

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวด โดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยศึกษารวบรวมวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความหมายของความปวด

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ทฤษฎีความปวด

การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวด โดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวด โดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ความรู้

ทัศนคติ

อายุ

ประสบการณ์

แนวคิดเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความหมายของความปวด

ความปวด เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติภายในร่างกายที่มักเกิดขึ้นเป็นอันดับแรก และเป็นสาเหตุให้บุคคลแสวงหาการรักษาและจัดการกับความปวด ความปวดจึงเป็นกลไกการป้องกันอย่างหนึ่ง เป็นสัญญาณเตือนถึงการทำลาย การบาดเจ็บหรือความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อนยากที่จะอธิบายหรือให้ความหมายที่สมบูรณ์ได้ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายในลักษณะต่างๆ คือ ความปวด คือ สิ่งใดก็ตามที่บุคคลซึ่งกำลังประสบอยู่และบอกว่ามันคือความปวด และความปวดนั้นยังคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีอยู่ (McCaffery, 1979) ส่วนสมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (The International Association for the Study of

Pain: IASP, 1986 as cited in Turk, 2002) ให้ความหมายว่า เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ที่เกี่ยวเนื่องกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีโอกาสดูกทำลาย และสเทินบาซ (Sternbach, 1986 as cited in Black & Matassarini-Jacobs, 1993) ให้ความหมายของความปวดในเชิงนามธรรมว่า หมายถึง 1) เป็นความรู้สึกเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่มีความปวด 2) เป็นสัญญาณที่บอกเมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายที่จะก่อให้เกิดการทำลายต่อเนื้อเยื่อ 3) เป็นแบบแผนของการตอบสนองเพื่อป้องกันอวัยวะจากอันตราย ซึ่งสอดคล้องกับสุพร (2528) กล่าวว่า ความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือจากจิตใจได้รับการคุกคามและมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต เป็นความรู้สึกส่วนตัว จะมีแต่บุคคลที่กำลังประสบอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความรู้สึกปวดของตนเอง บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้ถึงความปวดของเขาได้นอกจากบุคคลนั้นได้บอกกล่าวถึง และสถาพร (2537) กล่าวว่าความปวดคือ การรับรู้ของความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่สนองต่ออะไรก็ได้ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความไม่สุขสบาย และยังเป็นตัวคอยบอกให้บุคคลนั้นหาทางหลีกเลี่ยงหรือหาทางบรรเทาต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น และการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกนี้จะต้องเกินกว่าจุดสูงสุด ที่บุคคลนั้นๆ จะทนได้

จึงสรุปได้ว่า ความปวด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อนของแต่ละบุคคล ที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับอันตรายหรือจิตใจได้รับการคุกคาม และมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้นเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น การกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกนี้จะต้องเกินกว่าจุดสูงสุดที่บุคคลนั้นๆ จะทนได้ ซึ่งความรู้สึกนี้บุคคลที่ประสบอยู่เท่านั้นที่จะรู้และบอกว่ายังคงอยู่ตราบเท่าที่ความรู้สึกนั้นยังคงอยู่

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน (Serlin, Mendoza, Nakamura, Edwards & Cleeland, 1995) ประกอบด้วยมิติต่างๆ ได้แก่ ร่างกาย (physiologic) ความรู้สึก (sensory) อารมณ์ (affective) การรับรู้ (cognitive) และพฤติกรรม (behavioral) (Madison & Wilkie, 1995) ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งจะมีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ความปวดจะยังคงอยู่และมีความรุนแรงเมื่อมะเร็งเกิดการลุกลาม มีผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวนมากที่มีความปวดก่อนที่จะสิ้นสุดการเจ็บป่วยนั้น อุบัติการณ์ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดมีถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่ในระหว่างการรักษา และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามประสบกับความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Ashby & Dalton, 2000; Bonica, 1990) และผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ยังได้รับการบรรเทาปวดที่ไม่เพียงพอ (Bonica, 1990) จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายที่รุนแรง ความทุกข์ทรมาน และความพิการ (disability) ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีความปวดแบบเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจากทั้งก้อนมะเร็งโดยตรงหรือจากการกระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาท (Bruera & Neuman, 1999) และผู้ป่วยมักจะมีสาเหตุของความปวดจากหลายสาเหตุและหลายที่ (sites) (Foley, 1997) ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอาจแบ่งตามสาเหตุได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (พงศักรตี, 2536; ลักขมี, 2542; Bonica, 1990; Bruera & Neuman, 1999; Pearce, 1993)

1. ความปวดที่เกิดจากก้อนทumorโดยตรง (direct tumor involvement) พบได้ร้อยละ 65-85 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Bruera & Neuman, 1999) โดยพบจากการลุกลามไปที่กระดูกบ่อยที่สุด ทำให้เกิดความปวดจากการทำลายกระดูกเฉพาะที่หรือกระดูกหักจากพยาธิสภาพ เช่น มะเร็งเต้านมหรือมะเร็งต่อมลูกหมากจะมีอุบัติการณ์ความปวดสูงถึงร้อยละ 60-80 หรือมะเร็งลุกลามไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ จัดเป็นความปวดที่เกิดจากตัวกระตุ้นความรู้สึกรวด (nociceptive pain) ส่วนการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะภายในทำให้เกิดความปวดที่ยากที่จะชี้ตำแหน่งได้แน่นอน คือความปวดที่เกิดจากตัวกระตุ้นความปวดของอวัยวะภายใน (visceral nociceptive pain) นอกจากนี้อาจปวดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท (neuropathic pain) เช่น เมื่อมีการกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลัง ซึ่งทำให้ปวดแบบตื้อๆ ตลอดเวลา อาจมีอาการชาและปวดแสบร้อนร่วมด้วย

2. ความปวดที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 15-25 ของผู้ป่วยขณะที่ได้รับเคมีบำบัด การผ่าตัด หรือรังสีรักษา (Bruera & Neuman, 1999) เช่น อาการปวดแผลจากการผ่าตัด อาการปวดแขนขาที่ถูกผ่าตัดออกไปแล้ว (phantom limb pain) อาการเข็มนูในช่องปากหรือหลอดเลือดดำอักเสบจากเคมีบำบัด หรือความปวดจากเส้นประสาทถูกทำลายภายหลังได้รับรังสีรักษา เป็นต้น

3. ความปวดที่ไม่เกี่ยวข้องกับก้อนทumorและการรักษาโรคมะเร็ง อาจเกิดก่อนหรือภายหลังการเป็นโรคมะเร็งก็ได้ พบได้ประมาณร้อยละ 3-10 ของผู้ป่วยมะเร็ง เช่น ปวดหลังจากกระดูกเสื่อม ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดท้องจากแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

ชนิดของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง อาจแบ่งได้ดังนี้

1. ความปวดชนิดที่แบ่งตามระยะเวลาการเกิดความปวด มี 2 ชนิด (พงศักรตี, 2536; ลักขมี, 2542; สถาพร, 2537; Ignatavicious & Bayne, 1991; Luckmann & Sorensen, 1993) คือ

1.1 ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความซับซ้อนของความรู้สึกรวดไม่สุขสบาย การรับรู้และประสบการณ์ด้านอารมณ์ ซึ่งรวมทั้งการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นความปวดที่บุคคลส่วนใหญ่เคยประสบ เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่รุนแรง

จากการบาดเจ็บของผิวหนัง อวัยวะที่อยู่ลึกกว่าผิวหนังหรืออวัยวะภายใน หรือจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อ ความปวดเฉียบพลันง่ายในการวินิจฉัย มักเกิดเฉพาะที่และมีขอบเขตที่ชัดเจน มักทราบสาเหตุที่ทำให้ปวด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการกระจายของเซลล์มะเร็ง เกิดในระยะเวลาที่จำกัด ระยะเวลาปวดน้อยกว่า 6 เดือน อาการมักส่อไปในทางที่จะดีขึ้นเรื่อยๆ และทุเลาลงหลังได้รับการรักษา

1.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คงอยู่นานกว่าเดือน นานกว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเป็นระยะเวลานานกว่าการหายของการบาดเจ็บนั้นๆ หรือเกิดจากพยาธิสภาพที่เรื้อรังที่ทำให้มีความปวดอย่างต่อเนื่อง หรือปวดเป็นๆ หายๆ ต่อเนื่องนานเป็นเดือนหรือปี ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอน อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ แพทย์บางคนถือว่าความปวดที่นานกว่า 6 เดือนจึงจะนับเป็นความปวดเรื้อรัง มักไม่เกิดจำกัดอยู่เฉพาะที่อาจเกิดในบริเวณกว้าง ตำแหน่งที่ปวดไม่แน่ชัด ความปวดมีลักษณะรุนแรงและทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเป็นทั้งสาเหตุและผลของความปวด

2. ความปวดชนิดที่แบ่งตามแหล่งของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น (source) แบ่งได้ดังนี้ (Caraceni, 1996; Cherny & Portenoy, 1999; Patt, 1993; Polomano & Ignatavicius, 1995)

2.1 ความปวดของอวัยวะใกล้ผิวหนัง (somatic pain) เกิดจากการกระตุ้นตัวรับความปวดในชั้นใต้ผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ลึกลงไป ลักษณะความปวดที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดเมื่อย (aching) ปวดกระตุก (throbbing) และปวดหน่วง (gnawing) ความปวดชนิดนี้เกิดจากการกระจายของโรคมะเร็ง ไปยังกระดูกมากที่สุด โดยเฉพาะบริเวณเยื่อหุ้มกระดูกซึ่งมีทั้งใยประสาทที่มีเยื่อหุ้มยอติลินหุ้มและใยประสาทที่ไม่มีเยื่อหุ้มยอติลินหุ้ม และยังพบว่าสารต่างๆ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) แบรคคินิน (bradykinin) โปแตสเซียม (potassium) อะดีโนซีน ไตรฟอสเฟต (adenosine triphosphate: ATP) และพรอสตาแกลนดินอี 1 และอี 2 (prostaglandin E₁ and E₂) มีบทบาทในการทำให้ตัวรับความปวด (nociceptors) เกิดความไวต่อการรับรู้ความปวด โครงสร้างของชั้นใต้ผิวหนังมีเส้นประสาท (nerves) กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่ออื่นๆ เนื่องจากในชั้นนี้มีเส้นประสาทมาเลี้ยงไม่มาก ความปวดจึงเป็นแบบปวดตื้อๆ ไม่มีขอบเขตชัดเจน (poorly localized) ความปวดในเนื้อเยื่อที่ลึกลงไปนี้จะทำให้เกิดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น คลื่นไส้ เหงื่อออก ชีพจรและความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

2.2 ความปวดของอวัยวะภายใน (visceral pain) เกิดจากมีการบาดเจ็บต่อระบบประสาทซิมพาเทติกที่เลี้ยงอวัยวะ ซึ่งความปวดเกิดจากรอยโรคของอวัยวะในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน มีการกดเบียด การยืดขยายหรือหดตัวอย่างผิดปกติของผนังกล้ามเนื้อเรียบ การยืดของเยื่อหุ้มอวัยวะอย่างรวดเร็ว กล้ามเนื้อภายในขาดเลือดไปเลี้ยง หรือการระคายเคืองของเยื่อ การยืดขยายดึงรั้งหรือฉีกขาดของเอ็นและหลอดเลือด และการตายของเนื้อเยื่อ (necrosis) ลักษณะความปวดมักถูกอธิบายในรูปของความปวดที่อยู่ลึก ปวดตื้อๆ ปวดเมื่อย ปวดถ่วง (dragging) ปวดคล้ายถูกบีบรัด

หรือปวดเสียด หรือถูกกด (squeezing or pressurelike) และมักมีอาการปวดร้าวไปยังบริเวณผิวหนัง และหรือเนื้อเยื่อที่ถูกลงไป

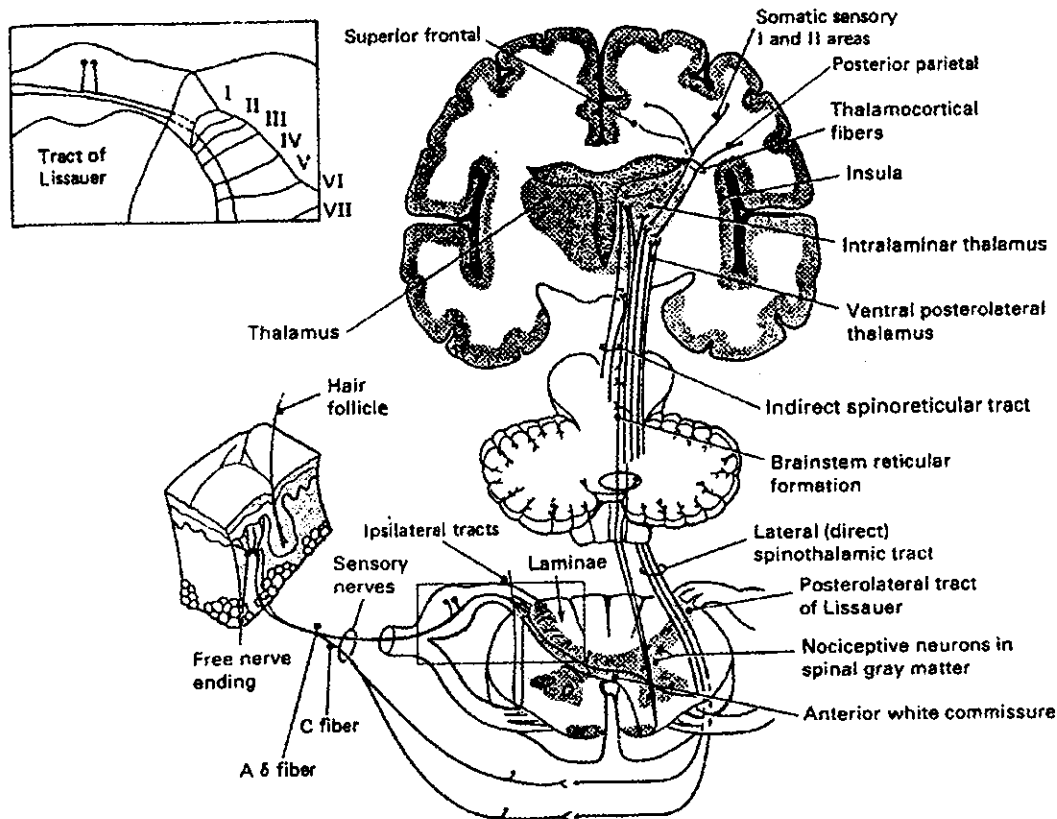
2.3 ความปวดที่มีสาเหตุจากการมีพยาธิสภาพในระบบประสาท (neuropathic pain) เกิดจากเส้นใยประสาทบริเวณประสาทส่วนปลายได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลาย หรือระบบประสาทส่วนกลางถูกทำลาย ทำให้เกิดการขัดขวางการนำสัญญาณของประสาทรับความรู้สึก เกิดการรับความรู้สึกสัมผัสที่ผิดปกติหรือเสื่อมไป (dysesthesia) สาเหตุมักเกิดจากมะเร็งกดทับหรือกระจายไปยังเส้นประสาทส่วนปลายหรือไขสันหลัง หรือการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลายจากการผ่าตัด การฉายรังสี การได้รับยาเคมีบำบัด หรือการติดเชื้อ ลักษณะความปวดจะเป็นแบบปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือปวดเหมือนมีอะไรมาทิ่มแทง (stabbing)

