตลอดเวลา มักใช้ท่านี้ทาน้ำมันนวดหรือโลชั่น ลูบด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ไม่หยุดชะงักขณะลูบ 2. การกดบีบ คือ การบีบกล้ามเนื้อระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วทั้งสี่อย่างนุ่มนวล ไม่ให้มีช่องว่างภายในอุ้งมือ ยกกล้ามเนื้อให้ห่างจากกระดูกแล้วปล่อย ออกแรงที่ข้อมือเป็นหลัก	ผู้วิจัยสาธิต และให้ญาติผู้ดูแลหลักลองปฏิบัติตาม			ญาติผู้ดูแลหลักสามารถสาธิตย้อนกลับลักษณะการนวดแบบสวีดิชได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
ญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงขั้นตอนการนวดบริเวณมือและแขนได้	3. การเคาะตี กำมือไว้หลวมๆ คว่ำมือลงใช้ด้านหลังของนิ้วทั้งสี่เคาะลง โดยออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่ส่งแรงหรือน้ำหนักมากนัก สลับมือ 4. การกดคลึง เป็นการใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้กดลงบนผิวหนังให้ลึกลงถึงกล้ามเนื้อ ไม่เคลื่อนนิ้วจากจุดที่กด กดคลึงในลักษณะวงกลมตามเข็มนาฬิกา/ทวนเข็มนาฬิกา **ท่าทางการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา เป็นเวลา 30 นาที** ❖ **การนวดบริเวณมือและแขน** นวดทีละข้าง โดยให้ผู้ที่ถูกนวดนอนหงาย ศีรษะหนุนหมอน แล้วจับแขนให้ข้อศอกงอเล็กน้อย จากนั้นเทน้ำมันนวดลงบนฝ่ามือ แล้วเริ่มนวด	การสาธิตการนวดและให้ญาติผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติตาม (สาธิตย้อนกลับ)	ผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน	5 นาที	ญาติผู้ดูแลหลักสามารถสาธิตย้อนกลับการนวดบริเวณมือและแขนได้ครบทุกขั้นตอนและถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ท่าที่ 1 ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) เป็นการนวดที่กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด โดยการวางมือขวาไว้ด้านล่าง มือซ้ายไว้ด้านบน (เมื่อยืนขวามือของผู้ถูกนวด) และวางมือขวาไว้ด้านบน มือซ้ายไว้ด้านล่าง (เมื่อยืนซ้ายมือของผู้ถูกนวด) หักข้อมือเข้าหากัน แล้วลูบขึ้นเริ่มจากปลายแขนไปสิ้นสุดที่หัวไหล่ จากนั้นหักปลายมือโอบกลับทั้งแขน เวลานวดมือต้องแนบติดกับผิวหนังตลอดเวลา ไม่ต้องลงน้ำหนัก และลูบด้วยความเร็วสม่ำเสมอ นวดขึ้นลงนับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 2 ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือ (Tapotement hacking) ปล่อยมือให้นิ้วกางออกเล็กน้อย เอาสันมือทางด้านนิ้วก้อยลง แล้วสับเฉียงๆไปตามแนวแขนด้านนอก เริ่มจากปลายแขนไปสิ้นสุดที่หัวไหล่ ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ โดยออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ท่าที่ 3 ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วย (Tapotement cupping) เอานิ้วชิดกัน อุ้งมืออยู่ในลักษณะกรวย ปรบลงเริ่มจากปลายแขนไปสิ้นสุดที่แขนท่อนบน ทำสลับกันทีละมือ โดยออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 4 ท่านวดมือ (Hand massage) มือซ้ายจับทางด้านนิ้วก้อย มือขวาจับนิ้วชี้ขึ้นเล็กน้อย นวดคลึงโดยการใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบริเวณข้อต่อด้านบนและข้อต่อด้านล่างของนิ้วมือ แล้วดึงยืดนิ้วเล็กน้อย ทำเช่นนี้ทีละนิ้วจนครบทั้ง 5 นิ้ว จากนั้นจับมือของผู้ถูกนวดหงายขึ้น รีดสไลด์สลับยาวๆบริเวณฝ่ามือ แล้วรีดตามแนวเส้น โดยนิ้วหัวแม่มือคู่กับนิ้วก้อย นิ้วชี้คู่กับนิ้วนาง และนิ้วกลางคู่กับนิ้วโป้ง จากนั้นหมุนข้อมือเข้า 3 รอบ หมุนข้อมือออก 3 รอบ				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
ญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงขั้นตอนการนวดขาด้านหน้าได้	ท่าที่ 5 ท่าลูบเบา (Effleurage superficial stroking) เป็นท่าจบ เหมือนกับท่าที่ 1 จากนั้นไปนวดบริเวณมือและแขนอีกข้างหนึ่ง ทำซ้ำท่าที่ 1-5 ❖ **การนวดบริเวณเท้าและขา** นวดทีละข้าง แต่ละข้างประกอบด้วยการนวดขาด้านหน้าและการนวดขาด้านหลัง โดยให้ผู้ถูกนวดนอนหงาย หนุนหมอนต่ำๆ เปิดผ้าขึ้นไปถึงข้อพับโคนขา ผู้นวดยืนอยู่ด้านขวาของผู้ถูกนวด ค่อนมาทางปลายเท้า จากนั้นเทน้ำมันนวดลงบนฝ่ามือ แล้วเริ่มนวด **การนวดขาด้านหน้า** ท่าที่ 1 ท่าลูบเบา (Effleurage Superficial stroking) ประนมมือปลายฝ่าเท้า จากนั้นเริ่มนวดโดยมือทั้งสองแนบติดกับผิวของขา เริ่มลูบเบาแรงกดของมือและนิ้วต้องสม่ำเสมอตลอดการลูบ จากหลังเท้าขึ้นมาโคนขา เว้นบริเวณกระดูกหน้าแข้ง เมื่อลูบมาถึงหัวเข่า กางข้อศอกทั้งสองออกหันนิ้ว	การสาธิตการนวดและให้ญาติผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติตาม (สาธิตย้อนกลับ)	ผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิชบริเวณขาด้านหน้า	10 นาที	ญาติผู้ดูแลหลักสามารถสาธิตย้อนกลับการนวดขาด้านหน้าได้ครบทุกขั้นตอนและถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ของมือทั้งสองเข้าหากัน โดยให้มือซ้ายอยู่บน มือขวาอยู่ล่าง ลูบขึ้นมาอย่างช้าๆ และสม่ำเสมอ แล้วลูบกลับลงมาสุดที่ปลายเท้า นวดขึ้นลงนับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 2 ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) เหมือนกับท่าที่ 1 แต่เป็นการลูบหนัก โดยเพิ่มแรงกดของมือให้มากขึ้น เพิ่มแรงกดเหนือข้อเท้า 2 นิ้ว เหนือหัวเข่า เมื่อถึงขาท่อนบน แขนตึงหลังตรง จะส่งผลให้มีแรงกดมากขึ้น แล้วลูบลงมาสุดปลายเท้า ขณะลูบลงปลายนิ้วให้รีดเอ็นร้อยหวายด้วย เว้นบริเวณหัวเข่า นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 3 ท่ากดบีบโดยวางมือเป็นตัววี (Petrissage V slide) ประนมมือที่ปลายเท้า จากนั้นเริ่มนวด มือซ้ายจะนำอยู่ข้างหน้ามือขวาโดยกางนิ้วหัวแม่มือออกจากอีกสี่นิ้วของมือทั้งสองเป็นรูปตัว “V” เริ่มจากมือที่อยู่ด้านนอกก่อน สไลด์เป็นรูป				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ตัว “V” เริ่มจากมือที่อยู่ด้านนอกก่อน สไลด์เป็นรูปตัว “V” 3 ครั้ง ที่ขาด้านล่าง ครั้งที่ 4 ขึ้นพร้อมกัน ไปที่ขาด้านบน สไลด์ออกด้านนอกเป็นรูปตัว “V” 3 ครั้ง พอครั้งที่ 4 มือขวาสไลด์เข้าด้านในแล้วลูบกลับลงมาสุดที่ปลายเท้า ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง **ท่าเชื่อมก่อนนวดขาท่อนบน** จะเปลี่ยนท่าทางการยืนเป็นการยืนตรงกลางข้อพับขา (Balance standing) โดยผู้นวดพนมมือปลายฝ่าเท้า จากนั้นนวดโดยมือทั้งสองแนบติดกับผิวของขา เริ่มลูบเบาจากหลังเท้าขึ้นมา 1 ครั้ง (Effleurage one) เมื่อลูบมาถึงหัวเข่า กางข้อศอกทั้งสองออก หันนิ้วของมือทั้งสองเข้าหากัน โดยให้มือซ้ายอยู่บน มือขวาอยู่ล่าง ลูบขึ้นมาถึงโคนขาแล้วลูบกลับลงมาก่อนถึงหัวเข่า 2 ครั้ง (Upper two) จากนั้นเปลี่ยนท่าการยืนเป็นการยืนตรงกลางข้อพับขา				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ท่าที่ 4 ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) ปล่อยมือให้นิ้วกางออกเล็กน้อย เอาสันมือทางด้านนิ้วก้อยลง โดยแบ่งแนวขาท่อนบนเป็น 3 แนว คือ แนวขาด้านในตรงกลางหน้าขาและขาด้านนอก สับไปตามแนวขาทีละแนว ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น โดยเริ่มสับที่ขาด้านใน เริ่มจากเหนือหัวเข่าไปสิ้นสุดที่โคนขา แล้วจากโคนขากลับลงมาที่หัวเข่า นับเป็น 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง จากนั้นทำเช่นเดิมที่ตรงกลางหน้าขา ขาด้านนอก ท่าที่ 5 ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) เอานิ้วชิดกัน อุ้งมืออยู่ในลักษณะกรวย ปรบลงตามแนวขาท่อนบน 3 แนว ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น โดยเริ่มปรบที่ขา				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ด้านใน เริ่มจากเหนือหัวเข่าไปสิ้นสุดที่โคนขา แล้วจากโคนขากลับลงมาที่หัวเข่า นับเป็น เครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง จากนั้นทำเช่นเดิมที่ตรงกลางหน้าขา ขาด้านนอก **ท่าเชื่อมก่อนขึ้นท่าที่ 6** กางข้อศอกทั้งสองออก หันนิ้วของมือทั้งสองเข้าหากัน โดยให้มือซ้ายอยู่บนมือขวาอยู่ล่าง วางมืออยู่เหนือหัวเข่า ลูบขึ้นมาถึงโคนขา 1 ครั้ง(Upper one) แล้วลูบกลับลงมาถึงปลายเท้า 1 ครั้ง (Effleurage one) แล้วก้าวขาลงมายืนค่อนมาทางปลายเท้า ท่าที่ 6 ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan spring) ประนมมือที่ปลายเท้า ใช้ฝ่ามือทั้งสองมือแนบกับผิวหนัง ให้น้ำหนักอยู่ที่ฝ่ามือออกแรงกดเล็กน้อย จากปลายเท้ามาถึงเหนือข้อเท้า จากนั้นหมุนฝ่ามือ ทำเป็นวงกลมเหมือนใบพัดค่อยๆไล่ขึ้นไป 3 รอบ เมื่อถึงบริเวณใต้หัวเข่า ลูบเบาขึ้นไปเหนือหัวเข่า จากนั้นคลึงทำเป็นวงกลม				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
ญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงขั้นตอนการนวดขาด้านหลังได้	เหมือนใบพัด ค่อยๆไล่ขึ้นไป 3 รอบ เมื่อถึงบริเวณใต้หัวเข่าลูบเบาขึ้นไปเหนือหัวเข่า จากนั้นคลึงทำเป็นวงกลมเหมือนพัด โดยการหมุนฝ่ามือ ค่อยๆไล่ขึ้นไปจนถึงโคนขา 3 รอบ แล้วลูบลงมาสุดปลายเท้า ขณะลูบลงปลายนิ้วให้รีดเอ็นร้อยหวายด้วย เว้นบริเวณหัวเข่า ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 7 ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) เป็นท่าจบ เหมือนกับท่าที่ 2 **การนวดขาด้านหลัง** นวดทีละข้าง โดยให้ผู้ถูกนวดนอนคว่ำ หนุนหมอนต่ำๆ หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เปิดผ้าขึ้นไปถึงข้อพับโคนขา ท่าที่ 1 ท่าลูบเบา (Effleurage Superficial Stroking) ลูบเบาจากปลายฝ่าเท้าจนถึงข้อเท้า 3ครั้ง จากนั้นเริ่มนวดโดยมือทั้งสองแนบติดกับผิวของขา เริ่มลูบเบาจากเหนือข้อเท้าขึ้นมาโคนขา โดยกางข้อศอกทั้งสองออก หันนิ้วของมือทั้งสองเข้าหากัน โดยให้มือซ้ายอยู่บน มือขวาอยู่ล่าง จากนั้นหักปลาย	การสาธิตการนวดและให้ญาติผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติตาม (สาธิตย้อนกลับ)	ผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิชบริเวณขาด้านหลัง และเปิดโอกาสให้ซักถาม	20 นาที	ญาติผู้ดูแลหลักสามารถสาธิตย้อนกลับการนวดขาด้านหลังได้ครบทุกขั้นตอนและถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	มือโอบกลับทั้งขา เวลานวดมือต้องแนบติดกับผิวหนังตลอดเวลา ไม่ต้องลงน้ำหนัก และลูบด้วยความเร็วสม่ำเสมอ นวดขึ้นลงนับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 2 ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) เหมือนกับท่าที่ 1 แต่เป็นการลูบหนัก โดยผู้นวดแขนตึงหลังตรง จะส่งผลให้เพิ่มแรงกดของมือให้มากขึ้น เพิ่มแรงกดเหนือข้อเท้า 2 นิ้ว เหนือข้อพับบน 2 นิ้ว แล้วลูบลงมาสุดปลายเท้า ขณะลูบลงปลายนิ้วให้รีดเอ็นร้อยหวายด้วย เว้นบริเวณหัวเข่า นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 3 ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) ประนมมือที่ปลายเท้า ลูบเบาจากปลายฝ่าเท้าจนถึงข้อเท้า 3 ครั้ง แล้วใช้ฝ่ามือทั้งสองมือแนบกับผิวหนัง ให้น้ำหนักอยู่ที่ฝ่ามือออกแรงกดให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ ตั้งแต่เหนือข้อเท้า 2 นิ้ว จากนั้นคลึงทำเป็นวงกลมเหมือนพัด โดยการหมุน				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ฝ่ามือ ค่อยๆไล่ขึ้นไปจนถึงโคนขา 3 รอบ แล้วโอบกลับมาสุดปลายเท้า ขณะลูบลงปลายนิ้วให้รีดเอ็นร้อยหวายด้วย เว้นบริเวณหัวเข่า ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 4 ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนล่าง (Tapotement hacking lower leg) ปล่อยมือให้นิ้วกางออกเล็กน้อย เอาสันมือทางด้านนิ้วก้อยลง โดยแบ่งแนวขาตามแนวกล้ามเนื้อเป็น 3 แนว คือ แนวขาด้านใน ตรงกลางหน้าขาและขาด้านนอก สับไปตามแนวขาทีละแนว ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น โดยเริ่มสับที่ขาด้านใน เริ่มจากเหนือข้อเท้าไปสับขึ้นไปจนถึงข้อพับขาด้านล่าง แล้วสับกลับลงมาถึงข้อเท้า นับเป็น 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง จากนั้นทำเช่นเดิมที่ตรงกลางหน้าขา ขาด้านนอก ท่าที่ 5 ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนล่าง (Tapotement cupping lower leg) เอานิ้วชิดกันอุ้งมืออยู่ในลักษณะกรวย ปรบลงตามแนวขา 3 แนว				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น