การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่[1]

เจริญพร โนกาศ พย.ม.[2]

ประทุม สร้อยวงค์ Ph.D. (Nursing)[3]

วราวรรณ อุดมความสุข Ph.D. (Nursing)[4]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความปวดเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ส่งผลกระทบทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดจะช่วยให้พยาบาลมีการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันและช่วยบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การออกแบบการวิจัย การวิจัยดำเนินการ (operational research)

วิธีดำเนินการวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ ใช้แนวทางและขั้นตอนขององค์กรความร่วมมือเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration, version 2.0) เป็นแนวทาง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะปรับปรุง และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มบุคลากรทีมพัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน 5 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ ครบทุกข้อเสนอแนะ จำนวน 3 คน และ 3) กลุ่มบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ ครบทุกข้อเสนอแนะ จำนวน 4 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองแนวปฏิบัติ 2) แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II [AGREEII]) ฉบับภาษาไทย 3) แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็ง และ 4) แบบรวบรวมผลลัพธ์ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติด้านคลินิกและด้านกระบวนการ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวด 4) การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวด และ 5) การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพ ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ทุกหมวด และมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ และคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย มีความเหมาะสม ให้ความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวด ด้านภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ผลการทดสอบความเป็นไปได้พบว่า สามารถบรรเทาความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ทุกครั้งที่มีความปวด (จำนวน 21 ครั้ง) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯนี้ในระดับมากที่สุด และบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้ไปใช้ และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ทั้งผลลัพธ์ด้านคลินิกและด้านกระบวนการ

คำสำคัญ ความปวด แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วันที่ได้รับ 8 มี.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 พ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 5 มิ.ย. 67

---

[1]วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2]นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[3]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, E-mail : pratum.soivong@cmu.ac.th

[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v39i02.268146

Development of the Nursing Practice Guidelines for Pain Management among Cancer Patients in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital[1]

Jaroenporn Knowgard M.N.S.[2]
Pratum Soivong Ph.D. (Nursing)[3]
Warawan Udomkhwamsuk Ph.D. (Nursing)[4]

Extended Abstract

Introduction Pain is a significant problem experienced by cancer patients, affecting both the patients and their caregivers. Evidence-based clinical nursing guidelines are necessary for effective pain management.

Objective To develop nursing practice guidelines (CNPGs) for pain management in cancer patients

Design Operational research

Methodology The development of the Nursing Practice Guidelines based on the ADAPTE Collaboration (version 2.0) consisted of three distinct phases: 1) the set up phase, 2) the adaptation phase, and 3) the finalization phase. Participants comprised three groups: 1) five healthcare professionals as the guideline development team, 2) three cancer patients in a private ward at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, who received care according to the guidelines, and 3) four healthcare personnel who implemented the Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPGs) and adhered to all recommendations. The research instruments included 1) a guideline screening tool, 2) the Thai version of the Appraisal of the Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II), 3) a cancer patient screening form, and 4) a clinical outcome and process evaluation form. These instruments were quality-checked before use. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency and percentage.

Results The CNPGs comprised five key components: 1) protecting patient rights and ethics, 2) conducting pain assessment, 3) implementing pain management, 4) educating patients on pain self-management, and 5) monitoring adherence to the CNPGs and ensuring continuous quality improvement. Experts evaluated the quality of these guidelines, with all AGREE II components scoring above 80%, indicating their clinical appropriateness. The patient handbooks on pain self-management were also considered appropriate, providing comprehensive and easy-to-understand information. The guidelines were considered feasible, as patients reported pain relief each time pain occurred (21 times). Patient satisfaction with the care provided using these guidelines was highest, and healthcare personnel reported satisfaction to highest satisfaction with their use.

Recommendation This study recommends implementing nursing guidelines for managing pain among cancer patients in clinical settings. Further research should focus on evaluating the effectiveness of these guidelines, considering both clinical outcomes, and process evaluation.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(2) 236-252

Keywords pain/ nursing practice guideline/ guideline development/ cancer patients

Received 8 March 2024, Revised 20 May 2024, Accepted 5 June 2024

---

[1] *Thesis, Master's degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand*

[2] *Graduate student, Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand*

[3] *Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand; E-mail: pratum.soivong@cmu.ac.th*

[4] *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวด (pain) เป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สุขสบาย เกิดขึ้นร่วมกับเนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น[1] ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีสาเหตุจาก 1) การกดทับของก้อนมะเร็งที่ไขสันหลัง เส้นประสาท กระดูก หรือ อวัยวะที่มีก้อนมะเร็งโดยผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามพบความปวดจากสาเหตุนี้ร้อยละ 66-80[2] 2) การทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยหรือการระบุระยะของโรคมะเร็ง เช่น การส่องกล้อง การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บเกิดความปวดร้อยละ 35[3] และ 3) การรักษาโรคมะเร็ง เช่น ผลข้างเคียงของการได้รับเคมีบำบัดพบได้ร้อยละ 46[4] และจากการรักษาด้วยการฉายรังสีพบได้ร้อยละ 39.3[1]