2.4 ความปวดที่ไม่ทราบสาเหตุหรือมีสาเหตุมาจากทางด้านจิตใจ (idiopathic or psychogenic pain) เป็นความปวดที่ไม่สามารถอธิบายด้วยพยาธิสภาพได้ ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกของอาการทางจิตใจที่เด่นและชัดเจนมากพอที่จะทำให้เชื่อว่ามีพยาธิสภาพทางจิตใจ ความปวดชนิดนี้อาจเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุจริงๆ ที่จะทำให้เกิดอาการปวด หรือมีสาเหตุจริง แต่อาการปวดมีมากกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งปัจจัยทางด้านจิตใจนี้จะมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก แต่เมื่อใดที่ความปวดมีอยู่เกือบตลอดเวลาและสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของอวัยวะ บ่อยและนาน ก็ไม่ควรตัดสินใจว่า “ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า” แต่ต้องค้นหาโรคของการรบกวนของมะเร็งซึ่งอาจไม่สามารถระบุได้ในตอนแรกก่อน ความปวดเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเชื่อในความปวดที่ผู้ป่วยบอกและจะต้องค้นหาสาเหตุให้ได้ ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าที่ปรากฏออกมาและมีความเกี่ยวข้องกันจะเป็นสิ่งสนับสนุนว่าความปวดนั้นจะต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งการดูแลรักษาให้การพยาบาลด้านจิตใจจะช่วยลดความปวดชนิดนี้ได้ แต่ในทางกลับกัน การรักษาที่เป็นการกระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง (aggressive therapy) ด้วยมอร์ฟินหรือการผ่าตัดก็ไม่สามารถบรรเทาความปวดชนิดนี้ได้

โดยทั่วไปความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเกิดขึ้นจากขบวนการของโรคมะเร็ง ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยความรู้ทางกายวิภาควิทยาของระบบประสาท (neuroanatomy) และสรีรวิทยาของระบบประสาท (neuropsychology) ของวิถีนำประสาทความปวด แต่ในความเป็นจริงแล้วความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง อันส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกันมีความปวดที่รุนแรงต่างกันไป

กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวด เป็นความรู้สึกที่มีกลุ่มใยประสาททำหน้าที่ส่งทอดต่อกันเป็นวิถีประสาทขึ้นไป โดยเริ่มต้นจากมีสิ่งรบกวนที่ปลายประสาทรับความรู้สึก แล้วส่งสัญญาณประสาทผ่านไปตามใยประสาทนำเข้าสู่ความรู้สึก เข้าไปที่ไขสันหลังและวิ่งไปตามเส้นทางต่างๆ ในไขสันหลังจนถึงสมอง และจากสมองนำส่งกลับมาไขสันหลัง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงวิถีประสาทของความปวด

Note. From Medical-Surgical nursing: Assessment and management of clinical problems (p. 1499) by Boss, B. J. In S. M. Lewis, & I. C. Collier (Eds.), 1992, New York: Mosby.

กลไกการเกิดความปวดประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ (สุพร, 2528; อรัญญา, 2543;

Boss, 1992; Hallett, 1992)

1. สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด (pain or noxious stimuli) เป็นจุดเริ่มต้นหรือเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือเกิดการบาดเจ็บ แบ่งได้เป็น 3 ประเภท

- 1.1 อุณหภูมิ (thermal stimuli) เช่น ความร้อน ความเย็น
- 1.2 แรงกล (mechanical stimuli) เช่น แรงกด แรงดึงยืด
- 1.3 สารเคมี (chemical stimuli) เช่น กรด ค่าง และสารชีวเคมีในร่างกาย

2. ตัวรับความรู้สึกปวด (pain receptors หรือ nociceptors) เป็นปลายประสาทอิสระที่แผ่กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อเกือบทุกส่วนในร่างกาย มี 2 กลุ่ม

2.1 ตัวรับความรู้สึกที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น (specific nociceptors) ที่ทำให้เกิดความปวดเฉพาะ เช่น ความร้อนหรือความเย็น การใช้เข็มกด เป็นต้น ตัวรับความรู้สึกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่บนผิวหนังทั้งหมด ความปวดชนิดนี้มีไว้เพื่อให้ร่างกายหลีกเลี่ยงอันตราย (withdrawal reflex)

2.2 ตัวรับความรู้สึกที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่มาจากหลายทาง (polymodal receptors) เป็นตัวรับความรู้สึกจากสิ่งกระตุ้นใดๆ ก็ตามที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายไม่ว่าจะเป็นแรงกด ความร้อน สารเคมี การอักเสบ ซอกซ่าต่างๆ และให้ความรู้สึกปวดที่ร่างกายมีการตอบสนองช้า โดยเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายอยู่นิ่ง ตัวรับความรู้สึกกลุ่มนี้จะอยู่ทั่วไป ทุกเนื้อเยื่อในระดับตื้นและลึก โดยเฉพาะอวัยวะภายใน

3. วิธีประสาทนำกระแสความรู้สึกปวด (pain impulse pathway) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย จะมีการปล่อยสารเคมีออกมา ได้แก่ สาร พี (substance P) แบริคดีไคนิน (bradykinin) โซมาโตสแตติน (somatostatin) จะเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดกระแสประสาทความปวด โดยเฉพาะสารพี จะถูกปล่อยจากปลายประสาทอิสระ ซึ่งมีขนาดเล็กและไม่มีเยื่อหุ้มมัยอิลิน เมื่อปลายประสาทอิสระได้รับการกระตุ้นจนถึงขีดเริ่มความปวด จึงเกิดการถ่ายทอดกระแสประสาทไปตามวิธีประสาท ซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1 วิธีประสาทส่วนปลาย เมื่อปลายประสาทรับความรู้สึกปวดถูกกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด จะเกิดกระแสประสาทส่งไปตามเส้นประสาทนำเข้าไปยังสันหลัง ประกอบด้วยใยประสาท 3 กลุ่ม คือ

ใยประสาท เอ เบต้า (A beta fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็ก มีมัยอิลินหุ้ม นำความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัส การนวด การถู และการสัมผัสเย็น

ใยประสาท เอ เดลต้า (A delta fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็ก มีมัยอิลินหุ้มบางๆ นำความรู้สึกเจ็บปวดแบบแหลมคม บอกตำแหน่งที่เจ็บได้แน่นอน

ใยประสาท ซี (C fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็ก ไม่มีมัยอิลินหุ้ม นำความรู้สึกปวดแบบตื้อๆ ปวดแสบ ปวดร้อน บอกตำแหน่งได้ไม่แน่ชัด

3.2 วิธีประสาทส่วนกลาง ใยประสาท ทั้ง 3 ชนิด จะนำสัญญาณประสาทความปวดเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณ คอร์ซอลฮอร์น (dorsal horn) ซึ่งบริเวณนี้จะมีจุดประสานประสาท และประสานกับเซลล์ประสาทในสับสแตนเชียเจลาติโนซา (substantia gelatinosa) โดยการปล่อยสารสื่อประสาท

ที่เรียกว่าสาร พี ออกมา สารพีนี้จะกระตุ้นเซลล์ประสาทในสับสแตนเชียเจลาติโนซา (substantia gelatinosa) ให้เกิดสัญญาณประสาทความปวดนำส่งไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลังผ่านด้านข้างเวนทรัลฮอร์น ไปตามสไปโนธาลามิกแทร็ค (neospinothalamic tract) เข้าสู่สมองส่วนเมดัลลา และสมองส่วนกลาง ก่อนไปยังส่วนหลังของทาลามัส ที่ทำให้รับรู้ความปวด แล้วจึงส่งต่อไปยังคอร์เท็กซ์เพื่อแปลผล แยกแยะความรุนแรงและตำแหน่งของความปวด บุคคลจึงสามารถรับรู้และจดจำความปวดนั้น เรียกวิถีประสาทส่วนนี้ว่า ดิสคริมิเนทีฟพาธเวย์ (discriminative pathway)

4. การรับรู้ความปวด (pain perception) จะเกิดขึ้นในสมอง โดยบุคคลนั้นจะบอกได้ว่ามีความปวด เป็นขั้นตอนที่แปลผล บุคคลสามารถรับรู้และจดจำความปวดนั้นได้

5. ปฏิกริยาต่อความปวด (pain reaction) ในขณะที่สัญญาณประสาทความปวดที่มาจากใยประสาท ซี (C fiber) ขึ้นไปทางพาลีโอสไปโนธาลามิกแทร็ค (paleospinothalamic tract) เข้าสู่ส่วนกลางของทาลามัส เรติคูลาร์ฟอร์เมชัน และระบบลิมบิก ซึ่งทำหน้าที่เร้าอารมณ์ให้รับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงพอใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และการตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้บุคคลแสดงออกทางพฤติกรรมต่อความปวดนั้น รวมถึงยังมีสัญญาณประสาทความปวดส่งไปยังไฮโปธาลามัส ซึ่งควบคุมการตอบสนองของร่างกายแบบอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองความปวด เช่น การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้นปฏิกริยาต่อความปวดจึงเป็นพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลต่อความปวดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละ บุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะทางอารมณ์ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม (อรัญญา, 2543)

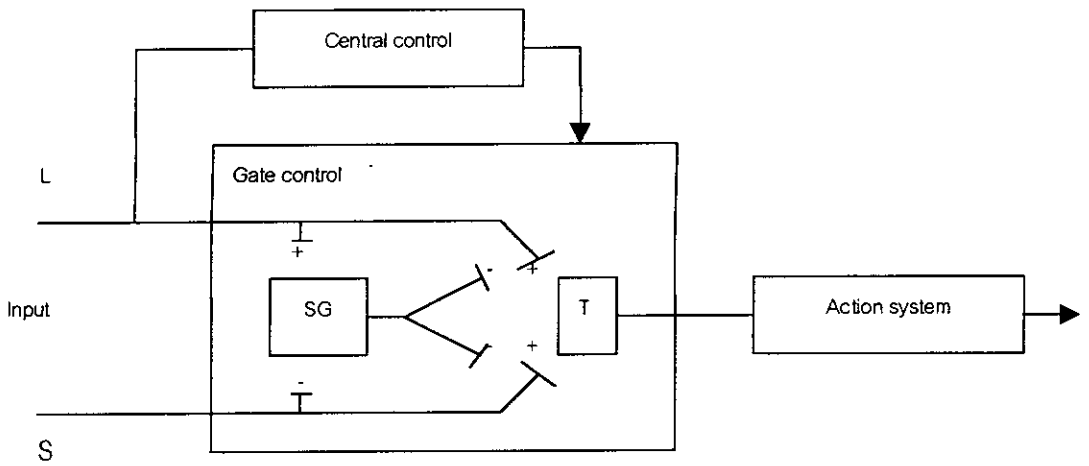
ทฤษฎีความปวด

การเกิดความปวดมีความสัมพันธ์ทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างลึกซึ้ง จึงทำให้ความรู้สึกปวดมีความสลับซับซ้อนมาก และยังไม่ทราบอย่างแน่ชัด ได้มีผู้ศึกษาถึงความปวดและสร้างทฤษฎีที่อธิบายถึงกลไกการเกิดความปวดหลายทฤษฎี ทฤษฎีซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันและสามารถอธิบายกลไกของความปวดได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)

ทฤษฎีนี้คิดค้นโดยเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall) ซึ่งได้เสนอทฤษฎีนี้ขึ้นในปี ค.ศ.1965 เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เพราะสามารถอธิบายความปวดได้ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้อธิบายกลไกการเกิดความปวดโดยเน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกายว่าจะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง (Melzack & Wall, 1965) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความปวดและการรับรู้ความปวด ขึ้นอยู่กับการ

ทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือ ระบบควบคุมประตูลำไส้หลัง ระบบควบคุมส่วนกลางในคอร์เทกซ์ (cortex) และทาลามัส (thalamus) และระบบการเคลื่อนไหว (action system) (นครชัย, 2538; สุพร, 2528; อริญญา, 2543; Bonica, 1990; Melzack & Wall, 1965; Polomano & Ignatavicious, 1995) ซึ่งแสดงได้ดังภาพที่ 3



- L หมายถึง โยประสาทขนาดใหญ่
- S หมายถึง โยประสาทขนาดเล็ก
- SG หมายถึง เซลล์ในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา
- T หมายถึง เซลล์ส่งต่อ
- + หมายถึง กระตุ้น
- หมายถึง ยับยั้ง

ภาพที่ 3 แสดงกลไกควบคุมความปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู

Note. From "Pain mechanism: A new theory", by R. Melzack & P. D. Wall, 1965, *Science*, 150, p. 975.