โดย เริ่มปรบที่ขาด้านใน โดยเริ่มปรบที่ขาด้านใน เริ่มจากเหนือข้อเท้าไปปรบขึ้นไปจนถึงข้อพับขาด้านล่าง แล้วสับกลับลงมาถึงข้อเท้า นับเป็น 1ครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง จากนั้นทำเช่นเดิมที่ตรงกลางหน้าขา ขาด้านนอก ท่าที่ 6 ท่ากดบีบเหมือนนวดแป้ง (Petrissage wringing 3 line) การหันมือทั้งสองให้นิ้วหันเข้าหากัน แต่ห่างกันเล็กน้อยบีบยกกล้ามเนื้อขึ้นทั้งสองมือ และขณะที่หัวแม่มือซ้ายดันกล้ามเนื้อลง นิ้วทั้งสี่ของมือขวาดันขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อบิดไปข้างหนึ่ง แล้วปล่อยกล้ามเนื้อลง จับเนื้อที่ขาแบบเดียวกับการบีบยกด้วยอุ้งมือทั้งสองที่เรียงชิดกัน บีบยกขึ้นแล้วบิดไปมา ตามแนวกล้ามเนื้อทั้ง 3 แนว โดยบิดจากแนวขาด้านใน เริ่มจากเหนือข้อเท้าถึงโคนขา แล้วบิดลงจากโคนขาถึงเหนือข้อเท้า จากนั้นทำเช่นเดิมที่ตรงกลางหน้าขา ขาด้านนอก แล้วลูบฝ่าเท้า 3 ครั้ง				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ท่าเชื่อมก่อนนวดขาท่อนบน จะเปลี่ยนท่าทางการยืนเป็นการยืนตรงกลางข้อพับขา (Balance standing) โดยผู้นวดพนมมือปลายฝ่าเท้า จากนั้นนวดโดยมือทั้งสองแนบติดกับผิวของขา เริ่มลูบเบาจากหลังเท้าขึ้นมา 1 ครั้ง (Effleurage one) เมื่อลูบมาถึงหัวเข่า กางข้อศอกทั้งสองออก หันนิ้วของมือทั้งสองเข้าหากัน โดยให้มือซ้ายอยู่บน มือขวาอยู่ล่าง ลูบขึ้นมาถึงโคนขาแล้วลูบกลับลงมาก่อนถึงหัวเข่า 2 ครั้ง (Upper two) จากนั้นเปลี่ยนท่าการยืนเป็นการยืนตรงกลางข้อพับขา ท่าที่ 7 ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือที่ขาท่อนบน (Tapotement hacking upper leg) ปล่อยมือให้นิ้วกางออกเล็กน้อย เอาสันมือทางด้านนิ้วก้อยลง โดยแบ่งแนวขาท่อนบนเป็น 3 แนว คือ แนวขาด้านใน ตรงกลางหน้าขาและขาด้านนอก สับไปตามแนวขาทีละแนว ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น โดยเริ่มสับที่ขาด้านใน เริ่ม				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	จากเหนือข้อพับบนไปสิ้นสุดที่โคนขา แล้วจากโคนขากลับลงมาที่เหนือข้อพับบน นับเป็น 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง จากนั้นทำเช่นเดิมที่ตรงกลางหน้าขา ขาด้านนอก ท่าที่ 8 ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วยที่ขาท่อนบน (Tapotement cupping upper leg) เอานิ้วชิดกันอุ้งมืออยู่ในลักษณะกรวย ปรบลงตามแนวขาท่อนบน 3 แนว ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น โดยเริ่มปรบที่ขาด้านใน เริ่มจากเหนือข้อพับบนไปสิ้นสุดที่โคนขา แล้วจากโคนขากลับลงมาที่เหนือข้อพับบน นับเป็น 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง จากนั้นทำเช่นเดิมที่ตรงกลางหน้าขา ขาด้านนอก ท่าที่ 9 ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) ประนมมือที่ปลายเท้า ลูบเบาจากปลายฝ่าเท้าจนถึงข้อเท้า 3 ครั้ง แล้วใช้ฝ่ามือทั้งสองมือแนบกับผิวหนัง ให้น้ำหนักอยู่ที่ฝ่ามือออกแรง				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
ญาติผู้ดูแลหลักสามารถบอกถึงขั้นตอนการนวดหลังได้	กดให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ ตั้งแต่เหนือข้อเท้า 2 นิ้ว จากนั้นคลึงทำเป็นวงกลมเหมือนพัด โดยการหมุนฝ่ามือ ค่อยๆไล่ขึ้นไป 3 รอบ เว้นการลงน้ำหนักที่ข้อพับล่างและข้อพับบนค่อยๆไล่ขึ้นไป 3 รอบ เว้นการลงน้ำหนักที่ข้อพับล่างและข้อพับบน จากนั้นคลึงทำเป็นวงกลมเหมือนพัด โดยการหมุนฝ่ามือ ค่อยๆไล่ขึ้นไปจนถึงโคนขา 3 รอบ แล้วโอบกลับมาสุดปลายเท้า ขณะลูบลงปลายนิ้วให้รีดเอ็นร้อยหวายด้วย เว้นบริเวณหัวเข่า ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 10 ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) เป็นท่าจบ เหมือนกับท่าที่ 2 ❖ **การนวดหลัง** โดยให้ผู้ถูกนวดนอนคว่ำ หนุนหมอนต่ำๆ หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เปิดผ้าบริเวณหลัง เทน้ำมันนวดลงบนฝ่ามือ แล้วเริ่มนวด ท่าที่ 1 (Effleurage superficial stroking) ลูบเบา โดยใช้ปลายนิ้วมือทั้งสี่ของสองมือ เริ่มลูบที่ส่วน	การสาธิตการนวดและให้ญาติผู้ดูแลหลักทดลองปฏิบัติตาม (สาธิตย้อนกลับ)	ผู้วิจัยสาธิตการนวดแบบสวีดิชบริเวณหลัง	10 นาที	ญาติผู้ดูแลหลักสามารถสาธิตย้อนกลับการนวดหลังได้ครบทุกขั้นตอนและถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ล่างของกระดูกสันหลัง ลูบขึ้นมาตลอดความยาวและความกว้างของหลัง โอบบ่าด้านใน บ่าด้านนอก และข้างลำตัวบริเวณรักแร้ แล้วลูบลงกลับมาถึงก้นกบ นับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 2 ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) เหมือนกับท่าที่ 1 แต่เป็นการลูบหนัก นิ้วมือต้องกดให้แรงเต็มที่ ข้อศอกเหยียดตรงและใช้น้ำหนักตัวกดลง เริ่มลูบที่ส่วนล่างของกระดูกสันหลัง ลูบขึ้นมาตลอดความยาวและความกว้างของหลัง โอบบ่าด้านใน ดึงกล้ามเนื้อบ่าขึ้นด้วยฝ่ามือทั้งสอง จากนั้นโอบบ่าด้านนอก และข้างลำตัวบริเวณรักแร้ แล้วลูบลงกลับมาถึงก้นกบ นับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 3 ท่าลูบตัดบ่า (Effleurage across) ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสี่ของสองมือ เริ่มลูบที่ส่วนล่างของกระดูกสันหลัง ลูบขึ้นมาตลอดความยาวและความกว้างของหลัง ไม่ลูบบริเวณบ่า โอบขึ้น ตวัดปลาย				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	นิ้วมือลง สิ้นสุดที่ก้นกบ นับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 4 ท่ากดบีบทำเป็นวงกลมเหมือนพัด (Petrissage fan) ใช้ฝ่ามือทั้งสองมือแนบกับผิวหนัง ให้น้ำหนักอยู่ที่ฝ่ามือออกแรงกดให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ ตั้งแต่ส่วนล่างของกระดูกสันหลัง คลึงทำเป็นวงกลมเหมือนพัด โดยการหมุนฝ่ามือ ค่อยๆไล่ขึ้นไป 2 รอบ แล้วหมุนคลึงเป็นวงกลมที่สะบัก 1 รอบ จากนั้นโอบบ่าด้านใน บ่าด้านนอก และข้างลำตัวบริเวณรักแร้ แล้วลูบลงกลับมาถึงก้นกบ นับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง ท่าที่ 5 ท่าลูบหนัก (Effleurage deep stroking) เป็นท่าจบ เหมือนกับท่าที่ 2				