ความปวดเมื่อเกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า ด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด แผลหายช้า การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดภาวะท้องอืด การหายใจเร็วตื้นขณะที่มีความปวดทำให้ปริมาตรความจุปอดลดลงและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมลดลง เกิดภาวะปอดแฟบและภาวะขาดออกซิเจนได้[5] ด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และมีความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ที่อาจนำไปสู่โรคทางจิตเวชและมีความคิดฆ่าตัวตายได้[6] ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้หลีกเลี่ยงการติดต่อสื่อสารและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ต้องลาหรือขาดงาน หรือในบางรายตัดสินใจลาออกส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว[7] และด้านจิตวิญญาณส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาลดลง รู้สึกขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รู้สึกกลัว เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนที่ไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ได้ และหมดหวังในชีวิต[8] ส่วนผลกระทบต่อผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล และความเครียด[9] จากผลกระทบดังกล่าวการจัดการความปวดจึงมีความสำคัญ ดังนั้น จึงควรช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถจัดการกับความปวดจากโรคมะเร็งเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่[10]

การจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยใช้ยา พิจารณาตามบันไดขั้นความปวดขององค์การอนามัยโลก[11] แบ่งความปวดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บันไดขั้นที่ 1 ระดับความปวดเล็กน้อย (mild pain) ควรจัดการความปวดโดยการใช้ยาบรรเทาความปวดที่ไม่มีส่วนประกอบของโอปิออยด์ (non opioids drug) หรือใช้ร่วมกับยาเสริม (adjuvant drug) หรือร่วมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา บันไดขั้นที่ 2 ระดับความปวดปานกลาง (moderate pain) ควรจัดการความปวดโดยการใช้ยาโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน หรือใช้ร่วมกับยาบรรเทาความปวดที่ไม่มีส่วนประกอบของโอปิออยด์ หรือใช้ร่วมกับยาเสริมหรือการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา และบันไดขั้นที่ 3 ระดับความปวดรุนแรง (severe pain) ควรจัดการกับความปวดโดยการใช้ยาโอปิออยด์ หรือใช้ร่วมกับยาเสริมหรือการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา[11] สำหรับวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การจัดการความปวดโดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ (physical modalities) เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฝังเข็ม การนวด การจัดท่า การใช้ความร้อนหรือความเย็น และการกดจุด 2) การจัดการความปวดโดยใช้กระบวนการจัดการคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral modalities)

เช่น เทคนิคผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ การสะกดจิต การใช้ดนตรีบำบัด และการตอบสนองทางชีวภาพ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการนึกคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อความปวด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความปวด และสามารถจัดการความปวดได้[2] การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งควรมีการร่วมมือกันของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีม มีบทบาทสำคัญในการประเมินและให้การดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวด[6] นอกจากนี้ ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เนื่องจากเกิดจากหลายสาเหตุและอาการรบกวน เช่น อาการท้องผูก อาการหายใจลำบาก ส่งผลทำให้ความปวดรุนแรงเพิ่มมากขึ้น[12] ดังนั้น พยาบาลจึงควรใช้สมรรถนะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลมีบทบาทอิสระในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด ประกอบด้วย การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และการจัดการอาการรบกวนที่ทำให้มีความปวดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น หากมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะช่วยในการกำหนดแนวทางการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ มีการจัดการความปวดเป็นไปตามมาตรฐาน และมีการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[13] ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

หอผู้ป่วยพิเศษที่เป็นสถานที่วิจัย รับผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา โดยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นกลุ่มหนึ่งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนี้ จากการศึกษาบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 10 ฉบับ พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดทุกราย การจัดการความปวดเป็นการใช้ยาบรรเทาความปวด ซึ่งสั่งจ่ายโดยแพทย์ประจำหอผู้ป่วย และมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดในกรณีที่การจัดการความปวดไม่ได้ผล โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาจากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 20 คน พบว่า ร้อยละ 65 ไม่ทราบว่ามีแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้ในโรงพยาบาล ให้การพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดโดยใช้ประสบการณ์จากการเรียน หรือการดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 35 ทราบว่ามีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวด แต่ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เฉพาะเจาะจง การพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดจึงมีความหลากหลาย ผลการประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่มีความปวด ไม่พึงพอใจในการจัดการความปวด

จากการสืบค้นงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องย้อนหลัง โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เป็นมาตรฐานและเป็นปัจจุบัน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012–2022 และงานวิจัยในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556–2564 พบมีแนวปฏิบัติ 22 เรื่อง แนวปฏิบัติที่ผ่านมาที่พัฒนาในต่างประเทศทุกแนวปฏิบัติมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เน้นการรักษาโดยแพทย์ เน้นการจัดการความปวดโดยการใช้ยาเป็นหลัก ซึ่งบางข้อเสนอแนะไม่สามารถปฏิบัติได้ในขอบเขตวิชาชีพพยาบาล ไม่พบการกำหนดบทบาทของพยาบาลที่ชัดเจนในการจัดการความปวดโดยการใช้ยา และบางข้อเสนอแนะมีข้อจำกัดในด้านการนำมาใช้จริงในบริบทของหน่วยงานทางการพยาบาลในประเทศไทย รวมทั้งขาดการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามขอบเขตวิชาชีพ และขาดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติใน

การจัดการความปวด ส่วนแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในประเทศไทย เป็นแนวปฏิบัติที่แปลมาจากแนวปฏิบัติของต่างประเทศ หรือแนวปฏิบัติฯ ยังไม่ได้แสดงการพัฒนาอย่างเป็นระบบ หรือบางข้อเสนอแนะอาจจะไม่สามารถทำได้จริงในบริบทประเทศไทย และไม่สามารถปฏิบัติได้ในบทบาทขอบเขตวิชาชีพพยาบาล เช่น การใช้น้ำมันกัญชา การจัดการความปวดโดยการให้ยาทางไขสันหลัง นอกจากนี้ องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งในการวิจัยนี้ เพื่อให้การพยาบาลมีมาตรฐานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาล และส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ป่วย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งในการศึกษาครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติขององค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration)[14] มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื่องจากเหมาะสมสำหรับการปรับปรุงสาระสำคัญในแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความทันสมัย นำไปใช้ตามบริบทของหน่วยงาน ซึ่งข้อเสนอแนะที่ได้มาจากแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ มีการพัฒนามาแล้วอย่างเป็นระบบ แนวปฏิบัติที่พัฒนาได้จะเป็นแนวปฏิบัติที่ดี น่าเชื่อถือและเป็นมาตรฐาน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่ผ่านมาซึ่งมีข้อเสนอแนะที่ดี เป็นมาตรฐาน และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพอยู่แล้วจำนวนหนึ่งที่เพียงพอในการนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม (set up phase) ระยะปรับปรุง (adaptation phase) และระยะประเมินผล (finalization phase)[14] ผลการวิจัยครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติขององค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration, version 2.0)[14] เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการปรับปรุงสาระสำคัญในแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความทันสมัย นำไปใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทต่างกัน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย จัดตั้งทีมปรับปรุงแนวปฏิบัติ โดยกำหนดทักษะที่สำคัญของทีม เลือกแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในหน่วยงานมาปรับปรุง เพื่อนำไปใช้ การสรุปกิจกรรมของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ และการดำเนินการเขียนโครงการปรับปรุงแนวปฏิบัติ 2) ระยะปรับปรุง ประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตและเป้าหมายของการพัฒนา แนวปฏิบัติการสืบค้นและทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิก การประเมินแนวปฏิบัติฯ ที่สืบค้นได้ การตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ การยกร่างแนวปฏิบัติ และ 3) ระยะประเมินผล ประกอบด้วย การนำแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้ทุกข้อเสนอแนะ และแก้ไขและจัดพิมพ์แนวปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการทั้ง 3 ระยะ ตามกระบวนการปรับปรุงสาระสำคัญในแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบ (Figure 1)

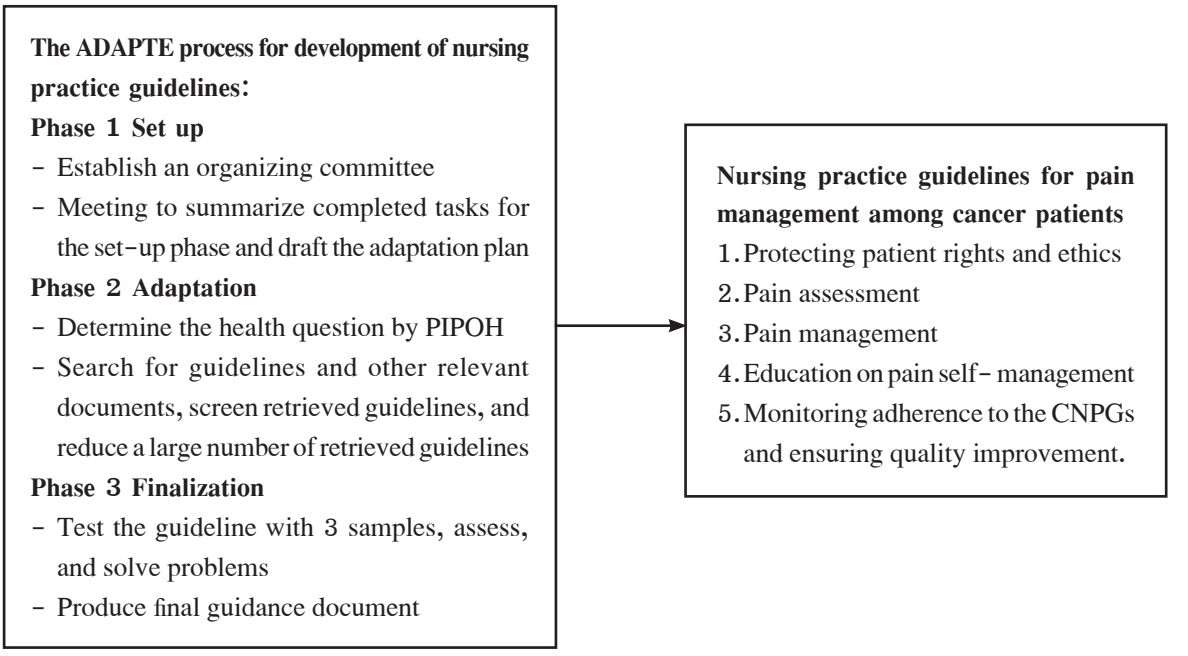

Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (operational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มบุคลากรทีมพัฒนาแนวปฏิบัติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวดและบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวด

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มบุคลากรทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกและนักวิจัยด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 คนเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 คน และผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวดที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยพิเศษ 14 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 3 คน ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติฯ ครบทุกข้อเสนอแนะ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามระยะเวลาการวิจัย 4 สัปดาห์ จึงไม่สามารถกำหนดจำนวนที่แน่นอนได้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัยคือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด และมีประสบการณ์ความปวดทุกชนิด ประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข[15] สามารถสื่อความหมายเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง (Glasgow coma scale [GCS] น้อยกว่า 8)[16] และไม่สามารถบอกระดับความปวดด้วยคำพูดได้ และผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ประเมินจากคะแนนระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่า 30 (Palliative Performance Scale for Adult Suandok [PPS-Adult Suandok])[17]