1. ระบบควบคุมประตูลำไส้หลัง (gate control system) มีสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa: SG cell) เป็นเซลล์พิเศษซึ่งอยู่ในคอร์ซอล ฮอว์น (dorsal horn) ของไขสันหลัง เป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง (inhibitory neuron) จะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell: T cell) ทำให้ไม่มีกระแสประสาทขึ้นไปยังสมอง จึงปิดประตูความปวด แต่เมื่อเอสจี เซลล์ (SG cell) ถูกยับยั้งการทำงาน ก็จะไม่ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ (T cell) กระแสประสาทก็จะนำไปสู่สมอง ทำให้เปิดประตูความปวด เกิดการรับรู้ความปวดขึ้น

Central Library Prince of Songkla University

สัญญาณประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber) และขนาดใหญ่ (large fiber) มีผลโดยตรงต่อการเปิดปิดประตูในระดับไขสันหลังนี้ โดยพบว่า เมื่อมีการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่มากจะไปกระตุ้นการทำงานของเอตจีเซลล์ นั่นคือ ปิดประตู ไม่เกิดความปวด แต่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็กจะไปยับยั้งการทำงานของเอตจี เซลล์ ทำให้ประตูเปิด เกิดความปวดขึ้น

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) ระบบควบคุมส่วนกลาง ประกอบด้วยสมองใหญ่ และทาลามัส ซึ่งจะรับกระแสประสาทจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ และย้อนลงมามีผลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระดับไขสันหลัง

3. ระบบการเคลื่อนไหว (action system) เมื่อกระตุ้นที เซลล์ (T cell) ถึงระดับวิกฤตจะมีการส่งกระแสประสาทไปยังระบบการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดและมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

จากแนวความคิดของทฤษฎีนี้ ช่วยให้เข้าใจว่าความปวดจะเพิ่มมากขึ้นและลดลงได้จากสาเหตุต่อไปนี้ คือ

ก. การกระตุ้นสมองส่วนคอร์เทกซ์ และทาลามัส ที่มากเกินไป เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆ ทำให้ความปวดเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ความปวดจะลดลง ถ้าผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับความปวด ความวิตกกังวลลดลง ช่วยให้มีการยับยั้งสมองส่วนบนสามารถลดความปวดได้

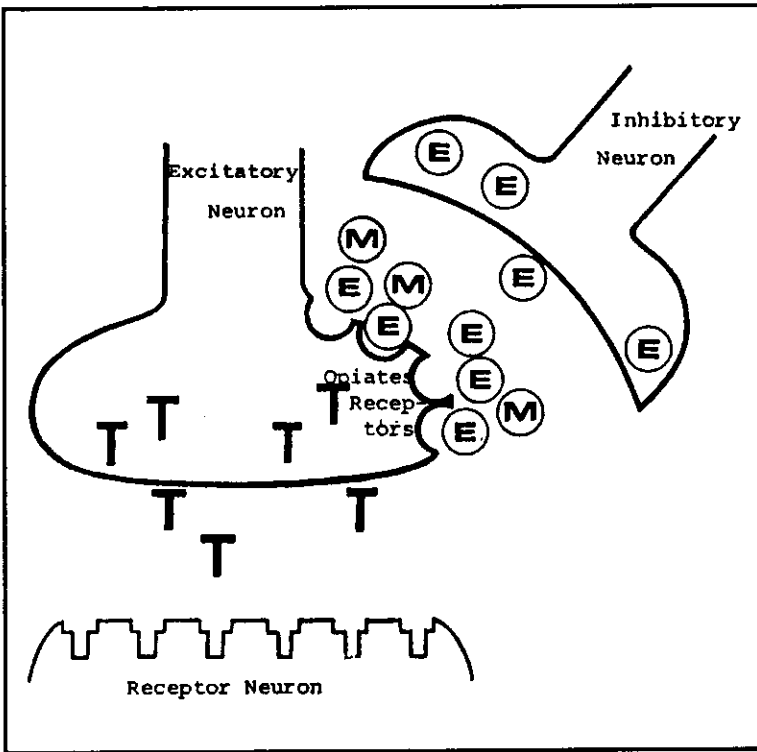
ข. การกระตุ้นการทำงานของก้านสมองมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่ถูกกระตุ้นด้วยเสียง แสง ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความปวดได้ ในขณะที่การยับยั้งการทำงานของก้านสมอง (brain stem) เช่น การฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการ ช่วยลดความปวดได้

ค. การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวด ในขณะที่การกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวดถูผิวหนังแรงๆ มีผลทำให้ทำให้ความปวดลดลง

2. ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กลไกการปรับสัญญาณนำเข้าไปในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู เป็นการควบคุมประตูให้เปิดหรือปิด เกิดจากการยับยั้งการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิด คือ เอนเคฟาลิน (enkephalin) และสารพี (substance P) คือ เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารพีที่บริเวณคอร์ซอล ฮอร์น ของไขสันหลัง ขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นบริเวณเอตจี (substantia gelatinosa) ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ซึ่งยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเมื่อใดเอนเคฟาลินยับยั้งการทำงานของสารพีให้หมด สารพีจะกระตุ้นทีเซลล์ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น ปัจจุบันพบว่าในร่างกาย

มีสารที่คุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน ที่ควบคุมความปวด (Bowsher, 1978) มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน คือ ออกฤทธิ์ที่ตัวรับโอปิเอท (opiate receptor) โดยไประงับการหลั่งสารสื่อประสาทของความปวด ซึ่งเป็นสารคล้ายมอร์ฟีนที่พบในปัจจุบันได้แก่ เอนเคฟาลิน (enkephalin) เอนดอร์ฟิน (endorphin) และ ไดนอร์ฟิน (dynorphin) เป็นต้น ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์ดังแสดงในภาพที่ 4



E = Endogenous opiates

M = Morphine

T = Pain Transmitter

ภาพที่ 4 แสดงกลไกการออกฤทธิ์ของมอร์ฟีน และสารคล้ายมอร์ฟีนในร่างกาย

A nursing approach to assessment and analysis (p. 64), by Meinhart, N. T., & century-crafts.

เอนดอร์ฟิน (endorphin) เป็นสารที่มีฤทธิ์เหมือนเอนเคฟาลิน เป็นสารธรรมชาติที่ร่างกายสร้างขึ้น มีบทบาทเป็นสารควบคุมประสาท (neuromodulator) ออกฤทธิ์ระงับปวดคล้ายฝิ่น สามารถยับยั้งสารพีซึ่งเป็นสื่อประสาทความปวดและเป็นฮอว์โมน มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดมากกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่า และมีระยะเวลาออกฤทธิ์อยู่ยาวนานถึง 2-3 ชั่วโมง พบได้ในสมองบริเวณไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทาลามัส (thalamus) ต่อมใต้สมอง และกระแสโลหิต

ไดโนอร์ฟิน (dynorphin) มีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดสูงกว่า endorphin ถึง 50 เท่า จึงเรียกอีกชื่อว่า ไดนาไมท์เอนดอร์ฟิน (dynamite endorphin)

ระดับสารเคมีซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟินดังกล่าว อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ในสภาพการณ์ที่ต่างๆ กัน โดยเฉพาะเอนดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เอนดอร์ฟิน (endorphin) ลดลง ได้แก่ ความปวดเป็นเวลานาน การเผชิญความเครียดบ่อยๆ การใช้มอร์ฟิน หรือแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน (McCaffery & Beebe, 1989) ส่วนปัจจัยที่ทำให้เอนดอร์ฟิน (endorphin) เพิ่มขึ้น ได้แก่ ความปวดในระยะเวลาดั้งๆ ความเครียดช่วงสั้นๆ การออกกำลังกาย การบาดเจ็บอย่างรุนแรง การฝังเข็ม การกระตุ้นประสาทด้วยไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation) การให้ ยาหลอก (placebo) การผ่อนคลาย (อริญญา, 2543)

สรุปได้ว่า ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากมีสิ่งมากระตุ้น โดยอาจเกิดจากการที่มีการกดเบียดของก้อนเนื้ออกต่ออวัยวะต่างๆ หรือเส้นประสาท การที่เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง มีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายจากเซลล์มะเร็ง จากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา การผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด จนถึงระดับที่เกินกว่าจุดสูงสุดที่บุคคลนั้นจะทนได้ ทำให้มีการส่งกระแสความรู้สึกปวดไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอร์ซัลลอรัน ซึ่งมีเอสจีเซลล์ทำหน้าที่ปรับสัญญาณประสาทนำเข้าควบคุมกระแสประสาทที่จะไปสู่สมอง โดยเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น โยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารพีขณะเดียวกัน โยประสาทขนาดใหญ่และโยประสาทนำลงจากสมองจะปล่อยสารเคมี ไปกระตุ้นเอสจีเซลล์ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลินซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นที่เซลล์ จึงไม่มีสัญญาณส่งไปยังสมอง ประจวบความปวดถูกปิด ไม่เกิดความรู้สึกปวด แต่ถ้าเอนเคฟาลินยับยั้งการทำงานของสารพีไม่หมดก็จะมีกระตุ้นที่เซลล์ ทำให้ประจวบความปวดเปิด ทำให้มีสัญญาณประสาทขึ้นไปยังสมอง ทำให้มีการรับรู้ความปวดเกิดขึ้น การที่พยาบาลมีความรู้ เข้าใจถึงสาเหตุ ชนิด กลไก องค์ประกอบ และทฤษฎี ของความปวด จะทำให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดได้อย่างละเอียดต้องแท้มากยิ่งขึ้น และสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปเป็นแนวทางในการหาวิธีการในการช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยเฉพาะวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่

ไช้ยา โดยอาศัยกลไกและทฤษฎีความปวดมาช่วยในการอธิบายกลไกของวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีได้ ซึ่งจะช่วยให้การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงจึงจำเป็นต้องหาวิธีการต่างๆ มาใช้เพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งวิธีการบรรเทาความปวดมีทั้งวิธีการที่ใช้ยา (pharmacologic intervention) และวิธีการที่ไม่ใช่ยา (non-pharmacologic intervention) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งการใช้ยาเพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพราะผู้ป่วยอาจยังได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ ดังได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น รวมทั้งความปวดในผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีสาเหตุมาจากทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ การใช้วิธีการบรรเทาความปวดโดยที่ไม่ใช่ยาร่วมด้วยสามารถช่วยในการควบคุมความปวดได้ดียิ่งขึ้น ลดการใช้ยาบรรเทาปวด เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมการทำหน้าที่ต่างๆ แก่ผู้ป่วย ลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น และช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (Titler & RakeI, 2001) การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งนั้น เป็นการกระทำของพยาบาลวิชาชีพ ที่กระทำต่อผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง การกระทำอาจเป็นการกระทำโดยตรงเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดนั้น หรือเป็นการแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำวิธีการบรรเทาความปวดต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นไปปฏิบัติเพื่อช่วยบรรเทาความปวดที่เกิดขึ้น การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเป็นวิธีการที่พยาบาลปฏิบัติได้อย่างอิสระ เป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่อันตราย โดยควรเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับความชอบและความสามารถของผู้ป่วย เริ่มใช้ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหรือในทันทีทันใดที่ปวด และใช้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ปวดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดได้สูงสุด (McCaffery, 1979) การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา อาจใช้แทนยาแก้ปวดได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีความปวดเล็กน้อย หรือใช้ร่วมกับยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยามีหลายวิธี เช่น

1. การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความปวดไปสู่สิ่งอื่น (สุพร, 2528; McCaffery, 1979; Titler & RakeI, 2001) เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถบรรเทาความปวดได้ดี โดยมีกลไกดังนี้ คือ เมื่อการกระตุ้นตัวรับความปวดส่งสมองส่วนซีรีบรัล

คอร์เทกซ์ (cerebral cortex) เกิดการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดเกิดขึ้น ถ้าสัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจมีความเข้มมากกว่าสัญญาณประสาทความปวด จีร์บริคคอร์เทกซ์จะเลือกรับรู้และตอบสนองต่อการเบี่ยงเบนความสนใจและส่งสัญญาณมายังเรติคูลาร์ฟอร์เมชัน ทำให้มีการส่งสัญญาณประสาทจากการเบี่ยงเบนความสนใจเข้าสู่ระบบควบคุมส่วนกลางมากขึ้นส่งผลให้มีการลดการส่งสัญญาณประสาทความปวดสู่ระบบควบคุมส่วนกลาง จากนั้นเรติคูลาร์ฟอร์เมชันและระบบควบคุมส่วนกลางส่งสัญญาณประสาทมาที่ระบบควบคุมประตู่ไขสันหลังกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ให้มีการปิดประตู่กันสัญญาณความรู้สึกรวด (Meinhart & McCaffery, 1983) และเชื่อว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการกระตุ้นไฮโปทาลามัสไปกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารคล้ายมอร์ฟินมาควบคุมความปวดภายในร่างกายเพิ่มขึ้นด้วย (สุพร, 2528) การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย นอกจากความปวดจะช่วยเพิ่มความทนทานต่อความปวดและลดความรุนแรงของความปวดลงได้ (McCaffery, 1979; Titler & Rakei, 2001) การเบี่ยงเบนความสนใจเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และใช้ในระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (Titler & Rakei, 2001) ไม่ควรใช้เพื่อแทนที่ยาแก้ปวด ไม่เหมาะที่จะใช้เป็นระยะเวลายาวนานในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง

หลักการสำคัญในการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ

- 1) การเบี่ยงเบนความสนใจนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ
- 2) เทคนิคที่ใช้ต้องเหมาะสมกับสภาพและความสามารถของผู้ป่วย
- 3) สิ่งกระตุ้นและเทคนิคที่ใช้ต้องมีความหลากหลาย เช่น การเคลื่อนไหว การมอง การฟัง การดมกลิ่น และการสัมผัส
- 4) สิ่งกระตุ้นที่ใช้สามารถเพิ่มหรือลดได้เช่นเดียวกับระดับความปวด เช่น คนตรีสามารถเพิ่มหรือลดเสียงได้
- 5) ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจนั้นจากวิธีการที่หลากหลาย
- 6) ถ้าวิธีการที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจนั้นเป็นวิธีที่ง่ายหรืออาจทำให้น่าเบื่อก็จะส่งผลให้มีประสิทธิภาพน้อยลง จึงควรเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นแทน
- 7) การเบี่ยงเบนความสนใจที่ต้องใช้สมาธิหากผู้ป่วยมีสมาธิสูงก็จะสามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดได้มากและช่วยลดปวดได้มาก
- 8) จัดทำคู่มือ และใช้การอธิบายประกอบสำหรับเทคนิคการผ่อนคลายที่ยากและซับซ้อน ตัวอย่างวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังดนตรี เรื่องตลกขำขัน การร้องเพลง การร้องเพลงและเคาะเป็นจังหวะตาม การดูโทรทัศน์ การคุยโทรศัพท์หรือคุยกับผู้มาเยี่ยมหรือผู้ป่วยข้างเตียง การพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ หรือทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ การเคลื่อนไหวตาม

จังหวะ การเพ่งจุดสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งร่วมกับการถนัดเป็นจังหวะ การหายใจช้าๆ เป็นจังหวะ การหายใจเป่าปากเป็นจังหวะ การอ่านหนังสือ เล่นเกมส์ และการดูรูปภาพและอธิบายภาพ เป็นต้น

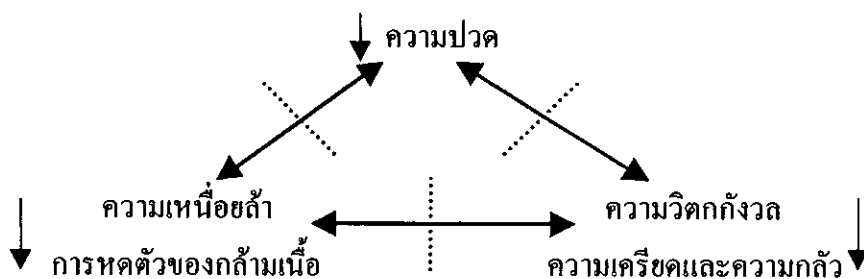
แนวทางการนำวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจไปใช้