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	การประเมินผล
	ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุป การนวดแบบสวีดิชเป็นการบำบัดความปวดร่วมกับการใช้ยาอีกทางหนึ่ง เพื่อช่วยเสริมให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ญาติผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความปวดสามารถนำไปปฏิบัติต่อได้ในช่วงเวลาที่อยู่บ้าน ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความปวด ยังทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และสร้างความรู้สึกเป็นสุขด้วย	ผู้วิจัยสรุป ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและกล่าวคำขอบคุณผู้ป่วยและญาติ		5 นาที	ผู้ป่วยสูงอายุและญาติผู้ดูแลหลักแสดงความรู้สึกสนใจ ให้ความร่วมมือ และซักถามเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยการนวดแบบสวีดิช

รายการอ้างอิง

สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **ตำราวิชาการ การนวดเพื่อสุขภาพแบบสวีดิช**.กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

Cowen, V.S., et al. (2006). A comparative study of Thai massage and Swedish massage relative to physiological and psychological measures. **Journal of Body work and Movement Therapies** 10: 266-275.

Hodgson, N.A. and Lafferty, D. (2012). Reflexology versus Swedish Massage to Reduce Physiologic Stress and Pain and Improve Mood in Nursing Home Residents with Cancer: A Pilot Trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2012: 1-5.

Holey, E., and Cook, E. (2003). **Evidenced-based Therapeutic Massage: A Practical Guide for Therapists**. 2th ed. Philadelphia: Elsevier.

คู่มือการนวดแบบสวีดิช
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด

จัดทำโดย

นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ

นิสิตมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์

พร้อมแผ่นดีวีดี (อยู่ด้านหลัง)

คำนำ

คู่มือการนวดแบบสวีดิชสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดเล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชต่อความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด” เนื้อหาสาระในคู่มือเล่มนี้ประกอบด้วย ลักษณะการนวดแบบสวีดิช ประโยชน์และข้อห้ามของการนวดแบบสวีดิช รวมถึงท่าทางการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา

ผู้เขียนหวังว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ และผู้สนใจที่จะนำการนวดแบบสวีดิชไปประยุกต์ใช้ในการบรรเทาความปวด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ
ผู้จัดทำ
มกราคม 2557

การนวดแบบสวีดิช

การนวดแบบสวีดิชเป็นการนวดแบบสัมผัส วัตถุประสงค์ในการนวดเน้นการบำบัด เพื่อกระตุ้นการทำงานทางสรีรวิทยา เช่น กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดอาการปวดและมีผลต่อจิตใจ เช่น ลดภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

ลักษณะการนวดแบบสวีดิช

การนวดเป็นการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานวิธีการหนึ่ง เพื่อจัดการกับอาการ และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต เป็นการนวดที่ง่าย สะดวกต่อการเรียนรู้ และเป็นการนวดที่การลงน้ำหนัก และจังหวะของการลงน้ำหนักไม่มากเกินไป ประกอบด้วยลักษณะการนวด 5 แบบ

1. **การลูบ** การลูบแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือการลูบเบา และการลูบหนัก ผลจากการลูบเบาเป็นการผ่อนคลาย ลดความปวด และเป็นการกระตุ้นระบบไหลเวียน ผลของการลูบหนัก ช่วยลดอาการบวม มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยยับยั้งกลไกความปวด ทำให้การรับรู้ความรู้สึกปวดลดลง

2. **การกดบีบ** คือ การบีบกล้ามเนื้อระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วทั้งสี่อย่างนุ่มนวล ไม่ให้มีช่องว่างภายในอุ้งมือ ยกกล้ามเนื้อให้ห่างจากกระดูกแล้วปล่อย ออกแรงที่ข้อมือเป็นหลัก ผลของการกดบีบช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดอาการปวด อาการบวม และอาการเมื่อยล้า

3. **การเคาะตี** เป็นการกำมือไว้หลวมๆ คว่ำมือลง ใช้ด้านหลังของนิ้วทั้งสี่เคาะลง โดยออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น ซึ่งเป็นลักษณะที่ไม่ส่งแรงหรือน้ำหนักมากนัก สลับมือ มักใช้กับกล้ามเนื้อหนา ผลของการเคาะตีช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด และลดอาการปวด