3) กลุ่มบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ประจำบ้าน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ทำงานในหอผู้ป่วยพิเศษสุจิณโณ 14 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 4 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติฯ ครบทุกข้อเสนอแนะ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดตามแนวทางของการวิจัยปฏิบัติการ[18]

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบคัดกรองแนวปฏิบัติ ใช้เครื่องมือของดวงฤดี ลาศุขะ[19] ในการสกัดสาระสำคัญของแนวปฏิบัติที่สืบค้นได้ ประกอบด้วย 2 แบบฟอร์ม ดังนี้ แบบฟอร์มที่ 1 เป็นลักษณะตารางบันทึก ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้แต่ง ประเทศหรือภาษา วันที่ตีพิมพ์ วันที่สืบค้น และข้อสังเกต และแบบฟอร์มที่ 2 ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบ (checklist) เพื่อให้แนวปฏิบัติที่สืบค้นได้ตรงกับคำถามการวิจัย และตรงกับขอบเขตและเป้าหมายของงานวิจัยที่ทีมพัฒนากำหนด และใช้ระบบการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2001)[20] โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ Grade A หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมาก ความมีประสิทธิผลในการแสดงผลลัพธ์อย่างชัดเจน มีความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงาน Grade B หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดี ความมีประสิทธิผลในการแสดงผลลัพธ์ระดับปานกลาง มีความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงาน Grade C หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนปานกลาง ความมีประสิทธิผลในการแสดงผลลัพธ์ระดับปานกลาง ความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ได้แต่ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์และบุคลากร Grade D หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน ความมีประสิทธิผลในการแสดงผลลัพธ์ไม่แน่นอน ดังนั้น การตัดสินใจด้านการปฏิบัติงานจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II [AGREEII]) ฉบับภาษาไทย[21] ครอบคลุม 6 หมวด รวมทั้งหมด 23 ข้อ โดยหมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ชัดเจน หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก การให้คะแนนแต่ละข้อใช้ระบบคะแนน 7 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก เมื่อไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อนั้น ๆ หรือรายงานไว้ไม่ดี คะแนน 7 หมายถึง เห็นด้วยเป็นอย่างมาก ประเมิน 23 ข้อ แล้วประเมินภาพรวม โดยใช้แนวทาง 2 ข้อ ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่จะนำมาปรับปรุงมีคุณภาพในระดับใด และข้อเสนอแนะว่าควรนำไปใช้ได้หรือไม่ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของบริบท โดยแบ่งระดับคุณภาพข้อแนะนำที่ได้ เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) แนะนำให้ปฏิบัติ (strong recommendation) 2) แนะนำให้ปรับเปลี่ยน (recommend with alteration) 3) ไม่แนะนำให้ปฏิบัติ (would not recommend) และ 4) ไม่แน่ใจ (unsure)

3. แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่

3.1 กลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale [GCS])[16] เป็นมาตรวัดที่ใช้ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยประเมินพฤติกรรมใน 3 ด้าน คือ การลืมตา (eye opening) การตอบสนองโดยคำพูด (verbal response) และการตอบสนองโดยการเคลื่อนไหว (motor response) มีค่าคะแนน

3-15[20] นำมาใช้ในการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อคัดออกจากการวิจัย

3.2 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for Adult Suandok [PPS-Adult Suandok])[17] ซึ่งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แปลมาจากแบบประเมินที่พัฒนาโดยสถานบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายวิคตอเรีย (Victoria Hospice Society) ใช้สำหรับการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 5 หัวข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว แบ่งความต้องการของผู้ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองออกเป็น 11 ระดับ โดยคะแนนที่ได้แปลผลเป็นร้อยละจาก 0 ถึง 100 แบบประเมินนี้นำมาใช้ในการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อคัดออกจากการวิจัย

4. แบบรวบรวมผลลัพธ์ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก และแบบประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติฯ และ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ

4.2 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก ประกอบด้วย 2 ส่วน

4.2.1 แบบบันทึกการบรรเทาความปวด ประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale [NRS]) พัฒนาโดย แมคคาเฟอรี และคณะ ในปี ค.ศ. 1989[15] ระดับความปวด 0 ถึง 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยพิจารณาเปรียบเทียบจากคะแนนความปวดระหว่างก่อนและหลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาได้

4.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) ลักษณะการตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) และพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)

4.3 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการพัฒนาโดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

4.3.1 การประเมินความปวดที่เหมาะสม ได้แก่ การประเมินตำแหน่งที่ปวด ระดับความปวด โดยการประเมินความปวดทุก 8 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยรายงานความปวด

4.3.2 การจัดการความปวดที่เหมาะสม ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสมเมื่อมีความปวดตามแนวปฏิบัติ คือ ตามบันไดขั้นความปวดขององค์การอนามัยโลก[11]

4.3.3 การประเมินความปวดหลังการได้รับการจัดการความปวดในเวลาที่เหมาะสม ได้แก่ ประเมินซ้ำหลังใช้ยารับประทาน 60 นาที ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ 30 นาที ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ 15 นาที ยาสอดทางทวารหนัก 90 นาที และหลังได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 60 นาที