- 1) ประเมินว่าทำไมผู้ป่วยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจลดความปวดได้สำเร็จหรือไม่ สำเร็จ อย่างไร ประเมินความสนใจและแนะนำเทคนิคต่างๆ
- 2) อธิบายผลที่จะได้รับและข้อจำกัดในการลดความปวดโดยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ
- 3) เพิ่มความซับซ้อนของการเบี่ยงเบนความสนใจให้มากขึ้นเมื่อความรุนแรงของความปวดเพิ่มมากขึ้น
- 4) ใช้การรับรู้ตึกหลายๆ อย่างพร้อมกันในการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟัง การมองเห็น การเคลื่อนไหว การดมกลิ่น การรับรส
- 5) หลีกเลี่ยงการกระตุ้นจากภายนอกหรือการกระตุ้นจิตใจที่เกี่ยวกับความปวด
- 6) ใช้จังหวะร่วมด้วย เช่น เบี่ยงเบนความสนใจไปที่จังหวะของคนตรี หรือจังหวะของการเคลื่อนไหว
- 7) มุ่งความสนใจไปที่การหายใจ
- 8) ไม่คาดหวังผลสำเร็จในการเบี่ยงเบนความสนใจที่สูงมากนัก

สิ่งสำคัญคือ พยาบาลจะต้องรู้จักวิธีที่จะช่วยสงวนพลังงานของผู้ป่วย หากผู้ป่วยต้องใช้เวลานานในการใช้เทคนิคนั้น และควรสรุปรายละเอียดต่างๆ เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้นหรือไม่ต้องใช้แรงมาก ซึ่งสามารถนำไปใช้กับเด็กหรือผู้ใหญ่ที่อ่อนแอได้ ได้รับยานอนหลับ หรือผู้ที่ไม่สามารถใช้ความคิดได้เต็มที่ พยาบาลต้องรู้จักเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยพิจารณาถึง วัย ความสนใจ ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความปวด ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงควรเลือกกิจกรรมที่มีการรับรู้ต่อความรู้สึกหลายๆ ด้าน มีทั้งการสัมผัส การฟัง การดู การคิด เป็นต้น และผู้ป่วยที่มีความปวดเป็นระยะเวลานานต้องมีกิจกรรมหลายๆ กิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยทำสลับกัน จะได้ไม่เกิดความเบื่อหน่ายแล้วกลับมาหมกมุ่นอยู่กับความปวดอีก พยาบาลควรกระตุ้นและแนะนำวิธีเบี่ยงเบนความสนใจที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเบี่ยงเบนความสนใจต่อการลดความปวด เช่น การศึกษาของ มิลเลอร์ ฮิคแมน และลีมาสเตอร์ (Miller, Hickman & Lemasters, 1992) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจในการควบคุมความปวดในผู้ป่วยขณะล้างแผลไหม้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอประกอบเพลงขณะล้างแผล พบว่าสามารถลดความปวดและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา (2541) เกี่ยวกับผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการส่องกล้องคาไลโดสโคป

ต่อระดับความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดในเด็กวัยเรียน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) การผ่อนคลาย เป็นภาวะที่ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ปราศจากความตึงเครียด (Day, 2000; Sloman, 1995) เป็นอิสระจากความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มีภาวะที่เป็นกลาง (neutral state) การผ่อนคลายมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ช่วยบรรเทาความปวดและภาวะกอดันทางอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็ง (McCaffery, 1979) เทคนิคการผ่อนคลายช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความปวดร่วมกับมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยลดความรุนแรงของความปวดหรือเพิ่มความทนทานต่อความปวด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายเป็นการลดการรบกวนทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในระดับสมอง ซึ่งทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมประตู่ในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู่ ทำให้ประตู่ปิดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดได้ เป็นผลให้ความปวดลดลง (Heffline, 1990 อ้างตาม จุไรพร, 2536; Houston & Jesurum, 1999) ดังการศึกษาของ รุ่งทิพย์ (2532) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการผ่อนคลายสามารถลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดได้และผู้ป่วยได้รับภาระเจ็บปวดลดลง และจุไรพร (2536) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อการลดความปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และความรู้สึกเจ็บปวดภายหลังจากการล้างแผลเสร็จสิ้นทันทีเพิ่มขึ้นน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ (2543) ผลของเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายต่อพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวด และผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่มีผู้ช่วยเหลือในระยะคลอด พบว่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดของกลุ่มที่ได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมกายร่วมกับผู้ช่วยเหลือ และกลุ่มผู้คลอดที่มีเพียงผู้ช่วยเหลือ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสามารถอธิบายได้ตามวงจรต่อเนื่องของ ความปวด คือ ความปวด ความวิตกกังวล และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ต่างมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การผ่อนคลาย เป็นการตัดวงจรต่อเนื่อง เป็นการยับยั้งซึ่งกันและกัน ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหรือลดความวิตกกังวล ให้ความปวดลดลงด้วย (สุพร, 2528; Sloman, 1995; Titler & Rakef, 2001) ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 แสดงการตัดวงจรความปวด-ความวิตกกังวล-ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

หมายเหตุ. จาก การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บปวด (หน้า 68), โดย สุพร พลยานันท์, 2528, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม็ค.

องค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย

- 1) ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ
- 2) ใช้กลไกการเบี่ยงเบนทางจิต (a mental device) เช่น การฟังเสียงซ้ำๆ คำ ประโยค หรือการสวดมนต์ รวมทั้งการมุ่งความสนใจอยู่ที่การหายใจ หรือการจินตนาการ
- 3) การมีทัศนคติที่ดี (passive attitude) ทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง
- 4) อยู่ในท่าที่สบาย

ดังนั้น การฝึกผ่อนคลายให้ได้ผลดี ต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคนและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายที่สุด ผู้ป่วยต้องทราบว่าจะใช้เทคนิคการผ่อนคลายอย่างไร และมีผลดีต่อตนเองอย่างไร (Day, 2000) ต้องเตรียมสภาพแวดล้อมและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ดีขึ้น โดยสอนให้ผู้ป่วยฝึกทำตั้งแต่ระยะก่อนปวดจนเกิดการผ่อนคลายได้จริงๆ จึงจะได้ผลดี การผ่อนคลายที่ได้ผล พยาบาลสามารถประเมินได้จากการสังเกตผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายและง่วงนอน มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจจะลดลงด้วย ในทางปฏิบัติอาจเลือกใช้วิธีการผ่อนคลายวิธีใดวิธีหนึ่งหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยขึ้นอยู่กับความสนใจ ความเชื่อ และสภาพความพร้อมของผู้ป่วย

เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่

- 1) การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ (rhythmic breathing exercise)
- 2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน (progressive muscular relaxation)
- 3) การผ่อนคลายโดยการรับข้อมูลจากประสาทรับความรู้สึก (relaxation by sensory pacing)
- 4) การผ่อนคลายโดยการเปลี่ยนสี (relaxation by color exchange)
- 5) การผ่อนคลายโดยใช้ดนตรี (relaxation with music)
- 6) การหายใจแบบ ลึก ช้า และสม่ำเสมอ (deep breathing technique)

3. การใช้ความร้อนหรือความเย็น เป็นวิธีที่ใช้กันมานานแล้ว กลไกในการบรรเทาความปวด ด้วยความร้อนและเย็นนั้นยังไม่แน่ชัด โดยจะมีผลทั้งช่วยลดความรู้สึกไวต่อความปวด ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ สำหรับความปวดหลายชนิดสามารถใช้ความร้อนสลับกับความเย็นได้ ความเย็นมักถูกใช้บ่อยกว่าความร้อน ซึ่งส่วนใหญ่ความเย็นมักจะบรรเทาความปวดได้ดีกว่าความร้อน โดยจะบรรเทาปวดได้มากกว่า เร็วกว่า และนานกว่า (Titler & Rakel, 2001)

หลักในการใช้ความร้อนหรือความเย็นสำหรับการบรรเทาปวด (Titler & Rakel, 2001)

- 1) อุณหภูมิความร้อนหรือเย็นที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับความชอบของผู้ป่วย และการสังเกตผิวหนังว่ามีการระคายเคืองหรือไม่
- 2) สำหรับผู้ป่วยที่มีความพร่องด้านการรู้คิด อุณหภูมิความร้อนควรอยู่ในช่วง 40-45°C และอุณหภูมิความเย็นควรประมาณ 15°C
- 3) การใช้ความชื้นจะช่วยให้การรับความรู้สึกร้อนหรือเย็นได้ดีกว่าไม่มีความชื้น
- 4) วิธีการที่ใช้ต้องไม่ทำให้เกิดการเผาไหม้ ระคายเคือง และต้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น
- 5) ต้องดูแลไม่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการรับความรู้สึกบกพร่องหรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
- 6) ช่วงเวลาและความถี่ในการใช้ความร้อนหรือความเย็นขึ้นอยู่กับความสะดวกสำหรับผู้ป่วยและสำหรับการปฏิบัติ โดยอาจใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
- 7) การใช้ความร้อนหรือความเย็นควรใช้ก่อนที่ความปวดจะเกิดขึ้นหรือเพิ่มมากขึ้น

การใช้ความร้อนความเย็นมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีการไหลเวียนโลหิตดี และการถ่ายเทของเสียดีขึ้น การเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น ลดความปวดลง มีความสัมพันธ์กับกลไกลดความปวดของทฤษฎีควบคุมประตู ความร้อนจะเป็นตัวกระตุ้นตัวรับอุณหภูมิบริเวณผิวหนังทำให้มีการนำสัญญาณประสาทผ่านเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นตัวขัดยั้งการนำสัญญาณประสาทความปวดที่นำโดยเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เป็นการปิดประตูความปวด ส่งผลให้มีสัญญาณประสาทความปวดผ่านเข้าสู่สมองบริเวณรับรู้ความปวดน้อยลง นอกจากนี้ บางส่วนของสัญญาณประสาทจะไปเชื่อมต่อสัญญาณประสาทบริเวณเรติคูลาร์ฟอเมชัน และผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัส ลึกลับบริเวณลิมบิกในสมองส่วนหน้ากระตุ้นให้มีการหลั่งเอ็นดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งมีฤทธิ์ในการลดปวด เพิ่มความทนทานต่อความปวด (pain threshold) ทำให้ลดความปวดได้ (กระแสด, 2539; พะยอม, 2543; สุพร, 2528; Curtis, Kolytolo, & Brome, 1998; Hallett, 1992; Lehmann, 1974; Titler & Rakel, 2001) การที่กล้ามเนื้อหดเกร็งจะทำให้เกิดความปวดได้จากการที่กล้ามเนื้อบริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นใย

ประสาททำให้รู้สึกปวด (Wright & Shuka, 2001) การลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะช่วยลดความปวด โดยลดภาวะการขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและป้องกันการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด โดยความร้อนจะขยายหลอดเลือด ทำให้เลือดมาเลี้ยงมากขึ้นมีผลต่อการส่งสัญญาณประสาทความปวด และเพิ่มความสามารถในการยืดขยายของเส้นใยโปรตีน (collagen) ผลจากการเพิ่มของเลือดที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อมากขึ้นจะช่วยลดการกระตุ้นประสาทรับรู้ความปวดจากการลดภาวะเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงจากสาเหตุของกล้ามเนื้อหดเกร็งหรือตึงตัว และช่วยเพิ่มการขับถ่ายของเสียจากการเผาผลาญ หรือสารที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายหรือบอบช้ำ (inflammatory mediators) โดยจะมีการปล่อยสาร แบรดีไคนิน ฮีสตามีน ซีโรโทนิน พรอสตาแกลนดิน และโปรติโอไลติกเอนไซม์ รวมทั้งมีโปแตสเซียมออกมามากเกิน มากกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด ทำให้เกิดความปวดขึ้น และความปวดที่เกิดขึ้นนี้ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณที่ถูกทำลายและบริเวณที่อยู่ใกล้เคียงเกิดการหดตัว จึงทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นลดลง เกิดการขาดออกซิเจน เมื่อกล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนลดลงแต่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิดกรดแลคติกขึ้น เมื่อกรดนี้รวมกับแบรดีไคนินและโปรติโอไลติกเอนไซม์ จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดอีก ทำให้เกิดกระแสประสาทนำส่งเข้าส่งต่อขึ้นไปยังสมอง เกิดการรับรู้ความปวด ดังนั้นการประคบร้อนจึงลดความปวดได้โดยการกำจัดของเสียเหล่านั้นได้ดีขึ้นหรือการช่วยไม่ให้เกิดสารดังกล่าวขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการบวมและลดแรงกด (pressure) ที่มีต่อปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกเฉพาะที่ (local nociceptive ending) ดังการศึกษาของแม็คครีย์ และเพทตัน (McCray & Patton, 1984) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างแผ่นประคบร้อนกับคลื่นความถี่สั้นต่อการลดลงของอาการปวดบริเวณ ทรวงอก บั้นเอวและกล้ามเนื้อสะโพก โดยให้ความร้อนในระดับที่ผู้ป่วยทนได้ เป็นระยะเวลาประมาณ 20 นาที พบว่า ทั้ง 2 วิธีสามารถลดอาการปวดได้ แต่คลื่นความถี่สั้นมีประสิทธิภาพในการลดปวดได้มากกว่าแผ่นประคบร้อน สอดคล้องกับการศึกษาของพะยอม (2543) ศึกษาผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืดและความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแบ่งกลุ่มทดลองประคบร้อนด้วยสมุนไพร และกลุ่มควบคุมได้รับการประคบร้อนด้วยกระเป๋าน้ำร้อน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างของคะแนนอาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมก่อนได้รับการประคบข้อเข่า พบว่า ภายหลังได้รับการประคบร้อนด้วยสมุนไพรและประคบร้อน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนอาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมน้อยกว่าก่อนได้รับการประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบร้อนด้วยสมุนไพร มีคะแนนอาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบร้อนเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นอาการข้อฝืดโดยหลังจากหยุดประคบ 7 วัน

วิธีการในการใช้ความร้อน เช่น โดยการแช่น้ำร้อน การใช้ถุงร้อน (hot packs) การใช้แผ่นความร้อนไฟฟ้า การใช้รังสีอินฟราเรด (infrared rays) รังสีความร้อนจากดวงอาทิตย์หรือไฟ การบำบัดด้วยคลื่นความถี่ (shortwave diathermy) และการใช้เจล (gel) หรือสารเคมีต่างๆ

ข้อห้ามในการใช้ความร้อน ไม่ควรใช้กับผู้ที่มีการร้องการรับรู้ความรู้สึก ผู้ที่มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหลังได้รับบาดเจ็บ และไม่ควรใช้กับบริเวณที่มีการรุกรานหรือแพร่กระจายของมะเร็ง เพราะเนื้องอกจะมีการเจริญเติบโตได้ดีขึ้นในอุณหภูมิที่เหมาะสมหรือจะเจริญช้าลงในอุณหภูมิที่สูงมากๆ เท่านั้น รวมทั้งการเพิ่มการไหลเวียนเลือดอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายของมะเร็งเพิ่มขึ้นได้ ไม่ใช้ความร้อนกับบริเวณที่มีการฉายแสง และควรใช้ผ้ารองระหว่างสิ่งให้ความร้อนกับผู้ป่วยด้วย (Ashby & Dalton, 2000)

การใช้ความเย็น ความเย็นทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวเฉพาะที่ ซึ่งช่วยลดจำนวนเลือดและลดการคั่งของสารน้ำในเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ทำให้ลดการบวมและอักเสบลง (Hallett, 1992; Wright & Sluka, 2001) ช่วยลดการทำงานของเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาท ทำให้การนำและถ่ายทอดสัญญาณประสาทของใยประสาทขนาดเล็กช้าลง นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยเพิ่มความทนทานต่อความปวด ช่วยลดความไวของการรับรู้ความรู้สึกและการนำกระแสประสาทของใยประสาทส่วนปลายลง (สุพร, 2528; Lehmann, 1974; Wright & Sluka, 2001) ความเย็นจะช่วยลดระดับความปวดลงได้อย่างรวดเร็ว โดยจะมีผลต่อระบบไหลเวียนจากการลดบวม และมีผลต่อระบบประสาท โดยความเย็นจะลดการส่งสัญญาณประสาทในระดับไขสันหลังโดยการปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาทรับรู้ความรู้สึก การกระตุ้นให้เกิดความปวด รวมทั้งทำให้เกิดการหลั่งสารคล้ายมอร์ฟินจากสมอง ซึ่งมีฤทธิ์ในการลดปวด ทำให้ความปวดลดลงได้ ดังการศึกษาของนิตยา วัชรีย์ และนิตยา (2542) ศึกษาผลของการประคบเยลลี่แช่เย็นต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการฉีดยาคล็อกซาซิลลินในผู้ป่วยเด็ก พบว่าผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการฉีดยาคล็อกซาซิลลินและได้รับการประคบเยลลี่แช่เย็นรายงานระดับความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่ไม่ได้รับการประคบเยลลี่แช่เย็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

วิธีการในการใช้ความเย็น อาจโดยการใช้ความเย็นแห้งหรือเปียกก็ได้ ความเย็นแห้งโดยการใช้ถุงน้ำแข็ง (ice bag) ความเย็นเปียกโดยการใช้ผ้าขนหนูแช่น้ำเย็นจัด หรือใช้แผ่นความเย็นสำเร็จรูป (cold hydrocollator packs) การแช่น้ำเย็น การอาบน้ำเย็น การถูวนวดด้วยน้ำแข็ง และ การใช้ถุงเยลลี่แช่เย็น เป็นต้น

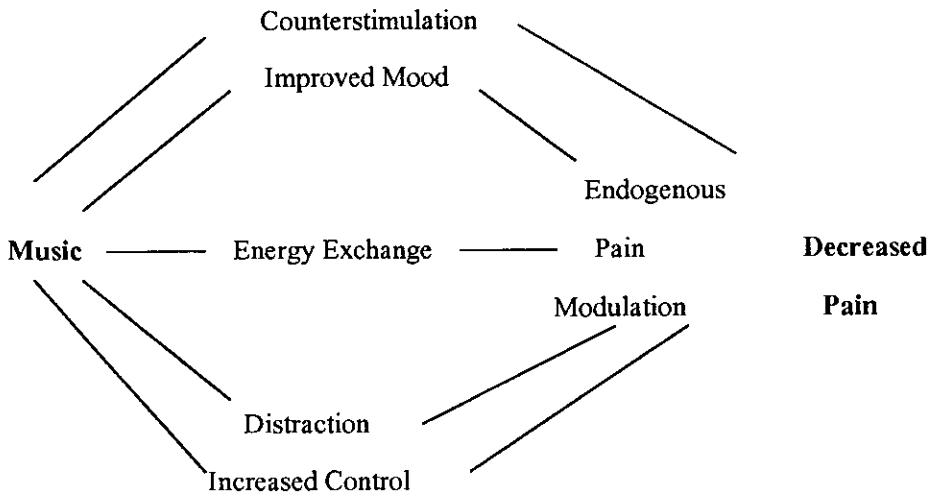
ข้อห้ามในการใช้ความเย็น ไม่ควรใช้ในผู้ที่แพ้ความเย็น และผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดหดตัวเมื่อถูกความเย็น (Raynaud's phenomenon) และควรระวังการเกิดภาวะเนื้อเยื่อตายหลังการประคบหรือแช่ด้วยความเย็น ไม่ใช้ความเย็นกับบริเวณที่ฉายแสง ไม่ควรใช้กับผู้ที่ เป็นโรคเกี่ยวกับ

หลอดเลือดต่างๆ ในผู้ป่วยทุกๆ ไป ไม่ควรใช้นานกว่า 15 นาที (Ashby & Dalton, 2000) ควรใช้ผ้ารองระหว่างสิ่งที่ทำให้ความเย็นกับผู้ป่วยด้วย

ความแตกต่างและความคล้ายคลึงกันของการใช้ความร้อนและความเย็น

- 1) ความร้อนช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้มากขึ้น ความเย็นลดการไหลเวียนเลือด
- 2) ความร้อนทำให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบ (inflammatory response) ความเย็นลดการตอบสนองต่อการอักเสบ
- 3) ความร้อนทำให้เพิ่มสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการบวม ความเย็นจะลดสารดังกล่าว
- 4) ความร้อนจะเพิ่มภาวะเลือดออกโดยเฉพาะหลังการบาดเจ็บ ความเย็นจะลดภาวะเลือดออกจากการลดปริมาณการไหลเวียนเลือด
- 5) ทั้งความร้อนและความเย็นช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและลดความปวด

4. ดนตรีบำบัด (music therapy) ดนตรีช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย สามารถเบี่ยงเบนความสนใจได้ ดนตรีมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การใช้ดนตรีบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดความเครียด ความปวด ความวิตกกังวล และความรู้สึกแยกตัว (isolation) ช่วยส่งเสริมการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจให้ดีขึ้น (Cook, 1986; Henry, 1995; Lane, 1992) ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ปฏิบัติทางอารมณ์ ได้แก่ ความกลัว วิตกกังวล ความขุ่นเคืองใจ โกรธ รู้สึกผิด เสียใจ อ่อนล้า และซึมเศร้า ความรู้สึกเหล่านี้เป็นอารมณ์ในทางลบ อันจะมีผลเกี่ยวเนื่องกับความปวดด้วย ซึ่งดนตรีสามารถช่วยลบล้างอารมณ์ในทางลบได้ และยังช่วยต่อต้านความรู้สึกถูกแยกโดดเดี่ยว ท้อแท้หมดกำลังใจ ช่วยสร้างความหวัง และดนตรีสามารถตัดวงจรความปวด (vicious circle) ได้ โดยมีผลในการช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น (Beck, 1991; Henry, 1995) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 6 ซึ่งบุญแดง (2540) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟังมีระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลง และลดลงต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดดนตรีให้ฟัง นอกจากนี้ดนตรียังช่วยให้พักผ่อนได้มากขึ้น อีกทั้งยังมีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และการย่อยอาหาร



ภาพที่ 6 แสดงกลไกผลของดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

Note. From "The therapeutic use of music for cancer-related pain", by S. L. Beck, 1991, *Oncology Nursing Forum*, 18 (8), p. 1328.

ผลของดนตรีขึ้นอยู่กับทั้งชนิดของดนตรีและลักษณะเฉพาะของผู้ฟังแต่ละคนด้วย ดนตรีต่างชนิดกันจะมีผลในลักษณะต่างๆ กัน ระดับเสียงของดนตรีจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ดนตรีที่มีเสียงสูงจะก่อให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด เสียงต่ำหรือมีจังหวะช้าๆ จะก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ดนตรีจังหวะเร็วๆ จะช่วยปลุกใจหรือทำให้ตื่นตัว (Cook, 1986) จังหวะของดนตรีมีผลต่อความตึงเครียดภายในจิตใจ ความรู้สึกเฉื่อยชาและความรู้สึกขัดแย้งภายในใจ ดนตรีจังหวะสนุกสนานจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งความดังของเสียงก็จะมีผลต่อผู้ฟังด้วย ดนตรีช่วยลดความปวดโดยสามารถอธิบายได้คือ เมื่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินถูกกระตุ้นด้วยเสียงดนตรี เกิดสัญญาณประสาทส่งไปยังระบบควบคุมส่วนกลาง คือ ทาลามัส (thalamus) คอร์เทกซ์ (cortex) และลิมบิก (limbic) ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้และความจำทำให้เกิดความสนใจ มีสมาธิและความเพลิดเพลิน และส่งสัญญาณประสาทลงมาที่ระบบความลำเอียงส่วนกลาง คือเรติคูลาร์ฟอร์เมชัน (reticular formation) เพื่อปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาทนำเข้าให้รับรู้สัญญาณประสาทจากดนตรีมากกว่าสัญญาณประสาทจากความปวด มีผลให้การส่งสัญญาณประสาทความปวดสู่ระบบควบคุมส่วนกลางลดลง และสัญญาณประสาทจากระบบควบคุมส่วนกลางยังมีผลไปควบคุมการส่งสัญญาณประสาทที่กลไกการควบคุมประตูที่ไขสันหลังบริเวณเอสจีเซลล์ให้ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดต่อไปยังซีเซลล์ ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทที่จะส่งข่าวหรือรับรู้ความปวดไปถึงสมอง ที่เรียกว่าประตูปิด (เอมอร์, 2543; Cook, 1986; Henry, 1995 Lane, 1992) และยังมีผลต่อ

สมองซีกขวา โดยส่งผลต่ออัมพฤกษ์ให้หลังเอ็นคอร์พินช่วยบรรเทาความปวดได้ (Cook, 1986) และยังมีการศึกษาถึงผลของดนตรีต่อการลดความปวดอีกมากมาย เช่น จิมเมอร์แมน โปเซชล ดันเคน และสคิมิทซ์ (Zimmerman, Pozehl, Duncan & Schmitz, 1989) ศึกษาผลของดนตรีในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างฟังดนตรีเป็นเวลา 30 นาที พบว่าช่วยลดความปวดในผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับเบค (Beck, 1991) ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยให้กลุ่มทดลองเลือกฟังดนตรีที่ชอบนาน 45 นาที พบว่าดนตรีมีผลในการลดความปวดของผู้ป่วยมะเร็งได้ และเฮทซ์ (Heitz, 1992 as cited in Henry, 1995) ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในห้องพักฟื้น พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ฟังดนตรีต้องการยาแก้ปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี และมีช่วงระยะเวลาก่อนที่จะขอยาแก้ปวดยาวกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บรอดี (Brody, 1984 as cited in Cook, 1986) ศึกษาผลของดนตรีต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดของโรคทางระบบประสาทและอาการปวดศีรษะ โดยให้กลุ่มทดลองฟังดนตรี (symphonic music) 20 นาที พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการยาแก้ปวดและยาระงับประสาท (sedatives) น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคนไทยคือ ครรรชนี (2539) ศึกษาผลของดนตรีต่อการเผชิญความปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดวงใจ (2541) ศึกษาผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ้ว พบว่าผู้ป่วยที่ฟังดนตรีที่ชอบมีคะแนนการรับรู้ความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรี และเอมอร์ (2543) ศึกษาผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีที่ชอบหลังผ่าตัดมีความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

5. การนวด (massage) การนวดเป็นการกระทำโดยการใช้มือกดและเคลื่อนไหวไปบนผิวหนังอย่างเป็นจังหวะของการสัมผัสต่อเนื่องของร่างกาย โดยใช้มือทั้งสองข้างลูบเบาๆ ร่วมกับการใช้ฝ่ามือคลึง บีบยก ม้วน ถีบหรือตั้นตามกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย บริเวณที่ใช้ขนาดบ่อยๆ คือ หลัง ไหล่ มือและเท้า เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้เอง ได้มีการใช้การนวดสำหรับการรักษา การเจ็บป่วยต่างๆ มากมาย มากกว่า 3,000 ปีมาแล้ว (Messi, 1989 and Tappan, 1980 as cited in Ferrell-Torry & Glick, 1993) โดยมีพื้นฐานมาจากการรักษาแบบพื้นบ้านของชาวจีน (Mackey, 2001)

การนวดช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อและจิตใจ เมื่อร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายก็จะส่งผลให้การหายใจลึกขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตต่ำลง ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) ทำงานสมดุลมากขึ้น การนวดช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวข้อดีขึ้น หากเดินเลือดคั่งมาเลี้ยงเซลล์

ต่างๆ ได้ไม่ดี ทำให้เกิดการคันคางโดยไม่ใช้ออกซิเจนเกิดเป็นกรดแลคติก ซึ่งจะไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด จึงทำให้เกิดความรู้สึกปวดเพิ่มขึ้น การนวดจะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว หลอดเลือดไม่ตีบตัน จึงช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อมากขึ้น ช่วยลดการสะสมของเหลวและของเสียจากการเผาผลาญ ร่วมกับการที่เซลล์ต่างๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ จึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด ทำให้อาการปวดลดลง (วันเพ็ญ, 2544; สุพร, 2528; อุไร, 2539; Ernst, 1999; Mackey, 2001; Tider & Rake, 2001) ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความปวด อีกทั้งเป็นการสื่อถึงการร่วมรับรู้ความรู้สึก (empathy) ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัย จากผู้นวดไปสู่ผู้ถูกนวด (Ernst, 1999; Ferrell-Torrey & Glick, 1993; Tider & Rake, 2001) ช่วยให้เห็นสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น จึงเป็นกิจกรรมที่ควรแนะนำให้ครอบครัวผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วย

