บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคร้ายที่คุกคามชีวิต และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทยและประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ. 2030) ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 27 ล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 17 ล้านคน และมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 75 ล้านคนต่อปี สำหรับในประเทศไทย แนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นทุกปี โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2548-2552 เท่ากับ 81.4, 83.1, 84.9, 87.6 และ 88.3 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) และยังพบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการตรวจรักษา เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 80 (ธีรภัทร อึ้งตระกูล, 2552)

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการลุกลามของโรคหรืออยู่ในระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่มีอายุหรือช่วงเวลาของชีวิตเหลืออยู่จำกัดและไม่แน่นอน (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2548) ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรคและการรักษาที่ได้รับตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมทั้งการเผชิญกับความตายที่ใกล้จะมาถึง (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2537) โดยความทุกข์ทรมานด้านร่างกายเกิดจากการที่อวัยวะในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้มีอาการต่างๆ เช่น เจ็บปวด หายใจไม่สะดวก อาหารไม่ย่อย และคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวล มีอารมณ์เศร้าและหงุดหงิดง่าย ด้านการทำหน้าที่ในสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การขาดงาน หรือการต้องลาออกจากงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์, 2552) และด้านจิตวิญญาณที่เกิดจากความไม่แน่นอนในอนาคตของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นใจ ท้อแท้ สิ้นหวังและหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค (Ferrell, 1998)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผู้ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะความทุกข์ทรมานด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่ามีอาการโดยเฉลี่ย 10-13 อาการ (Kwon et al., 2006) โดยอาการที่

พบบ่อยที่สุดคืออาการปวด (Ferreira et al., 2006) ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญทางคลินิกที่บั่นทอนความปกติสุขในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากที่สุด จากการศึกษาของนงลักษณ์ สรรสม (2552) พบว่า ประสบการณ์จากอาการปวดมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ

อาการปวดสามารถเกิดขึ้นได้กับโรคมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะของโรค (Marcus, 2000) โดยพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 40 ถึง 80 ซึ่งอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะมีอาการปวดในระดับปานกลางจนถึงรุนแรงมากที่สุดถึงร้อยละ 70- 90 (นิยา สออารีย์, 2546; Simpson, 2000) ความชุกของอาการปวดที่เกิดขึ้น จะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงระยะสุดท้ายของโรค กล่าวคือ ในช่วง 6 เดือน 3 เดือน 1 เดือน 1 สัปดาห์ และ 1 วัน ก่อนเสียชีวิต เท่ากับร้อยละ 28, 46, 67, 75 และ 79 ตามลำดับ (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2553; Peng et al., 2006) สาเหตุส่วนใหญ่อาจเกิดจากมีมะเร็งกระจายเข้ากระดูก ก้อนมะเร็งมีขนาดโตไปกดทับ หรือเบียดเส้นประสาท หรือตัวมะเร็งลุกลามเส้นประสาทโดยตรง (หน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2548)

อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นความปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง (Chronic pain) คงอยู่เกือบตลอดเวลา ลักษณะอาการปวดอาจค่อย ๆ เริ่มเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างช้า ๆ การควบคุมหรือการบำบัดรักษากระทำได้ยาก อีกทั้งในการรับรู้อาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายให้ความหมายและความรู้สึกต่อความปวดในลักษณะของความทรมาน มีความคิดว่าเป็นสัญญาณของความตาย และคิดว่าเป็นเสมือนการถูกลงโทษ (ปิยภรณ์ รัตนสุคนธ์, 2543) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีประสบการณ์อาการปวด ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวต่อความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้น จึงมักมีความวิตกกังวลต่อความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้นในระยะใกล้ตาย (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่าง ๆ เช่นความโกรธ ความโศกเศร้า ความสิ้นหวัง ความอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้า (Dorrepall, 1989: 593-598; อ้างถึงใน จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Miaskowski (1995) โดยพบว่าโรคมะเร็งกับอาการปวดมีผลต่อระดับของภาวะซึมเศร้า อารมณ์โกรธ และถูกรบกวนทางอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีอาการปวด และจากการศึกษาของ Morgan and Mikhail (1996) พบว่านอกเหนือจากความปวดตามพยาธิสภาพการเกิดโรคแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งบางส่วนอาจมีความปวดรุนแรงที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Idiopathic pain) ซึ่งเป็นผลมาจากจิตใจเป็นสำคัญ สภาวะทางอารมณ์จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอาการปวด เนื่องจากมีการประสานกันระหว่างกาย-

จิตใจ-สังคม อาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพทางกายอาจทำให้เกิดความรู้สึกเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ โดยขึ้นกับสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น

