



การพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

รัชนีวรรณ คุณตระกูล รอ.ม.* วณิชชา เรืองศรี พย.ม.**

อำภาพร นามวงศ์พรหม PhD*** พัชรี ยิ้มแย้ม ศศม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ในการพัฒนา ทั้งขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และ ประเมินสะท้อนกลับ โดยวางแผนวิเคราะห์สถานการณ์ แจกแจงปัญหา อุปสรรค จากเวชระเบียน และ การใช้แบบสอบถาม รวมถึงการระดมความคิดเห็นกลุ่มย่อยด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ ทศนคติในการจัดการความปวด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจ การวิเคราะห์ อัตราการเข้าถึง และภาระงานของทีมสุขภาพ ระบบการจัดการความปวด วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และระบบการนิเทศติดตามทุกขั้นตอนปฏิบัติ พยาบาลมีส่วนร่วมในการสร้างและนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สังเกตผลลัพธ์ด้านการลดความปวดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อนำระบบที่พัฒนาไปใช้ พบว่า ความปวดลดลงถึงระดับเล็กน้อย ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการพยาบาลที่ได้รับในระดับมาก และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นำปฏิบัติในระดับมากและสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ปัจจัยที่ส่งผลให้การพัฒนาได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งระบบการนิเทศโดยพยาบาลที่มีสมรรถนะในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ แนวปฏิบัติ การจัดการความปวด มะเร็งระยะลุกลาม ความพึงพอใจ

*รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



Pain Management System Development in Patients with Advanced Cancer

Rachaneewan Kutragun M.P.P.M.* Wanitcha Rounsri M.N.S **

Ampaporn Namvongprom Ph.D.*** Patcharee Yimyam M.A.**

Abstract

This action research aimed to develop pain management system in patients with advanced cancer. Kurt Lewin's concept was used as a conceptual framework of research; planning, acting, observing, and reflecting. The researchers analysed situations by problem and barrier identification from medical profiles, using questionnaires, brain storming with nurses related to knowledge, skills, and attitudes of pain management, patients and care givers participation, their service satisfaction, man power analysis and work load, health team, pain management system, resources and supervision system. In action step, nurses participated in developing and using of pain management in patients with advanced cancer patients and care-givers were focused. Pain score of patients, care givers satisfaction, and nurses satisfaction related pain management system were observed.

Findings revealed that after pain management system development application in patients with advanced cancer had pain scores decreased in mild level. Caregivers were mostly satisfied with the services. Nurses were also mostly satisfied with the developed system and higher than standard criteria. Key success factors for positive outcomes comprised nurses and caregivers participation and supervision by nurses with competency in pain management in patient with advanced cancer.

Keywords: system development, pain management, advanced cancer, satisfaction

*Deputy Director Nursing, Nopparat Rajathanee Hospital

**Registered Nurse, Nopparat Rajathanee Hospital

***Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและของประเทศไทย ข้อมูลองค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายลำดับ 2 ของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกประเทศ¹ ในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการตายอันดับแรก ในอัตรา 95.2 ต่อแสนประชากร² ในอัตราการตายที่สูงนี้ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในขณะที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามและแพร่กระจาย อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีก้าวหน้าในการรักษาแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกาย ทำให้อาการและอาการแสดงของโรครุนแรงมากขึ้น ซึ่งการรักษาแบบประคับประคองที่ได้รับอาจรวมถึงเคมีบำบัด รังสีรักษา และการผ่าตัด เหล่านี้ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยเช่นกัน จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คือ อาการปวด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หายใจลำบาก สับสน คลื่นไส้อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย ท้องผูก ท้องอืด ปากแห้ง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ⁴⁻⁶ โดยพบอาการเหนื่อย อ่อนเพลียสูงถึงร้อยละ 77.8 และพบอาการปวดร้อยละ 66.3⁵

อาการปวด (Cancer Pain) เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม⁷⁻⁹ ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระหว่างการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่า อาการปวดเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งทุกระยะ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ¹⁰⁻¹² นอกจากนี้ พบว่า การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาล ด้านการประเมินค่าคะแนนความปวด การวางแผนการจัดการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการโดยใช้ยา การทำงานร่วมกับแพทย์ เภสัชกร การประเมินผลการจัดการดังกล่าว และการลงบันทึกทางการพยาบาล สามารถลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³⁻¹⁴ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ จากการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า การดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