การนวดสามารถอธิบายการลดความปวดในแง่ของทฤษฎีควบคุมประตู โดยมีการปรับสัญญาณที่ไขสันหลังก่อนส่งไปยังสมอง โดยการนวดจะกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่มากกว่าใยประสาทขนาดเล็ก ทำให้พลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าจึงไปกระตุ้นเซลล์ในเอสจีเซลล์ (substantia gelatinosa: SG cell) เมื่อเอสจีเซลล์ได้รับการกระตุ้นจะไปยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ (Transmission cell: T cell) ระบบควบคุมประตูจะปิด ไม่มีสัญญาณนำขึ้นไปยังสมอง จึงไม่เกิดการรับรู้ความปวดในส่วนจากระบบควบคุมประสาทส่วนกลาง โดยเมื่อใยประสาทขนาดใหญ่ถูกกระตุ้นจากการนวด จะส่งสัญญาณขึ้นไปสู่ระบบประสาทส่วนกลางแล้วกลับมาอิทธิพลต่อการปิดประตูบริเวณไขสันหลัง ซึ่งระบบควบคุมประสาทส่วนกลางนี้ช่วยเพิ่มความทนทานต่อความปวด ทำให้ความปวดลดลงโดยการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ได้แก่ เอนเคฟาลิน (enkephalin) และเอนดอร์ฟิน (endorphin) นอกจากนี้การนวดจะช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ทำให้ไม่มีสิ่งกระตุ้นอารมณ์จึงมีผลต่อการปิดประตูความปวดบริเวณไขสันหลัง การรับรู้ความปวดและความทุกข์ทรมานทั้งจากอาการปวดและจิตใจลดลงด้วย ดังการศึกษาของ เวินริชและเวินริช (Weinrich & Weinrich, 1990) ศึกษาผลของการนวดต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า การนวดสามารถลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเพศชายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ฟิลด์และคณะ (Field et al., 2000) ศึกษาผลของการนวดต่อการลดอาการคัน ความปวดและอาการทางด้านจิตใจในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่า การนวดสามารถลด อาการคัน ความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร (2539) ศึกษาผลการนวดต่อความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวด และวันเพ็ญ (2544) ศึกษาผลของการนวดไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังการนวดแผนไทยน้อยกว่าก่อนการนวดแผนไทยที่ทุกเวลา (วันที่ 1 และ 2) ผู้ป่วยมี

คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังการนวดเทียบน้อยกว่าก่อนการนวดเทียบ ที่เวลา 0, 15, 30, 45 และ 60 นาที (วันที่ 1 และ 2) ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกปวด (วันที่ 1 และ 2) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน (วันที่ 2) หลังการพยาบาลตามปกติ ที่เวลา 0 และ 15 นาที น้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนในวันที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังการพยาบาลตามปกติที่เวลา 0, 15, 30, 45 และ 60 นาทีน้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมาน (วันที่ 1 และ 2) หลังการนวดแผนไทยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดเทียบและการพยาบาลตามปกติที่ทุกเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งช่วยลดความต้องการการใช้ยาแก้ปวดและยานอนหลับด้วย (วันเพ็ญ, 2544; อุไร, 2539; Ferrell-Torrey & Glick, 1993) นอกจากนี้การนวดยังช่วยลดฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและความเครียดได้ด้วย ซึ่งกลไกในการลดความเครียดนั้นอธิบายได้จากการเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 10 (cranial nerve) โดยจะเป็นการเพิ่มการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ช่วยส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายมากขึ้น (Field et al., 2000)

ข้อควรทราบสำหรับการนวด

- 1) ตัวพยาบาลเองต้องมีความตั้งใจ มีสติ มั่นใจในความรู้ที่มีอยู่ ทำตัวเองให้ผ่อนคลาย และเตรียมตนเองให้พร้อมสำหรับการนวด
- 2) พยาบาลควรทราบเกี่ยวกับสภาพด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย จากการตั้งคำถาม การซักถาม และการทราบด้วยตัวเอง (ทราบโดยสัญชาตญาณ)
- 3) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น อุณหภูมิ เสียง กลิ่น โต๊ะหรือเตียงที่สบาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายยิ่งขึ้น
- 4) สิ่งที่ควรระมัดระวัง คือ พยาบาลจะต้องตรวจดูเกี่ยวกับความปวดที่รุนแรง หลอดเลือดใช้ คำอึกเสบ การเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ ผิวหนังพุพอง แผลไหม้ การติดเชื้อ หลอดเลือดดำโป่งพองขนาดใหญ่ ตำแหน่งกระดูกหัก หรือหลังผ่าตัดใหม่ๆ ห้ามนวดในกรณีต่อไปนี้ บริเวณที่มีบาดแผล บริเวณที่เป็นมะเร็งหรือมีการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูก (Hallett, 1992) บริเวณที่มีเนื้อตายจากเส้นเลือดอุดตันหรือเลือดไปเลี้ยงไม่พอเพราะการนวดจะทำให้ก้อน เลือดในหลอดเลือดเคลื่อนไปอุดตันตามอวัยวะต่างๆ ได้ หลอดเลือดดำ อึกเสบ โรคผิวหนัง มีไข้ กระดูกหักข้อเคลื่อน ภาวะเลือดออกนำร้อนลวก ไฟไหม้พุพอง เป็นต้น (อุไร, 2539)

6. การทำสมาธิ (meditation) สมาธิ แปลว่า ความตั้งมั่นของจิตหรือภาวะที่จิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนด หรือภาวะจิตที่มีอารมณ์เป็นหนึ่ง คือการที่จิตกำหนดแน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่านหรือต่ำไป (พระธรรมปิฎก, 2544) เป็นการกระทำของบุคคลในการแสวงหาทางที่ทำให้จิตใจว่าง

หรือเพื่อให้อยู่ในภาวะที่สุขสบายใจ มีความปีติยินดี (Pettinati, 2001) จิตที่ไม่หวั่นไหว ไม่เศร้าหมอง และไม่เป็นบ่อเกิดแห่งความเครียด เมื่อจิตสงบดีก็จะทำให้กายสงบด้วย เมื่อกายจิตเป็นปกติมีความสมดุล โรคภัยก็คุกคามได้ยาก นอกจากนี้พระอาจารย์ธีรรัตน์ยังได้มีการประยุกต์โดยนำสมาธิไปใช้ ในการรักษากาย โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อการขับของเสียออกจากร่างกาย 2) เป็นการถอนอนุสัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสมาธิเพื่อการรักษาโรคนี้อาจจะสามารถรักษาโรคได้ 2 ทาง คือ โรคทางกาย เช่น มะเร็ง เอชดี เบาหวาน ความดันโลหิต เป็นต้น และโรคทางอารมณ์ (ใจ) เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เป็นต้น (พระอาจารย์ธีรรัตน์, 2543) การทำสมาธิทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกาย คล้ายกับการพักผ่อน และในระหว่างที่ทำการพักผ่อน ร่างกายคลายความเครียด ทำให้ความวิตกกังวล ลดลง ลดการเร้าทางอารมณ์ การฝึกสมาธิมีผลโดยตรงต่อไฮโปทาลามัส โดยทำให้ส่วนหลังของ ไฮโปทาลามัสที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทซิมพาเทติกปล่อยกระแสไฟฟ้าน้อยลง (downward discharge) ดังนั้นการกระตุ้นที่มีต่ออะดรีนัลเมดัลลา (adrenal medulla) ก็น้อยลง เป็นเหตุให้อิพิเนฟรินหลั่งน้อยลง การตื่นคาบภายในเซลล์ก็ต่ำลง ทำให้ความเข้มข้นของแลคเตทในกระแสเลือด ลดลง เป็นเหตุให้ความวิตกกังวลลดลงด้วย (Wallace, 1977 อ้างตาม นที, 2530) ซึ่งเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์เพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด อันจะส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดลดลง ดังการศึกษาของเก็งทอง (2541) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปมัณฑูยา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการการศึกษาของประพิศ (2540) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการฝึกสมาธิ มีระดับความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิ และจากการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1978 อ้างตาม นที, 2530) พบว่า ในระหว่างทำสมาธิระดับของแลคเตทในกระแสเลือด ซึ่งเกี่ยวข้องกับความปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า วิตกกังวล มีค่าลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งสนับสนุนว่าสมาธิจะช่วยบรรเทาความปวดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้นร่างกายจะมีการหลั่งเอ็นดอร์ฟินออกมามากขึ้น เป็นผลให้ความปวดลดลงจากเอ็นดอร์ฟิน ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความปวดซึ่งส่งมาจากไขสันหลัง นอกจากนี้ประโยชน์ของสมาธิในแง่ของสุขภาพ คือ ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย หายเครียด เกิดความสงบ หายกระวนกระวาย หยุดยั้งความ กัดกรุ้ม วิตกกังวล เป็นเครื่องพักผ่อนร่างกาย ทำให้จิตใจสบายมีความสุข ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และใช้แก้โรคได้ จากการที่ร่างกายและจิตใจอาศัยซึ่งกันและกันและมีอิทธิพลต่อกัน เมื่อกายไม่สบาย จิตก็พลอยอ่อนแอเศร้าหมองขุ่นมัวด้วย เมื่อเสียใจไม่มีกำลังใจก็ยิ่งทำให้โรคทางกายนั้นทรุดหนักลง ไปอีก หรือแม้ร่างกายที่เป็นปกติเมื่อมีเรื่องราวทำให้เศร้าโศกเสียใจรุนแรงก็ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ แต่หากมีจิตใจที่สบายเข้มแข็งก็จะส่งผลในการบรรเทาหรืออ่อนเบาโรคทางกายได้ด้วย อาจทำให้หายจากโรคได้ง่ายและเร็วขึ้น หรือแม้การใช้กำลังสมาธิในการระงับปวดระงับทุกขเวทนาทางกายไว้

ก็ได้ เนื่องจากการฝึกสมาธิใช้พลังจิตรักษาโรคหลายๆ วิธีช่วยให้ร่างกายที่บกพร่องสามารถทำงานได้
 อย่างปกติ ช่วยให้ความปวดทรมานลดลง เสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทั้งยังเป็นการขับเอา
 แสงอาทิตย์ที่เสียดในร่างกาย หรือของเสียด สารพิษ สารตกค้างต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และเป็น
 สาเหตุหนึ่งของมะเร็งออกไป ทำให้อาการเจ็บป่วยของร่างกายทุเลาเบาบางลงหรือหายไป และทำให้
 สุขภาพแข็งแรงขึ้น (พระอาจารย์รัตน์, 2543)

7. การจินตภาพ (imagery) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของบุคคลไปจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิด
 ความเครียด โดยการจินตนาการหรือมโนภาพไปยังเหตุการณ์ หรือสถานที่ที่สร้างความพึงพอใจ ให้
 ความสุขสบายและมีความสุข โดยสถานที่นั้นเป็นสถานที่เกิดขึ้นในความเป็นจริง อาจเป็นภาพ
 สถานที่หรือเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นคิดขึ้นมาแล้วมีความสุข มีความสบายใจ โดยใช้ประสาทสัมผัส
 ทั้งห้าในขบวนการสร้างจินตภาพ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่นและการรับรส
 (แสงกล้า, 2541; Stephen, 1993) โดยอาศัยกลไกการสื่อสารระหว่าง การรับรู้ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลง
 แปลงของร่างกาย การจินตนาการจะเป็นสะพานเชื่อมระหว่างร่างกายและจิตใจเพื่อให้เกิดจินตนาการ
 ของตนเอง การจินตภาพส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย ความ
 เครียดต่างๆ และยังช่วยลดอาการต่างๆ จากโรคเรื้อรังได้ด้วย (Bazzo & Moeller, 1999) การสร้าง
 จินตภาพเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความปวด (McCaffery, 1979)
 สามารถลดความรุนแรงของความปวดหรือเพิ่มความทนทานต่อความปวดได้ ซึ่งแสงกล้า (2541)
 ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึ
 เจ็บปวดหลังฟังเพลงการสร้างจินตภาพต่ำกว่าก่อนฟังเพลง และอุดมลักษณ์ (2541) ศึกษาผลของการฝึก
 ผ่อนคลายด้วยตนเองกับการจินตนาการภาพ เพื่อลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อและพังผืดที่
 สัมพันธ์กับความเครียด พบว่าสามารถลดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้ เป็นผลให้ความเจ็บปวด
 ลดลงด้วย การใช้การจินตภาพช่วยในการควบคุมความปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง การจินตภาพ
 ก่อให้เกิดความสุขสบาย เกิดความผ่อนคลาย การมีจุดสนใจอยู่ที่จินตนาการที่สร้างขึ้น ช่วยบรรเทา
 อาการต่างๆ ช่วยให้เกิดความสุขสบายที่ยาวนาน และยังช่วยลดความวิตกกังวลได้ด้วย (Kwekkeboom,
 2000) การจินตภาพช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความปวดไปยังภาพที่สร้างโดย
 ความคิดขึ้นมาแทน โดยการจินตภาพจะกระตุ้นสมองซีกขวา ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความมีสุนทรียภาพ
 โดยมีการกระตุ้นให้มีการใช้ความคิดให้เห็นภาพ (image thought) (Horowitz, 1978 as cited in Stephen,
 1993) ซึ่งเป็นภาพบรรยากาศหรือสถานที่ที่สร้างความพึงพอใจ ให้ความสุขสบายและเป็นสุข ซึ่งจะ
 มีผลในการกระตุ้นการทำงานของระบบลิมบิกในส่วนที่รับรู้อารมณ์ทางด้านบวก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึง
 ความผ่อนคลาย สงบและสบายใจที่เกิดขึ้น ทำให้มีการตอบสนองทางพฤติกรรมในลักษณะผ่อนคลาย
 และลดความปวดลง นอกจากนี้ระบบลิมบิกยังทำหน้าที่เป็นตัวควบคุมความปวดอีกทางหนึ่ง โดยการ

ส่งกระแสประสาทไปยังกลไกควบคุมความปวดในระดับไขสันหลัง มีผลในการยับยั้งการส่งกระแสประสาทความปวดไปยังสมองซีกซ้าย การรับรู้ความปวดลดลง ทำให้ความรู้สึกปวดลดลง (แสงหล้า, 2541)

8. การสัมผัส (Touch) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจกล่าวได้ใน 2 ลักษณะ คือ

8.1 การสัมผัส (touch) คือ การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด เป็นการรับรู้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทางผิวหนัง เป็นการใช้มือและต้องตัวกันเพื่อถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความสุขสบาย หรืออาจเป็นการติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูดร่วมด้วย เป็นการรับรู้ทางประสาทหูเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่ง เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม (สุดารัตน์, 2535) การสัมผัสทำให้ผู้ที่ได้รับมีความสุขสบาย ผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เกิดความอบอุ่นใจ ปกอดกั๊กและมั่นใจ ลดความวิตกกังวลและความปวด (บุญวดี, 2539; Doehring, 1989 อ้างตาม สุดารัตน์, 2535; Goodykootz, 1979) ดังการศึกษาของ สุดารัตน์ (2535) ได้ศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในเด็กวัยเรียน พบว่าระดับความเจ็บปวดภายหลังการสัมผัสต่ำกว่าก่อนการสัมผัส และเพนนี่ (Penny, 1979 อ้างตาม สุดารัตน์, 2535) พบว่าการสัมผัสก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ดี ช่วยลดความเครียด ให้ความมั่นใจ ความเอาใจใส่ ทำให้เกิดความสุขสบาย ช่วยลดความปวดได้