4. **การสั่นหรือเขย่า** ใช้สองมือหรือมือเดียวสั่นที่ปลายนิ้วด้วยความเร็วถี่บนกล้ามเนื้อ ผลของการสั่นหรือเขย่าทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยยับยั้งกลไกความปวด ทำให้ไม่เกิดอาการปวด

5. **การกดคลึง** เป็นการใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้กดลงบนผิวหนังให้ลึกลงถึงกล้ามเนื้อ ไม่เคลื่อนนิ้วจากจุดที่กด กดคลึงไปมาในแนวขวางเส้นใยกล้ามเนื้อ กดคลึงขึ้นลงในแนวตั้ง หรือในลักษณะวงกลมตามเข็มนาฬิกา/ทวนเข็มนาฬิกา โดยลงน้ำหนักไม่มากเกินไป ซึ่งจะไม่ทำในตำแหน่งที่มีความปวด ผลของการกดคลึงช่วยลดอาการเมื่อยล้าและลดอาการปวด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อห้ามในการนวดแบบสวีดิช

- บริเวณที่มีบาดแผล การนวดจะทำให้เกิดการติดเชื้อ ส่งผลให้แผลหายช้าลง
- โรคผิวหนัง การนวดทำให้เชื้อแพร่กระจายออกไป เกิดการอักเสบเฉียบพลัน
- การอักเสบ ติดเชื้อ และโรคติดต่อทุกชนิด เช่น วัณโรค
- กระดูกหัก แตก ร้าว ข้อเคลื่อน การนวดจะทำให้กระดูกเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม
- ภาวะเลือดออกง่าย
- เส้นเลือดอุดตัน/อักเสบ

ข้อพึงระวังในการนวดแบบสวีดิช

- ไม่ควรนวดบริเวณที่เป็นก้อนมะเร็ง และบริเวณที่มีการแพร่กระจายจากมะเร็ง แต่นวดเพื่อบรรเทาหรือลดอาการปวดได้
- โรคหัวใจ
- ระยะมีไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว

ประโยชน์ของการนวดแบบสวีดิช

- เพิ่มการไหลเวียนของเลือด
- ลดอาการปวด
- ลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- ลดอาการบวม
- ผ่อนคลายความตึงเครียด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หลักการนวด

1. ผู้นวดต้องรู้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งในตำแหน่งใด มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ใด ไม่ควรนวดบริเวณที่เป็นก้อนมะเร็ง แต่นวดเพื่อบรรเทาหรือลดอาการปวดได้

2. ผู้นวดต้องมีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อหรือโรคผิวหนัง

3. ผู้นวดต้องตัดเล็บให้สั้น และล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังนวดทุกครั้ง

4. สถานที่นวดควรปิดมิดชิด มีม่านปิด อากาศถ่ายเทสะดวก บรรยากาศเงียบสงบ อุณหภูมิพอเหมาะ (25-27 องศาเซลเซียส)

5. ถ้าไม่มีเตียงอาจนวดบนพื้นได้ โดยใช้เสื่อหรือผ้าปูบนพื้นก่อน เพื่อไม่ให้ระคายเคืองและเย็นหลังหรือท้อง

6. ไม่ควรนวดหลังรับประทานอาหารทันที ควรรอประมาณ 30 นาที เป็นต้นไป

7. บริเวณที่จะทำการนวดต้องเปิดออก ไม่มีผ้าปกคลุม จัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนที่สบาย และกล้ามเนื้อผ่อนคลาย

8. การนวดแบบสวีดิชมักใช้น้ำมันเป็นตัวกลางในการนวด เพื่อให้เกิดความลื่นไหล ไม่เกิดแรงเสียดสีขณะนวด จึงควรสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการแพ้น้ำมันนวดด้วย

9. ไม่ควรอาบน้ำทันทีหลังการนวด ควรรออย่างน้อย 1 ชั่วโมง เนื่องจากหลังการนวดอุณหภูมิร่างกายจะเพิ่มขึ้นประมาณ 1-2 องศาเซลเซียส แต่ถ้าจะอาบน้ำทันทีควรอาบน้ำอุ่น

ท่าทางการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน หลัง เท้าและขา เป็นเวลา 30 นาที

❖ **การนวดบริเวณมือและแขน**

นวดทีละข้าง โดยให้ผู้ที่ถูกนวดนอนหงาย ศีรษะหนุนหมอน แล้วจับแขนให้ข้อศอกงอเล็กน้อย จากนั้นเทน้ำมันนวดลงบนฝ่ามือ แล้วเริ่มนวด

ท่าที่ 1 ท่าลูบเบา

(Effleurage superficial stroking)

เป็นการนวดที่กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด โดยการวางมือขวาไว้ด้านล่าง มือซ้ายไว้ด้านบน (เมื่ออยู่ขวามือของผู้ถูกนวด) และวางมือขวาไว้ด้านบน มือซ้ายไว้ด้านล่าง (เมื่ออยู่ซ้ายมือของผู้ถูกนวด) หักข้อมือเข้าหากัน แล้วลูบขึ้นเริ่มจากปลายแขนไปสิ้นสุดที่หัวไหล่ จากนั้นหักปลายมือโอบกลับทั้งแขน เวลานวดมือต้องแนบติดกับผิวหนังตลอดเวลา ไม่ต้องลงน้ำหนัก และลูบด้วยความเร็วสม่ำเสมอ นวดขึ้นลงนับเป็น 1 ครั้ง นวดติดต่อกัน 3 ครั้ง

ท่าที่ 2 ท่าเคาะตีโดยใช้สันมือ

(Tapotement hacking)

ปล่อยมือให้นิ้วกางออกเล็กน้อย เอาสันมือทางด้านนิ้วก้อยลงแล้วสับเฉียงๆไปตามแนวแขนด้านนอก เริ่มจากปลายแขนไปสิ้นสุดที่หัวไหล่ ทำสลับกันทีละมือด้วยความเร็วสม่ำเสมอ โดยออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น ขึ้นลงนับเป็น 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง

ท่าที่ 3 ท่าเคาะตีโดยทำมือเป็นรูปถ้วย (Tapotement cupping)

เอานิ้วชิดกัน อุ้งมืออยู่ในลักษณะกรวย ปรบลงเริ่มจากปลายแขนไปสิ้นสุดที่แขนท่อนบน ทำสลับกันทีละมือ โดยออกแรงที่ข้อมือเท่านั้น ขึ้นลงนับเป็น 1 ครั้ง ทำติดต่อกัน 3 ครั้ง

ท่าที่ 4 ท่านวดมือ (Hand massage)

มือซ้ายจับทางด้านนิ้วก้อย มือขวาจับนิ้วชี้ขึ้นเล็กน้อย นวดคลึงโดยการใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบริเวณข้อต่อด้านบนและข้อต่อด้านล่างของนิ้วมือ แล้วดึงยืดนิ้วเล็กน้อย ทำเช่นนี้ทีละนิ้วจนครบทั้ง 5 นิ้ว จากนั้นจับมือของผู้ถูกนวดหงายขึ้น รีดสไลด์สลับยาวๆบริเวณฝ่ามือแล้วรีดตามแนวเส้น โดยนิ้วหัวแม่มือคู่กับนิ้วก้อย นิ้วชี้คู่กับนิ้วนาง และนิ้วกลางคู่กับนิ้วโป้ง จากนั้นหมุนข้อมือเข้า 3 รอบ หมุนข้อมือออก 3 รอบ

ท่าที่ 5 ท่าลูบเบา

(Effleurage superficial stroking)

เป็นท่าจบ เหมือนกับท่าที่ 1

❖ **การนวดบริเวณเท้าและขา**

นวดทีละข้าง แต่ละข้างประกอบด้วยการนวดขาด้านหน้าและขาด้านหลัง นวดขาด้านหน้าโดยให้ผู้ถูกนวดนอนหงาย หนุนหมอนต่ำๆ เปิดผ้าขึ้นไปถึงข้อพับโคนขา ผู้นวดอยู่ด้านขวามือของผู้ถูกนวด ค่อนมาทางปลายเท้า จากนั้นเทน้ำมันนวดลงบนฝ่ามือ แล้วเริ่มนวด

.....