4.3.4 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ

ลักษณะการตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) และพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) และมีคำถามปลายเปิดสอบถามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การประเมินความตรงของเครื่องมือ (validity)

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ แบบประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการ และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ นำไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence index) เท่ากับ 1.00, 0.95, และ 0.96 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

กลาสโกว์โคมาสเกล และแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก ประเมินความเชื่อมั่นโดยการวัดความสอดคล้องโดยผู้วิจัยนำไปประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 10 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเปรียบเทียบกับพยาบาลที่มีประสบการณ์ในพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 20 ปี 1 คน ประเมินอย่างเป็นอิสระกัน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa Coefficient)[22] ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 แสดงว่า มีความสอดคล้องสูง

แบบบันทึกการบรรเทาความปวด ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการสอบซ้ำ (test-retest reliability) ทำการสอบถามระดับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 10 คน โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ประเมิน 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (coefficient of stability) เท่ากับ 1 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2565-EXP088) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (FAC-MED-๒๕๖๕-๐๓๖) มีกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการให้ข้อมูลโครงการวิจัยอย่างสมบูรณ์ เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับอาสาสมัคร และอาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ รวมถึงชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล มีการปกป้องความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของอาสาสมัคร มีการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้อาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้เป็นกลุ่มเปราะบาง คือสามารถคิดและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง ไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่จะก่อให้เกิดความไม่อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยความเข้าใจอย่างถ่องแท้และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยยังคงปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 อย่างเคร่งครัดในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีขั้นตอนดำเนินการ 3 ระยะ (Figure 1)

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเป็นไปได้ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรในหอผู้ป่วยพิเศษสุจิณโณ 14 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่เป็นสถานที่วิจัยพบว่า หน่วยงานมีความเห็นว่าควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปใช้จัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2) จัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนา ผู้วิจัยจัดทำเอกสารรายละเอียดการวิจัย และเรียนเชิญบุคลากรเข้าร่วมงานวิจัยเพื่อเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ จัดตั้งทีมและจัดการประชุม เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม แนะนำตัวและชี้แจง ที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย กำหนดการประชุมในครั้งต่อ ๆ ไป

3) ทีมพัฒนาร่วมกันตรวจสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือและทันสมัย มีความเพียงพอต่อการสืบค้นข้อมูลที่สำคัญ

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) สรุปกิจกรรมของทีมพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติและได้แนวปฏิบัติที่สืบค้นได้ 22 เรื่อง

2) ดำเนินการเขียนโครงการสำหรับการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ระยะที่ 2 ระยะปรับปรุง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 3-5 ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) กำหนดขอบเขตและเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้การกำหนดคำถามสุขภาพตามหลัก PIPOH ประกอบด้วย P (population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด I (intervention) ได้แก่ การจัดการความปวด P (professionals) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย O (outcome) ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิก ได้แก่ การบรรเทาระดับความปวด ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ การลดความหลากหลายของการปฏิบัติ และ H (health care setting and context) ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม

2) ทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ ฐานข้อมูล PUBMED, CINAHL, MEDLINE และ Thai JO ในช่วงปี ค.ศ. 2016 – 2021 สกัดสาระสำคัญของแนวปฏิบัติโดยแบบคัดกรองแนวปฏิบัติ และคัดแยกแนวปฏิบัติที่ไม่มีคุณภาพออก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE II) ฉบับภาษาไทย โดยสืบค้นมาทั้งหมด 22 เรื่อง เมื่อทำการประเมินคุณภาพและคัดแยกแนวปฏิบัติที่ไม่มีคุณภาพออกได้แนวปฏิบัติ 11 เรื่อง

สัปดาห์ที่ 6-7 ดำเนินกิจกรรมดังนี้

ประเมินแนวปฏิบัติ โดยครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ คุณภาพของแนวปฏิบัติ การแพร่หลาย เนื้อหาของแนวปฏิบัติ ความสอดคล้อง และการยอมรับและความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านคลินิกเป็นผู้ประเมิน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 1 คน ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE II) ฉบับภาษาไทย พบว่ามีคุณภาพดี จึงดำเนินการยกร่างแนวปฏิบัติ และผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินความถูกต้องความเหมาะสมของคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วย ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะประเมินผล

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการยกร่างแนวปฏิบัติประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ คณะกรรมการที่ปรึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล คำจำกัดความ ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ สาระสำคัญของแนวปฏิบัติ แผนผังการจัดการความปวด และภาคผนวก

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล *ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9 ถึง 12*

3.1 นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาได้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยในของสถานที่วิจัย 3 คน จนครบทุกข้อเสนอแนะตามแนวปฏิบัติ รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านคลินิกและข้อมูลผลลัพธ์ด้านกระบวนการ

3.2 แก้ไขและจัดพิมพ์แนวปฏิบัติต้นฉบับสำหรับใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษสุจิณโณ 14 ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นสถานที่วิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่

2. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ด้านคลินิกและผลลัพธ์ด้านกระบวนการโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ 3 คน เป็นเพศชาย 2 คน และ เพศหญิง 1 คน ทุกคนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีประสบการณ์การความปวดและมีการจัดการความปวดที่ผ่านมาโดยการใช้ยาบรรเทาความปวด และมี 1 คน ที่ใช้การบรรเทาปวดโดยการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ และการกำหนดลมหายใจร่วมด้วย โดยผู้ป่วย 2 คน มีระดับการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 60 จำนวน 2 คน และร้อยละ 40 จำนวน1 คน

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ แพทย์ประจำบ้าน 1 คนและพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติ 4 คน เพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 4 คนและปริญญาโท 1 คน ประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี 4 คนและ มากกว่า 15 ปี 1 คน มีประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับการจัดการความปวด 2 คน และไม่มีประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับการจัดการความปวด 3 คน

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 5 หมวด โดยจัดหมวดตามแนวการตรวจสอบและรับรองคุณภาพด้านการให้บริการของ Joint Commission International (JCI)[23] โดยนำเสนอรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายควรได้รับการพิทักษ์สิทธิตามหลักการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและหลักจริยธรรมทางการพยาบาล โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายควรได้รับการประเมินคัดกรองความปวดตั้งแต่รับไว้ในการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์และมีการบันทึกทุกครั้ง (grade A)

1.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายต้องได้รับการประเมินความปวด โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน (grade B)

1.3 ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกราย ควรมีการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด โดยเน้นประสิทธิภาพการบรรเทาความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วย (grade C)

2. การประเมินความปวด ผู้ป่วยโรคมะเร็งควรได้รับการประเมินความปวดอย่างถูกต้อง โดยเครื่องมือมาตรฐานเพื่อแบ่งระดับความปวด เพื่อให้การจัดการความปวดเป็นไปอย่างเหมาะสม โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

2.1 การประเมินความปวดจะต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งสาเหตุ ชนิด ความรุนแรง และผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ จิตวิญญาณ (grade B)

2.2 ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายควรได้รับการประเมินระดับความปวดโดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์โดยเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อการตัดสินใจและประเมินผลการจัดการความปวดได้ (grade B)

2.3 พยาบาลควรมีการประเมินระดับความปวดเป็นประจำทุก 8 ชั่วโมง (grade D)

2.4 พยาบาลควรมีการประเมินความปวดซ้ำภายหลังผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข หากไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อทำการปรับยา ดังนี้

2.4.1 หากได้รับยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที (grade A)

2.4.2 หากได้รับยาฉีดทางใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ 30 นาที (grade A)

2.4.3 หากได้รับยาทางปาก 60 นาที (grade A)

2.4.4 หากได้รับยาสอดทางทวารหนัก 90 นาที (grade A)

2.4.5 หากได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 60 นาทีหากไม่ดีขึ้นให้บรรเทาความปวดโดยใช้ยา รวมทั้งประเมินปัจจัยหรืออาการนำที่ทำให้เกิดความปวด (grade A)

2.5 หลังเริ่มให้ยาโอปิออยด์ ควรประเมินผลการบรรเทาความปวดและความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาโอปิออยด์ภายใน 1-4 สัปดาห์ และทุก 3 เดือนในผู้ป่วยที่ให้ต่อเนื่อง (grade A)

3. การจัดการความปวด

3.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดทุกรายควรได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมตามระดับความปวดที่ประเมินได้จากเครื่องมือมาตรฐาน โดยการจัดการความปวดให้พิจารณาตามบันไดขั้นความปวดขององค์การอนามัยโลก ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อให้การบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพ (grade B)

3.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดทุกรายควรได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (grade A)

3.2.2 พยาบาลควรมีการบรรเทาความปวดเริ่มจากการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาก่อนในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความปวดเล็กน้อย (grade A)

3.2.3 การบรรเทาความปวด ที่เป็นการกระทำต่อร่างกายโดยตรง เช่น การนวด การจัด

เปลี่ยนท่า เป็นต้น สามารถบรรเทาความปวดได้ดี สามารถปฏิบัติได้ตลอดเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม (grade A)

3.2.4 การจัดการความปวดโดยใช้กระบวนการคิด ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการนึกคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อความปวด ให้มีการรับรู้ความปวดทางด้านบวก ทำให้สามารถเผชิญกับความปวด และสามารถจัดการความปวดได้ สามารถบรรเทาความปวดได้ดี (grade A)

3.3 พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดทุกราย โดยใช้การจัดการความปวดหลายรูปแบบร่วมกัน เพื่อบรรเทาความปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิต (grade A)

3.4 พยาบาลควรมีการประเมินและจัดการอาการรบกวนที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น ดังนี้

3.4.1 พยาบาลควรมีการประเมินอาการรบกวนที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS])[24]

3.4.2 พยาบาลควรมีการจัดการอาการรบกวนที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และอาการท้องผูก (grade A)

4. การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวด ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีประสบการณ์ความปวดแบบเรื้อรัง จะมีความปวดที่นานมากกว่า 3 เดือนและอาจมีความปวดแทรก (break through pain) ได้ ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวดทั้งการใช้ยาและการไม่ใช้ยา เพื่อให้การบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และควรประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับเป็นระยะ (grade A)

5. การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพ

5.1 องค์กรควรมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และทำให้การปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน ส่งเสริมประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งและทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (grade A)

5.2 องค์กรควรมีระบบให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวด พยาบาลควรได้รับการสอนและการฝึกปฏิบัติการประเมินและการจัดการความปวดโดยผู้เชี่ยวชาญ (grade C) ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาโอปิออยด์ และมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบการใช้ยาโอปิออยด์ (grade B)

5.3 องค์กรควรมีการกำหนดตัวชี้วัดและมีเครื่องมือในการจัดเก็บผลลัพธ์ (grade A)

ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ

1. การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ชัดเจน ร้อยละ 94.44 หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 87.78 หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 82.08 หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 84.44 หมวดที่ 5 การนำไปใช้ ร้อยละ 79.17 และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 76.67 และคะแนนภาพรวมร้อยละ 90 ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนลงความเห็นว่าแนวปฏิบัติฯ มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ และคู่มือการจัดการความปวดด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยมีความเหมาะสม รายละเอียดครบถ้วนตามแนวปฏิบัติฯ

ด้านภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย และรูปแบบเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. ผลการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ พบว่า พยาบาลมีการประเมินความปวดทุก 8ชั่วโมงและทุกครั้งที่ผู้ป่วยรายงานความปวด จากการรวบรวมข้อมูลจำนวน 45 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวด 21 ครั้ง แบ่งเป็นความปวดน้อย 12 ครั้ง ความปวดปานกลาง 2 ครั้งและความปวดรุนแรง 7 ครั้ง ผลการใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถบรรเทาความปวดให้ลดลงได้ทุกครั้ง มีการจัดการความปวดตามบันไดขั้นความปวดขององค์การอนามัยโลกและติดตามประเมินผลการจัดการตามเกณฑ์ทุกราย ในจำนวนนี้มี 2 คนที่ความปวดไม่บรรเทา พยาบาลจึงมีการประเมินปัจจัยหรืออาการรบกวนที่ทำให้ยังคงมีความปวดอยู่ การจัดการโดยการรายงานแพทย์ และแพทย์มีแผนการรักษา หลังจากจัดการอาการรบกวนแล้วความปวดลดลง

ผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ และบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคนประเมินความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งโดยรวมและรายด้านที่แนวปฏิบัติสามารถช่วยให้ประเมินความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างครอบคลุม มีความสะดวกและง่ายต่อการใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ช่วยทำให้คุณภาพการดูแลและจัดการความปวดของผู้ป่วยดีขึ้น

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผลการทดสอบแสดงว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

คุณภาพของแนวปฏิบัติ การพัฒนาแนวปฏิบัติผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติขององค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก 5 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวด 4) การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความปวด และ 5) การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพ แต่ละหมวดประกอบด้วยข้อเสนอแนะที่ดี น่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงานและอยู่ในขอบเขตวิชาชีพทางการพยาบาล ระดับของข้อเสนอแนะระดับ A ถึง D ซึ่งมีความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงาน สำหรับแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาได้ในการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปวดโรคมะเร็งที่ผ่านมาคือมีหมวดของการประเมินอาการรบกวนที่ส่งผลให้ความปวดเพิ่มขึ้น และการจัดการอาการรบกวน ดังจะเห็นจากการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดในระยะประเมินผลที่มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการหายใจเหนื่อย และท้องผูก หลังจากได้รับการจัดการอาการรบกวน พบว่าความปวดบรรเทาลง

สำหรับการจัดการความปวดเป็นปัญหาซับซ้อนซึ่งต้องได้รับการจัดการโดยสหสาขาวิชาชีพสำหรับแนวปฏิบัติฯ นี้จะเห็นได้ว่ามีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล และการพัฒนาได้เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรซึ่งวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมเป็นผลพลอยได้จากการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ นี้

ผลการทดสอบความเป็นไปได้ ผู้วิจัยอธิบายการทดสอบความเป็นไปได้ตามแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI])[26] 4 ด้าน ดังนี้

ด้านประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ (effectiveness) ผลการวิจัยพบว่าสามารถบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ซึ่งการจัดการปวดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยเริ่มจากการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม[25] โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานน่าเชื่อถือ การแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดเพื่อให้เกิดการจัดการความปวดที่เหมาะสมตามบันไดขั้นความปวดขององค์การอนามัยโลก[11] ร่วมกับการจัดการกับอาการรบกวนอื่น ๆ ที่ทำให้สามารถบรรเทาอาการให้กับผู้ป่วยได้ ดังจะเห็นได้ว่าสามารถบรรเทาความปวดของผู้ป่วยให้ลดลงได้ทุกครั้ง

ด้านความเป็นไปได้ (feasibility) ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาได้ทุกข้อเสนอแนะ และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด นอกจากนี้แนวปฏิบัติฯ นี้ยังมีความง่าย ไม่ซับซ้อน และพบว่าสาระสำคัญส่วนใหญ่เป็นหน้าที่พื้นฐานของพยาบาล มีการสังเกตอาการข้างเคียงของยา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วยตนเอง การมีแนวปฏิบัติฯ นี้ทำให้มีการประเมินความปวดและการจัดการที่ชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งหน่วยงานยังมีความพร้อมและสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติจึงทำให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งลดความหลากหลายและเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาของแพทย์

ด้านความเหมาะสม (appropriateness) พบว่าแนวปฏิบัตินี้มีความเหมาะสมในแง่ของบริบทของหน่วยงานที่เป็นหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดในการดูแลรักษา และสอดคล้องกับประเด็นการส่งเสริมคุณภาพของหน่วยงานซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย แนวปฏิบัติฯ นี้ถือว่าเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาล ดังนั้น การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ได้มาตรฐานการพยาบาลที่ดี เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ส่งเสริมนวัตกรรมและการวิจัย