เนื่องจากอาการปวดเป็นตัวเร้าที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกว่าถูกคุกคามภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กระตุ้นให้เกิดความไวต่อการรับความรู้สึกเกี่ยวกับปวดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไปลดความอดทนต่อความเจ็บปวดลง (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2540) ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ระงับหรือไม่สามารถควบคุมให้บรรเทาได้ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพการงานได้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือ (Arathuzik, 1991) ทำให้ต้องสูญเสียเวลา สูญเสียรายได้ และมีรายจ่ายในการเยียวยารักษาเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่การงาน เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมหรือการงานที่ต้องการจะทำ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2545) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดหวัง เศร้าโศก คุณค่าในตนเองลดลง ก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตวิญญาณที่ส่งผลให้ความอดทนต่อความปวดลดลง(พรจันทร์ สัยละมัย, 2541)

แนวทางในการบำบัดอาการปวดจากโรคมะเร็ง สามารถทำได้ทั้งวิธีการบำบัดโดยใช้ยา (pharmacologic intervention) และการบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacologic intervention) (Patt, 1993; Jacox et al., 1994; Paice, 1999) แต่ในปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 25-82 ยังคงได้รับการบรรเทาปวดไม่เพียงพอ (Portenoy and Hagen, 1990 อ้างในนิยา สออารีย์,อารี นุ้ยบ้านด่าน และโขมพักตร์ มณีวัด, 2545) ทำให้การจัดการอาการปวดไม่มีประสิทธิภาพ (Cleeland et al., 1994) ซึ่งอุปสรรคในการจัดการอาการปวด มีสาเหตุจากผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ ทักษะและมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสนองตอบต่ออาการปวด (ปิยะภรณ์ รัตนสุคนธ์, 2544) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยด้านจิตวิทยาทางสังคมสิ่งแวดล้อมและการเงิน พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งบางรายยังคงมีอาการปวดหลงเหลืออยู่ แม้ว่าจะได้รับยาแก้ปวดในขนาดที่น่าจะเพียงพอแล้วก็ตาม (ลักษมี ชาญเวชช์, 2547) ดังนั้นในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนอกเหนือจากการบำบัดโดยการใช้ยาแก้ปวดแล้ว การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการบำบัดทางการพยาบาลที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยาและช่วยลดขนาดการใช้ยาแก้ปวดลง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดที่ได้รับ

ปัจจุบันมีการนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ มีพื้นฐานความเชื่อว่าบุคคลประกอบด้วยร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ไม่สามารถแบ่งแยกให้ดูแลเป็นส่วน ๆ ได้ จะมี

การผสมผสานในแต่ละองค์ประกอบเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Narayanasamy, 1995; Stuart et al., 1989) ในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ถือเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อยู่ในความรับผิดชอบที่พยาบาลสามารถจะกระทำได้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถยอมรับอาการปวดที่เกิดขึ้น ควบคุมอาการปวดด้วยตนเอง ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดลง เกิดความสุขสบาย สามารถใช้ชีวิตประจำวันในช่วงเวลาสุดท้ายอย่างมีความสุขตามอัตภาพ สามารถยอมรับและเผชิญความตายได้อย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางการพยาบาล พบว่ามีผู้ศึกษาถึงวิธีการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งด้วยการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) ซึ่งเป็นการบำบัดที่เน้นองค์รวมของกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเยียวยาตนเอง หรือการเยียวยาโดยการช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นการผสมผสานทักษะการเยียวยาต่าง ๆ กับการแพทย์ปัจจุบันเพื่อส่งเสริมให้การดูแลได้ครบองค์รวมมากขึ้น (กาญจนา สังข์สิงห์, 2548) เช่น การศึกษาของ นาถฤดี พรหมเถาว์ (2545) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง จำนวน 15 ราย ซึ่งในขั้นแรกของการศึกษา กลุ่มตัวอย่างถูกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมก่อน โดยได้รับการประเมินเมื่อเกิดความเจ็บปวดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 3 ครั้ง หลังจากนั้นจะถูกจัดให้เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการประเมินความเจ็บปวดก่อนและหลังการฟังดนตรีจากเทปบันทึกเสียงดนตรีล้านนา 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างขณะเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวด ลดลงภายหลังได้ฟังดนตรีและลดลงมากกว่าเมื่อเป็นกลุ่มควบคุม บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2545) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลอง ได้รับฟังแถบเสียง การสร้างจินตภาพอย่างน้อย 3 ครั้งในช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดและความวิตกกังวลหลังการผ่าตัดเต้านมน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่าจำนวนครั้งของการขอยาแก้ปวดในกลุ่มทดลองมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย เทวิกา เทพญา (2546) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน16 ราย จัดลำดับการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ลักษณะ คือ กลุ่มตัวอย่างลักษณะที่ 1 จะได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ (ผสมผสานการนวดแบบราชสำนักและแบบเชลยศักดิ์) ก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดในมื้อก่อนนอน 40 นาทีในวันแรก และไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ในเวลาเดียวกันในวันที่ 3 ส่วนลักษณะที่ 2 ไม่ได้รับการนวด