.....

.....

❖ **การนวดขาด้านหลัง**

นวดทีละข้าง โดยให้ผู้ถูกนวดนอนคว่ำ หนุนหมอนต่ำๆ หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เปิดผ้าขึ้นไปถึงข้อพับโคนขา จากนั้นเทน้ำมันนวดลงบนฝ่ามือ แล้วเริ่มนวด

……

……

……

❖ **การนวดหลัง**

โดยให้ผู้ถูกนวดนอนคว่ำ หนุนหมอนต่ำๆ หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง เปิดผ้าบริเวณหลัง จากนั้นเทน้ำมันนวดลงบนฝ่ามือ แล้วเริ่มนวด

……

……

……

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

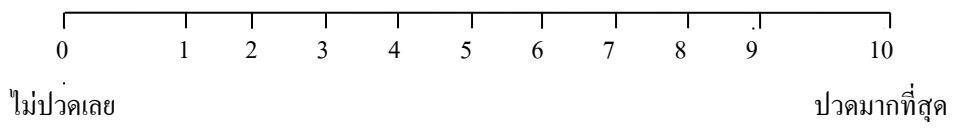
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

ชื่อ-นามสกุล..... **ID code**……**วันที่**.....

แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

วัน/เดือน/ปี	คะแนนความปวด	ช่วงเวลาการนวด		คะแนนความปวดหลังการนวดตามเวลา (นาที)				คะแนนความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชม. หลังการนวด	หมายเหตุ
		เริ่ม	สิ้นสุด	0	15	30	60		
สัปดาห์ที่ 1									
สัปดาห์ที่ 2									
สัปดาห์ที่ 3									
สัปดาห์ที่ 4									
สัปดาห์ที่ 5									

หมายเหตุ: โดยให้คะแนนความปวดตามความรู้สึกของท่าน ตัวเลขเริ่มตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย จนกระทั่งถึง 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด



ตัวอย่างการบันทึกแบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

ชื่อ-นามสกุล.....นุ่น ไทยส่งศรี ID code.....03.....วันที่.....23 ก.ค.57

แบบบันทึกการนวดแบบสวีดิชที่บ้าน

วัน/เดือน/ปี	คะแนนความปวด	ช่วงเวลาการนวด		คะแนนความปวดหลังการนวดตามเวลา (นาที)				คะแนนความปวดแรกที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชม. หลังการนวด	หมายเหตุ
		เริ่ม	สิ้นสุด	0	15	30	60		
สัปดาห์ที่ 1									
23 ก.ค.57	6	19.00	19.30	5	4	3	2	1	
24 ก.ค.57	5	19.00	19.30	4	3	2	1	1	
25 ก.ค.57	6	19.00	19.30	5	4	2	0	0	
สัปดาห์ที่ 2									
30 ก.ค.57	5	19.00	19.30	4	3	2	1	0	
31 ก.ค.57	6	19.00	19.30	3	2	1	1	1	
1 ส.ค.57	5	19.00	19.30	4	3	2	1	1	
สัปดาห์ที่ 3									
6 ส.ค.57	6	19.00	19.30	4	3	2	1	1	
7 ส.ค.57	4	19.00	19.30	3	2	1	0	0	
8 ส.ค.57	4	19.00	19.30	3	2	1	0	0	
สัปดาห์ที่ 4									
13 ส.ค.57	4	19.00	19.30	3	2	1	0	0	
14 ส.ค.57	4	19.00	19.30	3	2	1	0	0	
15 ส.ค.57	4	19.00	19.30	3	2	0	0	0	
สัปดาห์ที่ 5									
20 ส.ค.57	4	19.00	19.30	3	2	1	0	0	
21 ส.ค.57	4	19.00	19.30	3	2	1	0	0	
22 ส.ค.57	3	19.00	19.30	2	1	0	0	0	

หมายเหตุ: โดยให้คะแนนความปวดตามความรู้สึกของท่าน ตัวเลขเริ่มตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย จนกระทั่งถึง 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุด

INSITTUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 230/57
Date of Approval 22 ก.ค. 2557

ภาคผนวก ง
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P คือ ค่าร้อยละ
f คือ ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n คือ จำนวนรวมทั้งหมด

2. ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\overline{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\overline{X}$ = ค่าเฉลี่ย
$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$SD = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N\,(N-1)}}$$

เมื่อ SD คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
$\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
N คือ จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอด (n = 26)

ลำดับ	ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด		ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลัง
	ก่อน	หลัง	
1	3.00	1.00	2.00
2	4.33	1.00	3.33
3	4.53	1.00	3.53
4	5.53	0.00	5.53
5	2.00	0.00	2.00
6	3.73	0.00	3.73
7	4.93	0.00	4.93
8	3.73	0.00	3.73
9	2.73	0.00	2.73
10	2.00	0.00	2.00
11	4.07	0.00	4.07
12	5.00	1.00	4.00
13	4.67	1.00	3.67
14	5.40	1.00	4.40
15	6.00	1.00	5.00
16	3.00	0.00	3.00
17	4.33	0.00	4.33
18	3.00	0.00	3.00
19	4.13	0.00	4.13
20	3.67	0.00	3.67
21	2.00	0.00	2.00
22	3.60	0.00	3.60
23	2.47	0.00	2.47
24	3.60	0.00	3.60
25	4.60	0.00	4.60
26	3.60	0.00	3.60
รวม	99.65	8.00	91.65

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดก่อน ระหว่างได้รับโปรแกรมที่เวลา 0, 15, 30 และ 60 นาที สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิช

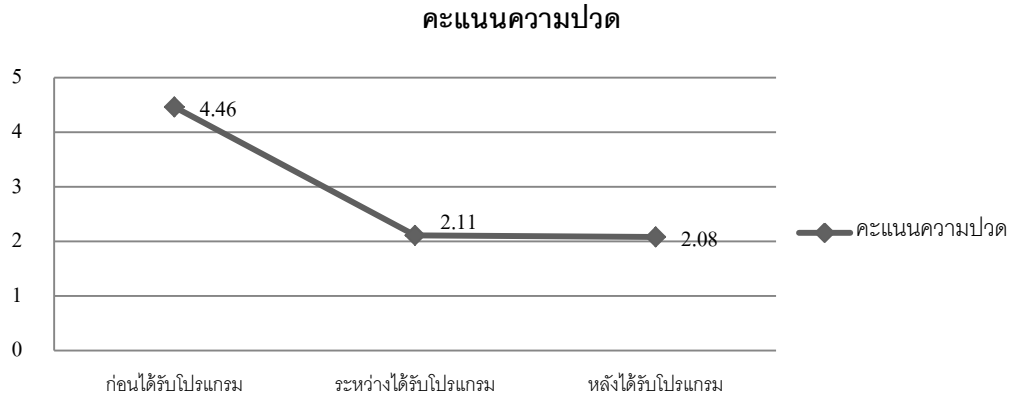
ลำดับ	pre	คะแนนความปวด																				post
		Wk. 2				Wk. 3				Wk. 4				Wk. 5				Wk. 6				
		0	15	30	60	0	15	30	60	0	15	30	60	0	15	30	60	0	15	30	60	
1	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.67	1.00	2.00	2.00	1.33	1.00	2.00	1.67	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2	4.33	4.00	3.33	3.00	2.00	4.00	3.00	2.33	1.67	3.33	2.33	1.67	1.00	3.00	2.00	1.00	0.00	2.33	1.33	0.33	0.00	1.00
3	4.55	4.67	3.67	2.33	1.00	3.67	2.67	1.67	1.00	3.33	2.33	1.33	0.33	3.00	2.00	0.67	0.00	2.67	1.67	0.67	0.00	1.00
4	5.53	5.00	3.67	2.67	1.67	4.00	3.00	2.00	1.00	3.67	2.67	1.67	0.67	3.67	2.33	1.00	0.00	3.33	2.33	1.33	0.33	1.00
5	2.00	0.00	0.00	0.67	1.67	0.00	0.00	0.33	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	3.73	3.00	2.00	1.00	0.67	2.67	1.67	0.67	0.33	2.67	1.67	0.67	0.00	2.67	1.33	0.67	0.00	2.00	1.00	0.00	0.00	0.00
7	4.93	5.00	3.67	3.33	2.67	4.33	3.00	2.00	0.67	3.67	2.33	1.00	0.00	1.33	1.33	0.67	0.00	2.00	0.33	0.00	0.00	0.00
8	3.73	4.00	2.33	1.67	0.33	3.33	2.00	0.67	0.00	2.33	0.67	0.33	0.00	1.33	0.33	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00
9	2.73	3.67	2.67	1.67	1.00	2.67	0.67	1.00	0.33	1.33	0.33	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10	2.00	1.00	1.00	1.00	0.33	1.00	1.00	0.67	0.00	1.00	1.00	0.33	0.00	1.00	0.67	0.00	0.00	1.00	0.33	0.00	0.00	0.00
11	4.07	4.00	2.67	1.67	0.67	4.00	2.67	1.67	0.33	3.67	2.33	0.67	0.00	2.33	1.33	0.33	0.00	1.67	0.33	0.00	0.00	0.00
12	5.00	4.00	3.00	2.00	1.00	4.00	2.67	2.00	3.00	3.67	2.33	1.33	1.00	3.33	2.33	1.67	0.67	3.33	2.33	1.00	0.00	1.00
13	4.67	3.67	2.33	2.33	1.33	3.67	2.33	2.00	1.00	3.33	2.33	1.33	0.67	3.33	2.33	1.33	0.33	3.00	1.33	0.33	0.00	1.00
14	5.40	4.67	3.67	2.67	1.33	4.33	3.33	2.33	1.33	4.33	3.00	1.67	0.67	3.67	2.67	1.67	0.33	3.00	1.67	0.33	0.00	1.00
15	6.00	4.67	3.67	2.67	1.33	4.67	3.33	2.33	1.33	4.33	3.33	2.00	1.00	4.33	3.00	1.33	0.67	4.00	2.67	1.33	0.00	1.00
16	3.00	2.00	1.33	1.00	0.33	2.00	1.00	0.67	0.33	1.33	0.67	0.33	0.00	1.33	1.00	0.00	0.00	1.33	0.67	0.00	0.00	0.00
17	4.33	5.00	3.33	2.00	1.00	4.33	3.33	2.00	1.00	3.00	2.00	1.33	0.67	2.33	1.33	0.67	0.33	2.00	0.67	0.33	0.00	0.00
18	3.00	2.00	1.00	0.67	0.33	1.67	1.00	0.33	0.00	1.67	0.67	0.33	0.00	1.33	0.33	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
19	4.13	4.00	3.00	2.00	1.00	3.67	2.33	1.33	0.67	3.33	2.33	1.33	0.33	2.33	1.00	0.33	0.33	2.000	0.67	0.00	0.00	0.00
20	3.67	3.00	2.00	1.33	0.67	3.00	1.67	1.00	0.67	3.00	1.67	0.67	0.33	2.33	1.33	0.33	0.00	1.33	0.33	0.33	0.00	0.00
21	2.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	0.67	0.00	0.00	0.67	0.33	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00
22	3.60	3.00	2.00	1.33	1.00	3.00	2.00	1.00	0.33	2.67	1.00	0.67	0.00	2.00	0.67	0.33	0.00	1.33	0.33	0.00	0.00	0.00
23	2.47	2.00	1.00	0.67	0.33	2.00	0.67	0.67	0.00	1.33	1.00	0.00	0.00	1.00	0.33	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	0.00
24	3.60	3.00	2.00	1.00	0.33	3.00	2.00	1.00	0.33	2.67	1.67	0.67	0.33	2.33	1.33	0.67	0.00	1.67	0.33	0.00	0.00	0.00
25	4.60	5.00	3.33	2.33	1.33	4.33	3.00	2.00	1.00	3.67	2.33	1.33	0.67	2.67	1.67	0.67	0.00	2.00	0.33	0.00	0.00	0.00
26	3.60	3.00	2.00	1.00	1.00	3.00	2.00	1.00	0.00	3.00	1.33	0.33	0.00	1.67	0.67	0.00	0.00	1.33	0.33	0.00	0.00	0.00
รวม	99.65	54.55				46.12				35.82				27.10				18.50				8.00
SD	1.10	0.92				0.74				0.71				0.64				0.55				0.47
Mean	3.83	2.11				1.77				1.37				1.00				0.65				0.31

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1 (n = 26)

ช่วงเวลาการได้รับโปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.46	1.303
ระหว่างได้รับโปรแกรม	2.11	0.922
หลังได้รับโปรแกรม	2.08	0.897
F = 257.41, p–value = 0.000		

จากตารางที่ 17 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสามารถแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 1 ดังแสดงตามกราฟที่ 3