การสัมผัสเป็นการใช้มือลูบเนื้อตัว โอบไหล่ การจับมือจับแขน หรือลูบเบาๆ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาเตรียมน้อย และไม่ต้องใช้เครื่องมือใดๆ การสัมผัสยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การสัมผัสเป็นการกระตุ้นผิวหนัง ทำให้เกิดสัญญาณประสาทผ่านทางไขประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งอธิบายตามทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน ได้ว่าไขประสาทขนาดใหญ่จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเอนเคฟินอลีนให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน (enkephalin) ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งสารพี ทำให้ส่งสัญญาณประสาทไม่ได้ จึงไม่เกิดการรับรู้ความปวด หรือถ้าอธิบายตามทฤษฎีควบคุมประตู การสัมผัสเป็นการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่โดยตรง ทำให้บริเวณเอนเคฟินอลีนทำงานมากขึ้น ยับยั้งการทำงานของทีเชลล์ ทำให้ประตูปิด ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง นอกจากนี้ยังช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ มีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเซลล์ต่างๆ ได้ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนอาหารและออกซิเจนดีขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอาหารมากขึ้น ลดการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวด ผ่อนคลายความตึงเครียดและความรู้สึกแยกตัว ช่วยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสัมผัสมีความหมายและมีประสิทธิภาพต่อจิตใจมากกว่าคำพูด การสัมผัสที่มีคุณภาพต้องมีความนุ่มนวล มีความแรงพอเหมาะ ใช้ระยะเวลาสั้นๆ และบ่อยๆ มีท่าทีสุภาพ สงบ พยาบาลจะต้องสัมผัสผู้ป่วยด้วย

ความเต็มใจไม่เสแสร้ง สัมผัสด้วยความอบอุ่นเป็นมิตร สอดคล้องกับคำพูดสีหน้าท่าทาง และ สอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยด้วย จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการสัมผัสนั้นได้

8.2 สัมผัสบำบัด (therapeutic touch) เป็นกระบวนการที่ทำโดยนักบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่กระทำไปตามช่องทางเดินของพลังจากสิ่งแวดล้อมหรือพลังจักรวาล ด้วยการที่นักบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญมุ่งหรือเพ่งจิตออกไปเพื่อหวังผลให้เกิดการบรรเทาความปวด (Wright, 1987) มีรายงานการใช้ สัมผัสบำบัดเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ มากมาย เช่น ลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้า บรรเทาความปวด ส่งเสริมการผ่อนคลาย ลดบวม รวมทั้งส่งเสริมการหายของแผลและกระดูกหัก (Engle & Grancy, 2000; O' Mathuna, 2000) พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจมนุษย์เป็นพื้นฐาน ขณะสัมผัสจะต้องมีอารมณ์ ที่เป็นสุข พยาบาลที่มีความเครียดและขาดสติมักจะ ใช้การสัมผัสเพื่อการบำบัดในการพยาบาลไม่ได้ ผลโดยอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับพลังในทางบวกได้และอาจตอบสนองต่อการสัมผัสนั้นในด้านลบ (บุญวดี, 2539) สนามพลังจะมีคุณลักษณะของความแข็งแกร่ง ความแตกต่าง และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และเป็นผลมาจากความปวด และการเจ็บป่วยหากเราเข้าใจว่ามนุษย์ เปรียบเสมือนสนามพลัง ซึ่งเป็นการติดต่อกันของกระบวนการทางจิต อารมณ์และร่างกาย เป็นกิจกรรมการบำบัดที่พยาบาลใช้พลังงานเพื่อการช่วยเหลือ (O' Mathuna, 2000) ซึ่งไครอีเจอร์ (Krieger, 1979 as cited in Wright, 1987) เชื่อว่าความสามารถในการปฏิบัติสัมผัสบำบัดนั้นมีอยู่ตามธรรมชาติในทุกๆ คน ซึ่งขั้นตอนพื้นฐานในการปฏิบัติ มีอยู่ 3 ขั้นตอน (Fanslow, 1983 อ้างตาม บุญวดี, 2539; Wright, 1987) คือ

1) การรวมพลัง (centering) เป็นขั้นตอนของการรวบรวมสมาธิ จดจ่อ ตั้งใจแน่วแน่อย่างกลมกลืน ไม่คิดเครียด จะทำให้ทราบถึงบริเวณที่ล้อมรอบด้วยสนามพลัง ซึ่งภาวะนี้จะทำให้บุคคลเป็นแหล่งพลังของการบำบัดรักษาได้ ความมั่นคงและจิตที่สงบจะมีพลังและสามารถถ่ายทอดพลังของการบำบัดรักษาได้

2) การประเมินสภาพสนามพลัง (assessment of the field) เนื่องจากมือจะมีความไว (sensitivity) ต่อสัญญาณที่ละเอียดอ่อน (subtle signals) จึงใช้มือเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้สึกหรือตรวจสอบ โดยการใช้มือผ่านไปบนร่างกายทั้งหมดทุกส่วน ให้มือห่างจากร่างกายประมาณ 2-6 นิ้ว ผู้บำบัดแต่ละคนจะรู้สึกถึงพลังที่สัมผัสได้ที่แตกต่างกัน บางคนรู้สึก อุ่นๆ เย็นๆ หนักๆ หรือชู่ๆ การประเมินต้องทำการประเมินทั่วทั้งร่างกาย โดยหาคลื่นกำเนิดของความปวด บั๊จยส่งเสริม และประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย เพราะหากประเมินเฉพาะสิ่งที่เป็นโรคหรือสาเหตุในเบื้องต้น (primary complain) ของผู้ป่วยก็จะทำให้เกิดการผิดพลาดได้ เช่น หาสาเหตุที่แท้จริงไม่พบ

3) การบำบัดรักษา (treatment) ซึ่งจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจและความต้องการของผู้ป่วย การบำบัดรักษา ประกอบด้วย การไม่รบกวนหรือทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของสนามพลังและ

การปรับพลัง โดยต้องพยายามกำจัดบริเวณที่มีการขัดขวางการไหลของพลัง และหากพลังมีน้อย ก็ทำการเพิ่มพลังให้ด้วยการถ่ายทอดพลัง พยาบาลจะใช้มือเป็นสื่อหลักหรือเป็นเครื่องแปลงพลังผ่านไปยังผู้ป่วย โดยอาจอยู่เหนือ ใกล้เคียง หรือแตะสัมผัสผิวของผู้ป่วยก็ได้ โดยส่งพลังไปยังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจที่จะช่วยเหลือ อย่างสมดุล สม่ำเสมอ ซ้ำๆ จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกสบาย จุดรวมของพลังปฏิสัมพันธ์ระหว่างพลังจนเป็นหนึ่งเดียวนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า ในภาวะเจ็บป่วย พลัง (energy) จะมีจังหวะไม่ผสมผสาน ไม่กลมกลืน มีภาวะไม่สมดุลเกิดขึ้นและจะปิดกั้นการไหลของพลังในตัวบุคคล พยาบาลที่สามารถรวมพลังเป็นหนึ่งเดียวได้จะสามารถถ่ายทอดพลังนั้นไปยังผู้ป่วยได้ พยาบาลที่จะใช้การสัมผัสในการบำบัดนั้นต้องมีความเมตตา ตั้งใจแน่วแน่เป็นพื้นฐาน ความเมตตาเป็นความรู้สึกห่วงใย เอื้ออาทร ต้องการช่วยเหลือโดยไม่คาดหวังกับผลตอบแทนที่จะได้รับ ความเมตตาจะช่วยเร่งให้การสัมผัสบรรลุผลในทางบวกได้ ส่วนความตั้งใจแน่วแน่เป็นเจตนามุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือ นำพลังไปสู่ผู้ที่มีพลังชีวิตที่พร่องไป พลังดังกล่าวจะซึมซาบแทรกซึมไปยังผู้ป่วย ทำให้พลังของผู้ป่วยที่มีจังหวะและการไหลแปรปรวนกลับสู่ภาวะสมดุลได้

แม้ว่าไม่มีใครสามารถอธิบายได้ว่าแท้จริงแล้วสัมผัสบำบัดนั้นลดความปวดได้อย่างไร แต่ก็ได้มีการอธิบายให้เหตุผลไว้ต่างๆ เช่น ช่วยบรรเทาความปวดจากการตัดวงจรความปวด โดยช่วยลดระดับความวิตกกังวล เพราะความวิตกกังวลมักเกิดคู่กับความปวดเสมอ และยังช่วยให้เกิดความผ่อนคลายจนสามารถตัดวงจรความปวดได้สัมผัสบำบัดจะช่วยลดบวมจากการผ่าตัดหรือบาดเจ็บได้ จึงเป็นการลดแรงกดที่มีต่อปลายประสาท (nerve ending) จึงลดความปวดได้ด้วย นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งเอ็นโดรฟินเพิ่มขึ้น ช่วยลดความปวดได้จากการที่เอ็นโดรฟินมีฤทธิ์เหมือนเอ็นเคฟาลินมีฤทธิ์ระงับปวด โดยยับยั้งการหลั่งสารที่ซึ่งเป็นสื่อนำสัญญาณความปวดที่สำคัญ ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับสัมผัสบำบัด คือ การศึกษาของเคลเลอร์และบซเดค (Keller & Bzdek, 1986) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของสัมผัสบำบัดต่ออาการปวดศีรษะแบบตึงเครียด (tension headache) โดยให้ยาหลอกแก่กลุ่มควบคุมและใช้สัมผัสบำบัดกับกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความปวดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สัมผัสบำบัดยังใช้ลดความวิตกกังวลในขณะที่เกิดความกลัวหรือรู้สึกไม่แน่นอน และในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสัมผัสบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความสงบความสุข

จากวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาต่างๆ ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าวิธีการเหล่านั้น มีผลในการช่วยบรรเทาความปวดได้ทั้งสิ้น และไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรืออาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายใดๆ ช่วยลดการใช้ยาบรรเทาปวด และสามารถนำวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาเหล่านี้ไปใช้ได้ทุกเวลาตามความต้องการ ซึ่งแต่ละวิธีจะเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เหมาะกับความปวดแต่ละชนิดหรือในแต่ละสภาวะหรือสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ป่วย ความเหมาะสมในการนำไป

ใช้ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะนำวิธีการต่างๆ เหล่านี้ไปใช้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบรรเทาปวดให้แก่ผู้ป่วย และควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการนำวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาไปใช้เพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา

การที่พยาบาลวิชาชีพจะสามารถนำวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาไปปฏิบัติได้ดีและมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ มีความรู้ที่ดี มีทัศนคติในทางบวก รวมทั้งมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ โดยระดับการศึกษาจะเป็นการนำมาซึ่งความรู้ต่างๆ ที่จะนำไปใช้ ส่วนอายุและประสบการณ์จะเป็นตัวช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ มีการส่งเสริมประสบการณ์อันจะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในทางที่ดี นำไปสู่การปฏิบัติได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy)

แบนดูรา ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังจะเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม (Bandura, 1997) ต่อมาแบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สมโภชน์, 2543) การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าคน 2 คนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์นั้นๆ (Bandura, 1997) ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะมีความอดทนอดสาหัส ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด เนื่องจากความมั่นใจว่าคุณมีความสามารถเพียงใดนั้นจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าคุณจะมีความพยายามในการกระทำนั้นมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ก็จะมีสติกลัวและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้า

บุคคลใดมั่นใจว่าสามารถจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ ก็จะไม่รู้สึกกลัวที่จะปฏิบัติและยังทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อีกด้วย (Bandura, 1977)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) มีดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (enactive mastery experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง และความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง โดยจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ดังเช่นที่เคยประสบมาก่อน บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเคยประสบกับความล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ มาก่อนจะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ก็จะทำให้ไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอีก ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอ ที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ หรือการสังเกตผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (vicarious experience) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดประสบการณ์ทางอ้อม เกิดความคิดคล้ายตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือชี้แนะให้มีความเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. สภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ (physiological and affective states) ความแข็งแรงทางร่างกาย ภาวะสุขภาพ และการเผชิญความเครียดต่างๆ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง สภาพด้านร่างกายจะเป็นตัวกระตุ้นการกระทำกิจกรรมต่างๆ โดยอัตโนมัติ ความแข็งแรง ความอดทน

ความอ่อนเพลีย ความปวด เป็นสิ่งที่ยับยั้งความสามารถทางร่างกาย ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ก็เป็นตัวบ่งชี้ความสามารถของบุคคลเช่นกัน ในภาวะที่บุคคลถูกคุกคามหรือมีความตึงเครียด จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าต่อการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ นำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง จึงมักเกี่ยวข้องในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

จะเห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการกระทำหรือการปฏิบัติต่างๆ ดังการศึกษาของสุพรรณิ (2542) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.55$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงทำให้มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพระยะตั้งครรภ์ที่สูงไปด้วย จากการที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากมารดาในครอบครัววัยชรา รวมทั้งการดูแลจากสามี ซึ่งมารดาและสามีจะแสดงออกถึงความเห็นใจ การเอาใจใส่ดูแล ได้รับความรัก ทำให้มีกำลังใจ มั่นใจในความสามารถของตนเอง ทำให้มั่นใจและแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 61.1 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ซึ่งความรู้ความเข้าใจนี้เองเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลมั่นใจในพฤติกรรมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่ดีในระดับสูงด้วย และหากพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านความกล้าหาญหรือความกล้าเคียงกับสถานการณ์ที่เคยกระทำ (การใช้ตัวแบบ) สูง ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ที่เคยได้รับหรือเคยมีทักษะมาก่อน (ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ) แล้วนำมาใช้เพื่อตัดสินใจแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ซึ่งประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซ้ำๆ จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และมีอิทธิพลสูงสุดที่ทำให้บุคคลมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) การรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านความกล้าหาญหรือความกล้าเคียงกับสถานการณ์ที่ควรกระทำ พัฒนามาจากการสะสมประสบการณ์ การเรียนรู้ต่างๆ ของบุคคลและนำทักษะความสามารถมาใช้กับสถานการณ์อื่น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.1 เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ซึ่งการได้รับความรู้ คำแนะนำหรือข้อมูลยังทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า ความสามารถของบุคคลจะพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลของสังคมที่ให้ข้อมูลโดยการสอนและการชักจูงทางสังคม (Bandura, 1997) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป การศึกษาในระดับสูงทำให้มี

ความสามารถที่จะรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้อยู่เสมอ และมีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท ทำให้มีข้อมูลในการตัดสินใจระดับความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมมากขึ้น อันจะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นดียิ่งๆ ขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับ คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติด้านสุขภาพจากทีมสุขภาพ และบางส่วนก็ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง และยังได้มีการสังเกตจากผู้ป่วยที่มีลักษณะการบาดเจ็บและการรักษาเช่นเดียวกันที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติด้านสุขภาพ ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นว่าสามารถจะปฏิบัติได้เช่นกัน การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจาจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความหวังว่าสามารถรักษาหายได้ แต่ต้องรักษาต่อเนื่องและต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกระตุ้นรื้อทางอารมณ์ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลมากนัก ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มีผลให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับมากเช่นกัน