หอสมุดกลาง ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนไทยก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดในมื้อก่อนนอน 40 นาทีในวันแรก แต่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ในเวลาเดียวกันในวันที่ 3 ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ ศิริพร เสมสาร (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นเวลา 14วัน ติดต่อกัน ช่วง 7 วันแรกอยู่โรงพยาบาลเพื่อฝึกทักษะ และหลังจากนั้นอีก 7 วันหลัง ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติกิจกรรมเองที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ความเจ็บปวดภายหลังการทดลอง 7 วันและ 14 วันของกลุ่มทดลอง น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Carson และคณะ (2007) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกโยคะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามจำนวน 21 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การสอนธรรมะ และการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกันในกลุ่ม เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินความปวด ความเหนื่อยล้า ความเครียด การยอมรับ และการผ่อนคลาย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าลดลงและมีคะแนนการยอมรับความเจ็บปวดและมีความผ่อนคลายมากขึ้น Lee และคณะ (2005) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบชี่กงในการจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งในระยะลุกลามของผู้ป่วยชายชาวเกาหลีอายุ 36ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกระเพาะอาหาร ปอด และกระดูก และมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของคาร์นอฟสกี้ 40 คะแนน (KPS: 40) โดยได้รับการประเมินอาการต่าง ๆ 6 วันก่อนการทดลอง 16 วันในช่วงการทดลอง และ 2 สัปดาห์ในระยะหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าการออกกำลังกายแบบชี่กงส่งผลดีต่ออาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล การนอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำให้จิตใจสงบ ซึ่งในช่วงติดตามผลใน 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยสามารถนั่งได้ด้วยตนเอง หลังปฏิบัติ 4 สัปดาห์ผู้ป่วยสามารถเดินและเข้าห้องน้ำได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือและมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของคาร์นอฟสกี้เพิ่มขึ้น (KPS: 70)

การสวดมนต์ ซึ่งจัดอยู่ในการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) ประเภท Mind-body medicine (การปฏิบัติโดยใช้จิตคลุมกาย) เป็นกลวิธีการปฏิบัติที่ทำให้ จิตใจสงบต่อเนื่องกัน เมื่อผู้สวดปฏิบัติจนเกิดสมาธิ ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลาย จะมีผลต่อปฏิกิริยาการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำให้ร่างกายทำงานช้าลง ส่งผลให้พาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ

อัตราการหายใจ การเผาผลาญ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อระดับอิพิเนฟริน และความดันโลหิตลดต่ำลง การไหลเวียนของโลหิตส่วนปลายเพิ่มขึ้น มีการหายใจลึกขึ้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมากขึ้น ส่งผลในการบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ (Benson, 1996) นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจสงบ มีความสุข สามารถแก้ปัญหาชีวิต และอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา มองชีวิตอย่างปล่อยวางมากขึ้น ช่วยลดความเครียดและแก้ทุกข์ทางใจได้ (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ขึ้น เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการโดยเน้นที่การจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้การดูแลตนเองซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการอาการด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dodd et al., 2001) โดยโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับตนเอง และการฝึกทักษะการสวดมนต์ การจัดท่าทางที่สุขสบาย และการเบี่ยงเบนความสนใจแก่ผู้ป่วย นอกเหนือจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร คือ การได้รับยาแผนปัจจุบัน การใช้สมุนไพร สมาธิบำบัด ดนตรีบำบัด สวดมนต์ภาวนา การเดินจงกรม และโภชนบำบัด (อโรคยศาล, 2550) ซึ่งการบำบัดอาการปวดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการบำบัดโดยการใช้ยาสมุนไพรยาทาภายนอก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบันเนื่องจากมีความเชื่อว่าจะทำให้ติดยา กิจกรรมที่ทางวัดจัดขึ้นไม่ได้เน้นเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดที่ชัดเจน และการสวดมนต์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการสวดมนต์ที่ปฏิบัติขึ้นตามกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ตามหนังสือสวดมนต์ และมีพระสงฆ์เป็นผู้นำสวด ซึ่งไม่ได้เน้นการสวดมนต์บทใดบทหนึ่งที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยจดจำและนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับโปรแกรมมีอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการดูแลตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างมีสติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คำถามการวิจัย

1. อาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการปวดเป็นปัญหาที่สำคัญและสามารถพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ (Ferreira et al., 2006) ก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการเยียวยาอาการปวดที่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ จากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่า การจัดการอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน เนื่องจากการจัดการกับอาการนั้น เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลถือเป็นบุคคลสำคัญซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์จริง สามารถจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันได้มีนโยบายสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งได้มีการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้มากขึ้น โดยการดูแลแบบผสมผสานเป็นการผสมผสานกันระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกันไม่ใช่การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว และเป็นการดูแลสุขภาพที่ช่วยเสริม หรือชดเชย เติมเต็มความ

สมบูรณ์ ในการดูแลรักษาสุขภาพ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2550) อีกทั้งเป็นการปฏิบัติที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ โดยโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการสวดมนต์ซึ่งถือเป็นการดูแลแบบผสมผสานประเภท Mind-body medicine (การปฏิบัติโดยใช้จิตคลุมกาย) (NCCAM, 2005) ผสมผสานกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดแผนปัจจุบันและแผนไทยร่วมกับการสวดมนต์ โดยการสวดมนต์ถือเป็นกลวิธีที่สำคัญในการจัดการความเครียดของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (Kelly, 2004) ช่วยเยียวยาจิตใจให้เกิดความสงบมีความสุข สามารถแก้ปัญหาชีวิต และอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา คลายความเครียดและแก้ทุกข์ทางใจได้ (พรพรหม รุจิไพโรจน์, 2550) นอกจากนี้การสวดมนต์ช้า ๆ สม่ำเสมอประมาณ 15 นาทีขึ้นไป จนเกิดสมาธินั้น จะทำให้เซลล์ประสาทของระบบประสาทสมองสังเคราะห์สารสื่อประสาทหลาย ๆ ชนิด (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, 2551) ระดับกรดแลคติคและระดับคอร์ติซอลในเลือด ซึ่งเป็นสารที่มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเจ็บปวดลดลง (Bonica, 1990) ร่างกายจะหลั่งสาร Endorphinซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนที่มีอยู่ในร่างกายออกมามากขึ้น ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดที่ส่งมาจากไขสันหลังทำให้ความเจ็บปวดลดลง (ประเวศ วะสี, 2540) และช่วยสร้างอารมณ์เป็นสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พัทยา จิตสุวรรณ, 2535) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวด ทั้งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่าที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย ในขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป ขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวด จึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความเจ็บปวดให้มากยิ่งขึ้น (Timby, 2001) และการเบี่ยงเบนความสนใจซึ่งถือเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจหรือดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้ มากกว่าการรับรู้ความเจ็บปวดที่กำลังเกิดขึ้น โดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ และทักษะการจัดการจัดการอาการปวดจากการรับฟังและการสอบถามจากผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองโดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของผู้ป่วยเองจนเกิดความเข้าใจ ทั้งนี้การให้ความรู้และการฝึกทักษะจะให้ผลดีได้ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และความเป็นมิตรระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย (สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการปวดที่เน้นการสวดมนต์ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้วิจัยประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์อาการปวดที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ในมุมมองของตนเอง ด้วยวิธีการสอบถามและรับฟัง จากนั้นประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวดและนำเสนอการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นทางเลือกในการบรรเทาอาการปวด พร้อมทั้งสอบถามความต้องการในการฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณจากผู้ป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการฝึก ผู้วิจัยจะนำเข้าสู่การให้ความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่อง อาการปวด สาเหตุของอาการปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองที่เน้นการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกวิธีและการไม่ใช้ยาร่วมกับการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ ได้แก่ การจัดท่าทาง การเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดของการฝึก ประโยชน์ของการฝึก และขั้นตอนการฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยการสวดมนต์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือยังไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือ และเครื่องเล่นบันทึกเสียงและเทปบันทึกการสวดมนต์ประกอบการสวดมนต์ให้ผู้ป่วยไว้ใช้ทบทวน

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการสวดมนต์

ผู้วิจัยทำการสาธิตการจัดการอาการปวดร่วมกับการสวดมนต์ จากนั้นร่วมฝึกกับผู้ป่วยและทบทวนทักษะ พร้อมกับให้มีการสาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณด้วยตนเองทุกวันอย่างน้อยวันละ2 ครั้ง ช่วงเช้าและก่อนนอน ครั้งละ 20 นาที และทุกครั้งที่ปวด

กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลจากการให้ความรู้ และการฝึกทักษะการสวดมนต์โดยการประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และจากการวัดสัญญาณชีพ ซึ่งประกอบด้วย อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม

ในการประเมินผลที่ได้รับจากการฝึกทักษะการสวดมนต์ ว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ มีอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ มีอาการปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ต่ออาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายได้ มีอายุ 18–59 ปี เข้ารับบริการที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอโรคยศาลวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์เป็นเวลา 7 วัน โดยวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองวันที่ 4 และหลังสิ้นสุดการทดลอง คือ วันที่ 7

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ อาการปวด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการปวด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมะเร็งระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ จากสิ่งเร้าที่เกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรค ซึ่งบุคคลจะแสดงออกถึงความเจ็บปวด จากปฏิกิริยาตอบสนองความรู้สึกทั้งทางสรีรวิทยาและอารมณ์ โดยประเมินได้จากมาตรวัดอาการปวดจากรูป

หน้าที่บอกถึงระดับอาการปวดแบบตัวเลข 0-10 (Wong- baker faces pain rating scale) โดยคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด และคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด

โปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการสวดมนต์ หมายถึง กิจกรรมการจัดการอาการปวดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน และมีแบบแผน เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล โดยมีการผสมผสานการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ เพื่อให้เกิดสมาธิ ลดอาการปวดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้วิจัยประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์อาการปวดที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ในมุมมองของตนเอง ด้วยวิธีการสอบถามและรับฟัง จากนั้นประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย แนะนำวิธีการบรรเทาอาการปวด และนำเสนอการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นทางเลือกในการบรรเทาอาการปวด พร้อมทั้งสอบถามความต้องการในการฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณจากผู้ป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการฝึก ผู้วิจัยจะนำเข้าสู่การให้ความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่อง อาการปวด สาเหตุของอาการปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองที่เน้นการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกวิธีและการไม่ใช้ยาร่วมกับการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ ได้แก่ การจัดท่าทาง การเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิดของการฝึก ประโยชน์ของการฝึก และขั้นตอนการฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณ ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยการสวดมนต์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือยังไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือ และเครื่องเล่นบันทึกเสียงและเทปบันทึกการสวดมนต์ประกอบการสวดมนต์ให้ผู้ป่วยไว้ใช้ทบทวน

กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการสวดมนต์

ผู้วิจัยทำการสาธิตการจัดการอาการปวดร่วมกับการสวดมนต์ จากนั้นร่วมฝึกกับผู้ป่วยและทบทวนทักษะ พร้อมกับให้มีการสาธิตย้อนกลับ และแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการสวดมนต์คาถาอิติปิโสบทสรรเสริญพระพุทธคุณด้วยตนเองทุกวันอย่างน้อยวันละ2 ครั้ง ช่วงเช้าและก่อนนอน ครั้งละ 20 นาที และทุกครั้งที่ปวด

กิจกรรมที่ 4 การประเมินผล

ผู้วิจัยประเมินผลจากการให้ความรู้ และการฝึกทักษะการสวดมนต์โดยการประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และจากการวัดสัญญาณชีพ ซึ่งประกอบด้วย อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตทั้งซิสโตลิคและไดแอสโตลิคของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการฝึกทักษะการสวดมนต์ ว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 หรือระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ นับถือศาสนาพุทธและเข้ารับบริการที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอโรคยศาลวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น การให้ยา ทำแผล ดูดเสมหะ กายภาพบำบัด การพูดคุยให้กำลังใจ รวมถึงการให้ความรู้ เรื่องการประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการปวดทั้งความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและการจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาเมื่อเกิดอาการปวด ซึ่งมีลักษณะของการให้ความรู้ทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่มีการประเมินประสบการณ์อาการปวด กลวิธีในการจัดการอาการปวดที่ผ่านมา รวมทั้งยังไม่มีการฝึกทักษะที่เจาะจงในการบรรเทาอาการปวด และได้รับการดูแลจากวัด คือ การได้รับยาแผนปัจจุบัน การใช้สมุนไพร ดนตรีบำบัด โภชนบำบัด สมาธิบำบัด การเดินจงกรม และการสวดมนต์ภาวนา ซึ่งการสวดมนต์ดังกล่าวเป็นการสวดมนต์ตามหนังสือสวดมนต์โดยมีพระภิกษุเป็นผู้นำสวด ซึ่งไม่ได้เน้นการสวดมนต์บทใดบทหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจดจำและนำมาปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการปวด ซึ่งเป็นวิธีบำบัดเสริมทางการพยาบาลที่เหมาะสม ในการบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการ รวมทั้งนักศึกษาพยาบาล ให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัย เพื่อค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป