



ความปวด การจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสี
ชนิดอัตราแผล่ปริมาณรังสีสูง
**Pain, Pain Management and Needs of Pain Relief Support Among
Patients with Cervical Cancer Undergoing
High-Dose-Rate Brachytherapy**

ประจวบ หนูอุไร
Prachuap Noourai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความปวด การจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทา
ปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสี
ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

ผู้เขียน นางประจวบ หนูอุไร

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

.....
(ประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

.....
(ดร.ลัทพณา กิจรุ่งโรจน์)

..... กรรมการ
(ดร.ลัทพณา กิจรุ่งโรจน์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ น.พ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความปวด การจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
ผู้เขียน	นางประจวบ หนูอุไร
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2552

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความปวด การจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 63 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สอบถามทุกครั้งที่รับการรักษาคือก่อนและหลังการใส่แร่ โดยตามย้อนหลังในขั้นตอนขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ ระหว่างนอนรอและใส่แร่ และขณะถอดเครื่องมือแบบสอบถามมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบบันทึกความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามวิธีการจัดการความปวด และแบบสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51 ปี เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ 1-3 มีระดับความปวดสูงสุดขณะแพทย์ใส่เครื่องมือโดยปวดปานกลางถึงรุนแรงทุกครั้งที่มารับการใส่แร่ $\bar{X} = 6.00$ (SD = 2.12) ถึง $\bar{X} = 6.43$ (SD = 2.15) ความปวดลดลงเป็นลำดับขณะนอนรอและใส่แร่ $\bar{X} = 4.51$ (SD = 2.37) ถึง $\bar{X} = 4.87$ (SD = 1.99) และขณะถอดเครื่องมือ $\bar{X} = 3.37$ (SD = 1.78) ถึง $\bar{X} = 3.80$ (SD = 1.46) ส่วนใหญ่ร้อยละ 98 ได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอล หนึ่ง กรัม รับประทานก่อนใส่แร่ 30 นาที และร้อยละ 2 ได้รับยาแก้ปวดชนิดอื่นๆ การจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาซึ่งมีความถี่การใช้มากในทุกขั้นตอนของการใส่แร่ คือ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ การทำจิตใจให้เข้มแข็ง ออกทน การสวดมนต์ และพบว่าระหว่างนอนรอและใส่แร่ และขณะถอดเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมด้วย ส่วนความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด สาม อันดับแรกจากแพทย์ ได้แก่ การใส่เครื่องมือด้วยความนุ่มนวล การนวดเบาๆ แก้วปวดก่อนใส่เครื่องมือและการให้ยาแก้ปวดที่ลดปวดได้ดี ความช่วยเหลือจากพยาบาล ได้แก่ การให้กำลังใจโดยการสัมผัสและพูดคุย

การชวนพูดคุย และการช่วยปลอบใจแสดงความห่วงใยเอาใจใส่ ส่วนจากเจ้าหน้าที่อื่นๆ มีความต้องการ
ในลักษณะเดียวกันกับพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีความปวดจากการใส่แร่ปานกลางถึงรุนแรง การให้ยาแก้ปวด
พาราเซตามอลในขณะนี้อาจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองและ
ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาครั้งนี้นำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนา
การจัดการความปวดแก่ผู้รับบริการของหน่วยงานต่อไป

Thesis Title Pain, Pain Management, and Needs of Pain Relief Support Among Patients with Cervical Cancer Undergoing High-Dose-Rate Brachytherapy

Author Mrs Prachuap Noourai

Major Program Adult Nursing

Academic Year 2009

ABSTRACT

The purposes of this descriptive study were to investigate pain, pain management, and needs for pain relief support among patients with cervical cancer undergoing high-dose-rate (HDR) brachytherapy. The sample consisted of 63 patients with cervical cancer receiving treatment at the Division of Therapeutic Radiology, Songklanagarind Hospital. Data were collected and validated at each time point of treatment: before insertion, and during applicator insertion, the waiting period and applicator removal. The questionnaire consisted of four parts: Demographic and Health-related Data Form, Pain Record Form, Pain Management Questionnaire, and Needs for Pain Relief Support Questionnaire.

The subjects' mean age was 51 years. They were diagnosed with stage 1-3 cervical cancer. They reported moderate to severe pain every time the applicator was inserted, $\bar{X} = 6.00$ (SD = 2.12) to $\bar{X} = 6.43$ (SD = 2.15). The pain decreased during the waiting period, $\bar{X} = 4.51$ (SD = 2.37) to $\bar{X} = 4.87$ (SD = 1.99) and at applicator removal, $\bar{X} = 3.37$ (SD = 1.78) to $\bar{X} = 3.80$ (SD = 1.46). Nearly all patients (98%) received one gram of paracetamol orally 30 minutes prior to the start of the HDR procedure. They used several methods to relieve the pain. The most common methods were deep breathing, endurance, and prayer. In addition, at the waiting period and applicator removal, muscle relaxation was used predominantly. Throughout the steps of treatment procedure across time points, subjects reported the need for pain relief support from health care personnel. They requested doctors to apply the applicators gently, and provide local anesthetic injection and more effective pain medication. They wanted the nurses to provide mental support through touch and dialogue in a caring manner. They also indicated similar needs for support from other personnel.

Patients with cervical cancer undergoing HDR brachytherapy experienced moderate to severe pain. The current practice of pain control using only paracetamol may be inadequate. The patients had tried to self-manage their pain and requested additional support from physicians, nurses and other personnel. These findings call attention to the need for further improvement in the quality of care.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยการได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และดร.ลัทพณา กิจรุ่งโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาข้อคิดเห็นและคอยชี้แนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้กำลังใจด้วยดีเสมอมาผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ น.พ.เต็มศักดิ์ พิ้งรัมย์ รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่องวัฒนา รองศาสตราจารย์สุริย์พร กฤษเจริญ ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดอันเป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คุณกานดาศรี ตูลาธรรมกิจ ที่ให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจเป็นอย่างดีเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยสงขลานครินทร์กรุณาให้ทุนสนับสนุนในการศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดาและดวงวิญญาณของบิดาที่เป็นตัวอย่างที่ดีเลิศคอยปลุกฝังให้เป็นคนดี มีความมานะพากเพียร และขอขอบคุณครอบครัวที่เสียสละเวลาเป็นกำลังใจมาโดยตลอด รวมถึงเพื่อนๆ ร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและคอยเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันมาโดยตลอด

ประจวบ หนูอุไร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
สารบัญตาราง.....	(10)
สารบัญภาพ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	
โรคมะเร็งปากมดลูกและการรักษาด้วยรังสีรักษา.....	10
ความปวดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด.....	22
การจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดย การใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง.....	27
ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
	(8)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
บทที่ 4 ผลการวิจารณ์และการอภิปรายผล.....	45
ผลการวิจัย.....	45
อภิปรายผลการวิจัย.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	71
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก.....	84
ก การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย.....	85
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	88
ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	111
ประวัติผู้เขียน.....	112

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	46
2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างของข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย.....	48
3 เปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้สึกกังวล กับความปวดจากการใส่แร่ ด้วยสถิติฟีรด์แมนไคแควร์.....	50
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาในขั้นตอนต่างๆของการใส่แร่	51
5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงความปวดของ กลุ่มตัวอย่างที่ใส่แร่.....	53
6 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของความปวด ในการใส่แร่.....	54
7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการความปวด ด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา.....	56
8 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้เหตุผลในการเลือกใช้วิธีการจัดการกับ ความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา.....	58
9 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานผลการใช้วิธีการจัดการกับความ ปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา.....	59
10 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาความ ปวดจากเจ้าหน้าที่ขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่.....	61
11 ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ การใส่แร่.....	62

สารบัญภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 เครื่องมือใส่แร่.....	20
2 กราฟค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดในการใส่แร่แต่ละครั้ง.....	55

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 500,000 ราย ในจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จะเสียชีวิตประมาณ 250,000 ราย (Shapiro, Ottolenghi, Clatrical, & Petitpierre, 2006) ในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในสตรี (Srivatanakul, 2007) สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ พบว่าจำนวนสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกและมารับการรักษาสูงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม คือ ในปี พ.ศ. 549-2551 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ร้อยละ 16.3, 15.5 และ 15.5 ตามลำดับ (Songklanagarind Cancer Center, 2008)

การรักษามะเร็งปากมดลูกปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และการให้ยาเคมีบำบัด (วสันต์ และคณะ, 2549; Levenback, 2002) รังสีรักษาเป็นหนึ่งในการรักษาที่นิยมใช้รักษาในมะเร็งปากมดลูกและสามารถรักษาได้ทุกระยะของโรค เพื่อหวังผลหายขาดในระยะเริ่มต้น และเพื่อบรรเทาอาการในระยะลุกลามหรือแพร่กระจาย (เต็มศักดิ์, 2546; Wollschlaeger, Connell, Waggoner, Rotmensch & Mundt, 2000) วิธีการรักษาของรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีสองวิธี คือ การฉายรังสีจากภายนอก ร่วมกับการใส่แร่ (พีรพงศ์ และชัยยศ, 2548; Ahamad & Jhingran, 2004; Lertsanguansinchai et al., 2004; Proud, 2007) เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่ต้องใช้ปริมาณรังสีมาก การฉายรังสีจากภายนอกโดยให้ปริมาณรังสีจำนวนมากอย่างเดียวไม่สามารถกระทำได้เพราะทำให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะข้างเคียง ดังนั้นจึงต้องใช้การใส่แร่ร่วมด้วย (วิชาญ, 2544) การใช้ทั้ง สอง วิธีร่วมกันทำให้ประสิทธิผลของการรักษาดีขึ้น (Novetsky et al., 2007; Patel, Rai, Mallick, & Sharma, 2005)

การใส่แร่เป็นการนำสารกัมมันตภาพรังสีที่เป็นจุดกำเนิดของรังสีเข้าไปยังบริเวณมะเร็งในตัวผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์ที่ออกแบบเฉพาะและให้รังสีปริมาณสูงไปยังก้อนมะเร็งโดยตรง (ดวงใจ, 2544; Gosselin & Waring, 2001; Lorvidhaya et al., 2000; Nag et al., 2000) ทำให้การรักษา มีประสิทธิภาพ และได้ผลดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อต้องการรักษาให้หายขาด (Smith, Todd, & Symonds, 2002) ในอดีตการใส่แร่เป็นชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีต่ำ (low dose rate: LDR) ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน ต่อมามีการพัฒนาการใส่แร่เป็นชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง (high dose rate: HDR) โดย

การใส่แร่ HDR มีข้อได้เปรียบมากกว่าการใส่แร่ LDR เนื่องจากสะดวกใช้ระยะเวลาในการรักษาสั้น ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล เครื่องมือมีขนาดเล็กกว่าเดิม การใส่แร่สามารถกระทำได้ตั้งแต่ขณะฉายรังสีประมาณ 2-4 สัปดาห์ โดยไม่ต้องรอให้ฉายรังสีเสร็จสิ้นเหมือนการใส่แร่ LDR ทำให้ระยะเวลาการรักษาสั้นลง (Nag et al.) ในการใส่แร่ HDR ใส่สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3-6 ครั้ง (วิชาญ, 2544; Viswannathan & Petereit, 2007) และประสิทธิภาพการรักษาไม่แตกต่างกับการใส่แร่ LDR (Ahamad & Jhingran, 2004; Proud, 2007) ซึ่งได้รับการยอมรับจากสมาคมรังสีรักษา (Radiation Therapy Oncology Group: RTOG) และกลุ่มมะเร็งนรีเวช (Gynecologic Oncology Group: GOG) ถึงมาตรฐานในการรักษาเท่าเทียมกับการใส่แร่ LDR (Novetsky et al., 2007) ดังนั้นการใส่แร่ HDR จึงเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในยุโรปและเอเชีย ตั้งแต่ ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา (Lorvidhaya et al., Wang et al., 2004)

แม้ว่า HDR มีประสิทธิภาพในการรักษาก็ตาม แต่กระบวนการใส่แร่จะต้องสอดใส่เครื่องมือที่มีลักษณะเฉพาะเข้าไปในช่องคลอดและมดลูกเป็นการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก และประสาทพาราซิมพาเทติกทำให้เกิดอาการปวดอวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกรานและหลังส่วนล่าง (Smith et al., 2002) และในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยจะต้องนอนนิ่งๆ ทำเฉียดตลอดกระบวนการรักษาเพื่อให้เครื่องมืออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม (วิชาญ, 2544; Wamock, 2005) ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการรักษา เช่น มีความกลัว วิดกกังวล ปวดและไม่สุขสบาย เป็นต้น จากการศึกษาของโรลลิสันและสเตรงก์ (Rollison & Strang, 1995) เรื่องความปวดอาการคลื่นไส้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะใส่แร่ พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 65 มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของไทเรียและฮอสกิน (Tyrie & Hoskin, 1996) ซึ่งพบว่าขณะทำหัตถการใส่แร่ผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงถึง ร้อยละ 26 และผลจากการศึกษาเรื่องประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่แร่ชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีต่ำ จำนวน 10 ราย ของอรพินท์ (2544) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าช่วงขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือเข้าสู่ช่องคลอดผู้ป่วยรายงานว่ามีความปวดในระดับรุนแรงและได้เปรียบเทียบความปวดที่เกิดขึ้นว่าคล้ายกับการเจ็บคลอดลูก แต่มีความรุนแรงมากกว่าโดยให้ระดับคะแนนความปวด 8-10 คะแนน และตำแหน่งที่รู้สึกปวด คือ ช่องคลอดและรู้สึกเลี้ยวไปถึงหน้าท้อง

แม้ว่าผู้ป่วยจะรายงานว่ามีความปวดจากกระบวนการใส่แร่ แต่ความปวดดังกล่าวยังไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากรทีมสุขภาพเท่าที่ควรแม้แต่ในส่วนของแพทย์รังสีรักษาเองก็ตาม ยังให้ความสำคัญเรื่องการจัดการความปวดน้อย จากการสำรวจของสมาคมรังสีรักษา (RTOG) ในเรื่องการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งในแพทย์รังสีรักษา จำนวน 92 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83 ให้ความสำคัญเรื่องการจัดการความปวดน้อย และร้อยละ 40 ให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยใน

ระดับน้อยถึงปานกลาง โดยร้อยละ 77 ทั้งนี้ได้ให้เหตุผลว่ามีการประเมินความปวดไม่ดี ร้อยละ 60 บอกว่า เพราะผู้ป่วยเองไม่ได้บอกแพทย์ว่าปวด และร้อยละ 40 ยอมรับว่าแพทย์ผู้ดูแลไม่มีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการจัดการความปวด (Cleeland, Janjan, Scott, Seiferheld, & Curran, 2000) ถึงแม้สมาคมการใส่แร่แห่งอเมริกา (The American Brachytherapy Society) ได้เสนอแนวทางการจัดการความปวดจากการใส่แร่ HDR โดยให้ใช้ยาฉีดระงับความปวดบริเวณรอบๆ ปากมดลูก (paracervical block) และยาระงับปวดทางไขสันหลัง (spinal block) แต่ในทางปฏิบัติพบว่าแพทย์บางท่านก็ยังไม่ได้ให้ยาดังกล่าวแก่ผู้ป่วย (Nag et al., 2000) จากประสบการณ์ผู้วิจัย พบว่าในทางปฏิบัติหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คือ ก่อนการใส่แร่ HDR ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดเป็นพาราเซตามอล (paracetamol) 500 มิลลิกรัม สองเม็ดเท่านั้น หลังจากนั้นระหว่างการรักษาถ้าผู้ป่วยปวดมากพยาบาลก็จะประเมินอาการปวดและรายงานแพทย์เพื่อสั่งยาแก้ปวดเพิ่มเป็นรายกรณี ยาแก้ปวดที่ให้ ได้แก่ ทรามาดอล (tramadol) หรือมอร์ฟิน (morphine) เป็นต้น

ความปวดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน โดยเฉพาะผลกระทบต่ออารมณ์ได้แก่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว โกรธ คับข้องใจ ซึมเศร้า และมีความคิดในทางลบ (Wade & Hart, 2002) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ส่งผลให้มีความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานมากขึ้น (วารสาร, 2547) จากการศึกษาของอมรพันธ์ (2549) พบว่าความปวดส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในมิติต่างๆ คือ ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์ ด้านสังคมวัฒนธรรมและด้านความคิด ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองในหลายวิธี เช่น จากการศึกษาของวิลจิจและฟิทซ์ (Velji & Fitch, 2001) เรื่องประสบการณ์ผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ LDR พบว่าผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความปวดโดยการใช้ความอดทน และยอมรับความปวดเพื่อเป้าหมายให้ผลการรักษาออกมาดีที่สุด และจากการศึกษาของอรพินธ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ LDR มีวิธีการจัดการกับความปวด สี่วิธี ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การพยายามอยู่นิ่งๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อไม่เกร็งขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ และการใช้ความอดทนส่วนสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจาก พยาบาล ได้แก่ การช่วยเหลือดูแลในเรื่องการจัดการความปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ จากกระบวนการใส่แร่ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องการความเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจ (Wormock, 2005) และต้องการการได้รับการอธิบายในเรื่องข้อมูลการใส่แร่อย่างเพียงพอและครบถ้วนครอบคลุมในเรื่องขั้นตอนการใส่แร่ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นและการดูแลตนเองหลังรับการใส่แร่ (Gosselin & Waring, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษา เรื่อง ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ชนิด HDR ยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและระยะเวลาในการรักษาของแต่ละครั้งสั้น (Proud, 2007)

อาจทำให้บุคคลากรมองข้ามประเด็นปัญหาความปวดดังกล่าวโดยจะไปให้ความสำคัญเกี่ยวกับเทคนิค ขั้นตอน และกระบวนการการรักษา (Lertsanguansinchai et al., 2004) แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่แร่ชนิด LDR ในเชิงคุณภาพแล้วก็ตามเนื่องแต่การใส่แร่ LDR และการใส่แร่ HDR มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากการใส่แร่ LDR ทำในห้องผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดโดยการดมยาสลบหรือการฉีดยาระงับปวดทางไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับปวดจากการใส่เครื่องมือแต่อย่างใด แต่การใส่แร่ HDR ทำในห้องหัตถการผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดโดยการดมยาสลบหรือการฉีดยาระงับปวดทางไขสันหลังแต่อย่างใดจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเรื่องความปวดการจัดการความปวดและความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR อย่างต่อเนื่องของการใส่แร่ในแต่ละครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสอดคล้องตามปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความปวดการจัดการความปวดและความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนพัฒนาการดูแลร่วมกับแพทย์และบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือและบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตภาพรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
 - 1.1 ระดับความรุนแรงความปวด
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงความปวดในแต่ละครั้งของการใส่แร่
2. เพื่อศึกษาการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตภาพรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
 - 2.1 วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา
 - 2.2 วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในแต่ละครั้งของการใส่แร่
3. เพื่อศึกษาความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตภาพรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
 - 3.1 ประเภทของความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด

3.2 ประเภทของความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดในแต่ละครั้งของการใส่แร่

คำถามวิจัย

1. ระดับความรุนแรงและการเปลี่ยนของระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตภาพรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

1.1 ความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับใด

1.2 การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงความปวดในแต่ละครั้งของการใส่แร่เป็นอย่างไร

2. วิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตภาพรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

2.1 วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยามีอะไรบ้าง

2.2 วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในแต่ละครั้งของการใส่แร่มีอะไรบ้าง

3. ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตภาพรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

3.1 ประเภทของความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดมีอะไรบ้าง

3.2 ประเภทของความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดในแต่ละครั้งของการใส่แร่มีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model: SMM) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยกรอบแนวคิดดังกล่าวได้กล่าวถึงมโนทัศน์หลักสามมโนทัศน์ ดังนี้ คือ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) การจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcomes) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ ได้แก่ (1) การรับรู้อาการ (perception of symptoms) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่ออาการ หมายถึง บุคคลรับรู้และรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ที่เคยเป็น (2) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) เป็นการประเมินความหมายของอาการ หมายถึง บุคคลประเมินอาการโดยตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุการรักษาและผลกระทบ และ (3) การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) หมายถึง การตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. การจัดการกับอาการ เป้าหมายของการจัดการอาการ เพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้วิธีการดูแลตนเอง และต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์อาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่วิธีการจัดการอาการ การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้วิธีการอย่างไร และเหตุผลของการใช้วิธีการนั้นๆ

3. ผลลัพธ์เป็นผลมาจากการจัดการอาการของผู้ป่วยซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วยด้วยโดยพิจารณาจาก (1) สภาพอาการเป็นอย่างไร (2) การทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นหรือไม่ (3) สภาพอารมณ์ดีขึ้นหรือเลวลง (4) ค่าใช้จ่ายเป็นอย่างไรคุ้มค่า หรือไม่ (5) มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นหรือไม่ (6) มีอันตรายต่อชีวิตเพิ่มขึ้นหรือไม่ (7) คุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร และ (8) มีการดูแลตนเองอย่างไร

มโนทัศน์หลักทั้งสามมโนทัศน์ มีความเป็นพลวัต กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง เมื่อได้รับการหัตถการการใส่แร่ครั้งแรกก็เกิดประสบการณ์มีการจัดการความปวด และเมื่อได้รับหัตถการการใส่แร่ครั้งต่อไปก็มีการพัฒนากลยุทธ์ ในการจัดการกับความปวดนำไปสู่การจัดการความปวดที่ดียิ่งขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง มีความทุกข์ทรมานจากการรักษา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่างๆ มากมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดที่ได้รับจากกระบวนการใส่แร่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีวิธีการจัดการอาการปวดด้วยตนเองที่ไม่ซ้ำๆ ที่มีความเฉพาะและแตกต่างกันออกไป ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเดียวกันและได้รับการรักษาแบบเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น มีการประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ และการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกวิธีการจัดการกับความปวดรวมทั้งการประเมินผลการจัดการกับความปวดก็ย่อมไม่เหมือนกัน และประสบการณ์ดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับความปวดให้ดียิ่งๆ ขึ้นในการใส่แร่ครั้งถัดไป และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือความปวดทุเลาลง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา อาการปวด

การจัดการความปวดและความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

นิยามศัพท์

ความปวด หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการปวดในแต่ละครั้งของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงโดยใช้มาตรวัดความรุนแรงความปวดชนิดตัวเลข (numeric rating scale: NRS) โดยวัดระดับความรุนแรงของความปวดก่อนเข้าทำหัตถการการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และหลังทำหัตถการโดยการถามย้อนหลังใน สาม ช่วงเวลา คือขณะแพทย์ใส่เครื่องมือขณะนอนรอเพื่อคำนวณปริมาณรังสีและใส่แร่ และขณะถอดเครื่องมือ

การจัดการกับความปวด หมายถึงวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อจัดการอาการปวดโดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการปวดโดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด หมายถึง ประเภทและชนิดของความต้องการการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักฟิสิกส์ นักรังสีการแพทย์และพนักงานรังสีเทคนิคในการช่วยบรรเทาปวดสามารถวัดได้โดยใช้คำถามปลายเปิด

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความรุนแรงความปวด วิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาและประเภทของความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง โดยศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เป็นการเสนอความรู้เชิงประจักษ์ทางคลินิกในเรื่องความปวด เพื่อการพัฒนางานด้านวิจัยทางการพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปวางแผนพัฒนากุลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับการรักษาใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรุนแรงของความปวด วิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา และประเภทความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูกและการรักษาด้วยรังสีรักษา
 - 1.1 ความหมายและสาเหตุโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.2 การแบ่งระยะของโรคทางคลินิก
 - 1.3 การรักษา มะเร็งปากมดลูก
 - 1.4 รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
 - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาและการใส่แร่
2. ความปวดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด
 - 2.1 ความหมายของความปวด
 - 2.2 ทฤษฎีความปวด
 - 2.3 ชนิดของความปวด
 - 2.4 เครื่องมือประเมินความปวด
3. การจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ
 - 3.2 ความปวดและการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
4. ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

โรคมะเร็งปากมดลูกและการรักษาด้วยรังสีรักษา

ความหมายและสาเหตุโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก หมายถึง การที่เซลล์บุผิว (epithelial cells) บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ผิดปกติ ทั้งขนาด รูปร่าง และองค์ประกอบภายในเซลล์อย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์ที่ผิดปกติดังกล่าวสามารถแทรกทำลายเนื้อเยื่อปกติเนื้อเยื่อข้างเคียง และแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆทางหลอดเลือดและระบบน้ำเหลือง (Shapiro et al., 2006)

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุสำคัญเท่าที่วิทยาการทางการแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบันคือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมา (Human Papilloma Virus or HPV) บริเวณอวัยวะเพศโดยเฉพาะปากมดลูก มีการศึกษาโดยการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวนมากกว่า 1,000 ราย ใน 22 ประเทศ รวมทั้งจากประเทศไทย พบ ดี เอ็น เอ ของไวรัสชนิดนี้สูงถึง ร้อยละ 99.7 (จตุพล, 2547) ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ซึ่งเป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้ปากมดลูกมีโอกาสติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมามากขึ้นหรือง่ายขึ้น ได้แก่ เชื้อชาติ พบว่าอัตราการเกิดโรคนี้นั้นในชนผิวเหลืองและผิวดำมากกว่าในชนผิวขาว การมีเพศสัมพันธ์และมีบุตรตั้งแต่อายุน้อย มีเศรษฐกิจต่ำ การสูบบุหรี่ การติดเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ซิฟิลิส เป็นต้น การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกทำได้โดยการตรวจเซลล์จากปากมดลูก (papanicolaou smear) และการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา อย่างไรก็ตามการตรวจเซลล์จากปากมดลูกเพียงอย่างเดียวยังไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะสภาวะบางอย่าง เช่นการอักเสบ การติดเชื้อวัณโรค อาจทำให้พบผลการตรวจคล้ายมะเร็งปากมดลูกมาก (สมเกียรติและณัฐพงศ์, 2542)

อาการของโรคมะเร็งปากมดลูกมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยเริ่มจากก่อนลุกลามซึ่งจะไม่มีอาการผิดปกติ และสามารถตรวจพบได้โดยการตรวจคัดกรอง อาการเริ่มแรกคือจะมีเลือดออกภายหลังมีเพศสัมพันธ์ แต่ในระยะนี้ผู้ป่วยมักไม่ไปพบแพทย์ ต่อมาเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้นมีเลือดออกโดยไม่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และเมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น มะเร็งแพร่กระจายไปกระเพาะปัสสาวะจะพบว่ามีอาการปัสสาวะปนเลือด และเมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปยังหลอดเลือดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน ผู้ป่วยจะมีอาการขาบวมเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดดำหรือหลอดน้ำเหลือง หรือเมื่อมีการแพร่กระจายไปยังกระดูกจะมีอาการปวดหลังหรือปวดกระดูกซึ่งมักพบในระยะท้ายของโรค (พีรพงศ์และชัยยศ, 2548; สุรินทร์และชัยยศ, 2544)

การแบ่งระยะของโรคทางคลินิก

การแบ่งระยะของโรคทางคลินิกของมะเร็งปากมดลูกจะแบ่งตามตามความรุนแรงหรือการลุกลามของเซลล์มะเร็ง (clinical stage) ซึ่งมีแนวทางในการกำหนดระยะของโรค คือ การตรวจร่างกาย การตรวจทางคลินิก การตัดชิ้นเนื้อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาในกรณีที่มีปัญหาในการกำหนดระยะของโรคให้กำหนดเป็นระยะที่ต่ำกว่า (วสันต์และคณะ, 2549) โดยสหพันธ์สูติรีแพชชันนานาชาติ (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ได้แบ่งระยะของโรคเป็นห้าระยะ ดังนี้ (National Comprehensive Cancer Network: NCCN, 2010)

1. ระยะ 0 หรือ Carcinoma In Situ หมายถึง มะเร็งปากมดลูกอยู่ในที่เดิมก่อนระยะลุกลาม
2. ระยะ I หมายถึง มะเร็งจำกัดอยู่ในปากมดลูกเท่านั้น
 - 2.1 ระยะ IA หมายถึง มะเร็งที่มีอาการทางคลินิกไม่ชัดเจนการตรวจพบมะเร็งโดยการส่องกล้องจุลทรรศน์
 - 2.1.1 ระยะ IA1 หมายถึง การลุกลามของมะเร็งมีความลึกสาม มิลลิเมตรหรือน้อยกว่า และกว้างไม่เกิน เจ็ด มิลลิเมตร
 - 2.1.2 ระยะ IA2 หมายถึง การลุกลามของมะเร็งมีความลึกมากกว่า สาม มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน ห้า มิลลิเมตร และกว้างไม่เกิน เจ็ด มิลลิเมตร
 - 2.2 ระยะ IB หมายถึง การลุกลามของมะเร็งยังจำกัดอยู่ในปากมดลูกแต่ใหญ่กว่าระยะ IA2
 - 2.2.1 ระยะ IB1 หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็ง ลีเซนติเมตรหรือเล็กกว่า
 - 2.2.2 ระยะ IB2 หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งใหญ่กว่า ลี เซนติเมตร
3. ระยะ II หมายถึง มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูกแต่ไม่ถึงผนังของอุ้งเชิงกรานหรือมะเร็งลุกลามลงมาส่วนล่างแต่ไม่ถึงหนึ่งในสาม ของช่องคลอด
 - 3.1 ระยะ IIA หมายถึง มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูกไม่มีการลุกลามไปพารามิเทรียม (parametrium)
 - 3.2 ระยะ IIB หมายถึง มะเร็งลุกลามออกนอกปากมดลูก มีการลุกลามไปยังพารามิเทรียมชัดเจน
4. ระยะ III หมายถึง มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกรานหรือมะเร็งลุกลามถึงส่วนล่าง หนึ่ง ใน สาม ของช่องคลอดหรือมีภาวะไตบวมน้ำหรือไตไม่ทำงานซึ่งเกิดจากตัวมะเร็ง

4.1 ระยะเวลา IIIA หมายถึง มะเร็งลุกลามมาถึงส่วนล่าง หนึ่งในสาม ของช่องคลอด แต่ยังไม่ถึงผนังของอุ้งเชิงกราน

4.2 ระยะเวลา IIIB หมายถึง มะเร็งลุกลามถึงผนังของอุ้งเชิงกรานและ/หรือมีภาวะไตบวม น้ำ หรือไตไม่ทำงานจากตัวมะเร็ง

5. ระยะเวลา IV หมายถึง มะเร็งลุกลามแพร่กระจายออกนอกอุ้งเชิงกราน

5.1 ระยะเวลา IVA หมายถึง มะเร็งลุกลามแพร่กระจายไปยังเยื่ออุ้งกระเพาะปัสสาวะ หรือลำไส้ตรงและ/หรือลุกลามแพร่กระจายออกนอกอุ้งเชิงกราน

5.2 ระยะเวลา IVB หมายถึง มะเร็งลุกลามแพร่กระจายไปอวัยวะห่างไกล

การรักษา มะเร็งปากมดลูก

การรักษา มะเร็งปากมดลูก มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินการของโรค ความพร้อมของสถาบัน และความสามารถของแพทย์ผู้ดูแลรักษา นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและความต้องการมีบุตร วิธีการรักษา มะเร็งปากมดลูก แบ่งออกได้สี่วิธี ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

1. การผ่าตัด ใช้สำหรับมะเร็งปากมดลูกระยะ I เป็นส่วนใหญ่และระยะ II ในบางราย
2. รังสีรักษา ใช้รักษาได้ทุกระยะของมะเร็งปากมดลูก
3. เคมีบำบัด ใช้ในระยะลุกลามมาก และในกรณีมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น
4. การรักษา ร่วม โดยให้หลายวิธีร่วมกัน เช่น รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา หรือการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาและเคมีบำบัด เป็นต้น

1. ระยะก่อนมะเร็ง

วิธีการรักษา คือ อาจทำการจี้ทำลายเยื่อ หรือการตัดบริเวณรอยโรคออก ซึ่งการจี้ทำลาย อาจใช้ด้วยความเย็น (cryosurgery) เลเซอร์ หรือไฟฟ้า ส่วนการตัดรอยโรคโดยการคว้านเอาปากมดลูกออกแบบกรวย (conization) อาจจะทำด้วยลวดไฟฟ้า (Loop electrosurgical excision procedure หรือ LEEP) การตัดด้วยเลเซอร์ หรือการตัดด้วยมีดโดยไม่แนะนำให้ตัดมดลูกออก กรณีกลับเป็นซ้ำแนะนำให้รักษาโดยการตัดปากมดลูกออกแบบกรวยไม่ควรรักษาการจี้ทำลายเยื่อ

2. ระยะเป็นมะเร็ง

วิธีการรักษาแบ่งตามระยะของโรค ดังนี้

2.1 มะเร็งระยะ IA1

การรักษา มะเร็งระยะ IA1 ขึ้นกับ (ก) ความต้องการมีบุตร (ข) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (Lymphovascular space invasion: LVIS) (ค) การตรวจพบรอยโรคที่ขอบชั้นเนื้อ (ง) ผลการตรวจภายในปากมดลูก (Endocervical curettage: ECC) และ (จ) ความสามารถของผู้ป่วยในการตรวจติดตามผลการรักษา การรักษาแบ่งออกเป็น สอง วิธี ดังนี้

1. การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย ในกรณีผู้ป่วยยังต้องการมีบุตรโดยที่ขอบของกรวยโดยรอบจะต้องตรวจไม่พบเซลล์มะเร็ง ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง รวมทั้งผลการตรวจภายในปากมดลูกให้ผลลบ และผู้ป่วยสามารถรับการตรวจติดตามผลการรักษาในระยะยาวได้

2. การผ่าตัดเอามดลูกออกทางหน้าท้องหรือทางช่องคลอดหรือผ่าตัดด้วยกล้อง ในกรณีผู้ป่วยไม่ต้องการมีบุตร หรือตรวจพบรอยโรคที่ขอบของชั้นเนื้อ หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง ผลการตรวจภายในปากมดลูกให้ผลบวกและผู้ป่วยไม่สามารถรับการตรวจติดตามผลการรักษาในระยะยาวได้ กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการทำผ่าตัดอาจพิจารณาให้รังสีรักษาโดยการใส่แร่

2.2 มะเร็งระยะ IA2

การรักษา ได้แก่ การผ่าตัด modified radical hysterectomy type 2 คือ การตัดมดลูกและปากมดลูกออกรวมถึงการตัดส่วนสำคัญที่เชื่อมต่อ คือ คาร์ดินัล ลิกกะเมนท์ (cardinal ligament) ออกครึ่งหนึ่งและตัดส่วนที่อยู่ติดกับยูเทอโรซาร์คัล ลิกกะเมนท์ (uterosarcal ligament) และส่วนบนของช่องคลอดหนึ่งในสามออก ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน ถ้าไม่มีการแพร่กระจายยังหลอดน้ำเหลือง อาจพิจารณาตัดพังผืดบริเวณ โดยรอบ ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานผ่านทางหน้าท้องหรือทางช่องคลอด กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการทำผ่าตัด หรือผู้ป่วยไม่เลือกการรักษาโดยการผ่าตัด เลือกการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยการฉายรังสีจากภายนอก ร่วมกับการใส่แร่

2.3 มะเร็งระยะ IB1, IIA

ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กกว่าสี่เซนติเมตร การรักษา ได้แก่ วิธีการผ่าตัด radical hysterectomy type 3 ซึ่งเป็นการตัดมดลูกออกรวมถึงการตัดเส้นเลือดแดงใหญ่ที่มาเลี้ยงมดลูก และกล้ามเนื้อส่วนที่ติดกับมดลูกออกทั้งหมดและตัดช่องคลอดส่วนบนออกครึ่งหนึ่ง ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกราน กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการทำผ่าตัด หรือผู้ป่วยไม่เลือกการรักษาโดยการผ่าตัด เลือกการรักษาด้วยรังสีรักษา โดยการฉายรังสีจากภายนอก ร่วมกับการใส่แร่ และควรให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย

2.4 มะเร็งระยะ IB2, IIA

ซึ่งมีขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่า 4 เซนติเมตร การรักษาพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดก่อน (neoadjuvant chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด radical hysterectomy type 3 และร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานและอาจลุกลามตัดต่อมน้ำเหลือง para-aortic กรณีมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งอาจพิจารณาให้รังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกรานเพิ่ม แต่ถ้าพบมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานหรือมีการเกิดเซลล์มะเร็งเกิดบริเวณขอบที่ได้รับการผ่าตัด หรือพบเซลล์มะเร็งรอบๆ เนื้อเยื่อบุมดลูกเพิ่มการรักษาโดยให้รังสีรักษาพร้อมกับยาเคมีบำบัด

2.5 มะเร็งระยะ IIB, IIIA, IIIB, IVA

มะเร็งปากมดลูกระยะ IIB-IVA เป็นมะเร็งระยะลุกลามแพร่กระจายไปมาก แนวทางในการรักษาปัจจุบัน ประกอบด้วย รังสีรักษาโดยการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานร่วมกับการใส่แร่และแนะนำให้ใช้เคมีบำบัดร่วมด้วย

2.6 มะเร็งระยะ IVB

มะเร็งปากมดลูกมะเร็งระยะ IVB ถือว่าเป็นมะเร็งที่มีการกระจายของโรคไปไกลมากแล้ว วิธีการรักษามี สอง วิธี

1. รังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกรานและ/หรือให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายทั่วไปยังคงอยู่
 2. การรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายทั่วไปไม่มีการรักษาเพื่อช่วยควบคุมอาการปวด การตกเลือด หรือการอุดตัน เท่านั้น
 3. การรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค
- แบ่งผู้ป่วยได้เป็นสามกลุ่ม โดยพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1. กรณีมีการกลับเป็นซ้ำหลังได้รับการผ่าตัด แต่ไม่เคยได้รับรังสีรักษามาก่อนแนวทางการรักษามี สอง วิธี

ก) รังสีรักษาอาจจะให้ร่วมกับยาเคมีบำบัด โดยพิจารณาถึงขนาดของรอยโรค และสภาพผู้ป่วย

ข) การผ่าตัด pelvic exenteration พิจารณาทำในผู้ป่วยที่โรคลังไม่กระจายถึงกระดูกเชิงกราน และผู้ป่วยบางรายที่เกิดการทะลุระหว่างช่องคลอดและกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ใหญ่

2. กรณีมีการกลับเป็นซ้ำหลังได้รับรังสีรักษาแนวทางการรักษามีสี่วิธี

ก) การผ่าตัด pelvic exenteration ในผู้ป่วยที่ประเมินว่ามีสภาพและมีเงื่อนไขเหมาะสม

- ข) ถ้าวัยโรคเล็กกว่า สอง เซนติเมตรอาจพิจารณาเลือกทำการผ่าตัด
 - ค) การให้เคมีบำบัด
 - ง) รังสีรักษาและอาจจะให้ร่วมกับยาเคมีบำบัด
3. กรณีมีการกลับเป็นซ้ำและมีการแพร่กระจายแนวทางการรักษามีสองวิธี
- ก) การให้เคมีบำบัด
 - ข) รังสีรักษาและอาจจะให้ร่วมกับยาเคมีบำบัด

รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

รังสีรักษา (radiation oncology, radiation therapy or radiotherapy) คือ การรักษาโดยใช้รังสีเข้าไปทำลายสารพันธุกรรม ดี เอ็น เอ (DNA) ทั้งในทางตรงและทางอ้อม (วิชาญ, 2544; Ahamad & Jhingran, 2004; Alexandra & Bleddyn, 2007) ทางตรงโดยการที่อิเล็กตรอนวงชั้น ดี เอ็น เอ มีโอกาสเกิดขึ้นได้ หนึ่งใน สาม และทางอ้อมเกิดจากอิเล็กตรอนไปทำปฏิกิริยากับน้ำ ทำให้โมเลกุลของน้ำขาดอิเล็กตรอน (hydroxyl radicals) ทำให้ ดี เอ็น เอ ถูกทำลายมีผลต่อเซลล์ มะเร็งและเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียง แต่เนื่องจากเซลล์ปกติมีคุณสมบัติในการซ่อมแซมตัวเองได้ทำให้สามารถกลับเป็นเซลล์ปกติได้เช่นเดิม ส่วนเซลล์มะเร็งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในระดับเซลล์ มีการตายของเซลล์ ซึ่งเกิดขึ้นได้สองลักษณะ คือ การตายหรือมีการแตกสลายของเซลล์ และไม่ตายทันทีแต่สูญเสียคุณสมบัติในการแบ่งตัว คือในระยะสั้นรังสีทำให้ ดี เอ็น เอ เกิดการเปลี่ยนแปลงได้หลายรูปแบบ เช่น ขัดขวางการสร้างหรือการทำหน้าที่ของดี เอ็น เอ ในระยะไมโทซิส (mitosis) หรือเกิดการแตกหักของ ดี เอ็น เอ ทำให้มีการตายของเซลล์ขึ้น และส่วนในระยะยาวจะมีผลต่อโครโมโซม (chromosome) ทำให้เกิดการแตกสลายและมีการจัดเรียงตัวใหม่ที่ผิดปกติหรือมีการแยกส่วนอย่างถาวร ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (mutation)

1. วัตถุประสงค์ของรังสีรักษา

รังสีรักษาในโรคมะเร็งปากมดลูกมีวัตถุประสงค์สองประการ คือ เพื่อหายขาด (curative, radical or definitive radiotherapy) และเพื่อบรรเทาอาการ (palliative radiotherapy)

1.1 การรักษาเพื่อการหายขาด เป็นการรักษาโรคมะเร็งในผู้ป่วยซึ่งมีสภาพร่างกายสมบูรณ์ โรคอยู่ในระยะต้นๆ หรือโรคในระยะลุกลามเฉพาะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายการรักษา โดยอาจใช้รังสีเพียงอย่างเดียว (radiotherapy alone) หรือการรักษาใช้ร่วมกับการผ่าตัด และ/หรือใช้

ร่วมกับยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ชนิดของเซลล์มะเร็ง ขนาดของก้อนมะเร็งและธรรมชาติ (natural history) ของมะเร็งชนิดนั้นๆ ว่าเป็นมะเร็งที่ไวต่อรังสีหรือไม่ ในมะเร็งปากมดลูกการใช้รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด มีสามวิธี คือ (พวงทองและมณฑนา, 2542)

1.1.1 การฉายรังสีก่อนการผ่าตัด (preoperative irradiation) คือ การฉายรังสีนำก่อนแล้วตามด้วยการผ่าตัดเลือกใช้ในกรณีที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก การรักษาด้วยการฉายรังสีหรือการผ่าตัดเพียงวิธีใดวิธีหนึ่งโรคโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง และโรคอาจลุกลาม หรือกรณีที่ทำการผ่าตัดตั้งแต่แรกไม่ได้เพราะก้อนขนาดใหญ่อาจแตกได้ง่ายขณะผ่าตัด หรือผ่าตัดออกได้ไม่หมด ดังนั้นการฉายรังสีนำก่อนทำให้ก้อนมะเร็งยุบลงมีโอกาสนในการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้หมดสูงขึ้น และลดการเกิดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งขณะผ่าตัด หรือเลือกใช้กรณีสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ในขณะนั้น การรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีก่อนการผ่าตัดอาจใช้การฉายรังสีเพียงวิธีเดียวหรือฉายรังสีร่วมกับการใส่แร่ก็ได้

1.1.2 การฉายรังสีภายหลังการผ่าตัด (postoperative irradiation) คือ โดยทั่วไปจะเริ่มฉายรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพื่อรอให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยฟื้นฟูภายหลังผ่าตัดแต่ถ้ามีการตัดอวัยวะข้างเคียงร่วมด้วยควรรอ 4-8 สัปดาห์

1.1.3 การรักษาโดยการฉายรังสีหรือการใส่แร่ขณะทำการผ่าตัด (intraoperative irradiation) รังสีที่ใช้จะเป็นลำรังสีอิเล็กตรอน โดยทั่วไปมักใช้ร่วมกับวิธีการฉายรังสีโดยฉายรังสีก่อนการผ่าตัด หรือวิธีการฉายรังสีภายหลังการผ่าตัด

การใช้รังสีร่วมกับการผ่าตัดให้ผลดีต่อการควบคุมโรคลุกลามเฉพาะที่ดีกว่าการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการเพิ่มอัตราการรอดตายขึ้นอยู่กับธรรมชาติของโรคมะเร็งนั้นๆ และระยะของโรคด้วย ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ผลข้างเคียงระยะยาวสูงกว่าการใช้วิธีการเดียว

1.2 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ เป็นการรักษาเพื่อระงับหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจาก โรคมะเร็ง และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่ได้มุ่งหวังให้มีอายุยืนยาวกว่าการไม่ได้รักษา จะใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยซึ่งมีสภาพร่างกายทรุดโทรม หรือสภาพร่างกายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพราะจะทนการรักษาไม่ไหว หรือผลข้างเคียงสูงเป็นอันตรายต่อชีวิต การรักษา มักใช้การฉายรังสีปริมาณน้อยและระยะเวลาสั้นๆ และเนื้อที่การฉายรังสีจะครอบคลุมเฉพาะตำแหน่งโรคที่ก่อให้เกิดอาการเท่านั้น ตัวอย่างการรักษาเพื่อวัตถุประสงค์นี้ เช่น การควบคุมอาการปวดจากมะเร็งกระจายเข้ากระดูก หรือกระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองรอบเส้นเลือดแดงใหญ่แล้วกดรากประสาทในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ IVB การฉายรังสีจะครอบคลุมเฉพาะกระดูกที่มีอาการปวดหรือกรณีต่อมน้ำเหลืองที่โตไปกดเบียดรากประสาท การรักษาเพื่อบรรเทาอาการจะได้ผลการรักษาค่อนข้างสูง และมักไม่พบผลข้างเคียงที่เพิ่มความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย เพราะใช้ปริมาณรังสีน้อยกว่า

และครอบคลุมเนื้อที่ฉายรังสีน้อยกว่าการฉายรังสีเพื่อหวังผลหายขาด แต่อย่างไรก็ตามผลของการรักษาขึ้นกับชนิดของโรคมะเร็งว่าไวต่อรังสีหรือไม่เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ (พวงทองและมันทนา, 2542)

2. วิธีการและเทคนิคของรังสีรักษาในมะเร็งปากมดลูก

วิธีการรักษาด้วยรังสีในมะเร็งปากมดลูกคือ การฉายรังสี (external irradiation or teletherapy) และการใส่แร่ (brachytherapy) (พีรพงศ์และชัยยศ, 2548; วิชาญ, 2540; Ahamad & Jhingran, 2004; Lertsanguansinchai et al., 2004; Proud, 2007)

2.1 การฉายรังสี คือ วิธีที่ต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายนอกร่างกาย และอยู่ห่างจากตัวผู้ป่วย การฉายรังสีในมะเร็งปากมดลูกจะต้องใช้ปริมาณรังสีที่มากพอที่จะทำให้แน่ใจว่าเซลล์มะเร็งถูกทำลายหมดไปโดยทั่วๆ ไปผู้ป่วยได้รับการฉายรังสี ครั้งละ 1.8-2 Gy วันละครั้ง ทุกวันติดต่อกัน สัปดาห์ละห้าวัน หยุดพักสองวัน เพื่อให้ร่างกายได้ซ่อมแซมเซลล์ปกติที่ถูกรังสีทำลาย เรียกการฉายรังสีแบบนี้ว่า conventional external radiation (วุฒิสิริ, 2548) และรักษาอย่างต่อเนื่องใช้ระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือ 25 ครั้ง ปริมาณรังสีรวม 40-70 Gys ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรค ขนาดของก้อนมะเร็ง และวิธีการรักษาของแพทย์ ในมะเร็งปากมดลูกการฉายรังสีจะต้องครอบคลุมบริเวณต่อไปนี้ (วิชาญ, 2544)

2.1.1 ขอบล่างบริเวณที่ฉายจะคลุมถึงขอบล่างของ obturator foramen หรือถ้ามะเร็งลุกลามลงมายังผนังช่องคลอด บริเวณที่ฉายรังสีต่ำกว่ารอยโรคอย่างน้อยประมาณ สามเซนติเมตร

2.1.2 ด้านข้างขอบบริเวณที่ฉายรังสีจะคลุมถึงขอบกระดูกอุ้งเชิงกราน ห่างจากขอบกระดูกอุ้งเชิงกรานข้างละ 1.5 เซนติเมตร

2.1.3 ขอบบนอาจจะคลุมถึงบริเวณระหว่าง L4-L5 เพื่อครอบคลุมต่อมน้ำเหลืองบริเวณ common iliac แต่บางสถาบันฉายแค่ L5-S1

2.1.4 การให้รังสีปกติให้ด้านหน้าและด้านหลัง ในวันเดียวกันแต่ผู้ป่วยที่มีรูปร่างอ้วนอาจต้องใช้วิธีฉายรังสีด้านข้างอีกสองด้าน โดยขอบหลังของด้านข้างจะอยู่ประมาณระดับ S2-S3 แต่อย่างไรก็ตามต้องขึ้นกับขนาดของก้อนมะเร็งด้วย เช่น ถ้ามะเร็งลุกลามไปถึง uterosacral ligament ก็จะต้องฉายรังสีคลุมถึงระดับ S3-S4 และขอบด้านหน้าจะอยู่ตรงกลางกระดูก pubic symphysis

2.2 การใส่แร่หรือการฝังแร่ เป็นวิธีการนำจุดกำเนิดรังสีอยู่ใกล้หรืออยู่ภายในก้อนมะเร็งโดยการนำสารกัมมันตรังสีฝังหรือสอดใส่อยู่ในอวัยวะที่เป็นมะเร็งเมื่อได้ปริมาณรังสีตามต้องการแล้วจึงนำออกจากตัวผู้ป่วย (ดวงใจ, 2544; Alexandra & Bleddyn, 2007) วิธีการนี้จะทำ

ให้ก้อนมะเร็งได้รับปริมาณรังสีสูงเนื่องจากระยะทางระหว่างต้นกำเนิดรังสีและก้อนมะเร็งอยู่ใกล้กันมากเป็นการเพิ่มปริมาณรังสีเฉพาะที่โดยที่ตำแหน่งอวัยวะข้างเคียงได้รับรังสีน้อยตามหลักกฎผกผันกำลังสองของรังสี (วิชาญ, 2540)

การใส่แร่ในมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์ในการรักษาโรคที่อยู่ในระยะเริ่มต้นและยังไม่มีมีการลุกลามออกจากปากมดลูกรวมทั้งเป็นการรักษารอยโรคให้มีขนาดเล็กลงภายหลังการรักษาด้วยการฉายรังสี การใส่แร่มีความสำคัญในการรักษามะเร็งปากมดลูกเพราะเป็นมะเร็งที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่อาจต้องใช้รังสีถึง 75-85 Gys แต่การใช้รังสีรักษาโดยการฉายรังสีอย่างเดียวยังทำได้ไม่เกิน 60-70 Gys เพราะทวารหนักและกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถทนต่อรังสีที่ปริมาณสูงได้แต่การใส่แร่เป็นการช่วยเพิ่มปริมาณรังสีที่ก้อนมะเร็ง โดยที่ปริมาณรังสีจะไปถึงทวารหนักและกระเพาะปัสสาวะจะน้อยลงตามหลักกฎผกผันกำลังสองของรังสีแต่จะต้องปฏิบัติโดยแพทย์ที่มีความชำนาญ อุปกรณ์จะต้องได้มาตรฐานและช่วงเวลาการใส่แร่ที่เหมาะสม เนื่องจากมีโอกาสเกิดจุดที่ได้รับรังสีน้อยเกินไป (cold spot) ที่รอยโรคซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำและอาจมีจุดที่ได้รับรังสีมากเกินไป (hot spot) บริเวณเนื้อเยื่อปกติซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย (วิชาญ, 2540)

ประเภทของการใส่แร่สมาคมรังสีรักษา (RTOG) แบ่งการใส่แร่เป็นสามประเภทตามอัตราการให้ปริมาณรังสี (วิชาญ, 2544; Alexandra & Bleddyn, 2007) ดังนี้

1. ระบบ Low Dose Rate (LDR) ให้สารกัมมันตรังสี 0.4-2 Gys ต่อชั่วโมง โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 0.3-1 Gy ต่อชั่วโมง ปกติการใส่แร่ระบบนี้จะใส่หลังฉายรังสีครบ และมักใส่สามครั้ง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลครั้งละสามวัน แร่ที่นิยมใช้ในอดีต คือ เรเดียม (Ra-226) ลักษณะของแร่มีขนาดใหญ่ดังนั้นเครื่องมือก็มีขนาดใหญ่ การจัดวางอุปกรณ์ใส่แร่ให้สัมผัสกับก้อนมะเร็งก็ทำได้ค่อนข้างยาก การใส่แร่เป็นแบบ manual after loading คือ ผู้ปฏิบัติงานจะนำสารรังสีสอดใส่เข้าไปเอง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสสัมผัสกับรังสีได้ตลอดช่วงเวลาปฏิบัติงาน (วุฒิสิริ, 2548)

2. ระบบ Medium Dose Rate (MDR) ให้สารกัมมันตรังสี 2-12 Gys ต่อชั่วโมง ปัจจุบันแร่ที่ใช้รักษาโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีได้แก่ แร่ซีเซียม (Cs-137) แต่เครื่องมือที่บรรจุแร่ก็ยังมีขนาดค่อนข้างใหญ่ ระยะเวลาการรักษาน้อยลงคือ ประมาณ 16-18 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องนอนพักโรงพยาบาลเช่นกัน จำนวนครั้งของการใส่แร่ 1-2 ครั้ง การขับเคลื่อนแร่เข้าไปในตัวผู้ป่วยแบบอัตโนมัติโดยใช้เครื่องควบคุมระยะไกล (remote after loading) ผู้ปฏิบัติงาน ไม่ต้องเสี่ยงกับการได้รับรังสี (วุฒิสิริ, 2548)

3. ระบบ High Dose Rate (HDR) ให้สารกัมมันตรังสีสูงกว่า 12 Gys ต่อชั่วโมง ปัจจุบันใช้แร่ไอริเดียม (Ir-192) อุปกรณ์การใส่แร่มีขนาดเล็กลง ระยะเวลาในการรักษาสั้นเป็นนาที การรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลโดยใส่สัปดาห์ละครั้งจนได้ปริมาณรังสี

รวมครบตามที่แพทย์กำหนด คือประมาณ 3-6 ครั้ง (วิชาญ, 2544; Viswannathan & Petereit, 2007) การใส่แร่อาจใส่ระหว่างการฉายรังสีหรือหลังฉายรังสีครบ การขับเคลื่อนแร่เข้าไปในตัวผู้ป่วยเป็นแบบอัตโนมัติโดยใช้เครื่องควบคุมระยะไกล (remote after loading) ผู้ปฏิบัติงานไม่ต้องเสี่ยงกับการได้รับรังสี (วุฒิสิริ, 2548)

ขั้นตอนการใส่แร่ (Lertsanguansinchai et al., 2004; Lorvidhaya et al., 2000; Proud, 2007) ดังนี้

1. การใส่เครื่องมือและอุปกรณ์โดยแพทย์รังสีรักษา วิธีการที่ใช้ในหน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังนี้

1.1 เมื่อผู้ป่วยมายังห้องใส่แร่ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า lithotomy พร้อมทั้งปิดตาผู้ป่วย

1.2 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสำลีชุบน้ำยาฆ่าเชื้อเบต้าดีน (betadine solution)

1.3 ใช้ผ้าสะอาดปราศจากเชื้อ ปูรองสะโพกด้านล่าง บริเวณขาทั้งสองข้างและหน้าท้อง

1.4 สวนคาสายสวนปัสสาวะ

1.5 ถ่างช่องคลอดด้วยเครื่องมือถ่างช่องคลอด (speculum) ตรวจปากมดลูก (cervical os) แล้ววัดความลึกของโพรงมดลูกด้วยเครื่องมือวัดความลึกของมดลูก (uterine sound)

1.6 ใส่เครื่องมือเข้าไปในโพรงมดลูก (ภาพ 1)

1.7 ใส่วาสลินก๊อสความกว้างขนาดหนึ่งนิ้ว เข้าไปในช่องคลอดอัดจนแน่น เพื่อป้องกันการหลุดของเครื่องมือ และช่วยให้บริเวณกระเพาะปัสสาวะและทวารหนักถูกดันออกห่างจากบริเวณมดลูกให้มากที่สุดซึ่งจะช่วยให้บริเวณดังกล่าวได้รับรังสีน้อยลงทั้งยังช่วยให้เลือดหยุดในกรณีที่มีเลือดออก

1.8 ใส่อุปกรณ์ที่มีวัสดุที่รังสีทางทวารหนักเข้าไปในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเพื่อใช้แสดงตำแหน่งอวัยวะในการถ่ายภาพรังสีเพื่อนำไปคำนวณปริมาณรังสี หลังจากใส่เครื่องมือเสร็จ จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่านอนหงายและยึดตรึงเครื่องมือกับเตียงเพื่อให้เครื่องมืออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมตลอดการรักษา



ภาพ 1 เครื่องมือใส่แร่

2. การตรวจสอบตำแหน่งอุปกรณ์โดยนักรังสีการแพทย์จะถ่ายภาพรังสีเพื่อใช้ตรวจสอบตำแหน่งอุปกรณ์ที่แพทย์ใส่ไว้แล้วไปคำนวณปริมาณรังสี
3. การคำนวณปริมาณรังสีโดยนักฟิสิกส์การแพทย์จะคำนวณปริมาณรังสี ระยะเวลาการรักษา และกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมของเม็ดแร่หรือสารกัมมันตรังสีตามที่แพทย์กำหนด
4. เมื่อตรวจสอบตำแหน่งอุปกรณ์และคำนวณปริมาณรังสีเรียบร้อยแล้ว นักรังสีการแพทย์จะต่อท่อนำแร่จากเครื่องมือใส่แร่เข้ากับอุปกรณ์ที่แพทย์ใส่ไว้ก่อนแล้วใช้ระบบคอมพิวเตอร์ควบคุมระยะไกลส่งเม็ดแร่ไปยังตำแหน่งที่นักฟิสิกส์การแพทย์คำนวณไว้ โดยใช้เครื่องควบคุมระยะไกล ระยะเวลาการรักษาครั้งละไม่เกิน 30 นาที รวมระยะเวลาตั้งแต่แพทย์ใส่อุปกรณ์จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา และถอดอุปกรณ์เครื่องมือใช้เวลาประมาณครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ต่อครั้ง

ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีรักษาและการใส่แร่

ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีรักษาในมะเร็งปากมดลูก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากรังสีโดยทั่วไปสามารถแบ่งตามระยะเวลาการเกิด ดังนี้ (พวงทองและมณฑนา, 2542) ภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลันเป็นภาวะที่เกิดขึ้นระหว่างฉายรังสีหรือหลังครบการรักษา 2-3 เดือน การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกิดที่เยื่อบุผิวเซลล์และมักจะหายด้วยการรักษาประคับประคอง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะการอักเสบ ส่วนภาวะแทรกซ้อนระยะยาวเป็นภาวะที่เกิดหลังครบการรักษาไปแล้วเกิน 3-6 เดือน การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกิดที่หลอดเลือดขนาดเล็กมีการอุดตัน ร่วมกับเกิดการสร้างหรือเกิดเนื้อเยื่อ

เส้นใยอย่างผิดปกติ และมีการลดจำนวนของเซลล์ต้นกำเนิดของแต่ละอวัยวะซึ่งอาจทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะในระยะยาว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและปริมาณรังสีที่ได้รับที่พบบ่อย คือ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะลำไส้ ได้แก่ มีแผลที่ทวารหนัก ลำไส้อักเสบ ลำไส้มีการตีบตัน และผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง เกิดแผลในกระเพาะปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือมีการตีบตันของท่อไตและหลอดไต (วิชาญ, 2544) ตรงกับการศึกษาของฟายเลอร์ (Fidler, 1997) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ที่ อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะแสบขัด และจากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในผู้ป่วยไทย พบว่าเกิดการอักเสบของทวารหนักมากที่สุด คือ ประมาณ ร้อยละ 82.2 (วุฒิสิริ และ ไพรัช, 2544)

ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่แร่หรือผลข้างเคียงจากการใส่แร่เกิดขึ้นได้จากการที่เนื้อเยื่อหรืออวัยวะปกติซึ่งอยู่ติดกับก้อนมะเร็งได้รับรังสีร่วมด้วย แบ่งได้เป็นภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ บริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับรังสี และวิธีการสอดใส่แร่ (วิชาญ, 2544)

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะเฉียบพลัน ที่พบบ่อย (Gosselin & Waring, 2001; Tyrie & Hoskin, 1996) ได้แก่

1) อาการปวด เป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อยซึ่งเกิดขึ้นระหว่างทำหัตถการพบได้ถึงร้อยละ 65 และมีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 26 (Rollison & Strang, 1995)

2) อาการของระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะอักเสบทำให้ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด และอาจมีเลือดปนได้

3) อาการของระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากบางส่วนของลำไส้เล็กอาจได้รับรังสีและเกิดการอักเสบได้ทำให้มีอาการปวดมวนท้อง ถ่ายอุจจาระบ่อย

4) การติดเชื้อ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกมีการเน่าตายของเนื้อเยื่อเมื่อมีการใส่แร่ย่อมทำให้เกิดแผลที่ปากมดลูก หรือเชื้อบูโพรงมดลูกอาจทำให้เกิดการอักเสบของช่องเชิงกราน หรือเกิดจากตัวผู้ป่วยเองมีสภาพร่างกายอ่อนเพลียอยู่แล้วทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

5) ความไม่สุขสบาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่เกิดขึ้นภายหลัง (late or delayed complication) ที่พบบ่อย (Chen, et al., 2006) ได้แก่

1) ระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบซึ่งพบได้ ร้อยละ 31 (Okkan et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของหล่อวิทยาและคณะ (Lorvidhaya et al., 2000) (Lorvidhaya et al., 2000) พบว่าภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวที่เกิดต่อกระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ พบได้ร้อยละ 31.5 และมักเกิดในการใส่แร่แบบ LDR มากกว่าการใส่แร่ HDR (Lertsanguansinchai

et al., 2004) เกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มรักษาแต่ส่วนใหญ่มักเกิดหลังสิ้นสุดการรักษาไปแล้ว อาการเหล่านี้ อาจเป็นๆ หายๆ ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื่องจากปัสสาวะเป็นเลือด และอาจเกิดลิ่มเลือดไปอุดตัน ท่อทางเดินปัสสาวะทำให้ปัสสาวะไม่ออก

2) ระบบทางเดินอาหาร มีการอักเสบทวารหนัก มีอาการถ่ายอุจจาระบ่อย ถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดหรือถ่ายเป็นเลือดสดๆ ซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ได้รับ (Chang et al., 2003; Sakata et al., 2002) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบได้ เช่น การเกิดรูทะลุระหว่างทวารหนัก กับช่องคลอด (recto-vaginal fistula) ทำให้มีอุจจาระออกทางช่องคลอดได้ต้องแก้ไข โดยการทำการผ่าตัดเปิดรูอุจจาระออกทางหน้าท้องแต่ก็พบได้ไม่บ่อย

3) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ มีการฝ่อของรังไข่และมดลูกทำให้ประจำเดือนขาด หายไป และอาจมีการฝ่อของช่องคลอดทำให้เกิดการตีบตันของช่องคลอดหรืออาจมีการอักเสบของ ช่องคลอดร่วมด้วยถ้ารักษาความสะอาดไม่ดีพอ

4) ระบบทางเดินน้ำเหลือง อาจเกิดการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองบริเวณ ช่องเชิงกรานและต้นขาทำให้มีการบวมของขา

ความปวดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อนประกอบด้วยองค์ประกอบ ทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลมักประสบในชีวิต ความปวดเป็น ความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งแต่ละบุคคลให้ความหมายแตกต่างกัน สมาคมนานาชาติ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for Study of Pain) ได้ให้คำจำกัดความ ปวดว่า เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบาย ทั้งด้านความรู้สึกทางกายและทางอารมณ์บางครั้งไม่พบ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือพยาธิสภาพใดๆ ที่น่าจะเป็นสาเหตุของความปวด ความปวดเป็นอัตนัย ต้องเชื่อและยอมรับเมื่อเจ้าตัวระบุว่าอาการปวดยังมีอยู่ (ศศิกันต์, 2549) เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือจากจิตใจที่ได้รับ การคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนอง เป็นความรู้สึกส่วนตัว บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้ได้นอกจากบุคคล นั้นบอกกล่าว ส่วนพงศักรดีและก้องเกียรติ (2547) ให้ความหมายความปวดว่าเป็นความรู้สึกไม่ สบายทุกชนิดผู้ป่วยต้องการรักษาและเยียวยา นอกจากนี้ด้านตัวผู้ป่วยเองให้ความหมายความปวดว่า

มีสี่ลักษณะ คือ (1) เป็นเสมือนสิ่งที่ทำให้ชีวิตอยู่ในห้วงความทรงมาน (2) เป็นสัญญาณบอกความตาย (3) ปวดอื่นหมิ่นแสบไม่แสบเหมือน และ (4) เป็นสิ่งที่พระเจ้าลงโทษคนบาป (ปิยากรณ์, 2544)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าความปวด เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายของบุคคลเป็นความรู้สึกส่วนตัว ทั้งด้านความรู้สึกทางกาย ทางจิตใจและทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือไม่ก็ตาม เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลซึ่งบุคคลที่มีความปวดเท่านั้นที่สามารถอธิบายถึงลักษณะของความปวดนั้นได้ ความปวดยังคงมีอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีและความปวดทำให้ทุกข์ทรมานต้องได้รับการบรรเทาแก้ไข

ทฤษฎีความปวด

ทฤษฎีที่ได้อธิบายความปวดมีหลายทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีจำเพาะ (The specificity theory) ทฤษฎีความเข้ม (The intensity theory) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ของความรู้สึก (Sensory interaction theory) ทฤษฎีสุนัขร่วม (Central summation theory) ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) และทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) (พงศัการดี และ ก้องเกียรติ, 2547) โดยพบว่าทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1996) เป็นที่ได้รับการยอมรับมากเนื่องจากทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงความปวดทั้งร่างกาย จิตใจ และเชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวดขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ สาม ระบบ คือ ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง (gate control system) ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ในคอร์เทกซ์ (cortex) และทาลามัส (thalamus) และระบบการตอบสนอง (actionsystem) มีรายละเอียด ดังนี้ (Melzack & Wall)

ระบบควบคุมประตูในไขสันหลัง มีสับแสดนเดีย เจลาติโนซา หรือ เอส จี เซลล์ (substantia gelatinosa: SG cell) เป็นเซลล์พิเศษซึ่งอยู่ในคอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) ของไขสันหลัง เป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง (inhibitor neuron) โดยจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อที่ เซลล์ (Transmission cell: T cell) ทำให้ไม่มีกระแสประสาทขึ้นไปยังสมองจึงปิดประตูความปวด แต่เมื่อ เอส จี เซลล์ ถูกยับยั้งการทำงานก็จะไม่มีตัวไปยับยั้งการทำงานของ ที เซลล์ กระแสประสาทก็จะนำไปสู่สมองทำให้เปิดประตูความปวดจึงเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น สัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็กและขนาดใหญ่ก็ มีผลโดยตรงต่อการเปิดและปิดประตูในไขสันหลังพบว่าเมื่อมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่มากก็จะไปกระตุ้นการทำงานของ เอส จี เซลล์ นั่นคือปิดประตูจึงไม่เกิดความปวด แต่ถ้ากระตุ้นเส้นใยขนาดเล็กก็จะไปยับยั้งการทำงานของ เอส จี เซลล์ ทำให้ประตูเปิดเกิดความปวดขึ้น

ระบบควบคุมส่วนกลางประกอบด้วยสมองใหญ่และทาลามัส ซึ่งจะรับกระแสประสาทจากใยประสาทและมีผลต่อการเปิดปิดประตูในระดับไขสันหลังหรือการยับยั้งการส่งข้อมูลความปวดของเส้นประสาท (Melzack & Wall, 1996)

ระบบการตอบสนองเมื่อสัดส่วนการถูกกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็กมากกว่าเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้กระตุ้น ที เซลล์ เมื่อถึงระดับวิกฤติจะมีการส่งกระแสประสาทไปยังระบบการตอบสนอง ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายจิตใจ และอารมณ์ จากแนวคิดทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจว่าความปวดที่เพิ่มมากขึ้นหรือลดลงเกิดจากการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้นในขณะที่มีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย การฉีดยาบริเวณผิวหนังทำให้ความปวดลดลงได้

ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษา โดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแปรปรมาณรังสีสูงอธิบายโดยทฤษฎีควบคุมประตู คือ ขณะใส่เครื่องมือใส่แร่มีการใช้เครื่องมือต่างขยายช่องคลอด เพื่อให้ช่องคลอดต่างขยายมากที่สุดหลังจากนั้นจึงวัดความลึกของโพรงมดลูกด้วยเครื่องมือวัดความลึกของมดลูกซึ่งเป็นแสดนเลส ในบางรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ปิดปากมดลูกก็จะต้องใช้เครื่องมือวัดความลึกของมดลูกแทงและต่างขยายเพื่อนำทางไปก่อนจึงจะสามารถใส่เครื่องมือเข้าไปได้ ซึ่งการแทงผ่านก้อนมะเร็งทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และการใส่เครื่องมือคาไว้ทำให้เกิดการกด การบีบคั้น มีการระคายเคืองและการบาดเจ็บบริเวณช่องคลอด โพรงมดลูกและอวัยวะบริเวณข้างเคียงเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กทำให้ เอส จี เซลล์ ถูกยับยั้งการทำงานจึงไม่มีตัวไปยับยั้งการทำงานของ ที เซลล์ ทำให้มีการส่งกระแสประสาทไปสู่สมองส่วนกลางซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเปิดประตูในไขสันหลัง ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ นอกจากนี้การใส่เครื่องมือเข้าไปในโพรงมดลูกทำให้กระตุ้นประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก มีการส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลัง ระดับ T10-L1 ทำให้เกิดความปวดบริเวณช่องท้องส่วนกลางและส่วนล่าง และทำให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อส่งผลให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ (Smith et al., 2002) และยังมีผลต่อประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีภาวะท้องอืด ปัสสาวะออกน้อยลง หัวใจเต้นแรง ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้นทำให้การหายใจมีประสิทธิภาพลดลง (วรารณ, 2547) นอกจากนี้การใส่เครื่องมือใส่แร่เข้าไปในโพรงมดลูกทำให้มดลูกและช่องคลอดส่วนบนต่างขยาย เป็นการกระตุ้นการทำงานของประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกบริเวณ S2-S4 ซึ่งอยู่บริเวณอวัยวะเชิงกรานทำให้เกิดอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่าง (Smith et al.)

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายของบุคคลเป็นความรู้สึกส่วนตัวทั้งด้านความรู้สึกร่างกาย ทางจิตใจ และทางอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย และมีหลายทฤษฎีที่ได้อธิบายถึงความปวดแต่ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมาก คือ ทฤษฎีควบคุมประตูของ เมลแซคและวอลล์ ได้กล่าวถึงความปวดทั้งร่างกายและจิตใจ ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปวกมดลูกที่ได้รับการใส่แร่เกิดจากเมื่อมีสิ่งกระตุ้นความปวด คือ การสอดใส่เครื่องมือผ่านช่องคลอดและโพรงมดลูกทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นและใกล้เคียงจนเกิดการรับรู้ความปวด เริ่มตั้งแต่บริเวณช่องคลอดปากมดลูก และเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงเป็นการกระตุ้นเส้นใยขนาดเล็กทำให้ เอส จี เซลล์ถูกยับยั้งการทำงานเมื่อ เอส จี เซลล์ ถูกยับยั้งก็จะไม่มีตัวที่ไปยับยั้งการทำงานของ ที เซลล์ ทำให้เปิดประตูความปวดเกิดการส่งกระแสประสาทเข้าไขสันหลังแล้วส่งต่อไปยังสมองทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายจิตใจ และอารมณ์

ชนิดของความปวด

ความปวดสามารถจำแนกได้หลายวิธี ถ้าจำแนกตามระยะเวลาของความปวดแบ่งออกเป็นสองชนิด คือ ความปวดเฉียบพลัน และความปวดเรื้อรัง (ศตีกานต์, 2547)

1. ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) คือ ความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้นและมักมีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุ โดยสาเหตุมักสัมพันธ์กับการบาดเจ็บหรือโรค ความปวดเฉียบพลันมีการทำงานที่มากเกินไปของประสาทอัตโนมัติ ความปวดชนิดนี้เกิดขึ้นหลังจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย เช่น ปวดหลังการผ่าตัด ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ความปวดอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ และความปวดจากการทำหัตถการ เช่น ความปวดจากหัตถการใส่แร่ การแทงเส้นให้น้ำเกลือ และการเจาะหลัง เป็นต้น

2. ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาของการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ความปวดชนิดนี้เป็นความปวดที่เป็นมานานกว่าสามเดือน ทั้งๆ ที่พยายามรักษาหลายวิธีแล้วก็ตาม และบ่อยครั้งที่ไม่สามารถบ่งชี้สาเหตุความปวดได้

เครื่องมือประเมินความปวด

ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีประเมินความปวดมากมายการเลือกใช้ควรเลือกตามความเหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้ป่วย ในการประเมินความปวดจะต้องประเมินให้ครอบคลุมเนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล สามารถจัดแบ่งกลุ่มเครื่องมือประเมินความปวด

ได้เป็นสองกลุ่ม (วงจันทร์, 2547; สหทัย, 2549) คือ เครื่องมือประเมินความปวดมิติเดียว และเครื่องมือประเมินหลายมิติ

1. เครื่องมือประเมินความปวดมิติเดียว ใช้วัดเฉพาะส่วนที่เป็นความรุนแรงของความปวด เท่านั้น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจแสดงระดับของความปวดได้รุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยบุคคล เครื่องมือประเมินความปวดมิติเดียวที่นิยมใช้มีดังนี้

1.1 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) มาตรวัดความปวดชนิดนี้ส่วนใหญ่มีความยาว 10 เซนติเมตร อยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้ง ไม่มีตัวเลขหรือคำบรรยายบนมาตรวัด โดยเริ่มจากด้านซ้ายมือ แสดงถึงไม่ปวดเลย ส่วนทางด้านขวามือ แสดงถึงปวดมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนมาตรวัดความปวดของตนเอง จากนั้นจึงนำไปปรับเป็นตัวเลขเทียบกับมาตรวัดที่เป็นตัวเลข

1.2 มาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข (numeric rating scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องตลอด มีการแบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด เป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขเป็นค่าที่กำหนดความปวดที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่

1.3 มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (verbal rating scale: VRS) มาตรวัดความปวดชนิดนี้ แบ่งความปวดเป็นระดับต่างๆ จัดเป็นลำดับ บรรยายสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่น ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ เช่น ผู้ป่วยหนัก วิธีนี้นิยมใช้ร่วมกับมาตรวัดแบบตัวเลข

1.4 การวัดความปวดด้วยวิธีให้ผู้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของอาการปวด (category scale) โดยการบอกเล่าออกมาหรือใช้รูปภาพอธิบายบอกความรุนแรง เช่น มาตรวัดด้วยใบหน้า (face scale) เป็นมาตรวัดที่พัฒนาขึ้นมาใช้กับผู้ป่วยเด็กเป็นหลัก มีรูปภาพหลากหลายรูปแบบ ใช้หลักการเดียวกับมาตรวัดอื่นๆ แต่ใช้รูปแสดงสีหน้าแทนความปวดร่วมกับตัวเลข โดยการลำดับความรุนแรงของตัวเลขที่นิยมใช้สองแบบ คือ 0-5 และ 0-10

2. เครื่องมือประเมินความปวดหลายมิติ เนื่องจากความปวดมีความซับซ้อนมาก การประเมินความรุนแรงของความปวดมากหรือน้อยอาจไม่พอเพียงจึงมีการคิดค้นแบบประเมินความปวดที่มีรายละเอียดและซับซ้อนมากขึ้น เช่น

2.1 แบบประเมินความปวดครั้งแรก (Initial Pain Assessment Tool) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้บันทึกความปวด โดยกำหนดให้มีการประเมินครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ (วงจันทร์, 2547) (1) ตำแหน่ง (2) ความรุนแรง (3) ลักษณะความปวด (4) ระยะเวลาเริ่มต้น (5) พฤติกรรม

การแสดงออกถึงความปวดที่ยอมรับได้ (6) ปัจจัยที่ทำให้ปวดลดลง (7) ปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น (8) ผลกระทบจากความปวด (9) ข้อคิดเห็น และ (10) แผนการให้ความช่วยเหลือ

2.2 แบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory: BPI) พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในงานวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์สองประการ คือ วัดความรุนแรงความปวด และผลของความปวดที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาและทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง สามารถติดตามผลและประเมินผลของการบำบัดอาการปวดของผู้ป่วยได้ค่อนข้างดีและมีการแปลเป็นหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย โดยเพชรพิเชฐเชิธร

2.3 แบบประเมินความปวดแมกกิลล์ (McGill Pain Questionnaire: MPQ) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินความปวดครอบคลุม สาม มิติ (สหัทยา, 2549) คือ ความรู้สึก ด้านอารมณ์ และประเมินความรุนแรงความปวดแต่มีรายละเอียดค่อนข้างมาก ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถตอบคำถามได้หมด การตอบใช้เวลานานพอควรแต่ถ้าทำได้การประเมินจะมีความสมบูรณ์มากขึ้น

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงเลือกใช้มาตรวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข ซึ่งมาตรวัดความปวดชนิดนี้นิยมใช้วัดความปวดแบบเฉียบพลันจากการทำหัตถการ เช่น การลอกเยื่อหุ้มกระดูกโคนขา การพลิกตะแคง เปลี่ยนท่า การดูดเสมหะ การเจาะระบายหนอง การทำแผล การใส่สายสวนต่างๆ (Stotts et al., 2007) และการเจาะไขกระดูก (Kuball, Schuz, Gamm & Weber, 2004) โดยผู้ศึกษาวางแผนประเมินความปวดของผู้ป่วยเป็นสองระยะ คือ วัดก่อนการใส่แร่เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และวัดระดับความปวดหลังการใส่แร่โดยถามย้อนหลังใน สาม ช่วงเวลา คือ ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ ขณะนอนรอคำนวณปริมาณรังสีและใส่แร่ และขณะถอดเครื่องมือ เพื่อต้องการวัดระดับความปวดในแต่ละช่วงของการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

การจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ

การจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อเกิดอาการขึ้นโดยผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการ (Dodd et al., 2001) แนวคิดการจัดการกับอาการเป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดของลาร์สันและคณะ (Larson et al., as cited in Dodd et al.) ซึ่งแนวคิดการจัดการกับอาการกล่าวถึงประสบการณ์อาการ การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์ และปัจจัย

ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคิดหลักว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้อาการ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษา โดยอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังไปรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคนและของสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ เช่น แนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย

แนวคิดการจัดการกับอาการให้ความหมายของอาการ ว่าเป็นประสบการณ์การรับรู้และการตระหนักรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (biopsychosocial function) ในขณะที่อาการแสดงเป็นสิ่งผิดปกติที่บ่งบอกถึงสถานะของโรคที่สามารถตรวจพบได้โดยตัวผู้ป่วยเองหรือโดยบุคคลอื่น (Harver & Mahler as cited in Dodd et al.) ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งบอกถึงแนวทางการรักษาและประสิทธิภาพการรักษา โดยผู้ป่วยควรได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการจึงจะทำให้เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจในอาการของเขาจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการ จนเกิดเป็นความเข้าใจ ซึ่งแนวคิดการจัดการกับอาการมีการกำหนดข้อตกลงพื้นฐาน หก ประการ ดังนี้

1. มาตรฐานหลักสำหรับการศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วย อาศัยพื้นฐานการรับรู้จากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการแสดงของแต่ละบุคคล ซึ่งรายงานจากแบบรายงานตนเอง (self-report)
2. บุคคลที่ใช้รูปแบบแนวคิดการจัดการกับอาการไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์อาการนั้นๆ เพราะบุคคลแต่ละคนอาจจะเสี่ยงต่อการเกิดอาการนั้นๆ เนื่องจากได้รับผลจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งก่อกวนอันตรายจากการทำงาน กลยุทธ์ที่ใช้ในการจัดการอาจจะเริ่มต้นก่อนที่บุคคลจะเกิดอาการ
3. บุคคลที่ไม่สามารถบอกได้ เช่น ทารก หรือผู้ที่มีปัญหาในการพูด เนื่องจากสโตรก (stroke) อาจจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการแสดง และการแปลความหมายโดยพ่อแม่หรือผู้ดูแล ซึ่งคาดว่าน่าจะมีคำแนะนำเพื่อการให้การพยาบาล ได้ถูกต้อง
4. ทุกอาการแสดงที่ทำให้ยุ่งยากนั้นต้องได้รับการจัดการ
5. กลยุทธ์การจัดการกับอาการอาจมีเป้าหมายเฉพาะเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม เป็นครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการทำงาน
6. การจัดการกับอาการนั้นเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต คือ สามารถถูกปรับเปลี่ยนโดยผลลัพธ์แต่ละอย่าง และอิทธิพลของมิติทางการพยาบาลของบุคคล สุขภาพความเจ็บป่วยหรือสิ่งแวดล้อมก็มีผลต่อการจัดการกับอาการเช่นกัน

แนวคิดการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย สามมโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์อาการการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการของผู้ป่วย การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยทั้ง สาม ตัว มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

1.1 การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ

1.2 การประเมินอาการ หมายถึง บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ธรรมชาติของอาการ ความถี่ และผลกระทบของอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง ปฏิกริยาต่ออาการที่เกิดขึ้น ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรม

2. การจัดการกับอาการเป้าหมายก็เพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้วิธีการดูแลตนเอง การใช้ยา รวมทั้งการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการกับอาการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์อาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่วิธีการจัดการกับอาการ และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมของผู้ป่วยซึ่งวิธีการก็มีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้วิธีการอะไร เหตุผลของการใช้ ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน ใช้มากน้อยเพียงใด ใช้กับใคร และใช้อย่างไร

3. ผลลัพธ์ เป็นผลมาจากการจัดการกับอาการของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยด้วย ประกอบด้วย สภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเอง ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต สภาพอารมณ์ การเจ็บป่วยภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตาย

นอกจากนี้มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องอีก สาม องค์ประกอบ ที่มีผลต่อประสบการณ์อาการ วิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านบุคคล ลักษณะด้านบุคคล เช่นอายุ เพศ การศึกษา เป็นต้น ลักษณะทางด้านจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสรีรวิทยา ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2. องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สภาพสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ และการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรง และกระทบโดยทางอ้อมต่อการเกิดอาการจากการรักษาและผลลัพธ์

3. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล เป็นต้น

3.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

3.3 ลักษณะทางวัฒนธรรมของสิ่งแวดล้อม เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่าและการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นต้น สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

โดยภาพรวมกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของโรคและคณะมีมโนทัศน์หลักสาม มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งประสบการณ์อาการมีความเป็นพลวัตโดยครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันไปซึ่งมีผลต่อผลลัพธ์ของอาการนั้น ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ เช่นด้านบุคคล ด้านสุขภาพความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อมเข้ามามีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์

*ความปวดและการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
ขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง*

ความปวดเป็นประสบการณ์หลากหลายมิติ ได้แก่ มิติทางด้านสรีระ (physical dimension) มิติทางด้านความรู้สึก (sensory dimension) มิติทางด้านอารมณ์ (affective dimension) มิติทางด้านความคิด (cognitive dimension) มิติทางด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) และมิติทางด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural dimension) มิติความปวดต่างๆ นี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด มิติหนึ่งอาจเป็นสาเหตุของอีกมิติ และ/หรือเป็นผลของอีกมิติหนึ่ง (วงจันทร์, 2546) ความปวดจากหัตถการ (procedural pain) เป็นความปวดแบบเฉียบพลันเกิดจากการรับรู้บาดเจ็บหรือการทำลายของเนื้อเยื่อ เมื่อถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่ทำให้บาดเจ็บ และมีการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย มีการรับรู้ทางอารมณ์ ความทุกข์และทรมาน (พงศภารดี, 2547) เช่น ความปวดหลังผ่าตัด ความปวดจากการส่องกล้องลำไส้ ความปวดจากการชูดมดลูก ความปวดจากการดูดเสมหะ และความปวดจากการแทงเข็มให้น้ำเกลือในเด็ก เป็นต้นการใส่แร่ก็เป็นอีกหัตถการหนึ่งที่ทำให้ปวดแบบเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการความปวดเฉียบพลันมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดเฉียบพลันจากการทำหัตถการ โดยการใช้ยาขึ้นอยู่กับชนิดของหัตถการ ระดับความรุนแรงของความปวด ลักษณะของผู้ป่วย วิธีการให้และขนาดของยาต้องเหมาะสมและครอบคลุมทั้งขณะทำและหลังทำหัตถการ ซึ่งขั้นตอนการใช้ยาควรเริ่มต้นที่ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ใช้ในการบรรเทาปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) และยาระงับปวดเฉพาะที่ (local anesthesia) ใช้ในการบรรเทาปวดระดับ

ปานกลางถึงรุนแรง (Krenziscbek, Dunwoody, Polomano, & Ratbmell, 2008) ในการระงับปวดจากการทำหัตถการใส่แร่ ควรเป็นยาระงับปวดที่ทำให้ผู้ป่วยสงบซึ่งเป็นยาบรรเทาปวดอยู่ในกลุ่มโอปิออยด์ เช่น เฟนทานิล (Fentanyl) (Smith et al., 2002) ส่วนสมาคมการใส่แร่แห่งอเมริกาแนะนำให้ใช้ยาระงับปวดที่ทำให้ผู้ป่วยสงบชนิดรอบๆ ปากมดลูก (paracervical block) หรือใช้ยาฉีดระงับปวดทางไขสันหลัง (Nag et al., 2000)

ส่วนการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยวิธีการไม่ช้ำยา ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีผลต่อการลดความปวดโดยตรงแต่สามารถบรรเทาความปวดโดยกลไกทางอ้อม ซึ่งเกี่ยวข้องกับมิติทางอารมณ์ มิติทางด้านความคิดเป็นการปรับกระบวนการรับรู้ ความคิด อารมณ์ ช่วยทำให้ร่างกายผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลสามารถตัดวงจรความปวดได้ โดยมีวิธีการ ดังนี้ (1) การให้คำปรึกษานับสนุนให้กำลังใจ (2) การปรับความคิด-พฤติกรรม เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ การเปลี่ยนความคิด การใช้จินตภาพ คนตรีบำบัด การสอนและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และ (3) การใช้วิธีทางชีวภาพ เช่น การนวด การสัมผัส เป็นต้น (วงจันทร์, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการความปวดด้วยตนเองโดยวิธีการไม่ช้ำยาและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่

1. การผ่อนคลาย (relaxation)

การผ่อนคลาย เป็นการลดการเร้าทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดร่วมกับมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเชื่อว่าการผ่อนคลายทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเคมีบางอย่างที่มีผลต่อความปวดเรียกว่าเอนโดฟิน (endorphin) มีความเกี่ยวข้องกับการเปิดและปิดประตูในทฤษฎีควบคุมประตูส่งผลให้ความปวดลดลง การผ่อนคลายเป็นกลไกการป้องกันตัวและต่อต้านความเครียดช่วยลดความวิตกกังวลทำให้ความปวดเทาลงได้ จากการศึกษาของอัจฉรา (2548) ศึกษาประสิทธิผลของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อระดับความปวดและระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยภายหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดและค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังฝึกเทคนิคการผ่อนคลายทันทีและเมื่อเวลาผ่านไป 15, 30 และ 45 นาที ต่ำกว่าก่อนการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยดา (2544) เกี่ยวกับผลของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟต่อความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังพบว่าคะแนนความปวดกลุ่มทดลองขณะที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟและขณะได้รับการพยาบาลปกติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction)

การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นวิธีที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนความสนใจจากความรู้สึกหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ไปสู่ความสนใจอื่น โดยมีกลไก คือ เมื่อมีการกระตุ้นตัวรับความปวดสู่สมองส่วนซีรีบรัลคอเทกซ์ (cerebral cortex) จะเกิดการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดขึ้น ถ้า

สัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจมีความเข้มมากกว่าสัญญาณความปวด ซีรีบริลคอคเทกซ์ จะตอบสนองต่อการเบี่ยงเบนความสนใจส่งสัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจเข้าสู่ระบบควบคุมส่วนกลางมากขึ้น ส่งผลให้มีการลดการส่งสัญญาณประสาทประสาทความปวดสู่ระบบควบคุมส่วนกลางสัญญาณประสาทมาที่ระบบควบคุมประตู่ที่ไขสันหลัง โดยกระตุ้นการทำงานของ เอส จี เซลล์ให้มีการปิดประตู่ความปวด จากการศึกษาของศรีสุดา (2541) เรื่องผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการส่องกล้องคาไลโดสโคปต่อระดับความปวดจากการเจาะเลือดในเด็กวัยเรียน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการส่องกล้องคาไลโดสโคป มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการส่องกล้องคาไลโดสโคปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร (2548) เรื่องผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่าต่อระดับความเจ็บปวดจากการแทงเส้นโลหิตดำเพื่อให้สารน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มที่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่า ความเจ็บปวดจากการแทงเส้นโลหิตดำเพื่อให้สารน้ำต่ำกว่าเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มที่ไม่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. สมาธิ (meditation)

สมาธิ คือ การที่จิตกำหนดแน่วแน้อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่าน หรือสภาวะที่มีอารมณ์เดียวของกุศลจิต (พระธรรมปิฎก อังตาม กอบกาญจน์, 2550) สมาธิสามารถทำให้ลดความวิตกกังวล ลดการเร้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด ส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดลดลง จากการศึกษาของเก็จทอง (2541) เรื่องผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความปวดและความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับการศึกษาของปิยาภรณ์ (2544) เรื่องประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี พบว่าการทำสมาธิของผู้ป่วยทำให้จิตสงบและทำให้ความปวดลดลง (ดังคำกล่าวของผู้ป่วย “ป้าปวด ป้าจะทำสมาธิ ตั้งจิตให้แน่วแน่ อะไรที่ติดกับเราก็ต้องเกิด ป้านี้ก้อยู่เสมอว่าตัวเองต้องมีสติ ไม่นึกถึงความปวด ป้าพยายามทำจิตให้อยู่นิ่ง พอทำได้สักพัก รู้สึกว่าปวดไม่มาก ป้าจะนั่งสมาธิทุกครั้งที่ปวด ป้าว่าป้าทำได้และได้ผลกับป้าเพราะอย่างน้อยเราจะปวดไม่มาก คิดว่าจิตไม่สงบคิดแต่เรื่องปวด”)

4. การใช้ดนตรี (music therapy)

การใช้ดนตรีในการบรรเทาปวดเป็นการนำดนตรีและองค์ประกอบของดนตรีมาใช้ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีควบคุมประตู่ คือ ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์และความรู้สึกทำให้เกิดความเพลิดเพลินและปรับสัญญาณประสาทนำเข้า ให้รับรู้ประสาทดนตรีมากกว่าสัญญาณประสาทจากความปวดทำให้การส่งสัญญาณประสาทความปวดไปยังระบบควบคุมส่วนกลางลดลงและมีผล

ต่อกลไกการควบคุมประตู่ที่ไขสันหลังบริเวณ เอส จี เซลล์ ให้ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดต่อไปยัง ที เซลล์ ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทความปวดไปสู่สมอง จากการศึกษาวิจัยหลายเรื่องเกี่ยวกับการใช้ดนตรีในการบรรเทาความปวดพบว่าดนตรีมีผลในการลดความปวด จากการศึกษาของเอมอร์ (2543) ผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีที่ชอบหลังผ่าตัดมีความปวดลดลง มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญแดง (2540) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้ดนตรีลดลงและลดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับฟังดนตรี และจากการศึกษาของดาวใจ (2544) ซึ่งศึกษาผลของดนตรีไทยบรรเลงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดเช่นกัน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้ฟังดนตรีไทยบรรเลงมีความปวดต่ำกว่าในระลอกก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโดยการนำดนตรีประเภทฟ่อนคลายมาใช้ร่วมกับเทคนิคการหายใจในหญิงตั้งครรภ์ในระลอกคลอดจำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความปวดในระลอกคลอดทั้งในระลอกปากมดลูกเปิดซ้ำและระลอกปากมดลูกเปิดหมดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (จุฑารัตน์, 2546) และจากการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 61 ราย โดยแบ่งเป็นสามกลุ่ม คือ การใช้ดนตรีบรรเทาปวด การใช้โปรแกรมให้ผู้ป่วยนั่งพักและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ฟังดนตรีความปวดลงได้ทั้งด้านการลดระดับความรู้สึกรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดมากกว่ากลุ่มใช้โปรแกรมให้ผู้ป่วยนั่งพัก และกลุ่มควบคุม (Voss et al., 2004)

5. จินตภาพหรือจินตนาการ (guided image)

จินตภาพหรือจินตนาการเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของบุคคลไปจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการมโนภาพไปยังเหตุการณ์หรือสถานที่ที่สร้างความพึงพอใจ ซึ่งสถานที่หรือเหตุการณ์นั้นเป็นจริง หรืออาจเป็นภาพหรือเหตุการณ์ที่บุคคลคิดขึ้นมาโดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าในกระบวนการสร้างจินตนาการทำให้เกิดความสุขและความสบาย นอกจากนี้พบว่าจินตนาการยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทำให้ความปวดลดลงในเด็กหลังผ่าตัดทันทีและหลังผ่าตัดภายในหนึ่งชั่วโมงแรก (Polkki, Pietila, Julkunen, Laukkala, & Kiviluoma, 2008) และการสร้างจินตนาการยังเป็นวิธีการหนึ่ง que ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวด ดังเช่นการศึกษาของอุดมลักษณ์ (2541) เรื่อง ผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองกับการจินตนาการภาพเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดที่สัมพันธ์กับความเครียด พบว่าสามารถลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่งผลให้ความปวดลดลง

6. การสัมผัส (touch)

การสัมผัส เป็นการสื่อสารวิธีหนึ่งโดยไม่ต้องใช้คำพูดที่มีความสำคัญและมีคุณค่าในการให้การพยาบาลผู้ป่วย (Gleeson & Timmins, 2005) การสัมผัสทางการพยาบาลสามารถประยุกต์ช่วยเหลือทางด้านจิตอารมณ์ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และพยาบาลสามารถทำได้อย่างอิสระ (บุญวาทย์, 2539) การสัมผัสเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่คล้ายกับการนวดเป็นการกระตุ้นการทำงานของ เอส จี เซลล์ ในไขสันหลังให้ทำงาน ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวดในไขสันหลังร่วมกับการแปรผลและให้ความหมายของการสัมผัสในระบบควบคุมส่วนกลางทำให้เกิดการผ่อนคลายทางด้านจิตใจเกิดการส่งสัญญาณปิดประตูความปวดในไขสันหลัง จากการศึกษาประสิทธิผลของการสัมผัสในการลดปวดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่ากลุ่มทดลองมีความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Lin & Taylor, 1998)

7. การนวด (massage)

การนวด ในทฤษฎีควบคุมประตูช่วยในการลดปวดคือการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้พลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กทำให้เกิดการกระตุ้น เอส จี เซลล์ ในไขสันหลังให้ทำงานส่งผลให้ไปยับยั้งการทำงานของ ที เซลล์ ระบบควบคุมประตูปิดไม่มีสัญญาณขึ้นไปสู่สมอง จึงไม่เกิดการรับรู้ความปวดในระบบควบคุมส่วนกลาง (Melzack & Wall, 1996) จากหลายการศึกษา พบว่าการนวดมีผลช่วยในการลดปวด เช่น การศึกษาของดาวใจ (2544) เรื่องเปรียบเทียบผลของดนตรีไทยบรรเลงกับการนวดไทยประยุกต์ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด สุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับฉลากเพื่อแบ่ง เป็นกลุ่มทดลอง สาม กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มที่ หนึ่ง ให้ฟังดนตรีไทยบรรเลง กลุ่มที่ สอง ได้รับการนวดไทยประยุกต์ กลุ่มที่สาม เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ฟังดนตรีไทยบรรเลงมีความเจ็บปวดต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยประยุกต์มีความเจ็บปวดต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองที่ได้ฟังดนตรีไทยบรรเลงกับกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยประยุกต์ในระยะหลังทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการนวดช่วยให้ผู้ป่วยลดทุกข์ทรมานจากความปวดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเทวิกา (2546) เรื่อง ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงจากความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา มีผลช่วยในการบรรเทาปวดก็ตาม แต่หลักการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันที่ดีที่สุดเป็นมาตรฐานสากล (gold standard) คือ การใช้ยาระงับปวด (Krenziscbek et al., 2008) ส่วนวิธีการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยามีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อสนับสนุนให้การรักษาอาการปวดจากการใช้ยาให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น โดยใช้ในปริมาณเท่าเดิมหรือน้อยลงแต่ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่จะทดแทนการใช้ยาแต่อย่างใด (เจือกุล, 2550) ดังนั้นการจัดการความปวดเฉียบพลันจากการทำหัตถการจากการใส่แร่ HDR ที่ดีที่สุดต้องใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน คือ การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา

ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแปรปรมาณรังสีสูง

ความต้องการการช่วยเหลือ เป็นสิ่งผลักดันจากภายในบุคคลทำให้แสดงออกถึงสิ่งที่ตนต้องการและปรารถนาบุคคลโดยทั่วไปมีความต้องการขั้นพื้นฐานตามทฤษฎีมาสโลว์ คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ต้องการความเป็นเจ้าของ ต้องการความรัก ความภูมิใจ และต้องการประจักษ์ในคุณค่าตนเอง เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้สภาพร่างกายและจิตใจอ่อนแอ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และตอบสนองความต้องการที่เฉพาะขณะที่เจ็บป่วย (ศรีเรือน, 2547) ส่วนความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแปรปรมาณรังสีสูงแบ่งเป็นสามระยะ คือ ก่อนได้รับการรักษา ขณะได้รับการรักษา และหลังได้รับการรักษา ดังนี้ (สุพัตราและมยุรี, 2548)

1. ก่อนได้รับการรักษา ได้แก่ ความต้องการการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความต้องการการช่วยเหลือทางด้านร่างกายผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาความต้องการ และสภาพความพร้อมด้านร่างกายก่อนการใส่แร่ เช่น ภาวะซีด อ่อนเพลีย การมีเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น ความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจในขณะนี้แม้ว่าผู้ป่วยตั้งใจและพร้อมที่จะรักษา แต่ยังคงเล็งและกลัวการรักษาโดยตรง การใส่แร่ พยายามปิดกั้นข้อมูลในทางลบเกี่ยวกับการใส่แร่ และมีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใส่แร่ พยายามปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบ (อรพินธุ์, 2544) สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลากรในขณะนี้ คือ ต้องการข้อมูลความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการใส่แร่ เพื่อการเตรียมตัวที่ถูกต้องเหมาะสม การปลอบโยนให้กำลังใจ และการแนะนำวิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งวิธีการแก้ไข (Warnock, 2005) แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะนี้ คือ ต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย

และญาติได้ซักถามพูดคุยระบายเรื่องที่วิตกกังวลและข้อข้องใจต่างๆ รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมพร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้ในแผนการรักษาที่ได้รับและตั้งเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในตนเองใช้ความเข้มแข็งอดทนให้เกิดประโยชน์ ในการเผชิญความจริงหรือความเจ็บป่วยให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนครอบคลุมในเรื่องที่เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนในการรักษาโดยการใส่แร่ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เน้นให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในวิธีการรักษา และเทคนิควิธีการผ่อนคลายซึ่งการให้ข้อมูลอาจให้เป็นรายคน หรือรายกลุ่ม (สุพัตรา และ มยุรี, 2548)

2. ขณะได้รับการรักษา จากการศึกษาของวิลจี้และฟิทช์ (Velji & Fitch, 2001) พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญในขณะที่รับการรักษา ได้แก่ ความไม่สุขสบายต่างๆ ความปวด ระดับความรุนแรงของความปวดเหล่านี้สัมพันธ์กับระยะเวลาของการรักษาและสิ่งแวดล้อม ความต้องการการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยต้องการจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ในระบายนี้นี้มีความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การช่วยเหลือในเรื่องบรรเทาความปวดจากการใส่และถอดเครื่องมือให้ทำด้วยความระมัดระวังลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อการดูแลเครื่องมือไม่ให้เกิดการคั่งรังสี การช่วยจัดเปลี่ยนท่าให้สุขสบาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับความปวดอย่างเหมาะสม โดยการนำวิธีการลดปวดไม่ใช้ยามาใช้ร่วมด้วย มีการดูแลอย่างใกล้ชิดคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะแทรกซ้อนตลอดกระบวนการใส่แร่ นอกจากนี้ยังต้องการการช่วยเหลือในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิห้อง แสง เสียง ให้เหมาะสม ส่วนความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ได้แก่ ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การประเมินปัญหาและช่วยเหลือทันทีที่ต้องการ การต้อนรับให้กำลังใจ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา

3. หลังได้รับการรักษาผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการประเมินสภาพก่อนจะกลับบ้าน เช่น อาการอ่อนเพลีย การตกเลือด เป็นต้น และต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการรักษาเพื่อนำไปดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใส่แร่ (Velji & Fitch, 2001) การช่วยเหลือที่สำคัญในขั้นตอนนี้ คือ การให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องการดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การสังเกตอาการผิดปกติหลังการรักษา เช่น ใช้สูง ปวดท้อง มีเลือดออกผิดปกติหรือมีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติทางช่องคลอด การรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน และการติดตามผลการรักษา เป็นต้น (สุพัตราและมยุรี, 2548) ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จากการศึกษาของอภิรดี (2543) พบว่าผลของการประยุกต์การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดลูกที่ได้รับการฉายรังสีพบว่ากลุ่ม

ทดลองหลังการทดลองมีความรู้เรื่องโรคการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR ทั้ง สาม ระยะเหมือนกัน คือ ความต้องการการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความต้องการการช่วยเหลือทางด้านร่างกายเป็นความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดและความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ส่วนความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจเป็นความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลการปฏิบัติตัวในการใส่แร่ และต้องการกำลังใจ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

มะเร็งปากมดลูก คือ การที่เซลล์บุผิวบริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ สาเหตุมาจากการติดเชื้อ HPV อาการขึ้นอยู่กับระยะของโรค การรักษา มะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินการของโรค ความพร้อมของสถาบันและความสามารถของแพทย์ผู้ดูแลรักษา นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย การรักษาในปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัดรังสีรักษา เคมีบำบัด และการใช้หลายวิธีร่วมกัน (NCCN, 2010) รังสีรักษามีบทบาทสำคัญในการรักษามะเร็งปากมดลูกโดยการใช้รังสีเข้าไปทำลายสารพันธุกรรม ดี เอ็น เอ ทั้งทางตรงและทางอ้อม วิธีการรักษา คือ การฉายรังสีจากภายนอกร่วมกับการใส่แร่ ซึ่งการใส่แร่มีความสำคัญในการรักษามะเร็งปากมดลูกเพราะเป็นมะเร็งที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่อาจต้องใช้รังสีถึง 75 - 85 Gys การฉายรังสีอย่างเดียวไม่สามารถให้รังสีในปริมาณที่เพียงพอได้เนื่องจากจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อทวารหนักและกระเพาะปัสสาวะได้ การใส่แร่จึงมีบทบาทสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แต่กระบวนการใส่แร่จะต้องสอดใส่เครื่องมือเข้าทางช่องคลอดผ่านปากมดลูกเข้าไปในโพรงมดลูกทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ทำให้เกิดความปวดตั้งแต่บริเวณช่องคลอดปากมดลูก และเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงที่ได้รับอันตราย

ความปวดจากการใส่แร่ HDR ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน โดยเฉพาะผลกระทบต่ออารมณ์ได้แก่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว โกรธ คับข้องใจ ซึมเศร้า และมีความคิดในทางลบ ความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หากความปวดไม่ได้รับการจัดการหรือช่วยเหลือในการบรรเทาปวดที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะหาวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาที่หลากหลายมาช่วยบรรเทาปวดอีกทางหนึ่ง เช่น การผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สมาธิ เป็นต้น ความปวดจากการใส่แร่เป็นความปวดแบบเฉียบพลันเกิดจากการทำหัตถการ วิธีการจัดการความปวดที่ดีที่สุด คือ การใช้ยาระงับปวด ส่วนวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาก็มีผลช่วยในการบรรเทา

ความปวดการใช้ยาให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ดังนั้นควรใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน บุคลากรในทีมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ HDR ควรตระหนักและให้ความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดผู้ป่วยอย่างจริงจัง โดยต้องช่วยเหลือให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และต้องครอบคลุมทุกขั้นตอนของการใส่แร่ HDR

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงความปวด วิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา และประเภทของความต้องการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงที่ได้รับการรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 63 ราย ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 โดยคิดจากจำนวนผู้ป่วยใหม่ในรอบปีที่ผ่านมาซึ่งมีทั้งหมด 244 ราย การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตามสัดส่วนประชากร คือจำนวนประชากรระหว่าง 100-999 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ร้อยละ 25 ของประชากร (เพชรรน้อย, 2539) ได้จำนวนตัวอย่างที่ต้องการไม่ต่ำกว่า 61 ราย ในช่วงที่เก็บข้อมูลจริงเก็บได้ 63 ราย ในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ราย ได้รับการใส่แร่เพียง 3 ครั้ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกระยะของโรค
2. ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงครั้งแรก
3. ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออก
4. ไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่มีความปวดนอกเหนือจากโรคมะเร็ง

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และสมัครเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีสี่ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มาตรฐานวัดความปวดแบบตัวเลข แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา และแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล (ภาคผนวก ข)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ความเจ็บป่วยและการรักษา ข้อมูลในแบบบันทึกนี้ได้จากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดังภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความรุนแรงความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง (ภาคผนวก ข) โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาคะมาตรฐานวัดความปวด ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้วิจัยอ่านให้ฟังโดยชี้แจงรายละเอียดตามความจริงทุกประการ และผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเองโดยใช้มาตรฐานวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) แบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน มีการแปลความหมายความรุนแรงของความปวดคั้งนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความปวดเลย
1.01-3.00	คะแนน	หมายถึง	ความปวดมีระดับน้อย
3.01-6.00	คะแนน	หมายถึง	ความปวดมีระดับกลาง
6.01-9.00	คะแนน	หมายถึง	ความปวดมีระดับมาก
9.01-10.00	คะแนน	หมายถึง	ความปวดมีระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง โดยดัดแปลงของกมลรัตน์ (2547) และผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และจากกรทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย คำถามปลายเปิดซึ่งสอบถามประสบการณ์ในการจัดการความปวดและเหตุผลที่เลือกใช้วิธีการในการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา จำนวน 4 ข้อ (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงเป็นแบบสอบถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 4 ข้อ (ภาคผนวก ข)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ

ความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน สาม ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวนหนึ่งท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดจำนวนหนึ่งท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษาจำนวนหนึ่งท่าน ตรวจสอบแก้ไขให้ข้อเสนอแนะในการสร้างแบบสอบถาม เรื่องความสอดคล้องของเนื้อหาที่ครอบคลุมแนวคิด รวมทั้งความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปหาความเที่ยงและใช้เก็บข้อมูลจริง

ความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ในแบบสอบถามส่วนที่สอง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย หากความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) มีขั้นตอนดังนี้ คือ นำไปสอบถามผู้ป่วยลักษณะเหมือนกลุ่มที่จะศึกษาจำนวนสองครั้งโดยห่างกัน 24 ชั่วโมง โดยครั้งแรกสอบถามผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นจากการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง โดยการถามย้อนหลังใน สาม ช่วงเวลาขณะทำหัตถการ คือ ขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ ขณะนอนรอเพื่อคำนวณปริมาณรังสีและใส่แร่ และขณะถอดเครื่องมือ ส่วนครั้งที่สองใช้วิธีสอบถามทางโทรศัพท์ ซึ่งได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำของแบบสอบถาม ขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ เท่ากับ .96 ขณะนอนรอเพื่อคำนวณปริมาณรังสีและใส่แร่ เท่ากับ .99 และขณะถอดเครื่องมือ เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัยโดยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ ก็จะไม่มีผลต่อการรักษาในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรเข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้อย่างอิสระตลอดเวลา แม้ว่าได้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยแล้วก็ตามโดยมีต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา ระหว่างสอบถามหากมีปัญหาประเด็นที่ทำให้กระทบกระเทือนจิตใจท่าน ท่านสามารถหยุดได้ทันที และผู้วิจัยพร้อมให้การช่วยเหลือ เช่น ปลอบประโลม ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ระบาย และเมื่อมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการวิจัยสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่พร้อมทั้งให้แบบฟอร์มและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย/ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อเซ็นยินยอมเมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยมีข้อมูลสองส่วน ส่วนที่หนึ่ง คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ในการเข้าร่วมงานวิจัย ส่วนที่สอง คำยินยอมเข้าร่วมโครงการ (ภาคผนวก ก)

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของขั้นตอนต่างๆ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยลักษณะเหมือนกลุ่มที่จะศึกษา จำนวนสองราย จากการดำเนินการ พบว่าบางส่วนของข้อคำถามบางข้อในแบบสอบถามคือคำถาม ข้อที่ 6.1 กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจผู้วิจัยจึงปรับข้อความให้เข้าใจง่ายขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมต่อคณะกรรมการด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อพิจารณาขั้นต้น

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้บริหาร โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนและขออนุมัติเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อโครงการวิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าสาขารังสีรักษาในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยได้ขอตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยของหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจและเซ็นชื่อให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ตามแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือแล้ว ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนของหน่วยรังสีรักษาและบันทึกของแพทย์

2.3 การเก็บข้อมูล แบ่งเป็น สอง ระยะ

2.3.1 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดก่อนการเข้ารับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

2.3.2 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความปวดการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด โดยถามหลังรับการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงเสร็จสิ้น ด้วยการถามย้อนหลังในสามช่วงเวลา คือ ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ ขณะนอนรอเพื่อคำนวณปริมาณรังสีและใส่แร่ และขณะถอดเครื่องมือ

2.3.3 ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดทุกครั้ง หลังการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงจำนวน สาม ถึง สี่ ครั้ง

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามทีละข้อให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้ตอบโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงบนแบบสอบถาม

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากมีข้อคำถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะสอบถามกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมทันที ยกเว้นข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบ

2.6 นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์ ตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลระดับความรุนแรงความปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรุนแรงของความปวดในแต่ละครั้งของการใส่แร่ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ
3. ข้อมูลวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
4. ข้อมูลประเภทความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างง่าย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อมุ่งศึกษาระดับความปวด วิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา และประเภทความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง (ในเนื้อหาต่อไป ผู้วิจัยใช้คำว่า “การใส่แร่” เพื่อสื่อความหมายของคำว่า “การใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง” เพื่อความกระชับ) กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 63 ราย ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่สามครั้ง จำนวนแปดราย ที่เหลือ 55 ราย ได้รับการใส่แร่สี่ ครั้ง อายุเฉลี่ย 51 ปี (อายุระหว่าง 31-80 ปี) สถานภาพคู่ ร้อยละ 70 มีจำนวนบุตร 1-3 คน มากที่สุด ร้อยละ 63 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 76 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ส่วนความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 81 (ตาราง 1)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยการใส่แร่

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะ 1-3 ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ใน ระยะสอง ร้อยละ 65 รองลงมาเป็น ระยะสาม และระยะหนึ่ง คือ ร้อยละ 22 และ 13 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี และมีโรคประจำตัวมีจำนวนใกล้เคียง

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N = 63$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
31-40	11	18
41- 50	19	30
51- 60	24	38
> 60	9	14
(Mean = 51 ปี, SD = 11.20, Min-Max = 31-80 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	2
คู่	44	70
หย่า	5	8
หม้าย	9	14
แยกกันอยู่	4	6
จำนวนบุตร (คน)		
ไม่มี	2	3
มี	61	97
1-3	40	65
4-6	15	25
> 6	6	10
ศาสนา		
พุทธ	48	76
อิสลาม	15	24
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	8
ประถมศึกษา	48	76
มัธยมศึกษา	6	10
อนุปริญญา	3	5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	14
เกษตรกร	20	32
ค้าขาย	9	14
รับจ้าง	13	21
อื่นๆ (แม่บ้าน, เลี้ยงหลาน)	12	19
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	14	22
5,001 -10,000	30	48
10,001- 50,000	19	30
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	21	33
พอใช้	37	59
เหลือเก็บ	5	8
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกได้ (ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ)	7	11
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	51	81
บัตรประกันสังคม	4	7
จ่ายเอง	1	1

ใกล้เคียงกัน โดยผู้ที่มีโรคประจำตัว สาม อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยตามข้อต่างๆ ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานและโรคกระเพาะ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด ซึ่งความปวดส่วนใหญ่มาจากการคลอดและแท้งบุตร และมีวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในอดีต ร้อยละ 68 วิธีการที่ใช้ ได้แก่ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ การสวดมนต์ การเปลี่ยนอิริยาบถ เป็นต้น (ตาราง 2) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98 ได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอล หนึ่ง กรัม รับประทานก่อนการใส่แรม 30 นาที ร้อยละ 2 ได้รับยาแก้ปวดอื่นๆ

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (N = 63)

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะที่ 1	8	13
ระยะที่ 2	41	65
ระยะที่ 3	14	22
ปัญหาสุขภาพ		
ไม่มี	33	52
มี	30	48
ความดันโลหิตสูง	11	36
ปวดเมื่อยตามข้อต่างๆ	5	16
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	4	13
กระเพาะ	4	13
เบาหวาน	3	10
หอบหืด	2	6
ภูมิแพ้	2	6
ประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด		
ไม่มี	1	2
มี	62	98
คลอควบตร/แท่ง	37	60
ปวดฟัน	8	13
การทำหัตถการ	7	11
ปวดท้อง	4	6
ปวดข้อต่างๆ	3	5
ปวดศีรษะ	3	5

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การจัดการกับความปวดในอดีตโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา		
ไม่มี	20	32
มี	43	68
การหายใจลึกๆ ช้าๆ	10	23
การสวมหมอน	8	19
การเปลี่ยนอิริยาบถ	6	14
การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	5	12
การทำจิตใจให้เข้มแข็ง	5	12
การนวด	4	9
การพักผ่อน	4	9
การประคบร้อน	1	2

นอกจากนี้ได้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่ออธิบายปรากฏการณ์โดยสอบถามข้อมูลความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่จำนวนหนึ่งข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 79-87 มีความรู้สึกกังวลกับความปวดในทุกครั้งของการใส่แร่ ส่วนใหญ่มีระดับความกังวลเล็กน้อยถึงปานกลางและพบว่าระดับความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่สูงขึ้นในครั้งถัดไป อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการใส่แร่ในแต่ละครั้งกับความรู้สึกกังวลกับความปวดด้วยสถิติฟิรด์แมนไคสแควร์ (Friedman's chi-square) ไม่พบความสัมพันธ์ (ตาราง 3)

ตาราง 3

เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่ ครั้งที่ 1-4 ด้วยสถิติพรีดแมน ไคสแควร์ ($N = 63$)

ระดับความรู้สึก กังวล	ครั้งที่ของการใส่แร่				χ^2	p
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4		
	(n = 63) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 63) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 63) จำนวน (ร้อยละ)	(n = 55) จำนวน (ร้อยละ)		
ไม่กังวล	13 (21)	10 (16)	8 (13)	9 (16)	6.58	.08
กังวล	50 (79)	53 (84)	55 (87)	46 (84)		
กังวลเล็กน้อย	18 (29)	24 (38)	16 (25)	22 (40)		
กังวลปานกลาง	15 (24)	22 (35)	23 (37)	18 (33)		
กังวลมาก	11 (17)	4 (6)	9 (14)	4 (7)		
กังวลมากที่สุด	6 (9)	3 (5)	7 (11)	2 (4)		

Friedman's chi-square, $df = 3$

ระยะเวลาในขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่แต่ละครั้ง พบว่า ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ ใช้เวลาเฉลี่ย 14.48 นาที ($SD = 4.72$) ถึง 15.03 นาที ($SD = 5.20$) ขณะนอนรอเพื่อคำนวณปริมาณรังสีและใส่แร่ (ต่อไปนี้ผู้วิจัยขอใช้คำว่าขณะนอนรอและใส่แร่) ใช้เวลาเฉลี่ย 70.67 นาที ($SD = 17.90$) ถึง 77.54 นาที ($SD = 22.14$) และขณะถอดเครื่องมือ ใช้เวลาเฉลี่ย 4.30 นาที ($SD = .66$) ถึง 4.63 นาที ($SD = .87$) ระยะเวลารวมทั้ง 3 ขั้นตอน ใช้เวลาเฉลี่ย 90.17 นาที ($SD = 18.97$) ถึง 97.24 นาที ($SD = 23.25$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาในขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่จำแนกตามครั้งที่ของการใส่แร่ ครั้งที่ 1-4 (N=63)

ขั้นตอน	ระยะเวลาในการใส่แร่ตามครั้งที่มารับการใส่แร่ (นาที)							
	ครั้งที่ 1 (n = 63)		ครั้งที่ 2 (n = 63)		ครั้งที่ 3 (n = 63)		ครั้งที่ 4 (n = 55)	
	Min-Max	\bar{X} (SD)	Min-Max	\bar{X} (SD)	Min-Max	\bar{X} (SD)	Min-Max	\bar{X} (SD)
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ	7-32	15.03 (5.20)	8-33	14.67 (5.22)	8-32	14.48 (4.72)	9-25	14.78 (4.62)
ขณะนอนรอและใส่แร่	40-145	77.54 (22.14)	38-120	71.68 (16.62)	41-135	73.49 (21.20)	41-123	70.67 (17.90)
ขณะถอดเครื่องมือ	3-7	4.63 (.87)	3-6	4.30 (.66)	3-7	4.62 (.831)	3-6	4.60 (.74)
รวมเวลาทุกขั้นตอน	57-160	97.24 (23.25)	50-145	90.32 (18.17)	60-151	92.73 (20.17)	60-143	90.17 (18.97)

ระดับความรุนแรงของความปวดขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิด
อัตราแปรปรวนรังสีสูง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98 ได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอล
หนึ่งกรัม รับประทานก่อนการใส่แร่ 30 นาที และร้อยละ 2 ได้รับยาแก้ปวดชนิดอื่น (ได้แก่ มอร์ฟีน
เพทิดีน ไดนาสแตท) เมื่อวิเคราะห์ระดับความรุนแรงความปวดแต่ละครั้ง พบว่าทุกๆ ครั้งของการ
ใส่แร่ขั้นตอนแพทย์ใส่เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงความปวดสูงกว่าขั้นตอน
อื่นๆ ของการใส่แร่ คือ มีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก โดยระดับความปวดลดลงเป็นลำดับ
ขณะนอนรอและใส่แร่ และระดับความปวดลดลงต่ำสุดขณะถอดเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
คือ ก่อนใส่แร่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 89-97 ไม่มีความปวดบริเวณอู่เชิงกรานมาก่อน และขณะ
แพทย์ใส่เครื่องมือกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 34-49
รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30-41 ระดับคะแนนความรุนแรงความปวดขณะนอนรอ
และใส่แร่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คือ ร้อยละ 41-58 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 24-40
และขณะถอดเครื่องมือกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ
46-58 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32-49 (ตาราง 5) จากการใส่แร่ทั้ง 3 ครั้งเมื่อพิจารณา
ระดับความรุนแรงของความปวด พบว่าคะแนนความรุนแรงความปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใส่
แร่อยู่ในระดับเล็กน้อย คือ เฉลี่ย 0.05-0.21 (SD = 0.28-0.65) คะแนนความรุนแรงความปวดขณะ
แพทย์ใส่เครื่องมืออยู่ในระดับปานกลางถึงมาก คือ เฉลี่ย 6.00-6.43 (SD = 2.12-2.15) คะแนนความ
รุนแรงความปวดขณะนอนรอและใส่แร่อยู่ในระดับปานกลาง คือ เฉลี่ย 4.51-4.87 (SD = 2.37-1.99)
และคะแนนความรุนแรงของความปวดขณะถอดเครื่องมืออยู่ในระดับปานกลาง คือ เฉลี่ย 3.37-3.80
(SD = 1.78-1.46) (ตาราง 6 และภาพ 2)

อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงความปวด
ขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่แต่ละครั้ง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าไม่มี
ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกครั้งของการใส่แร่

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของความปวดในการใส่แร่ครั้งที่ 1-4 จำแนกตามขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่ (N = 63)

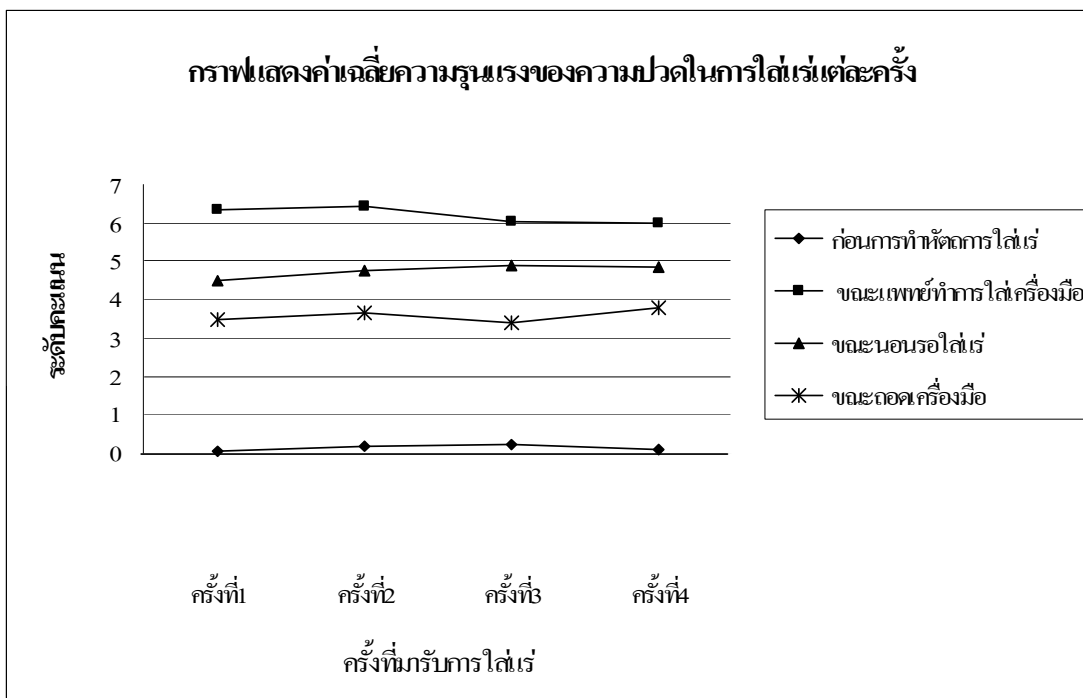
ครั้งที่และขั้นตอนในการใส่แร่	ระดับความรุนแรงของความปวด				
	ไม่ปวด	ปวดน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก	ปวดมากที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
การใส่แร่ครั้งที่ 1 (n = 63)					
ก่อนการใส่แร่	61 (97)	2 (3)	0	0	0
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ	0	7 (11)	26 (41)	21 (34)	9 (14)
ขณะนอนรอและใส่แร่	1 (2)	25 (40)	26 (41)	7 (11)	4 (6)
ขณะถอดเครื่องมือ	0	33 (52)	29 (46)	1 (2)	0
การใส่แร่ครั้งที่ 2 (n = 63)					
ก่อนการใส่แร่	58 (92)	5 (8)	0	0	0
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ	0	8 (13)	22 (35)	29 (46)	4 (6)
ขณะนอนรอและใส่แร่	0	19 (30)	33 (52)	10 (16)	1(2)
ขณะถอดเครื่องมือ	0	30 (48)	29 (46)	4 (6)	0
การใส่แร่ครั้งที่ 3 (n = 63)					
ก่อนการใส่แร่	56 (89)	7 (11)	0	0	0
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ	0	15 (24)	19 (30)	24 (38)	5 (8)
ขณะนอนรอและใส่แร่	0	15 (24)	37 (59)	8 (12)	3 (5)
ขณะถอดเครื่องมือ	2 (3)	37 (58)	20 (32)	3 (5)	1 (2)
การใส่แร่ครั้งที่ 4 (n = 55)					
ก่อนการใส่แร่	53 (96)	2 (4)	0	0	0
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ	0	8 (14)	17 (31)	27 (49)	3 (6)
ขณะนอนรอและใส่แร่	0	16 (29)	31 (56)	7(13)	1 (2)
ขณะถอดเครื่องมือ	0	25 (45)	27 (49)	3 (6)	0

ตาราง 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ใส่แร่ ครั้งที่ 1- 4 จำแนกตามขั้นตอนของการใส่แร่ด้วยสถิติ *Repeated Measures ANOVA* ($N = 63$)

ขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่	ครั้งที่มารับการใส่แร่								F*	p
	1 (n = 63)		2 (n = 63)		3 (n = 63)		4 (n = 55)			
	Min-Max	\bar{X} (SD)	Min-Max	\bar{X} (SD)	Min-Max	\bar{X} (SD)	Min-Max	\bar{X} (SD)		
ก่อนการใส่แร่	0-2	0.05 (0.28)	0-3	0.17 (0.66)	0-3	0.21 (0.65)	0-4	0.09 (0.56)	0.88	0.42
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ	1-10	6.35 (2.30)	2-10	6.43 (2.15)	2-10	6.05 (2.16)	2-10	6.00 (2.12)	0.93	0.42
ขณะนอนรอและใส่แร่	0-10	4.51(2.37)	1-10	4.75 (1.99)	1-10	4.87 (1.99)	1-9	4.85 (1.77)	0.78	0.49
ขณะถอดเครื่องมือ	1-7	3.46 (1.35)	1-8	3.65 (1.78)	1-10	3.37 (1.78)	1-7	3.80 (1.46)	2.50	0.06

df*, = 3, 162, n = 55, listwise deletion



ภาพ 2 ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความปวดในการใส่แร่แต่ละครั้ง

การจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่
กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการกับความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา (complementary medicine) ในแต่ละขั้นตอนและในแต่ละครั้งของการใส่แร่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11-49 ไม่ใช่วิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาในการจัดการกับความปวดด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51-89 ใช้วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา คือ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ การทำจิตใจให้เข้มแข็งอดทน การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อไม่เกร็ง การสวดมนต์ การคิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และอื่นๆ เช่น กัดฟัน ปล่อยให้ตนเอง นึกถึงบุคคลในครอบครัว กลั้วใจ เป็นต้น โดยมีรายละเอียด จำแนกแต่ละขั้นตอนของการใส่แร่ได้ ดังนี้ (ตาราง 7)

ตาราง 7

จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในการใส่แร่ ครั้งที่ 1-4 และจำแนกตามขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่ (N = 63)

วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาตามขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่	ลำดับครั้งที่มีการใส่แร่			
	1 (n = 63) n (%)	2 (n = 63) n (%)	3 (n = 63) n (%)	4 (n = 55) n (%)
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ				
ไม่มี	11 (17)	10 (16)	7 (11)	12 (22)
มี	52 (83)	53 (84)	56 (89)	43 (78)
การหายใจลึกๆ ช้า	17 (33)	23 (43)	22 (39)	18 (41)
การทำจิตใจให้เข้มแข็ง	9 (17)	9 (17)	5 (9)	5 (12)
การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	6 (12)	5 (9)	6 (11)	4 (9)
การสวมมนต์	7 (13)	5 (9)	10 (18)	5 (12)
นึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์	2 (4)	4 (8)	5 (9)	5 (12)
กัดฟัน	1 (2)	1 (2)	4 (7)	2 (5)
ปลอบใจตนเอง	4 (7)	2 (4)	0	1 (2)
นึกถึงบุคคลในครอบครัว	3 (6)	0	0	1 (2)
ร้องครวญคราง	2 (4)	2 (4)	4 (7)	2 (5)
คิดทางบวก	1 (2)	2 (4)	0	0
ขณะนอนรอและใส่แร่				
ไม่มี	23 (37)	17 (27)	14 (22)	9 (16)
มี	40 (63)	46 (73)	49 (78)	46 (84)
การหายใจลึกๆ ช้า	11 (28)	16 (35)	17 (35)	19 (41)
การทำจิตใจให้เข้มแข็ง	4 (10)	5 (11)	2 (4)	3 (7)
การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	8 (20)	8 (17)	9 (18)	8 (17)
การสวมมนต์	6 (15)	6 (13)	12 (25)	4 (9)
นึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์	3 (7)	6 (13)	3 (6)	5 (11)
กัดฟัน	0	0	2 (4)	1 (2)
ปลอบใจตนเอง	4 (10)	3 (7)	2 (4)	3 (7)

ตาราง 7 (ต่อ)

วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ ไม่ใช่ยาตามขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่	ลำดับครั้งที่มารับการใส่แร่			
	1 (n = 63) n (%)	2 (n = 63) n (%)	3 (n = 63) n (%)	4 (n = 55) n (%)
นึกถึงบุคคลในครอบครัว	2 (5)	2 (4)	1 (2)	1 (2)
ร้องครวญคราง	0	0	0	1 (2)
คิดทางบวก	2 (5)	0	1 (2)	1 (2)
ขณะถอดเครื่องมือ				
ไม่มี	31 (49)	24 (38)	28 (44)	12 (22)
มี	32 (51)	39 (62)	35 (56)	43 (78)
การหายใจลึกๆ ซ้ำ	10 (31)	14 (36)	15 (43)	16 (37)
การทำจิตใจให้เข้มแข็ง	5 (16)	3 (8)	3 (9)	4 (9)
การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	6 (19)	8 (21)	6 (17)	6 (14)
การสวดมนต์	5 (16)	4 (10)	5 (14)	3 (7)
นึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์	1 (3)	4 (10)	2 (6)	4 (9)
กัดฟัน	2 (6)	2 (5)	4 (11)	5 (12)
ปลอบใจตนเอง	1 (3)	0	0	3 (7)
นึกถึงบุคคลในครอบครัว	1 (3)	0	0	0
ร้องครวญคราง	1 (3)	2 (5)	0	0
คิดทางบวก	0	2 (5)	0	2 (5)

วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในขั้นตอนขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ
ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในทุกระยะของการใส่แร่ สาม อันดับแรก ได้แก่ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ ร้อยละ
33-44 รองลงมา คือ การทำจิตใจให้เข้มแข็ง ร้อยละ 9-17 และการสวดมนต์ ร้อยละ 9-18

วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในขั้นตอนขณะนอนรอและใส่แร่
ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในทุกระยะของการใส่แร่ สามอันดับแรก ได้แก่ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ ร้อยละ 28-41
รองลงมา คือ การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อไม่เกร็ง ร้อยละ 17-20 และการสวดมนต์ ร้อยละ 9-25

วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในขั้นตอนขณะถอดเครื่องมือที่
กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในทุกระยะของการใส่แร่ สาม อันดับแรก ได้แก่ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ ร้อยละ 31-43
รองลงมา คือ การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อไม่เกร็ง ร้อยละ 16-21 และการสวดมนต์ ร้อยละ 8-16

นอกจากนี้ได้สอบถามเหตุผลในการเลือกใช้วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในแต่ละครั้งของการใส่แร่พบว่าเหตุผลสำคัญ สามอันดับแรก ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการดังกล่าวในทุกขั้นตอนของการใส่แร่ คือ มีความเชื่อว่าปฏิบัติแล้วได้ผล รองลงมา คือ ทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเคยใช้แล้วได้ผลในการบรรเทาปวด (ตาราง 8)

ตาราง 8

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ให้เหตุผลในการเลือกใช้วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา จำแนกตามขั้นตอนของการใส่แร่ครั้งที่ 1-4 (N = 63)

เหตุผลในการเลือกใช้วิธีการจัดการกับ ความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในแต่ละ ขั้นตอนของการใส่แร่	ลำดับครั้งที่มารับการใส่แร่			
	1 (n = 63) n (%)	2 (n = 63) n (%)	3 (n = 63) n (%)	4 (n = 55) n (%)
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ *				
ความเชื่อปฏิบัติแล้วได้ผล	27 (52)	36 (68)	34 (61)	25 (58)
ทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล	13 (25)	19 (36)	12 (21)	11 (26)
เคยใช้แล้วได้ผล	7 (14)	5 (9)	13 (23)	12 (28)
ขณะนอนรอและใส่แร่ *				
ความเชื่อปฏิบัติแล้วได้ผล	22 (55)	31 (67)	32 (65)	29 (63)
ทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล	5 (13)	12 (26)	12 (24)	12 (26)
เคยใช้แล้วได้ผล	5 (13)	4 (9)	13 (27)	13 (28)
ขณะถอดเครื่องมือ *				
ความเชื่อปฏิบัติแล้วได้ผล	18 (56)	30 (77)	19 (59)	20 (53)
ทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล	7 (22)	11 (28)	14 (40)	16 (42)
เคยใช้แล้วได้ผล	5 (16)	3 (8)	12 (34)	10 (26)

* เหตุผลสามอันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้และสามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งเหตุผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สอบถามผลลัพธ์ของการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการใส่แร่ ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าวิธีการดังกล่าวกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87-97 ที่นำมาใช้รายงานว่าสามารถทำให้ความปวดลดลง (ตาราง 9)

ตาราง 9

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่รายงานผลการใช้วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาจำแนกตามขั้นตอนในการใส่แร่ครั้งที่ 1-4 (N=63)

ขั้นตอนต่างๆ ในการใส่แร่	ผลลัพธ์ในการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในแต่ละครั้งที่มารับการใส่แร่											
	ครั้งที่ 1 (n = 63)			ครั้งที่ 2 (n = 63)			ครั้งที่ 3 (n = 63)			ครั้งที่ 4 (n = 55)		
	ลดลง n (%)	คงเดิม n (%)	เพิ่มขึ้น n (%)	ลดลง n (%)	คงเดิม n (%)	เพิ่มขึ้น n (%)	ลดลง n (%)	คงเดิม n (%)	เพิ่มขึ้น n (%)	ลดลง n (%)	คงเดิม n (%)	เพิ่มขึ้น n (%)
ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ	47 (90)	5 (10)	0	50 (94)	3 (6)	0	50 (89)	6 (11)	0	40 (93)	3 (7)	0
ขณะนอนรอและใส่แร่	35 (88)	4 (10)	1 (2)	43 (94)	2 (4)	1 (2)	47 (96)	2 (4)	0	44 (95)	2 (5)	0
ขณะถอดเครื่องมือ	29 (91)	3 (9)	0	38 (97)	1 (3)	0	34 (97)	1 (3)	0	37 (97)	1 (1)	0

* จำนวน และร้อยละ คัดจากกลุ่มตัวอย่างที่รายงานผลการใช้วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา

ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่
กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

ความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR จาก เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ สาม อันดับแรก ดังนี้ (1) การพูดคุยปลอบใจและให้กำลังใจ ร้อยละ 58-81 (2) การสัมผัส ร้อยละ 14-43 และ (3) การชวนคุย ร้อยละ 10-22 (ตาราง 10) แต่เนื่องจากระดับความปวดของผู้ป่วย จากการใส่แร่สูงดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจึงยังคงต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักฟิสิกส์ นักรังสีการแพทย์หรือพนักงานรังสีเทคนิคในขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ โดยเรียงตามลำดับจากมากไปน้อยดังตารางรายงาน พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากแพทย์ ได้แก่ (1) การใส่เครื่องมือเบาๆ และทำด้วยความนุ่มนวล ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “รู้สึกว่ามันเครื่องมือหนักจัง (รุนแรงมาก)” “เวลาขัดผ้าก็รู้สึกว่ามันทำหยาบมาก ใส่พักเดียว (ใส่ด้วยความรวดเร็ว)” (2) การนวดเบาๆ แก่ปวดก่อนใส่เครื่องมือใส่แร่ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “พยาบาลช่วยบอกหมอที่ให้นวดเบาๆ ก่อนได้ไหม?” และ (3) การให้ยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพในการลดปวดได้ดีกว่านี้ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “มาใส่แร่ครั้งหน้าขอยาแก้ปวดที่แรงๆ กว่านี้ได้ไหม?” ความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล ได้แก่ (1) การให้กำลังใจ โดยการสัมผัสและพูดคุย ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “ขณะใส่เครื่องมือเจ็บมากเกือบจะทนไม่ได้ผู้ช่วยหมอสช่วยลูบมือรู้สึกว่ามันหายไปครัน (สุขสบายมาก) อยากให้ทำทุกทีที่ใส่แร่แต่ไม่รู้ทีหลังเขาทำให้หมี (หรือไม่)” “ขณะใส่เครื่องมือพยาบาลบอกว่าใกล้เสร็จแล้วให้ออดทนและช่วยลูบขา รู้สึกว่ามันดีมาก ที่มีคนคอยให้กำลังใจ” (2) การชวนพูดคุย ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “เวลาใส่เครื่องมืออยากให้หมอหรือพยาบาลคอยถามหรือชวนคุยอะไรก็ได้จะดีสิ๊มๆ ความเจ็บ” และ (3) ช่วยปลอบใจแสดงความห่วงใยเอาใจใส่คอยถามอาการปวด ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “อยากให้พยาบาลคอยถาม ปวดเจ็บไหม เป็นอย่างไรบ้าง จะให้ช่วยอะไรไหม? ทำให้รู้สึกสบายใจที่มีคนเป็นห่วง” ส่วนความต้องการการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้องกับการใส่แร่ คือ (1) การชวนพูดคุย ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “นอนรอหน้าห้องนานเห็นเดินผ่านไป ผ่านมาอยากให้มาคุยและทักทายบ้าง” (2) การให้กำลังใจ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “อยากให้เขาให้กำลังใจคนไข้ถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง” และ (3) การช่วยลดเวลาการนอนรอใส่แร่หลังใส่เครื่องมือ ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “รู้สึกว่ามันใส่เครื่องมือกว่าจะใส่แร่นานเหลือเกินทรมาณมากทั้งปวดทั้งเมื่อย” (ตาราง 11)

ตาราง 10

จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาความปวดจากเจ้าหน้าที่
ขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ จำแนกตามขั้นตอนของการใส่แร่ครั้งที่ 1-4 (N = 63)

ความช่วยเหลือในการบรรเทา ความปวดที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ขณะใส่แร่*	ลำดับครั้งที่มีการใส่แร่			
	1 (n = 63) n (%)	2 (n = 63) n (%)	3 (n = 63) n (%)	4 (n = 55) n (%)
การสัมผัส	27 (43)	9 (14)	14 (22)	8 (15)
การพูดปลอบใจและให้กำลังใจ	33 (59)	49 (76)	51 (81)	32 (58)
การชวนพูดคุย	13 (21)	7 (11)	6 (10)	12 (22)
การแสดงความห่วงใย	1 (2)	9 (14)	11 (18)	3 (5)
การบอกวิธีการผ่อนคลาย	2 (3)	2 (3)	2 (3)	0
การเปิดเพลงให้ฟัง	12 (19)	4 (6)	3 (5)	4 (7)

* กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่ง

ตาราง 11

ความต้องการ การช่วยเหลือในการบรรเทาปวดจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใส่แร่

บุคลากร	ลักษณะความต้องการ (เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย)	ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย
แพทย์	1) การใส่เครื่องมือเบาๆ และทำด้วยความนุ่มนวล	“หมอมือหนักมากถึงเจ็บมาก” “ถ้าเวลาใส่เครื่องมือหมอสบายเพราะๆมือ น้อยน่าจะดี” “รู้สึกว่ามันเครื่องมือหนักจัง (รุนแรงมาก)” “เวลาขัดฝ้ายก็รู้สึกว่ามันทรมานมากใส่ พักเดียว (ใส่ด้วยความรวดเร็ว)” “พยาบาลช่วยบอกหมอที่ว่าอย่าใส่แรงๆ”
	2) การฉีดยาชาแก้ปวดก่อนใส่เครื่องมือใส่แร่	“ทำไมไม่ฉีดยาชาลบให้ก่อนจะได้ไม่รู้สึกรู้ “ถ้าหมอนัดยาชาบดลูกก่อนใส่เครื่องมือ น่าจะดี” “เพื่อนบอกว่าทำไมไม่บอกหมอให้ ฉีดยาชาให้” “พยาบาลช่วยบอกหมอที่ให้ฉีดยาชาก่อน ได้ไหม?”
	3) การให้ยาแก้ปวดที่สามารถบรรเทา ความปวดได้ดีกว่านี้	“ยาแก้ปวดที่ได้ผลดีกว่านี้ไหม?” “มาใส่แร่ครั้งหน้าขอยาแก้ปวดที่แรงๆ กว่านี้ได้ไหม?” “ทำไมไม่จ่ายยาแก้ปวดที่แรงๆ คนไข้จะ ได้ไม่เจ็บ”
	4) การให้กำลังใจ	“อยากให้หมอบอกว่าดีขึ้นรู้สึกสบายใจมี กำลังใจในการรักษา”
	5) การชวนพูดคุย	“อยากให้หมอบอกดีๆ และบอกขั้นตอนว่า ขณะนี้ถึงขั้นตอนไหน” “วันนี้รู้สึกยังชั่ว” (ดีขึ้น) ไม่เจ็บมาก

ตาราง 11 (ต่อ)

บุคลากร	ลักษณะความต้องการ (เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย)	ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย
พยาบาล/ ผู้ช่วยพยาบาล	<p>1) การให้กำลังใจโดยการสัมผัสและพูดคุย</p> <p>2) การชวนพูดคุย</p> <p>3) ช่วยปลอบใจแสดงความห่วงใยเอาใจใส่ คอยถามอาการปวด</p> <p>4) อยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ</p> <p>5) พุดจาไปเพราะ</p>	<p>“ขณะใส่เครื่องมือเจ็บมากเกือบจะทน ไม่ได้ ผู้ช่วยหมอบ ช่วยลูบมือรู้สึกหวางไป ครัน (สุขสบายมาก) อยากให้ทำทุกที่ที่ใส่แร่ที่ หลังไม่รู้เขาอิทำให้หม้าย (หรือไม่)”</p> <p>“ ขณะใส่เครื่องมือพยาบาลบอกว่าใกล้ เสร็จแล้วให้อดทนและช่วยลูบขา รู้สึกว่าดี มากที่มีคนคอยให้กำลังใจ”</p> <p>“ขณะใส่เครื่องมืออยากให้พยาบาลบอก ขึ้นตอนว่าตอนนี้ถึงขั้นไหนแล้วทำให้ไม่ ต้องเดาเอง”</p> <p>“เวลาใส่เครื่องมืออยากให้หมอบหรือ พยาบาลคอยถามหรือชวนคุยอะไรก็ได้จะ ได้ลืมๆความเจ็บ”</p> <p>“อยากให้พยาบาลคอยถาม ป้าเจ็บไหม เป็นอย่างไรบ้าง จะให้ช่วยอะไรไหม? ทำ ให้รู้สึกบายใจที่มีคนเป็นห่วง”</p> <p>“อยากให้หมอบและพยาบาลเดินมาคุยบ่อยๆ เวลานอนรอใส่แร่”</p> <p>“อยากให้พยาบาลอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ โดยเฉพาะเวลาใส่เครื่องมือ”</p> <p>“อยากให้ແທງ (พูด) ดิๆ ไม่หยาบเพราะว่า เจ็บอืดาย (เจ็บมาก) อยู่แล้ว”</p>

ตาราง 11 (ต่อ)

บุคลากร	ลักษณะความต้องการ (เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย)	ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย
เจ้าหน้าที่อื่นๆ (นักฟิสิกส์ นักรังสีการแพทย์ และเจ้าหน้าที่รังสี เทคนิค)	1) ชวนคุย	“นอนรอหน้าห้องใส่แร่ นานเห็นเดินผ่านไป ผ่านมอยากให้มากคุยและทักทายบ้าง”
	2) ให้กำลังใจ	“อยากให้กำลังใจคนไข้ถามว่าเป็น อย่างไรบ้าง”
	3) ช่วยลดเวลาการนอนรอใส่แร่ หลังใส่เครื่องเครื่องมือ	“รู้สึกว่หลังใส่เครื่องมือกว่าจะใส่แร่ นาน เหลือเกินทรมานมากทั้งปวดทั้งเมื่อย” “นอนรอนานเหลือเกินหลังใส่เครื่องมือรู้สึก ว่าความเจ็บเพิ่มขึ้นทำไม่ถึงนานจัง” “หลังใส่เครื่องมือทำให้เร็วๆ ได้ไหม?” “อยากให้เจ้าหน้าที่มาพูดคุยถามอาการปวด” “อยากให้เจ้าหน้าที่มาปลอบใจคนไข้บ้าง”

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาระดับความปวด วิธีการจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ในการศึกษาผู้วิจัยค้นพบข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปสู่รูปแบบการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงและขอเสนอการอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง
3. การจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

4. ความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่แกมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยกลางคน มีอายุ ระหว่าง 50-60 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ยประมาณ 51 ปี ซึ่งโดยทั่วไปอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกมักพบในสตรีอายุระหว่างอายุ 50-60 ปี (Shapiro et al., 2006) ส่วนประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกพบได้บ่อยในกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปี (จตุพลและจารุวรรณ, 2549) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะสองมากที่สุด ร้อยละ 65 โดยทั่วไปมะเร็งปากมดลูกมักไม่มีอาการในระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่จะพบในระยะสอง ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดถึง ร้อยละ 98 โดยเป็นความปวดเนื่องจากการคลอดบุตรหรือการทำแท้ง เพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นสตรีและส่วนใหญ่ผ่านการมีบุตรมาแล้ว ในด้านทฤษฎีความปวดได้ให้ความสำคัญกับมิติทางด้านความคิด (cognitive dimension) กล่าวคือ บุคคลจะใช้ประสบการณ์เดิม เช่น ประสบการณ์ความปวดในอดีตมารับรู้ความปวดและแปลความหมายของความปวดในครั้งนี้ (วงจันทร์, 2546) ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดที่ไม่ดีอาจเชื่อมโยงความปวดในอดีตทำให้มีระดับความปวดในครั้งนี้รุนแรงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ คอคด์และคณะ ที่กล่าวว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสำคัญและเป็นพลวัตคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ความปวดในครั้งแรกรุนแรงอาจทำให้การรับรู้ต่อความปวดในครั้งต่อไปรุนแรงขึ้น (Dodd et al., 2001) ความปวดจากการคลอดถึงแม้เป็นประสบการณ์ทางธรรมชาติแต่หากผู้ใดมีประสบการณ์ความปวดที่รุนแรงอาจส่งผลมายังการรักษาในครั้งนี้ได้อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงความปวดในอดีต จึงไม่สามารถนำมาสู่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สอบถามข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกังวลกับความปวดในทุกครั้งของการใส่แร่ ส่วนใหญ่มีระดับความกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง และพบว่าในการใส่แร่ครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่ เกือบร้อยละ 80 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยยังไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนจึงไม่ทราบว่าจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์อะไรบ้างทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับที่ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายไว้ว่าการที่บุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (event uncertainty) เช่น สถานการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน (novelty) จึงไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น (unpredictability) หรือรู้สึกคลุมเครือ (ambiguity) บุคคลจะประเมิน

สถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียดหรือรู้สึกถูกคุกคาม อย่างไรก็ตามเมื่อได้ประสบแล้ว เช่น ในที่นี้คือเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการใส่แร่ครั้งแรกแล้ว เมื่อมารับการใส่แร่ครั้งต่อไปความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่ น่าจะลดลง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่ในครั้งต่อไปกลับสูงขึ้นใน ครั้งที่ สอง ครั้งที่สาม และครั้งที่ สี่ คือ ร้อยละ 84 ร้อยละ 87 และร้อยละ 84 ตามลำดับ (ตาราง 3) ถึงแม้ว่าได้เปรียบเทียบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการใส่แร่ในแต่ละครั้งกับความรู้สึกกังวลกับความปวดด้วยสถิติพรีดแมน ไคสแควร์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันก็ตาม แต่ความปวดจากการใส่แร่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน การช่วยเหลือในการป้องกันบรรเทาความปวดอาจยังไม่เพียงพอทำให้ความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่ในครั้งถัดไปของกลุ่มตัวอย่างยังคงสูงต่อเนื่อง

ความรุนแรงความปวดขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการใส่แร่ จำนวน สาม ถึง สี่ ครั้ง มีความปวดในทุกขั้นตอนของการใส่แร่ โดยเฉพาะขั้นตอนแพทย์ใส่เครื่องมือมีระดับคะแนนความปวดสูงกว่าขั้นตอนอื่นๆ ทุกครั้ง คือ คะแนนระดับความรุนแรงความปวด เฉลี่ย 6.00-6.43 (SD = 2.12-2.15) ความปวดจากการใส่แร่เป็นความปวดจากการทำหัตถการเช่นเดียวกับการผ่าตัด หรือหัตถการทางการแพทย์อื่นๆ หัตถการที่ทำให้เกิดความปวดและพบบ่อย เช่น การลอกเยื่อหุ้มกระดูกโคนขา การพลิกตะแคงเปลี่ยนท่า การดูดเสมหะ การเจาะระบายหนอง การทำแผล การใส่สายสวนต่างๆ (Stotts et al., 2007) ความปวดจากการใส่แร่เป็นความปวดแบบเฉียบพลันเกิดจากการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอดและมดลูกทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกทำให้เกิดอาการปวดอวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกราน และหลังส่วนล่าง (Smith et al., 2002) และส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการป้องกันและการบรรเทาปวดของหน่วยงานปัจจุบันที่จัดให้แก่ผู้ป่วยอาจจะยังไม่เพียงพอคือให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล หนึ่ง กรัม รับประทานก่อนใส่แร่ 30 นาที ซึ่งยาแก้ปวดพาราเซตามอลเป็นยาาระงับปวดกลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioid) ใช้บรรเทาความปวดที่รุนแรงน้อยหรือใช้เสริมผลการระงับปวดจากยากลุ่มโอปิออยด์ (ลักษณะ, 2546) มิฤทธิ์ระงับปวดอย่างอ่อนนิยมใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น (สมบุญ, 2552) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่ พบว่าในการใส่แร่ครั้งแรกและครั้งถัดไปความรู้สึกกังวลกับความปวดของผู้ป่วยยังคงสูงต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรุนแรงของความปวดที่มีระดับสูง ดังที่กล่าวมาแล้วส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกังวลกับ

ความปวด และจากหลายการศึกษาพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล เช่น พบว่าความปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Carleton, Abrams, Asmundson, Antony, & McCabe, 2009) ขณะเดียวกันความวิตกกังวลก็ส่งผลให้ระดับความปวดเพิ่มขึ้นเช่นกันและประสบการณ์ความปวดที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการทำหัตถการครั้งถัดไป (Tang & Gibson, 2005) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำไปทดสอบความสัมพันธ์ของระดับความรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แร่ด้วยสถิติฟีรด์แมน ไคสแควร์ไม่พบความสัมพันธ์

การจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแปรปรมาณรังสีสูง

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของคอคอดและคณะ (Dodd et al., 2001) ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าระดับความปวดของผู้ป่วยในการใส่แร่ครั้งถัดไปควรจะมีแนวโน้มลดลง เมื่อผู้ป่วยรับการใส่แร่ครั้งแรกจะมีประสบการณ์ในการจัดการกับความปวด และมีการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับความปวดให้ดียิ่งๆ ขึ้นในครั้งต่อไป แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความรุนแรงความปวดจากการใส่แร่ยังคงสูงอย่างต่อเนื่องทั้งนี้อาจเป็นเพราะยาบรรเทาความปวดที่ได้รับไม่เพียงพอตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาเพื่อช่วยในการบรรเทาความปวดอีกทางหนึ่ง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51-89 ใช้วิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาโดยวิธีการการหายใจลึกๆ ซ้ำๆ การทำจิตใจให้เข้มแข็ง การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อไม่ให้เกร็ง และการสวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการดังกล่าวพบว่าช่วยให้ความปวดบรรเทาได้มากกว่า ร้อยละ 87 แต่อย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงความปวดจากการใส่แร่ยังอยู่ในระดับสูงดังที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะขั้นตอนใส่แร่เครื่องมือ ความปวดที่เกิดขึ้นจากการใส่แร่เป็นความปวดแบบเฉียบพลันจากการทำหัตถการ ซึ่งมาตรฐานสากล (gold standard) ของการจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน คือ การใช้ยาระงับปวด (Krenzischek et al., 2008) ส่วนวิธีการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยามิจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อสนับสนุนให้การรักษาอาการปวดจากการใช้ยาให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้นโดยใช้ยาในปริมาณเท่าเดิมหรือน้อยลง แต่มิได้มีจุดมุ่งหมายที่จะทดแทนการใช้ยาแต่อย่างใด (เจือกุล, 2550) ดังนั้นการจัดการความปวดเฉียบพลันที่เกิดจากหัตถการการใส่แร่ควรได้รับยาระงับปวดแบบเดียวกับความปวดจากการผ่าตัด เช่น ระดับความรุนแรงความปวดเท่ากับหรือมากกว่า ห้า คะแนนยาระงับปวดที่ให้ คือ ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดแรงทางหลอดเลือดร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) (Pasero, 2007) อย่างไรก็ตามในการให้ยาระงับปวดต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของหัตถการนั้นๆ ระดับความรุนแรงของความปวด ปัจจัยด้านผู้ป่วย และขนาดของยาที่

ให้ต้องเพียงพอเพื่อให้การบรรเทาปวดมีประสิทธิภาพและปลอดภัยกับผู้ป่วย (Krenziscbek et al.) ในปัจจุบันการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวดจากการทำหัตถการต่างๆ มีความหลากหลาย เช่น การส่องกล้อง ลำไส้เล็ก ใช้เป็นยาฉีดยาระงับปวดเพทิดีน (pethidine) หรือใช้ยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสงบเป็นยาฉีด มิดาโซแลม (midazolam) หรือ/และใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน (Akerkar, Yee, Hung, & Mcquaid, 2007; Paspatin et al., 2008) ในการเจาะไขกระดูกนิยมการใช้ยาระงับปวดเฉพาะที่โดยการฉีดเข้าชั้นใต้ ผิวหนังหรือบริเวณเยื่อหุ้มกระดูก (Vanhelleputte, Niji, Delforge, Evers, & Vanderschueren, 2003) การขูดมดลูกเลือกใช้การระงับปวดโดยการฉีดยาระงับปวดบริเวณรอบๆ ปากมดลูก (paracervical block) (Charoenniwetnukul, Chanrachakul, Herabutya, & Israngura na ayudhya, 2003; Manyou, & Phupong, 2008) และการใส่แร่ HDR ก็มีให้เลือกใช้ยาที่แตกต่างกัน เช่น การใช้ยาฉีดมิดาโซแลม และเฟนทานิล (Smith, Todd, & Symonds, 2002) หรือการใช้เฟนทานิลชนิดอมเพื่อให้ออกฤทธิ์ผ่าน เยื่อในปาก (Proud, 2007) ส่วนสมาคมการใส่แร่แห่งอเมริกาแนะนำให้ใช้ยาระงับปวดที่ทำให้ ผู้ป่วยสงบโดยใช้ยาฉีดระงับปวดรอบปากมดลูก หรือให้ยาระงับปวดทางไขสันหลังในการใส่แร่ HDR (Nag et al., 2000) ซึ่งการใช้ยาฉีดระงับปวดรอบปากมดลูกใช้ได้ผลดีในหัตถการที่ใกล้เคียง กับการใส่แร่ เช่น การขูดมดลูก (Charoenniwetnukul et al.; Manyou, & Phupong, 2008) อย่างไรก็ตาม การใส่แร่ HDR ระยะเวลาการรักษาสั้นและเป็นผู้ป่วยนอกการเลือกยาระงับปวดต้องเป็นยาที่ ออกฤทธิ์เร็ว ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยไม่ยุ่งยาก ใช้สะดวกและผลข้างเคียงจากยาน้อย (Proud, 2007)

เนื่องจากการจัดการความปวดโดยใช้ยายังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาเพื่อช่วยในการบรรเทาความปวด อีกทางหนึ่ง ได้แก่ วิธีการหายใจลึกๆ ซ้ำๆ การทำจิตใจให้เข้มแข็ง การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ไม่เกร็ง เป็นต้น พบว่าเมื่อใช้วิธีการดังกล่าวพบว่าช่วยให้ความปวดบรรเทาได้มากกว่า ร้อยละ 87 ซึ่งวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและทำได้ง่าย และเป็นวิธีที่บุคลากรมักแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่าวิธีการเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวด เช่น จากการศึกษา ของอรพินธ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR ขณะใส่เครื่องมือ มีวิธีการจัดการกับความปวด วิธีนี้ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การพยายามอยู่นิ่งๆ ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อไม่เกร็ง และใช้ความอดทนสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา (2548) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพ ของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความปวด และระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยภายหลัง การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความปวดหลังฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทันทีและเมื่อเวลาผ่านไป 15, 30 และ 45 นาที ต่ำกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และจากการศึกษาของปิยดา (2544) เกี่ยวกับผลของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ ต่อความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้เทคนิค

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ มีคะแนนความปวดแตกต่างกับกลุ่มควบคุม หลังผ่าตัดวันแรกและวันที่ สอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ โดยเฉพาะวิธีการหายใจลึกๆ ซ้ำๆ บุคลากรมักแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ เช่น การศึกษาของชญาภรณ์ (2542) เรื่อง ประสิทธิภาพความปวดและการจัดการกับความปวดในหญิงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่าวิธีการจัดการกับความปวดที่ไม่ใช่ยาที่พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือวิธีการหายใจที่ถูกต้องเพื่อลดปวดแก่ผู้ป่วย กระบวนการใส่แร่เป็นหัตถการที่ทำให้เกิดความปวดจากการใส่เครื่องมือและการคาเครื่องมือในตัวผู้ป่วยตลอดการรักษา มีการยึดตรึงเครื่องมือไว้กับเตียงโดยที่ผู้ป่วยต้องนอนนิ่งๆ และในขั้นตอนขณะใส่แร่ผู้ป่วยต้องอยู่นิ่งเดียวในห้องแยกอาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและเหงา ดังนั้นการเลือกวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาให้แก่ผู้ป่วยควรเลือกวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายในท่านอนและมีเครื่องมือยึดตรึงกับเตียงตลอดเวลาการรักษาและควรเป็นวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ป่วยหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน นับถือศาสนาพุทธ เช่น การทำสมาธิ จะช่วยให้จิตกำหนดแน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่าน หรือสภาวะที่มีอารมณ์เดียวของกุศลจิต (พระธรรมปิฎก อ้างตาม กอบกาญจน์, 2550) สมาธิสามารถทำให้ลดความวิตกกังวล ลดการเร้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดลดลง จากการศึกษาของเก็จทอง (2541) เรื่องผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา สี่ในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความปวดและความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับการศึกษาของปิยาภรณ์ (2544) เรื่องประสิทธิภาพความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี พบว่าการทำสมาธิทำให้ผู้ป่วยจิตสงบทำให้ความปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา (2543) พบว่าผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีสามารถลดความปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบได้

ถึงแม้ว่าการจัดการความปวดที่ดีที่สุดคือการใช้ยาแต่การจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาก็มีส่วนช่วยให้ความปวดลดลงได้เช่นกันดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ ควรวางแผนร่วมกับผู้ป่วยนำวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยามาใช้ร่วมด้วย เพื่อให้การบรรเทาปวดจากการใช้ยามีประสิทธิผลดียิ่งขึ้น และผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดจากการใส่แร่ได้อีกทางหนึ่ง

ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในการบรรเทาความปวด
ขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความต้องการการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมีสองประเด็นหลัก คือ (1) การป้องกันและการบรรเทาความปวดที่เพียงพอ และ (2) ความต้องการการช่วยเหลือดูแลด้านจิตสังคม สำหรับการป้องกันและการบรรเทาความปวดที่เพียงพอนั้นจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแม่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานของหน่วยงาน และแพทย์ผู้ใส่เครื่องมือมีความชำนาญก็ตาม แต่เนื่องจากความรุนแรงความปวดที่สูงดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะขั้นตอนการใส่เครื่องมือ ดังนั้นการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ควรช่วยเหลือในการบรรเทาปวดอย่างเพียงพอตั้งแต่ผู้ป่วยใส่แร่ครั้งแรก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับความปวดที่รุนแรงในการใส่แร่ครั้งต่อไป เช่น จากการศึกษาในเด็กที่มีประสบการณ์ความปวดจากการทำหัตถการ ได้แก่ การฉีควัคซีน การแทงเข็มให้น้ำเกลือ การทำฟัน การตกแต่งแผล และได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ พบว่าในระยะยาวเมื่อถูกทำหัตถการดังกล่าวทำให้เกิดความเครียด การตอบสนองต่อความปวดไม่ดีและการทนต่อความปวดลดลง (Young, 2005) การช่วยเหลือในการป้องกันและการบรรเทาปวดที่เพียงพอก็ควรใช้หลักการเกี่ยวกับการระงับปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นการบรรเทาความปวดแบบเฉียบพลันเช่นกัน หน่วยงานจะต้องพัฒนาปรับปรุงประเด็นหลักๆ ดังนี้ (1) ด้านนโยบาย (2) ด้านการประเมินความปวด (3) มาตรฐานในการระงับปวดของหน่วยงาน (4) ด้านการควบคุมคุณภาพ และ (5) ด้านให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับรวมทั้งผู้ป่วย (สมบุญ, 2552) ส่วนการช่วยเหลือดูแลด้านจิตสังคมนั้นก็มีความสำคัญมากเช่นกัน จากการศึกษานี้ พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใส่แร่ HDR ได้แก่ การปลอบใจและให้กำลังใจ การสัมผัส การชวนพูดคุยและการแสดงความห่วงใย ดังนั้นการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักฟิสิกส์ และนักรังสีการแพทย์ ต้องประชุมวางแผนร่วมกันเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันและการบรรเทาปวดที่ครั้งเพียงพอรวมทั้งการช่วยเหลือดูแลด้านจิตสังคม ในการช่วยเหลือนั้นและจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อมุ่งศึกษาความปวด การจัดการความปวด ด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่าง เดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย สี่ ส่วน ดังนี้ (1) แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา (2) แบบบันทึกความรุนแรงความปวดในแต่ละครั้ง ของการใส่แร่ (3) แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาขณะใส่แร่ และ (4) แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาความปวดขณะใส่แร่ โดย เก็บข้อมูลทุกครั้งที่มารับการใส่แร่ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าความสอดคล้องของค่าคะแนนในการวัดซ้ำของแบบสอบถาม ของการประเมินแต่ละช่วง คือ ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ ขณะนอนรอเพื่อคำนวณปริมาณรังสีและใส่ แร่ และขณะถอดเครื่องมือ = .88 - .99 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยอธิบายแบบประเมินต่างๆ แก่ ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและแบบประเมินความปวดด้วยตนเอง หากผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามและอธิบายความหมายของค่าตัวเลข ต่างๆ และบันทึกข้อมูลตามผู้ป่วยบอก

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงความปวดใน ขั้นตอนต่างๆ ของการใส่แร่แต่ละครั้ง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยา และข้อมูลความต้องการการช่วยเหลือ ในการบรรเทาปวดขณะใส่แร่ใช้วิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 63 ราย ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ สามครั้ง จำนวน แปรราย ที่เหลือ 55 ราย ได้รับการใส่แร่สี่ครั้ง มีอายุเฉลี่ย 51 ปี มีความรู้สึกกังวล กับความปวดจากการใส่แร่ในทุกครั้งของการใส่แร่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 98 ได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอล หนึ่งกรัม รับประทานก่อนใส่แร่ 30 นาที และร้อยละ 2 ได้รับยาแก้ปวดชนิดอื่น (ได้แก่ มอร์ฟีน เพทิดีน ไดนัสแตท)

กลุ่มตัวอย่างมีความปวดในขั้นตอนแพทย์ใส่เครื่องมือสูงกว่าขั้นตอนอื่นๆ ในทุกๆ ครั้งของการใส่แร่ คือมีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก ความปวดลดลงเป็นลำดับขณะนอนรอ เพื่อคำนวณปริมาณรังสีและใส่แร่ และระดับความปวดลดลงต่ำสุดขณะถอดเครื่องมือ พบว่าก่อน การใส่แร่มกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน ร้อยละ 89-97 ขณะแพทย์ใส่เครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างมีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 30-41 และร้อยละ 34-49 ความรุนแรง ความปวดขณะนอนรอและใส่แร่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 41-59 รองลงมาปวดน้อย ร้อยละ 24-40 และขณะถอดเครื่องมือระดับความรุนแรงความปวดน้อย ร้อยละ 46-58 รองลงมา ปวดปานกลาง ร้อยละ 32-49

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51- 89 นำวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองโดยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยามาใช้ร่วมด้วยใช้ในทุขั้นตอนและทุกครั้งของการใส่แร่ คือ การหายใจลึกๆ ซ้ำๆ การทำ จิตใจให้เข้มแข็งอดทน การพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อไม่เกร็ง การสวดมนต์ การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และอื่นๆ เช่น นึกถึงบุคคลในครอบครัว วิธีการดังกล่าวที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้สามารถทำให้ความปวด ลดลงได้ถึง ร้อยละ 89-97

ความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดจากเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ ที่ผู้ป่วยได้รับแล้วขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ สาม อันดับแรก คือ (1) การพูดปลอบใจและให้ กำลังใจ (2) การสัมผัส และ (3) การชวนคุย และสิ่งที่ผู้ป่วยยังต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวด ขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากแพทย์ ได้แก่ (1) ใส่เครื่องมือเบาๆ และทำด้วยความนุ่มนวล (2) ช่วยนวดขาแก้ปวดก่อนใส่เครื่องมือใส่แร่ และ (3) ขอยาแก้ปวดที่สามารถบรรเทาความปวดได้ดีกว่านี้ จากพยาบาล ได้แก่ (1) การให้กำลังใจโดยการสัมผัส (2) การชวนคุย และ (3) การช่วยปลอบใจแสดงความห่วงใยเอาใจใส่คอยถามอาการปวด ส่วนจากเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการใส่แร่ ได้แก่ (1) การชวนคุย (2) การให้กำลังใจ และ (3) การช่วยลดเวลาการนอน รอใส่แร่หลังใส่เครื่องเครื่องมือ

ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่เข้าใจในความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR มากยิ่งขึ้นและยังสะท้อนให้เห็นภาพรวมในการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาและความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่แร่ HDR ให้ได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในหน่วยงานเดียว คือ หน่วยงานรังสีรักษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จึงอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรมะเร็งปากมดลูกขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่ ในภาพรวมของประเทศและในสถาบันอื่นๆ ที่มีการรักษาโดยการใส่แร่ HDR เนื่องจากอาจมีความแตกต่างกันในรายละเอียดปลีกย่อยรวมถึงวิธีการป้องกันและการจัดการความปวด และการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เก็บข้อมูลทำให้มีผลต่อข้อมูลที่ได้ทั้งผลดีและผลเสีย ผลดีคือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยในแบบสอบถาม และผู้วิจัยสามารถตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม กรณีข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้วิจัยสามารถถามเพิ่มเติมได้ทันทีจากกลุ่มตัวอย่าง ผลเสียคือทำให้ค่าคะแนนเป็นไปได้สองอย่าง คือ ให้ข้อมูลเกินกว่าความเป็นจริงทั้งด้านดีและด้านลบกลุ่มตัวอย่างอาจให้ข้อมูลดีกว่าความเป็นจริงเพื่อต้องการเอาใจผู้วิจัยหรือให้ข้อมูลเกินกว่าความเป็นจริงเพื่อต้องการเรียกร้องความสนใจและต้องการป้องกันการทำงานของเจ้าหน้าที่บางคน หรืออาจให้ข้อมูลต่ำหรือน้อยกว่าความเป็นจริงเพราะเกรงใจผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของความปวดสูงสุดขั้นตอนแพทย์ใส่เครื่องมือและยังสูงอย่างต่อเนื่องในทุกครั้งของการใส่แร่ โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51-89 นำวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยามาใช้ร่วมด้วยทุกครั้ง และทุกขั้นตอนของการใส่แร่ HDR ส่วนความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดที่กลุ่มตัวอย่างต้องการใน สอง ประเด็นหลัก คือ การช่วยเหลือในการป้องกันและการบรรเทาปวดที่เพียงพอ และต้องการการช่วยเหลือดูแลด้าน

จิตสังคม ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ควรส่งเสริมวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดและควรมีความรู้ในวิธีการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการอบรมวิธีการในการจัดการกับความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR เช่น วิธีการหายใจลึกๆ ช้าๆ หรือวิธีการสวดมนต์ เป็นต้น

1.2 ควรส่งเสริมวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดเพื่อช่วยในการบรรเทาความปวดให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

1.3 ความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาความปวด จากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ของผู้ป่วยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงานต่อไป

2. ด้านการบริหาร

2.1 ควรมีการประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยในการบรรเทาความปวดจากการใส่แร่

2.2 ยาป้องกันในการบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการใส่แร่ ที่หน่วยงานปฏิบัติในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอควรมีนโยบายการใช้ยาที่สามารถช่วยในการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากกว่าที่เป็นอยู่

3. ด้านการวิจัย

ผลงานวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อพัฒนางานวิจัยต่อยอดในเรื่องการป้องกันและการจัดการความปวด โดยเฉพาะการใช้ยาแก้ปวดเพื่อช่วยในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่ HDR

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ ดินกามิน. (2547). การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีการไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีการปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์. (2550). การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสตรีที่เป็นโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์. สงขลา: อัดลายด์เพรส.
- เก็จทอง เสตะกลีกร. (2541). ผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปมัฌญา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2547). มะเร็งปากมดลูกการวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพมหานคร: พี.บี. ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์, และจรรุวรรณ ดันตีสวากร. (2549). ระบาดวิทยาของปากมดลูกและการติดเชื้อเอช วี วี ในประเทศไทย. ใน จตุพล ศรีสมบุรณ์ (บรรณาธิการ), (หน้า 37- 51). กรุงเทพมหานคร: ทิมส์ (ประเทศไทย).
- จุฑารัตน์ เกิดเจริญ. (2546). ผลของคนตรีประเภทฟ้อนคลายร่วมกับเทคนิคการหายใจต่อความวิตกกังวลและความปวดในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เจือกุล อโนธารมณ. (2550). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25, 14-23.
- ชญากรณ์ ไวยเนตตา. (2542). ประสบการณ์ความปวด และการจัดการความปวดในหญิงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ดาวใจ เทียนสี. (2544). เปรียบเทียบผลของคนตรีไทยบรรเลงกับการนวดไทยประยุกต์ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ดวงใจ แสงถวัลย์. (2544). High dose rate brachytherapy. *วารสารสงขลานครินทร์*, 19, 95-105.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. (2546). เอกสารการสอนเรื่อง รังสีรักษาในมะเร็งปากมดลูก. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- เทวีกา เทพญา. (2546). ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุญแดง บุญฤทธิ์. (2540). ผลของดนตรีต่อความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยดา ชูรัตน์. (2544). ผลของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมซีพีพีต่อความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. (2544). ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิรพงศ์ อินทสร, และชัยยศ ชีรผกาวงศ์. (2548). มะเร็งปากมดลูก. ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม, มงคล เบญจาทิบาล, มณี รัตนไชยานนท์, และสุนิตย์ ชีระศักดิ์วิเชียร (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา* (หน้า 238-247). กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิง.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2539). ประชากรและตัวอย่าง. ใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต, และทักษิณี นะแส (บรรณาธิการ), *วิจัยทางการแพทย์: หลักและกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 133-161). สงขลา: เหมการพิมพ์.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน, และก้องเกียรติ ภูณฑ์กันทรากกร. (2547). ความปวดชุดตำราพื้นฐานเล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์, และมณฑนา ธนะไชย. (2542). รังสีรักษาในมะเร็งนรีเวช. ใน วสันต์ ลีนะสมิต, และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งวิทยา* (หน้า 279-312). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพ็บลิชชิง.
- ลักษมี ชาญเวชช์. (2546). Pain management. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การจัดการกับความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง วันที่ 17-18 กรกฎาคม 2546 สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วารภรณ์ ไวกุล. (2547). การบำบัดความปวด. ใน ชีรัชย์ ฉันทโรจน์ศิริ, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์ และสรายุทธ สุภาพรรณชาติ (บรรณาธิการ), *คู่มือกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินหน้า* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 23-26). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สวย.

- วสันต์ ลีนะสมิต, ลักขณา โพชนุกูล, ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, วิชาญ หล่อวิทยา, จตุพล ศรีสมบุญ, ชัยยศ ชีรผกาวงศ์, และคณะ. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก*. สงขลา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- วิชาญ หล่อวิทยา. (2540). รังสีรักษาในมะเร็งวิทยานรีเวช. ใน จตุพล ศรีสมบุญ (บรรณาธิการ), *มะเร็งวิทยานรีเวช* (หน้า 661- 696). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
- วิชาญ หล่อวิทยา. (2544). Principles of radiation oncology, Gynecologic malignancies. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตนพงศ์, และชนวิธน์ เทชะวินู (บรรณาธิการ), *Manual of radiation oncology* (หน้า 1-20, 327-362). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- วุฒิศิริ วีรสาร. (2548). รังสีรักษาในนรีเวชวิทยา ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม, มงคล เบญจาภิบาล, มณี รัตนไชยานนท์, และสุนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา* (หน้า 390-415). กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิง.
- วุฒิศิริ วีรสาร และไพรัช เทพมงคล. (2544). รังสีรักษาในนรีเวชวิทยา ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม, สุนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา, และภาคภูมิ โพธิพงษ์ (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา* (หน้า 435-453). กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลีฟวิง.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2546). ความปวด: ประสบการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การจัดการกับความปวดและการดูแลแบบประคับประคอง วันที่ 17-18 กรกฎาคม 2546*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ ครั้งที่ 2 ประจำปี 2547*. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. (2547). แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ทศวรรษ 21. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ ครั้งที่ 2 ประจำปี 2547*. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2547). *แนะนำจิตวิทยา*. ใน จิรภา เต็งไตรรัตน์ นพมาศ ชีรเวทิน รังรี นพเกตุ รัตนา ศิริพานิช วารุณี ภูวสรกุล ศรีเรือน แก้วกังวาน, และคณะ (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาทั่วไป* (หน้า 1-29). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสุดา เอกถันารัตน์. (2541). *ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการส่องกล้องคาไลโดสโคปต่อระดับความปวดจากการเจาะเลือดในเด็กวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สหัทยา ไพบูลย์วรชาติ. (2549). *การประเมินและวัดความปวด*. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด* (หน้า 27-42). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุพัตรา แสดงหาญ, และมยุรี โหมยิตเจริญสุข. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับการการสอดใส่สารกัมมันตรังสีอิริเดียม-192*. ใน ศิริวรรณ วินิสาร จิราภรณ์ทองสุโชติ และพัสมณต์ คุ้มทวีพร (บรรณาธิการ), *คู่มือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีเคมีบำบัด* (หน้า 56-59). กรุงเทพมหานคร: ฮาฮานูสะกราฟฟีก.
- สุรินทร์ โดสุโขวงศ์ และชัชยศ ชีรผกาวงศ์. (2544). *มะเร็งปากมดลูก ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม, สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิทยา, และภาควงุมิ โพธิพงษ์ (บรรณาธิการ), นรีเวชวิทยา* (หน้า 267-278). กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. สี่ฟวิง.
- สุนทรี ศรีอร่ามมณี. (2548). *ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่าต่อระดับความเจ็บปวดจากการแทงเส้นโลหิตดำเพื่อให้สารน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, และณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2542). *มะเร็งปากมดลูก*. ใน วสันต์ ลีนะสมิต, และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งวิทยา* (หน้า 447-482). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สมบูรณ์ เทียนทอง (2552). *การจัดการความปวดหลังผ่าตัด: สิ่งที่ต้องรู้*. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด* (หน้า 71-86). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อมรพันธุ์ ธานีรัตน์. (2549). *ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความคิดปกติในระบบกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- อภิรดี ชูพันธ์. (2543). ผลของการประยุกต์การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อัจฉรา จงเจริญกำไพช. (2548). ประสิทธิภาพของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความเจ็บปวดและระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยภายหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เอมอร อุดลโกลาธร. (2543). ผลของคนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อุดมลักษณ์ เนื่องแสง. (2541). ผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองกับการจินตภาพเพื่อใช้ลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดที่สัมพันธ์กับความเครียดในแผนกฟื้นฟูโรงพยาบาลเลิศสิน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อรพินธ์ อนันตริยกุล. (2544). ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับการรักษาโดยการใส่แร่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Ahamad, A., & Jhingran, A. (2004). New radiation techniques in gynecological cancer. *International Journal Gynecology Cancer*, 14, 569-579.
- Akerkar, G. A., Yee, J., Hung, R., & McQuaid, K. (2007). Patient experience and preferences toward colon cancer screening: a comparison of virtual colonoscopy and conventional colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 66, 522-525.
- Alexandra, J., & Bledlyn, J. (2007). Radiobiologic concepts for brachytherapy. In P. M. Devlin (Ed.), *Brachytherapy application and techniques* (pp. 1-20). Boston: Harvard Medical School.
- Carleton, R. N., Abrams, M. P., Asmundson, G. J.G., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2009). Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 791-798.

- Charoenniwetnukul, V., Chanrachakul, B., Herabutya, Y., & Israngura na ayudhya, N. (2003). Single oral dose ibuprofen for pain relief in fractional curettage under paracervical block: a double-blind randomized controlled trial. *Journal of obstetrics and gynecology*, *15*, 15-20.
- Chen, W. S., Liang, A. J., Hung, C. Y., Yen, S. L., Chang, C. W., Lin, C. W., et al. (2006). Concurrent weekly cisplatin plus external beam radiotherapy and high-dose-rate brachytherapy for advanced cervical cancer: a control cohort comparison with radiation alone on treatment outcome and complications. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, *66*, 1370-1377.
- Cheng, C. H. J., Peng, C. L., Chen, H. Y., Huang, Y. C. D., Wu, K. J., & Jian, M. G. (2003). Unique role of proximal dose in late rectal complications for patients with cervical cancer undergoing high-dose-rate intracavitary brachytherapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, *57*, 1010-1018.
- Cleeland, C. S., Janjan, N. A., Scott, C. B., Seiferheld W. F., & Curran, W. J. (2000). Cancer pain management by radiotherapists: A survey of radiation therapy oncology group physicians. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, *47*, 203-208.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Frolicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, *33*, 668- 670.
- Fieler, V. K. (1997). Side effects and quality of life in patients receiving high-dose rate brachytherapy. *Oncology Nursing Foundation*, *24*, 545-553.
- Gleesona, M., & Timmins, F. (2005). A review of the use and clinical effectiveness of touch as a nursing intervention. *Journal of clinical effectiveness in nursing*, *9*, 69-77.
- Gosselin, T., & Waring, J. (2001). Nursing management of patients receiving brachytherapy for gynecologic malignancies. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *5*, 59-63.
- Krenzisebek, A. D., Dunwoody, J. C., Polomano, C. R., & Ratbmell, P. J. (2008). Pharmacotherapy for acute pain: implications for practice. *Pain Management Nursing*, *9*, 522-532.

- Kuball, J., Schuz, J., Gamm, H., & Weber, M. (2004). Bone marrow punctures and pain. *Journal of Acute Pain*, 7, 9-14.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lertsanguansinchai, P., Lertbutsayanukul, C., Shotelersuk, K., Khorprasert, C., Rojpornpradit, P., Chottetnaprasith, T., et al. (2004). Phase III randomized trial comparing LDR and HDR brachytherapy in treatment of cervical carcinoma. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 28, 1424-1431.
- Levenback, C. (2002). Cervical cancer. In R. R. Barakat., M. W. Bevers., D. M. Gershenson., & W. J. Hoskins (2nd Eds.), *Gynecologic oncology* (pp. 231-248). United Kingdom: Martin Dunitz.
- Lin, Y. S., & Taylor, A. G. (1998). Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Journal of integrative medicine*, 4, 155–162.
- Lorvidhaya, V., Tonnusin, A., Changwiwit, W., Chitapanarux, I., Srisomboon, J., Wanawilairat, S., et al. (2000). High- dose-rate afterloading brachytherapy in carcinoma of the cervix: An experience of 1992 patients. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* , 46, 1185-1191.
- Manyou, B., & Phupong, V. (2008). Prospective randomized, double-blinded, placebo- controlled trial of preoperative etoricoxib for pain relief in uterine fractional curettage under paracervical block. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 140, 90-94.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1996). Pain mechanism: A new theory. *Pain Forum*, 5, 3-11.
- Nag, S., Erikson, B., Thomadsen, B., Orton, C., Demanes, J. D., & Petereit, D. (2000). The American brachytherapy society recommendations for high- dose-rate brachytherapy for carcinoma of cervix. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 48, 201- 211.
- National Comprehensive Cancer Network [NCCN]. (2010). *Practical guideline in oncology*. Retrieved October 20, 2009, from <http://guidelines>

- Novetsky, A. P., Einstein, M. E., Goldberg, G. R., Hailpern, S. M., Landau, E., Fields, A. A., et al. (2007). Efficacy and toxicity of concomitant cisplatin with external beam pelvic radiotherapy and two high dose rate brachytherapy insertions for the treatment of locally advanced cervical cancer. *Journal of Gynecologic Oncology*, *105*, 635-640.
- Okkan, S., Atkovar, G., Sahinler, I., Dincbas, O. F., Koca, A., Koksall, S., et al. (2003). Results and complications of high dose rate and low dose rate brachytherapy in carcinoma of the cervix: Cerrahpasa experience. *Radiation and Oncology*. *67*, 97-105.
- Pasero, C. (2007). Procedure-specific pain management: prospec. *Journal of Perianesthesia Nursing*, *22*, 335-340.
- Paspatin, G. A., Vardas, E., Theodoropoulou, A., Manolaraki, M. M., Charoniti, I., Papanicolaou, I., et al. (2008). Complications of colonoscopy in a large public county hospital in greece: A 10-year study. *Gastrointestinal Endoscopy*, *68*, 951-957.
- Patel, F. D., Rai, B., Mallick, I., & Sharma, S. C. (2005). High-dose-rate brachytherapy in uterine cervical carcinoma. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, *62*, 125-130.
- Polkki, T., Pietila, A. M., Vehvilainen-Julkunen, K., Laukkala, H., & Kiviluoma, K. (2008). Imagery – induced relaxation in children’s postoperative pain relief: a randomized pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, *23*, 68-76.
- Proud, C. (2007). The use of oral transmucosal fentanyl citrate during high- dose-rate gynecologic brachytherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *11*, 561–567.
- Rollison, B., & Strang, P. (1995). Pain, nausea and anxiety during intra-uterine brachytherapy for cervical carcinomas. *Supportive Care in Cancer*, *3*, 205–207.
- Sakata, I. K., Nakakura, H., Ocuchi, H., Someya, M., Nakata, K., Shido, M., et al. (2003). High-dose-rate intracavitary brachytherapy results of analyses of late rectal complications. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, *54*, 1369-1376.
- Shapiro, K., Ottolenghi, E., Clatrical, C., & Petitpierre, J. (2006). *Comprehensive cervical cancer control: A guild to essential practice*. Geneva: World Health Organization.
- Smith, M. D., Todd, J. G., & Symonds, R. P. (2002). Analgesia for pelvic brachytherapy. *British Journal of Anaesthesia*, *88*, 270-276.

- Songklanagarind Cancer Center. (2008). Hospital based cancer registry. Retrieved July 10, 2009, from <http://medinfo2.psu.ac.th/cancer>
- Stotts, N. A., Puntillo, K., Stanik-hutt, J., Tompson, C. L., White, C., & Wild, L. R. (2007). Dose age make a difference in procedural pain perceptions and responses in hospitalized adults?. *Journal of Acute Pain, 9*, 125-134.
- Srivatanakul, P. (2007). Cervix uteri. *Cancer in Thailand, 4*, 51-53.
- Tang, J., & Gibson, J. S. (2005). A Psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. *Journal of Pain, 6*, 612-619.
- Tyrie, L. K., & Hoskin, P. J. (1996). Intrauterine high dose rate afterloading brachytherapy: Experience of fractionated therapy using a cervical sleeve technique. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 8*, 376-379.
- Vanhelleputte, P., Niji, K., Delforge, M., Evers, G., & Vanderschueren, S. (2003). Pain during bone marrow aspiration: prevalence and prevention. *Journal of Pain and pain management, 26*, 860-866.
- Velji, K., & Fitch, M. (2001). The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum, 4*, 743-751.
- Viswannathan, A. N., & Petereit, D. G. (2007). Gynecologic brachytherapy. In M. P. Devlin (Ed.), *Brachytherapy: Application and techniques* (pp. 1-20). Boston: Harvard Medical School.
- Voss, J. A., Good, M., Yates, B., Baun, M. M., Thompson, A., & Hertzog, M. (2004). Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. *Journal of Pain, 112*, 197-203.
- Wade, J. B., & Hart, R. P., (2002). Attention and the stages of pain processing. *Pain Medicine, 3*, 30-38.
- Wang, C. J., Huang, E. Y., Sun, L. M., Chen, H. C., Fang, F. M., Hsu, H. C., et al. (2004). Clinical comparison of tow linear-quadratic model-based isoeffect fractional schemes of high-dose-rate intracavitary brachytherapy for cervical cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics, 59*, 179-189.
- Warnock, C. (2005). Patient experiences of intracavity brachytherapy treatment for gynaecological cancer. *Oncology Nursing Forum, 9*, 44-55.

- Wollschlaeger, K., Connell, P. C., Waggoner, S., Rotmensch, J., & Mundt, A. J. (2000). Acute problem during low-dose-rate intracavitary brachytherapy for cervical carcinoma. *Journal of Gynecologic Oncology*, 76, 67-72.
- Young, K. D. (2005). Pediatric procedural pain. *Annual of Emergency Medicine*, 45, 160-171.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัย

ดิฉัน นางประจวบ หนูอุไร นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษา เรื่อง ความปวด การจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง เนื่องจากท่านเป็นบุคคลสำคัญยิ่ง เพราะเป็นตัวแทนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด รูปแบบการจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือขณะรับการรักษาของท่านมีความสำคัญสามารถนำมาใช้ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาวางแผนการดูแลและใช้เป็นแนวทางการพยาบาลให้การช่วยเหลือในการจัดการความปวดที่เหมาะสม ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกับท่าน และได้รับการรักษาวิธีเดียวกันในครั้งต่อไป ดังนั้นดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยเก็บข้อมูลทุกครั้งที่มารับการใส่แร่

การให้ข้อมูลของท่านขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น นอกจากนี้ในอนาคตอาจมีการนำข้อมูลบางส่วนไปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อค้นหาคำตอบที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับท่าน ทั้งนี้ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อท่านและการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด ระหว่างสอบถามหากมีข้อสงสัย ประเด็นที่ทำให้กระทบกระเทือนจิตใจท่าน ท่านสามารถหยุดได้ทันทีและผู้วิจัยพร้อมให้การช่วยเหลือ เช่น ปลอดภัย ปลอดภัย ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ระบาย แม้ท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วภายหลังเกิดการเปลี่ยนใจต้องการจะถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ท่านก็สามารถทำได้อย่างอิสระโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ถ้าท่านมีคำถามใดๆ ก่อนจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ หรือระหว่างที่เข้าร่วมโครงการสามารถซักถามผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่ ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 074-451503 หรือ 086-6953710 และขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

.....
(นางประจวบ หนูอุไร)
ผู้วิจัย

คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่าน หรือได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยตามรายละเอียดข้างต้นอย่างครบถ้วน ถึงวิธีการและผลที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้แล้วมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในโครงการ และหากมีเหตุขัดข้องก็สามารถที่จะออกจากการวิจัยได้ ถึงแม้ว่าข้าพเจ้าได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วก็ตาม

ลายมือชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้แทน

(.....)

วันที่...../...../.....

พยาน.....

(.....)

วันที่...../...../.....

พยาน.....

(.....)

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ความปวด การจัดการความปวด และความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดของผู้ป่วย
มะเร็งปากมดลูกขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูงและยาแก้ปวด
ที่ได้รับ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดขณะรับการรักษาโดยการใส่แร่
กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความปวดขณะรับการรักษาโดยการใส่
แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดขณะรับ
การรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

หมายเหตุ ส่วนที่ 1 ตอบครั้งเดียวเฉพาะครั้งแรก และส่วนที่ 2-5 ตอบทุกครั้งที่มารับการใส่แร่
กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

แบบสอบถามการใส่แร่ ครั้งที่ 1

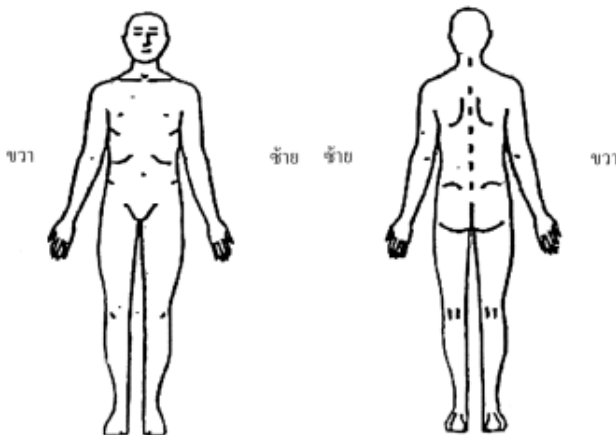
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย × ใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง

- | ก. ข้อมูลบุคคล | สำหรับผู้วิจัย |
|---|----------------|
| 1. อายุ.....ปี, จำนวนบุตร.....คน | [][], [][] |
| 2. สถานภาพสมรส | [] |
| () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หย่า () 4. หม้าย () 5. แยกกันอยู่ | |
| 3. ศาสนา | [] |
| () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ (ระบุ)..... | |
| 4. ระดับการศึกษา | [] |
| () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา | |
| () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย | |
| () 5. อนุปริญญา () 6. ปริญญาตรี | |
| () 7. สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 5. อาชีพ | [] |
| () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกร | |
| () 3. ค้าขาย () 4. รับจ้าง | |
| () 5. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ () 6. อื่น ๆ ระบุ..... | |
| 6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน | [] |
| () 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท | |
| () 2. 5,001 – 10,000 บาท | |
| () 3. 10,001 – 50,000 บาท | |
| () 4. มากกว่า 50,000 บาท | |
| 7. ความเพียงพอของรายได้ | [] |
| () 1. ไม่พอใช้ () 2. พอใช้ () 3. เหลือเก็บ | |
| 8. สิทธิคำรักษาพยาบาล | [] |
| () 1. เบิกได้ (ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ) () 2. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า | |
| () 3. บัตรประกันสังคม () 4. จ่ายเอง () 5. อื่นๆ (ระบุ) | |

ข. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

1. การวินิจฉัยโรค.....
 ระยะเวลารุนแรงของโรค (cancer staging)..... []
2. โรคประจำตัว []
 () 1. ไม่มี () 2. มีระบุชื่อโรค
3. ประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง []
 () 1. ไม่มี () 2. มีระบุ
4. ท่านเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดหรือไม่ []
 () 1. ไม่เคย
 () 2. เคย ระบุความปวดจาก.....
5. ขณะนี้ท่านมีความปวดอื่นๆนอกเหนือจากความปวดในอุ้งเชิงกรานหรือไม่ []
 () 1. ไม่มี () 2. มีระบุ โดยทำเครื่องหมาย × ลงในภาพตรงตำแหน่งที่ปวด



6. ท่านมีวิธีการในการจัดการกับความปวดอย่างไรบ้างนอกจากการใช้ยา.....

6.1 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
 ความสำคัญ) [] [] [] [] [] []

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถ้อยสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

- 6.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []
- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

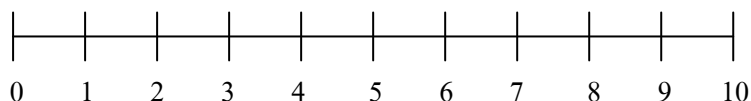
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใส่แร่และยาแก้ปวดที่ได้รับ

1. มารับการใส่แร่ครั้งที่.... []
2. ประวัติการใช้ยาแก้ปวดก่อนมารับการใส่แร่ []
- () 1. ไม่มี () 2. มีระบุ
3. ท่านรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แรมากน้อยเพียงใด []
- () 1. ไม่กังวล
- () 2. กังวลเล็กน้อย
- () 3. กังวลปานกลาง
- () 4. กังวลมาก
- () 5. กังวลมากที่สุด
4. ยาแก้ปวดที่ได้รับก่อนทำหัตถการใส่แร่.....
5. ยาแก้ปวดที่ได้รับขณะทำหัตถการใส่แร่.....
6. ยาแก้ปวดที่ได้รับหลังทำหัตถการใส่แร่.....
7. ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน
- 7.1 ขั้นตอนขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
- 7.2 ขั้นตอนขณะนอนรอใส่แร่ใช้เวลา.....นาที [][][]
- 7.3 ขั้นตอนการถอดเครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
- 7.4 ระยะเวลารวมทั้ง 3 ขั้นตอน.....นาที [][][]

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความรุนแรงความปวดการใส่แร่

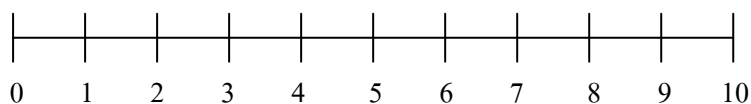
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

1. กรุณาระบุความปวดบริเวณอุ้งเชิงกรานก่อนการทำหัตถการใส่แร่โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



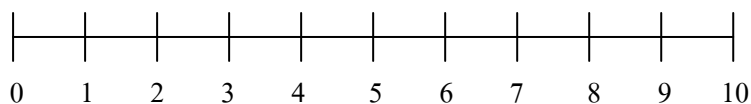
ไม่ปวด ปวดรุนแรงมากที่สุด

2. กรุณาบอกความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด ปวดรุนแรงมากที่สุด

3. กรุณาบอกระดับความปวดที่สูงสุดขณะนอนรอใส่แร่ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด ปวดรุนแรงมากที่สุด

4. กรุณาบอกความปวดขณะถอดเครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด ปวดรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่
กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง จากความปวดที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ให้ท่านเล่าประสบการณ์ในการจัดการความปวดขณะ
ได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านใช้วิธีการ
อะไรบ้างเพื่อให้ความปวดทุเลาลงและเหตุผลที่เลือกใช้ วิธีการดังกล่าว โปรดตอบตาม
ความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่างหน้าข้อความและเติมคำในช่องว่าง

1. เมื่อท่านมีความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ

1.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

1.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

1.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ)

[][][][][][]

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

2. เมื่อท่านมีความปวดขณะนอนรอใส่แร่

2.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

2.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

2.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ)

[][][][][][]

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด

- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

3. เมื่อท่านมีความปวดขณะถอดเครื่องมือ

3.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

3.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

3.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยเรียงตามลำดับ

ความสำคัญ) [][][][][][]

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

4. ขณะที่ท่านมีความปวดเจ้าหน้าที่ได้ช่วยเหลืออะไรบ้างที่ทำให้ความปวดลดลง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [][][][][][][]

- () 1. สัมผัส
- () 2. พูดปลอบใจและให้กำลังใจ
- () 3. ชวนคุย
- () 4. แสดงความห่วงใยเอาใจใส่
- () 5. บอกวิธีการผ่อนคลาย
- () 6. เปิดเพลงให้ฟัง
- () 4. อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดขณะได้รับการรักษา โดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง ขณะท่านได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านต้องการการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดอะไรบ้างจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใส่แร่ โปรดตอบตามความเป็นจริง

1. แพทย์

1.
2.
3.

2. พยาบาล

1.
2.
3.

3. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใส่แร่

1.
2.
3.

แบบสอบถามการใส่แร่ ครั้งที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใส่แร่และยาแก้ปวดที่ได้รับ

1. มารับการใส่แร่ครั้งที่.... []
2. ประวัติการใช้ยาแก้ปวดก่อนมารับการใส่แร่ []
 - () 1. ไม่มี
 - () 2. มีระบุ
3. ท่านรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แรมากน้อยเพียงใด []
 - () 1. ไม่กังวล
 - () 2. กังวลเล็กน้อย
 - () 3. กังวลปานกลาง
 - () 4. กังวลมาก
 - () 5. กังวลมากที่สุด
4. ยาแก้ปวดที่ได้รับก่อนทำหัตถการใส่แร่.....
5. ยาแก้ปวดที่ได้รับขณะทำหัตถการใส่แร่.....
6. ยาแก้ปวดที่ได้รับหลังทำหัตถการใส่แร่.....
7. ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน
 - 7.1 ขั้นตอนขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.2 ขั้นตอนขณะนอนรอใส่แร่ใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.3 ขั้นตอนขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.4 ระยะเวลารวมทั้ง 3 ขั้นตอน.....นาที [][][]

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความรุนแรงความปวดการใส่แร่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

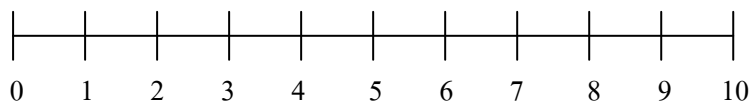
1. กรณาระบุนความปวดบริเวณอุ้งเชิงกรานก่อนการทำหัตถการใส่แร่โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

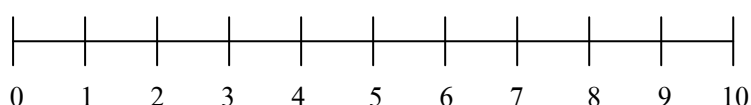
2. กรุณาบอกความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

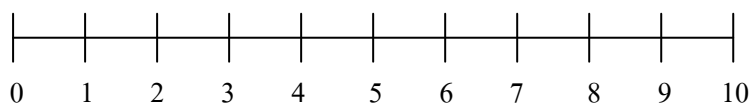
3. กรุณาบอกระดับความปวดที่สูงสุดขณะนอนรอใส่แร่ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

4. กรุณาบอกความปวดขณะถอดเครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่
กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง จากความปวดที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ให้ท่านเล่าประสบการณ์ในการจัดการความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างเพื่อให้ความปวดทุเลาลงและเหตุผลที่เลือกใช้ วิธีการดังกล่าวโปรดตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่างหน้าข้อความและเติมคำในช่องว่าง

1. เมื่อท่านมีความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ

1.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

1.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
() 2. ความปวดคงเดิม
() 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

1.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ) [] [] [] [] [] []

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

2. เมื่อท่านมีความปวดขณะนอนรอใส่แร่

2.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

2.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

2.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ) [] [] [] [] [] []

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

3. เมื่อท่านมีความปวดขณะถอดเครื่องมือ

3.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

3.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

3.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ

ความสำคัญ)

[][][][][][][]

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

4. ขณะที่ท่านมีความปวดเจ้าหน้าที่ได้ช่วยเหลืออะไรบ้างที่ทำให้ความปวดลดลง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[][][][][]

- () 1. สัมผัส
- () 2. พุดปลอบใจ
- () 3. เปิดเพลงให้ฟัง
- () 4. อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดขณะได้รับการรักษา โดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง ขณะท่านได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดอะไรบ้างจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ โปรดตอบตามความเป็นจริง

1. แพทย์

1.
2.
3.

2. พยาบาล

1.
2.
3.

3. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่

1.
2.
3.

แบบสอบถามการใส่แร่ ครั้งที่ 3

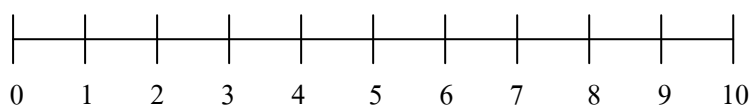
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใส่แร่และยาแก้ปวดที่ได้รับ

1. มารับการใส่แร่ครั้งที่.... []
2. ประวัติการใช้ยาแก้ปวดก่อนมารับการใส่แร่ []
 - () 1. ไม่มี
 - () 2. มีระบุ
3. ท่านรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แรมากน้อยเพียงใด []
 - () 1. ไม่กังวล
 - () 2. กังวลเล็กน้อย
 - () 3. กังวลปานกลาง
 - () 4. กังวลมาก
 - () 5. กังวลมากที่สุด
4. ยาแก้ปวดที่ได้รับก่อนทำหัตถการใส่แร่.....
5. ยาแก้ปวดที่ได้รับขณะทำหัตถการใส่แร่.....
6. ยาแก้ปวดที่ได้รับหลังทำหัตถการใส่แร่.....
7. ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน
 - 7.1 ขั้นตอนขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.2 ขั้นตอนขณะนอนรอใส่แร่ใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.3 ขั้นตอนขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.4 ระยะเวลารวมทั้ง 3 ขั้นตอน.....นาที [][][]

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความรุนแรงความปวดการใส่แร่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

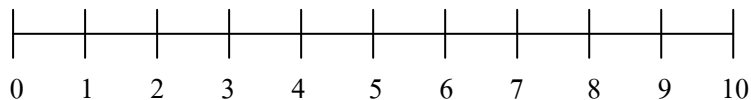
1. กรณาระบุนความปวดบริเวณอุ้งเชิงกรานก่อนการทำหัตถการใส่แร่โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

2. กรุณาบอกความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

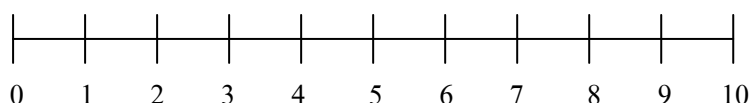
3. กรุณาบอกระดับความปวดที่สูงสุดขณะนอนรอใส่แร่ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

4. กรุณาบอกความปวดขณะถอดเครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง จากความปวดที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ให้ท่านเล่าประสบการณ์ในการจัดการความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างเพื่อให้ความปวดทุเลาลงและเหตุผลที่เลือกใช้ วิธีการดังกล่าวโปรดตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่างหน้าข้อความและเติมคำในช่องว่าง

1. เมื่อท่านมีความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ

1.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

1.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
() 2. ความปวดคงเดิม
() 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

1.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ) [] [] [] [] [] []

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

2. เมื่อท่านมีความปวดขณะนอนรอใส่แร่

2.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

2.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

2.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ) [] [] [] [] [] []

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

3. เมื่อท่านมีความปวดขณะถอดเครื่องมือ

3.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

3.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

3.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ) [][][][][][][]

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

4. ขณะที่ท่านมีความปวดเจ้าหน้าที่ได้ช่วยเหลืออะไรบางอย่างที่ทำให้ความปวดลดลง (สามารถตอบ
ได้มากกว่า 1 ข้อ) [][][][][][]

- () 1. สัมผัส
- () 2. พูดยลอบใจ
- () 3. เปิดเพลงให้ฟัง
- () 4. อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดขณะได้รับการรักษา โดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง ขณะท่านได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดอะไรบ้างจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ ใส่แร่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ โปรดตอบตามความเป็นจริง

1. แพทย์

1.
2.
3.

2. พยาบาล

1.
2.
3.

3. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่

1.
2.
3.

แบบสอบถามการใส่แร่ ครั้งที่ 4

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการใส่แร่และยาแก้ปวดที่ได้รับ

1. มารับการใส่แร่ครั้งที่.... []
2. ประวัติการใช้ยาแก้ปวดก่อนมารับการใส่แร่ []
 - () 1. ไม่มี () 2. มีระบุ
3. ท่านรู้สึกกังวลกับความปวดจากการใส่แรมากน้อยเพียงใด []
 - () 1. ไม่กังวล
 - () 2. กังวลเล็กน้อย
 - () 3. กังวลปานกลาง
 - () 4. กังวลมาก
 - () 5. กังวลมากที่สุด
4. ยาแก้ปวดที่ได้รับก่อนทำหัตถการใส่แร่.....
5. ยาแก้ปวดที่ได้รับขณะทำหัตถการใส่แร่.....
6. ยาแก้ปวดที่ได้รับหลังทำหัตถการใส่แร่.....
7. ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน
 - 7.1 ขั้นตอนขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.2 ขั้นตอนขณะนอนรอใส่แร่ใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.3 ขั้นตอนขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือใช้เวลา.....นาที [][][]
 - 7.4 ระยะเวลารวมทั้ง 3 ขั้นตอน.....นาที [][][]

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความรุนแรงความปวดการใส่แร่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน

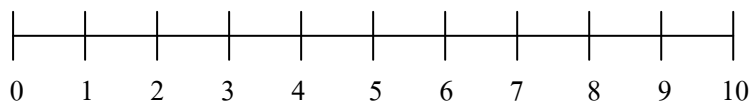
1. กรณาระบุนความปวดบริเวณอุ้งเชิงกรานก่อนการทำหัตถการใส่แร่โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

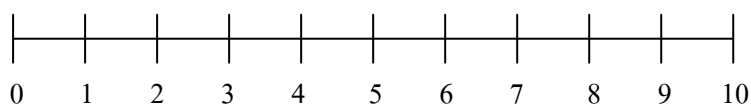
2. กรุณาบอกความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

3. กรุณาบอกระดับความปวดที่สูงสุดขณะนอนรอใส่แร่ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

4. กรุณาบอกความปวดขณะถอดเครื่องมือ โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงบนตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน [][]



ไม่ปวด

ปวดรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง จากความปวดที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ให้ท่านเล่าประสบการณ์ในการจัดการความปวดขณะได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างเพื่อให้ความปวดทุเลาลงและเหตุผลที่เลือกใช้ วิธีการดังกล่าวโปรดตอบตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องว่างหน้าข้อความและเติมคำในช่องว่าง

1. เมื่อท่านมีความปวดขณะแพทย์ทำการใส่เครื่องมือ

1.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

1.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
() 2. ความปวดคงเดิม
() 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

1.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ) [] [] [] [] [] []

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

2. เมื่อท่านมีความปวดขณะนอนรอใส่แร่

2.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

2.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

2.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ
ความสำคัญ) [] [] [] [] [] []

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

3. เมื่อท่านมีความปวดขณะถอดเครื่องมือ

3.1 ท่านใช้วิธีการอะไรบ้างในการจัดการกับความปวด.....

3.2 ใช้แล้วได้ผลเป็นอย่างไร []

- () 1. ความปวดลดลง
- () 2. ความปวดคงเดิม
- () 3. ความปวดเพิ่มขึ้น

3.3 เหตุผลในการเลือกวิธีดังกล่าว (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อโดยเรียงตามลำดับ

ความสำคัญ)

[][][][][][]

- () เป็นวิธีปฏิบัติที่ถือสืบทอดกันมา
- () เชื่อว่าปฏิบัติด้วยวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด
- () เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบความสำเร็จในการบรรเทาความปวด
- () ปฏิบัติได้ง่าย
- () ทำตามคำแนะนำของ.....
- () อื่นๆ ระบุ

2. ขณะที่ท่านมีความปวดเจ้าหน้าที่ได้ช่วยเหลืออะไรบ้างที่ทำให้ความปวดลดลง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[][][][]

- () 1. สัมผัส
- () 2. พูดยลอบใจ
- () 3. เปิดเพลงให้ฟัง
- () 4. อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดขณะได้รับการรักษา โดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง

คำชี้แจง ขณะท่านได้รับการรักษาโดยการใส่แร่กัมมันตรังสีชนิดอัตราแผ่ปริมาณรังสีสูง ท่านต้องการความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดอะไรบ้างจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่ โปรดตอบตามความเป็นจริง

1. แพทย์

1.
2.
3.

2. พยาบาล

1.
2.
3.

3. เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการใส่แร่

1.
2.
3.

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ น.พ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์ อาจารย์ประจำภาควิชารังสีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร กฤษเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์
คณะพยาบาล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางประจวบ หนูอุไร

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5010421019

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ศาสตรมหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2536
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2543

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 6 ปฏิบัติงานหน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์