ด้านความมีคุณค่า (meaningfulness) การทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ พบว่า มีคุณค่าต่อผู้ป่วยและบุคลากร ได้แก่ 1) คุณค่าต่อผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติฯ บรรเทาความปวดลงได้ทุกรายและมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับมากที่สุด และ 2) คุณค่าต่อบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีแนวทางการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติขององค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก ทำให้ได้แนวปฏิบัติฯ ที่มีคุณภาพและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ดังแสดงให้เห็นจากผลลัพธ์ด้านคลินิกและด้านกระบวนการในขั้นตอนของการทดลองใช้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้ไปใช้และประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ โดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนที่มีการใช้แนวปฏิบัติฯและขณะที่มีการใช้แนวปฏิบัติฯ และประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิกและด้านกระบวนการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง บุคลากรหอผู้ป่วยพิเศษสุจิณโณ 14 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติฯ ให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

References

1. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of pain. BJA. 2008;101(1):17-24. https://doi.org/10.1093/bja/aen103
2. Jara C, Del Barco S, Grávalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). Clin Transl Oncol. 2017;20(1):97-107. https://doi.org/10.1007/s12094-017-1791-2 PMID: 29127593
3. Cancer Research UK. Causes and types of cancer pain. 2024. Available from: https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/physically/cancer-and-pain-control/causes-and-types
4. Russo MM, Sundaramurthi T. An overview of cancer pain: epidemiology and pathophysiology. Semin Oncol Nurs. 2019;35(3):223-8. https://www.doi: 10.1016/j.soncn.2019.04.002 PMID: 31085106
5. Pichayapanich P, Chayangsu C. Management of cancer pain for internist. Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospitals. 2021;36(2):475-84. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/252946/172037 (in Thai)
6. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019;17(8):977-1077. https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038 PMID: 31390582
7. van Veldhoven, LM, Novy DM. Psychosocial assessment and treatment for patients with cancer pain. In: Gulati A, Puttanniah V, Bruel B, Rosenberg W, Hung J. editors. Essentials of interventional cancer pain management. Cham (Switzerland): Springer; 2019. p. 451-62. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-99684-4_49
8. Banthip K, Pechratchatachat A. Spiritual nursing dimension for chronically patient in community. Songkhla: PC Prospect; 2016.
9. Chi NC, Demiris G. Family caregivers' pain management in end-of-life care: a systematic review. Am J Hosp Palliat Care. 2017;34(5):470-85. https://doi.org/10.1177/1049909116637359 PMID: 26975303
10. National Cancer Institute. Coping with cancer. 2021. Available from: https://www.cancer.gov/about-cancer/coping
11. World Health Organization. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
12. Taiwong A, Tilakarayasrup S, Srichunchai J, Jantasin B, Relachati C, Kakarndee A, et al. Innovative development for the assessment and management of pain using the evidence based practice. Mahasarakham Hospital Journal. 2018;15(1):167-75. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/195200/135697 (in Thai)
13. Thongchai C. Clinical practice guidelines development. The Thai Journal of Nursing Council. 2012;20(2):63-76. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2245/1883 (in Thai)

14. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: resource toolkit for guideline adaptation, version 2.0. Hamilton (Canada): Guideline International Network; 2010. Available from: https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf
15. McCaffery M, Beebe A. Pain: clinical manual for nursing practice. Maryland: Mosby; 1989.
16. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet. 1974;2(7872):81-4. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0 PMID: 4136544
17. Maharaj Nakorn Chaing Mai Hospital, Nursing Department, Palliative care committee. Palliative performance scale for adult Suandok (PPS-Adult Suandok); 2008. Available from: http://hsmi2.psu.ac.th/food/upload/forum/7_Suandok_s_Palliative_care_model_5.60.pdf (in Thai)
18. National Health and Medical Research Council. How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies. Canberra (Australia): Biotext; 2000. Available from: https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/2018-03/how-to-put-the-evidence-into-practice-implementation-and-dissemination.pdf
19. Lasuka D. Clinical practice guidelines adaptation: concept and process. Nursing Journal. 2013;40(Suppl 2): 97-104. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/19087/16790 (in Thai)
20. Ball CM, Phillips RS, editors. Acute medicine: evidence-based on-call. Edinburgh (United Kingdom): Churchill Livingstone; 2001.
21. Ministry of Public Health, Department of Medical Services, Institute of Medical Research & Technology Assessment. Appraisal of guidelines for research & evaluation II: AGREE II (Thai version). Nonthaburi: Institute of Medical Research & Technology Assessment; 2013. Available from: http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf (in Thai)
22. Cohen J. Weighed kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. Psychol Bull. 1968;7(4):213-20. https://doi.org/10.1037/h0026256 PMID: 19673146
23. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for hospitals. 7th ed. Illinois: Oakbrook Terrace; 2021.
24. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. Cancer. 2000;88(9):2164-71. https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000501)88:9%3C2164::aid-cncr24%3E3.0.co;2-5 PMID: 10813730
25. Minello C, George B, Allano G, Maindet C, Burnod A, Lemaire A. Assessing cancer pain- the first step toward improving patient's quality of life. Supportive Care in Cancer. 2019;27(8):3095-3104. https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-04825-x
26. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2008 edition. Adelaide (Australia): Joanna Briggs Institute; 2008.