ความรู้ (knowledge)

ความรู้เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติ พจนานุกรมเมอร์เรียมเว็บสเตอร์ คอลเลจียอท (Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, 1996) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง ศาสตร์ต่างๆ ข้อมูล กฎเกณฑ์ หรือสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า การเรียนรู้ การสังเกต การสืบสวน (investigation) หรือประสบการณ์ของมนุษย์ การรับรู้ ข้อเท็จจริงเหล่านี้ ต้องชัดเจน และต้องอาศัยเวลา ความรู้เป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดความคิด และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นตัวการก่อให้เกิดแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือจะปฏิบัติอะไร บุคคลนั้นก็จะต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ ก่อน เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลทราบถึงรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ การใช้ข้อเท็จจริง ความคิด ความหยั่งรู้ หรือการเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ จะทำให้เกิดความรู้ ซึ่งความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง จากการศึกษาของพรพรรณ (2543) พบว่าผู้บริหารการพยาบาลมีความรู้ ในการกำหนดคปรชญาการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำหนดคปรชญาการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้บริหารการพยาบาลส่วนมากไม่เคยอบรมหลักสูตรที่มีเนื้อหาด้านปรัชญาการพยาบาล (ร้อยละ 78.6) จึงขาดโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติในระดับสูงได้ ซึ่งผลการวิจัยยังพบว่าผู้ที่เคยอบรมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่เคยอบรม และการศึกษาของรัชตวรรณ (2543) พบว่า

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.5) มีความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสิทธิผู้ป่วยจากการรณรงค์เรื่องสิทธิผู้ป่วยที่มีมากขึ้นในสังคมไทย จนมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในปี 2541 และระยะเวลา 3 ปี จนถึงปี 2543 (ปีที่ผู้วิจัยทำการศึกษานี้) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลที่มากพอ ประกอบกับเทคโนโลยี การสื่อสารมีมากขึ้น การกระจายข่าวสารเรื่องนี้จึงมากขึ้น ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลเหล่านี้มากขึ้น ก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งการได้รับความรู้เรื่องนี้มีมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างเคยเข้าประชุม เรียน หรืออบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยมีถึงร้อยละ 43.58 จากเหตุผลต่างๆ ดังกล่าวทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในระดับมาก

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.7) มีการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในระดับมาก เมื่อพยาบาลวิชาชีพทราบถึงการประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างชัดเจน โดยบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในการควบคุมด้านวิชาชีพจากสภาการพยาบาล จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตาม ส่วนทางด้านนโยบายพบว่าพันธกิจของฝ่ายการพยาบาลส่วนใหญ่เน้นเรื่องการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเน้นสิทธิผู้ป่วยเพื่อสนองนโยบายดังกล่าวพยาบาลวิชาชีพจึงมีการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับสูงทำให้มีการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาวดี และปัทมา (2542) ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.7) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารกอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.8 จบปริญญาโทร้อยละ 4.2 และพยาบาลถึงร้อยละ 84.5 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลทารกที่ได้รับความเจ็บปวดโดย ได้รับความรู้จากตำราและหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ร้อยละ 65 คำแนะนำจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ร้อยละ 60 จากการอ่านวารสารการพยาบาล ร้อยละ 58.3 และจากการปฏิบัติที่พบเห็นว่าทารกได้รับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.7) มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารกอยู่ในระดับสูง เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการลดความเจ็บปวดของทารกจากหัตถการในระดับสูง ความรู้ดังกล่าวช่วยให้พยาบาลเข้าใจอันตรายของความเจ็บปวดที่มีผลกระทบต่อทารก และทราบถึงวิธีการที่จะช่วยเหลือนทารกที่ได้รับความเจ็บปวด จึงนำมาซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดแก่ทารก และพบว่าความรู้กับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดจากหัตถการในทารกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.43$) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติ เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไรและต้องปฏิบัติได้จริง นอกจากนั้นการที่บุคคลได้รับความรู้ใหม่ เข้ามา

และนำมารวมกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ก่อให้เกิดความเข้าใจ มีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อแล้ว สร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติของตนเอง ความรู้จึงเป็นเครื่องชี้วัดและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง (วรรณวิไล, 2527 อ้างตาม รัตนาวดี และปัทมา, 2542) แต่จากการศึกษาของสุริย์ (2542) พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วย (ร้อยละ 75.4) มีความรู้เรื่องการควบคุมคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง จากการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องการควบคุมคุณภาพการพยาบาลหลายแนวทาง เช่น การจัดทำแผนการพัฒนาระบบและกระบวนการให้บริการพยาบาล และการเตรียม การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เสริมความรู้ สร้างทัศนคติในการควบคุมคุณภาพการพยาบาล และจากนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขที่ว่าประชาชนต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและบริการที่พึงพอใจ ทำให้มีการปรับปรุงคุณภาพการบริการและจัดให้มีการอบรม เสริมสร้างความรู้และทัศนคติต่อการควบคุมคุณภาพแก่บุคลากร ทั้งจากการอบรมและประสบการณ์โดยตรงจากการปฏิบัติงาน จากเหตุผลดังกล่าวน่าจะทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในระดับมาก แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจมีปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้การเรียนรู้ไม่ประสบผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร ได้แก่ ระยะเวลาในการอบรมสั้นเกินไป ไม่เพียงพอกับเนื้อหา การจัดอบรมมักจะไม่ได้จัดทุกปี ทำให้ได้รับการอบรมไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยใหม่ นอกจากนี้ยังพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในตำแหน่งอยู่ในช่วง 1-5 ปี ซึ่งเป็นช่วงระยะที่มีการเรียนรู้งานใหม่ ยังไม่รู้ว่าจะงานเป็นอย่างไร ต้องมีการเรียนรู้จากงานก่อน และยังเป็นช่วงที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับองค์กรด้วย และพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.2) มีการจัดระบบการควบคุมคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยทราบว่าการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข โดยบทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับนโยบายมาสู่การปฏิบัติ จึงได้มีการจัดระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลในหอผู้ป่วยขึ้น และจากการที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ในระดับปานกลางซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้มีการปฏิบัติในระดับปานกลางด้วย เพราะการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้ต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ดี ความรู้ที่ถูกต้อง และชัดเจน นั่นคือความรู้เป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ

ดังนั้นการที่พยาบาลวิชาชีพจะนำวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาไปปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งนั้น พยาบาลวิชาชีพก็ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาต่างๆ เหล่านั้น รวมถึงมีความรู้เกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งด้วย จึงจะทำให้สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทัศนคติ (attitude)

เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจ ความเชื่อ ของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็นที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ความรู้สึก และมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นตัวกำหนดการแสดงออกและบุคลิกภาพบางประการหรือแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น อันจะบ่งบอกถึงลักษณะอารมณ์ ความเชื่อ และค่านิยมของแต่ละบุคคล (จิระวัฒน์, 2538; ไพศาล, 2526) ถ้ามีทัศนคติในลักษณะที่ชอบหรือทัศนคติที่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงข้ามถ้ามีทัศนคติในลักษณะที่ไม่ชอบหรือทัศนคติที่ไม่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะถอยหนีหรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ การที่บุคคลใดจะเกิดทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้นั้น ไม่ว่าจะผ่านทางด้านบวกหรือลบก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องผสมผสานคุณลักษณะย่อยหลายๆ อย่าง เช่น การรับรู้ การประเมินค่า ความซาบซึ้ง ความสนใจ โดยเริ่มจากบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งนั้นก่อน แล้วทำการประเมินค่าถึงนั้นตามประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา โดยเก็บเอาไว้เป็นอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด สะสมไว้เป็นความตั้งใจ แล้วจึงสะท้อนความรู้สึกนั้นออกมาเป็นพฤติกรรม

องค์ประกอบของทัศนคติ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognitive component) เป็นองค์ประกอบที่ประมวลความรู้ ความเข้าใจ ความคิดโดยทั่วๆ ไปที่มีต่อสิ่งของ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดทัศนคติซึ่งแสดงออกในแนวคิดที่ว่า อะไรถูก อะไรผิด บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดได้ บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในสิ่งนั้นก่อน เพื่อใช้เป็นรายละเอียดสำหรับให้เหตุผลในการสรุปเป็นความเชื่อต่อไป
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหลังจากรู้และเข้าใจสิ่งนั้นแล้ว ถ้าบุคคลใดมีความคิดในทางที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจะออกมาในรูปของความรู้สึก ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ สำคัญหรือไม่สำคัญ ดีหรือเลว ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ทางสีหน้า ท่าทาง เมื่อคิดหรือพูดถึงนั้น
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavior component) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายที่รวมตัวมาจากความรู้และความรู้สึกที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด จะบ่งบอกถึงแนวโน้มในทางปฏิบัติ คือ ความพร้อมหรือความโน้มเอียงล่วงหน้าที่จะกระทำ หรือตอบสนองซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงออกในรูปการยอมรับหรือปฏิเสธ การเข้าหาหรือถอยหนีตามความรู้และความรู้สึกที่เป็นพื้นฐานนั้น

ทัศนคติแบ่งเป็น 2 ประเภท (กมลรัตน์, 2524 อ้างตาม พรพรรณ, 2543) คือ

1. ทัศนคติทางบวก หรือทัศนคติที่ดี หมายถึง แนวโน้มที่บุคคลจะเข้าหาสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากความชอบหรือความพอใจ

2. ทักษคติทางลบ หรือทัศนคติไม่ดี หมายถึงแนวโน้มที่บุคคลจะถอยหนีออกจากสิ่งร้ายหรือสถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากความไม่ชอบหรือไม่พอใจ

ซึ่งการศึกษาของพรพรรณ (2543) พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีทัศนคติต่อการกำหนดปรัชญาการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการกำหนดปรัชญาการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้บริหารการพยาบาลส่วนมากไม่เคยอบรมหลักสูตรที่มีเนื้อหาด้านปรัชญาการพยาบาล (ร้อยละ 78.6) จึงขาดโอกาสในการเพิ่มพูนทัศนคติให้เป็นที่ไปในทางที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การปฏิบัติในระดับสูงได้ นอกจากนี้ผู้บริหารการพยาบาลกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งอายุทำให้บุคคลมีความพร้อมในด้านทัศนคติได้แตกต่างกัน และวัยผู้ใหญ่ระยะบรรลุมaturity (maturity period) คือ อายุ 45 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีประสบการณ์มาก มีความสำเร็จ เข้าใจสิ่งแวดล้อมและตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรัชตวรรณ (2543) พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.9) มีทัศนคติต่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับดี เนื่องจากกรมมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r=0.63$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุรีย์ (2542) พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย (ร้อยละ 76.1) มีทัศนคติต่อการควบคุมคุณภาพการพยาบาลอยู่ในระดับดี จากการศึกษาที่ได้รับการเตรียมพร้อมในเรื่องความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติต่อการควบคุมคุณภาพการพยาบาลเพื่อสนองนโยบายการปรับปรุงคุณภาพบริการมาโดยตลอด ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เมื่อบุคคลได้รับรู้เรื่องราวต่างๆ จะเกิดการตอบสนองโดยให้ความสนใจ เกิดค่านิยมหรือทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นๆ” (Krathwohl, Bloom & Masia, 1974 อ้างตามสุรีย์, 2542) และเมื่อหาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติ พบว่าความรู้กับทัศนคติต่อการควบคุมคุณภาพการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นั่นคือเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ก็จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดี เพราะทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางแพทย์ของโรงพยาบาลในสี่จังหวัดภาคใต้ ของอรุณพรและคณะ (2541) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมากที่สุด ($r=0.67$) รองลงมาคือ ความรู้กับทัศนคติ ($r=0.44$)

จะเห็นว่าทัศนคติ จะมีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเข้าใจ หรือมีความคิดรวบยอดต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะมีการแสดงออกทางความรู้สึกรหรือการปฏิบัติ ทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเป็นความรู้สึกรที่นึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการในการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา ซึ่งทัศนคตินี้จะเกิดจากการเรียนรู้ และองค์ประกอบ

ดังกล่าวข้างต้น อันจะมีผลให้พยาบาลวิชาชีพแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาทั้งทางบวกและทางลบ

อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงควมมีวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือสิ่งต่างๆ การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการ (Orem, 1995) อายุมีผลต่อการรับรู้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในอดีต ความสามารถบางอย่างของบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ในระหว่างที่อยู่ในวัยต่างๆ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้มีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดเห็นและการกระทำหรือการปฏิบัติ พฤติกรรมหรือการปฏิบัติเกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เพราะมีโอกาสที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ มากกว่าทำให้มีประสบการณ์หลากหลายมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลให้มีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแตกต่างกัน

ประสบการณ์

ประสบการณ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากประสบการณ์แสดงให้เห็นถึงประมาณการเรียนรู้ (ฟาริดา, 2541) พยาบาลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการปฏิบัติ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือประสบการณ์การทำงานมากจึงสามารถนำประสบการณ์ใหม่ๆ มาสังเคราะห์ให้เข้ากับประสบการณ์เดิม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความมั่นใจ และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือประสบการณ์การทำงานน้อยจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานหรือไม่มั่นใจในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา แต่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือประสบการณ์การทำงานมาก จะมีการเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาได้ดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือประสบการณ์การทำงานน้อย ดังการศึกษาของสโลแมน อฮอร์น ไรท์ และบราวน์ (Sloman, Ahern, Wright & Brown, 2001) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากมีความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้สูงอายุมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย การศึกษาของพรพรรณ (2535) ที่พบว่าประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด และการศึกษาของจรรยาวัตร อรพินธ์ และอุษาพร (2535) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคเอดส์อยู่ในระดับดีกว่าพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์

ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเหล่านี้ จะเห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้และทัศนคติ รวมทั้งอายุ ประสบการณ์ ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะต่างๆ ด้วย แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ว่าพยาบาลมีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาวิธีการใดบ้าง และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นนี้เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนา การใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา ให้มีการนำไปใช้ในการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการเผชิญความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สรุปได้ว่า ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ดังนั้นการบรรเทาความปวดที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่โดยไม่ทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งนั้นยังไม่เพียงพอสาเหตุเกิดจาก การกลัวการติดยาแก้ปวดชนิดเสพติด กลัวอาการข้างเคียงของยา การขาดความรู้และการมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับความปวด รวมถึงวิธีการบรรเทาความปวดทั้งวิธีที่ใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาเป็นต้น วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาก็เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง ส่งเสริมให้การบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่จากการศึกษาและประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่ามีการนำวิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาไปใช้เพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยน้อยมากจึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วย