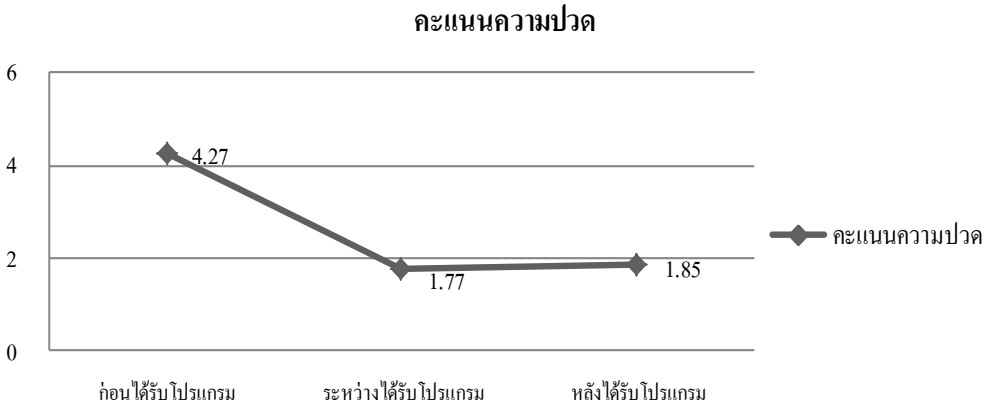
กราฟที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 2 (n = 26)

ช่วงเวลาการได้รับโปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.27	1.25
ระหว่างได้รับโปรแกรม	1.77	0.74
หลังได้รับโปรแกรม	1.85	0.88
F = 200.91, p–value = 0.000		

จากตารางที่ 18 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสามารถแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 2 ดังแสดงตามกราฟท



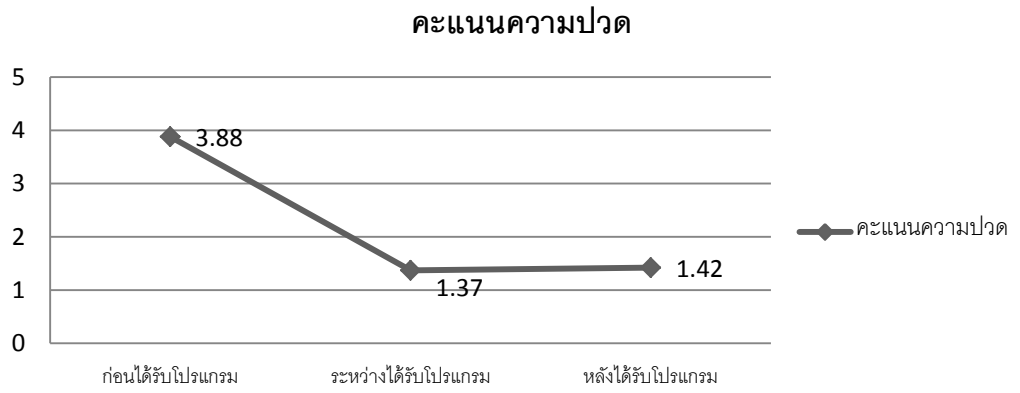
กราฟที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 3 (n = 26)

ช่วงเวลาการได้รับโปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.88	1.21
ระหว่างได้รับโปรแกรม	1.37	0.71
หลังได้รับโปรแกรม	1.42	0.75
F = 197.97, p–value = 0.000		

จากตารางที่ 19 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสามารถแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 3 ดังแสดงตามกราฟที่ 5



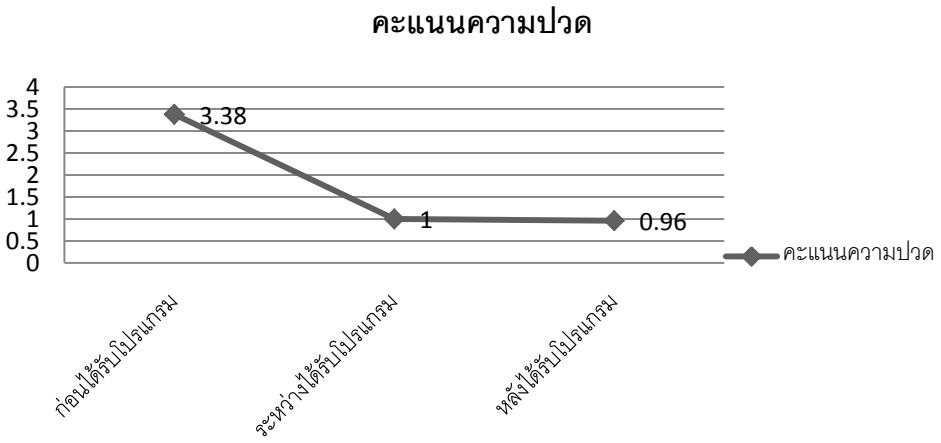
กราฟที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 4 (n = 26)

ช่วงเวลาการได้รับโปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.38	1.06
ระหว่างได้รับโปรแกรม	1.00	0.64
หลังได้รับโปรแกรม	0.96	0.72
F = 242.21, p–value = 0.000		

จากตารางที่ 20 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสามารถแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 4 ดังแสดงตามกราฟที่ 6



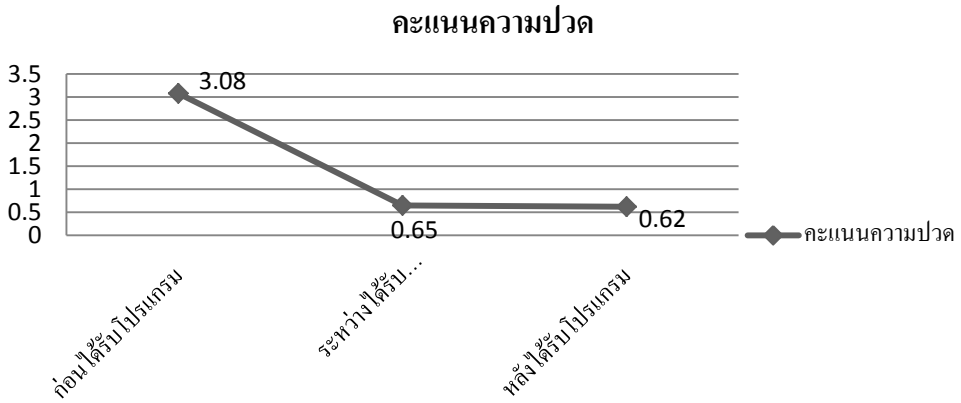
กราฟที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดหลังได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 5 (n = 26)

ช่วงเวลาการได้รับโปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.08	1.16
ระหว่างได้รับโปรแกรม	0.65	0.55
หลังได้รับโปรแกรม	0.62	0.69
F = 153.31, p–value = 0.000		

จากตารางที่ 21 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งสามารถแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแบบสวีดิชในสัปดาห์ที่ 5 ดังแสดงตามกราฟที่ 7



กราฟที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 5

ภาคผนวก ฉ
ประกาศนียบัตรการเข้าฝึกอบรมการนวดแบบสวีดิชของผู้วิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

№ 142183

The Union of Thai Traditional Medicine Society

Department of Medical Services Building 6, Ministry of Public Health.

Award This Certificate

to

Miss Kanjana Pianbanyat

has successfully completed the training program on

Swedish Massage (60 Hours)

at Thai Traditional Medicine Association of Thailand

Given on December 26th, 2013

Wishing for good health, happiness and prosperity forever.

A. Amaradit

(Mr. Aram Amaradit)

President of The Union of Thai Traditional Medicine Society

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกาญจนา เพียรบัญญัติ เกิดวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2523 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 ที่ตึกว่องวานิช ชั้น 7 แผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2555-ปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University