ในระดับมาก¹⁴ ซึ่งผลการวิจัยเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความเจ็บปวดสามารถลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับมากกว่า 3 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4¹⁵⁻¹⁸

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี ยังพบปัญหาในการจัดการความปวด เนื่องจาก ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ามารับการรักษากระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยต่างๆ รวม 12 หน่วยงาน ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี¹⁹ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติความปวดจากโรคมะเร็งของสมาคมศึกษา เรื่องความปวดแห่งประเทศไทย แต่ยังคงพบไม่สามารถจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ จากการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 50 ราย มีการบันทึกค่าคะแนนความปวดระดับรุนแรงเป็นเส้นกราฟต่อเนื่องในฟอร์มปรอทซึ่งเป็นการบันทึกสัญญาณชีพที่ 5 และเมื่อตามไปตรวจสอบการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์ การจัดการความปวดและการประเมินผล มีการบันทึกไม่ครบทุกราย เมื่อตามไปตรวจสอบใบลงข้อมูลการให้ยา (MAR) ไม่มีบันทึกไว้ตามแผนการรักษาของแพทย์ สำหรับรายที่ได้รับการจัดการความปวดพบว่าค่าคะแนนความปวดลดลงเพียงเล็กน้อย เช่นกัน และจากผลการประเมินความพึงพอใจในการจัดการด้านความปวด พบว่า ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้ระดับคะแนนต่ำ และมีการฟ้องร้องพฤติกรรมบริการ ดังนั้น ฝ่ายการพยาบาลจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ด้านการลดความปวดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ได้ระบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปขยายผลและใช้ในวงกว้างต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาผลของระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่พัฒนาขึ้น ดังนี้



2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความปวดก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดการความปวดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับกับเกณฑ์มาตรฐาน

2.3 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลกับเกณฑ์มาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin)²⁰ เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่หาความรู้เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต ประเมินผล และสะท้อนกลับ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาระบบการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพื่อนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมาใช้ โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ในกระบวนการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)²¹ ใช้กรอบแนวคิด ของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกตผล (Observing) และ 4) การประเมินสะท้อนกลับ (Reflecting) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาระบบ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์และแจกแจงปัญหาการจัดการความปวด ซึ่งแบ่งเป็น ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และด้านระบบการพยาบาล กระบวนการศึกษาข้อมูลที่มีอยู่ในเอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย ฟอรัมปรอทที่ใช้บันทึกค่าคะแนนความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 บันทึกทางพยาบาลด้านวินิจฉัยทางการพยาบาล การแก้ปัญหา กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล แบบฟอร์มการให้ยา และการระดมความคิดเห็นจาก 12 หน่วยงาน ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกี่ยวกับ

ความรู้ ทักษะปฏิบัติ ทศนคติในการจัดการความปวด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจ รวมทั้งการฟ้องร้องพฤติกรรมบริการ และการวิเคราะห์อัตราค่าลงและภาระงาน ทีมสุขภาพ ระบบการจัดการความปวด วัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ ระบบการนิเทศติดตาม และวางแผนการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการพัฒนาระบบประกอบด้วย ทีมสุขภาพประชุมระดมสมองร่วมกัน สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 4 ครั้ง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาล เมื่อปรับแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดลองใช้ พยาบาลเป็นผู้ดูแลในการจัดการความปวด และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค เพื่อปรับใช้แนวปฏิบัติให้ตรงบริบท การปรับแก้ไขให้ง่ายและตรงกับบริบทของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การให้ความรู้ช่วยเหลือสนับสนุน เกี่ยวกับการจัดการความปวด รวมทั้งระบบการนิเทศโดยพยาบาลที่มีสมรรถนะในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการสังเกตผล โดย การประเมินติดตามค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการประเมินระบบที่พัฒนาขึ้นและสะท้อนกลับ

ผู้ร่วมวิจัย ในการศึกษา 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ คือ เป็นมะเร็งระยะลุกลาม อายุ 20 ปี ขึ้นไป ระดับความรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย 2) ญาติผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลผู้ป่วยระหว่างการอยู่รับการรักษาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 32 คน 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม จำนวน 12 หอผู้ป่วยๆ ละ 1 คน ซึ่งมีส่วนร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติและเป็นผู้ดูแลการจัดการความปวดของผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งได้ปรับปรุงและพัฒนาจากแนวปฏิบัติเดิมในระหว่างกระบวนการพัฒนาระบบในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ นวัตกรรมทางการพยาบาลใหม่ เพื่อให้ทันสมัยและ



สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา และการประเมินผลและบันทึกทางการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98²² และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย 2) แบบวัดความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มาตราวัดมี 5 ระดับ โดยคะแนนพึงพอใจน้อยที่สุด = 1 คะแนนพึงพอใจน้อย = 2 คะแนนพึงพอใจปานกลาง = 3 คะแนนพึงพอใจมาก = 4 และ คะแนนพึงพอใจมากที่สุด = 5 คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความพึงพอใจมาก และเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้วัดความพึงพอใจอยู่ที่ร้อยละ 80 ตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า = 0.79 3) แบบวัดความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะการประเมินเช่นเดียวกับ แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = 0.78 และ 4) มาตรวัดระดับความรู้สึกปวด Numerical Rating Scales (NRS) และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และแจกแจงปัญหาการจัดการความปวดก่อน จึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และ ประเมินสะท้อนกลับ

จริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ชี้แจง ข้อมูล วิธีการวิจัย ความเสี่ยง ผลกระทบ รวมทั้ง การให้อิสระในการตัดสินใจ ปฏิเสธ หรือยกเลิกโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ จึงขอให้อ้างนามในใบยินยอม ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่พัฒนาขึ้น และผลของระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วย

มะเร็งระยะลุกลามที่พัฒนาขึ้น นำเสนอกระบวนการพัฒนาตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และสรุปผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์และแจกแจงปัญหาการจัดการความปวด ซึ่งแบ่งเป็น ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และด้านระบบการพยาบาล ในเอกสาร เวชระเบียนผู้ป่วย ฟอรัมปรอทที่ใช้บันทึกค่าคะแนนความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 บันทึกทางการพยาบาลด้านวินิจฉัยทางการพยาบาล การแก้ปัญหา กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล แบบฟอร์มการให้ยา และ การใช้แบบสอบถามและการระดมความคิดเห็นกลุ่มย่อย ด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ ทศนคติในการจัดการความปวด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ความพึงพอใจ รวมทั้งการฟ้องร้องพฤติกรรมบริการ และการวิเคราะห์ อัตราการล้ม และภาระงาน ทีมสุขภาพ ระบบการจัดการความปวด วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ และระบบการนิเทศติดตามที่มี นอกจากนี้ ได้มีการศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อสนับสนุนว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความปวดที่เป็นปัญหาจริง โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 27 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความปวด 6.14 ซึ่งอยู่ในระดับปวดปานกลางที่ต้องการการจัดการความปวดเพื่อลดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล พบว่า ความปวดลดลงเหลือคะแนนความปวด 3.17 พบว่า ปัญหาที่พบคือ 1) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีปัญหาด้านความปวดเป็นส่วนใหญ่ แต่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ได้รับการจัดการความปวดและค่าคะแนนความปวดลดลงเป็นที่น่าพึงพอใจ โดยในฟอรัมปรอทที่มีการลงค่าคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง เมื่อติดตามดูในบันทึกทางการพยาบาลไม่มีการวินิจฉัยด้านความปวด ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดการและการประเมินผล แบบฟอร์มการให้ยาไม่ได้รับการให้ยา สำหรับผู้ป่วยที่มีการจัดการความปวด มีการบันทึกค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 6.14 ± 0.40 คะแนน มีการจัดการความปวดตามมาตรฐาน ทำให้ค่าคะแนนความปวดลดลง 3.37 ± 0.24 คะแนน ซึ่งการลดลงค่าคะแนนความปวดยังไม่เป็นที่น่าพอใจสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีการฟ้องร้องพฤติกรรมบริการ จำนวน 4 ครั้ง ในปีงบประมาณที่ผ่านมาต้องมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุในระดับโรงพยาบาล (Root Cause Analysis: RCA)



เนื่องจากความปวดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วย 2) การจัดการความปวดมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น แพทย์ไม่ได้ให้ยาตามมาตรฐาน 3-step ladder WHO พยาบาลให้ยาแก้ปวดเป็นครั้งๆตาม ที่ผู้ป่วยร้องขอหรือตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น คือ ให้ยาตามเวลาที่กำหนด ไม่ได้ให้ยาผู้ป่วยที่มีอาการปวด ระหว่างวัน (Breakthrough pain) ไม่มีการปรับขนาดของ ยาในปริมาณที่เหมาะสมกับค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วย ไม่มีการให้ยาเสริมความปวดจากสาเหตุอื่นๆ หรือไม่มีการ ให้ยาเพื่อป้องกันฤทธิ์ข้างเคียงของยา พยาบาลยังกลัวการ ใช้ยามอร์ฟีนและมีทัศนคติในเรื่องของการเสพติดยาหรือ การได้รับยาเกินขนาด และญาติผู้ดูแลบางรายไม่ยินยอมให้ ใช้ยามอร์ฟีนเนื่องจากกลัวผู้ป่วยหยุดหายใจ 3) บุคลากรยัง มีการปฏิบัติที่หลากหลายและมีความรู้ความสามารถที่แตก ต่างกันทั้ง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร

บทสรุประบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม ในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะก่อนการดำเนินการ คือมี การวิเคราะห์ผู้ป่วยที่มีความปวด ด้านจำนวน และค่าคะแนน ความปวด การบันทึกคะแนนปวด และ Nurse note การลง ข้อมูลยาที่ให้ ซึ่งพบว่า ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยที่มีความปวดทุกราย หรือคะแนนความปวดของผู้ป่วย ยังคงสูง วิเคราะห์ พบว่าการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลด้าน ความปวดไม่มี และความพึงพอใจการบริการไม่ดี สำหรับ ด้านการพยาบาล วิเคราะห์ความรู้ ทักษะปฏิบัติประสบการณ์ การจัดการยังน้อย ทัศนคติที่ไม่ดีของพยาบาล วิเคราะห์ ภาระงาน เวลาและอัตรากำลัง พบว่าไม่เหมาะสม วิเคราะห์ บทบาทที่ไม่ชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ แนวปฏิบัติที่ไม่ทันสมัย ไม่ได้มาตรฐาน วิเคราะห์วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ ไม่มีการใช้อย่างเป็นสากล

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ผู้วิจัย ประชุมเพื่อกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาโดยมุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญห และอุปสรรคตามลำดับความสำคัญที่ค้นพบจากระยะที่ 1 โดยพัฒนาความรู้ ทักษะปฏิบัติ และทัศนคติ ความมั่นใจ ของพยาบาล วิชาชีพ โดยมีเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ แกนนำ 12 คน มีความรู้ ความสามารถในการพยาบาลด้าน ความปวด ทั้งที่เป็นบทบาทอิสระของตนเองและบทบาท ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร โดยมีแนวปฏิบัติ ที่ได้มาตรฐาน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการประกาศใช้ ทั้งองค์กร โดยที่ความรู้นั้นมีมาขยายการปฏิบัติไปยัง

พยาบาลวิชาชีพคนอื่นๆที่อยู่ในหน่วยงาน ด้วย โดยมี กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติการพัฒนาระบบ ประกอบ ด้วย ทีมประจุมระดมสมองร่วมกันในลักษณะ Focus group discussion จำนวน 4 ครั้ง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลัก ฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิของ โรงพยาบาล เมื่อปรับแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดลอง ใช้ พยาบาลเป็นผู้ดูแลในการจัดการความปวด และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีม ปัญหา อุปสรรค เพื่อปรับใช้แนวปฏิบัติ ให้ตรงบริบท การปรับแก้ไขให้ง่ายและตรงกับบริบทของโรง พยาบาล โดยรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลด้าน ความปวดที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ มีรายละเอียด ที่เกี่ยวข้องการ บทบาทของพยาบาล ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้ามาอยู่ใน ความดูแล พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ประเมินค่าคะแนน ความปวด สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด ผลกระทบต่อ ความปวด การจัดการความปวดที่เคยได้รับ เมื่อผู้ป่วยมีค่า คะแนนความปวดตั้งแต่ระดับน้อย พยาบาลจัดการความ ปวดโดยไม่ใช้ยา โดยพยาบาลและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมกัน ตั้งแต่การประเมิน การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การ ทำสมาธิ การหายใจแบบผ่อนคลาย จินตภาพ การประคบ เย็น การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า การฟังเพลง ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ ตามความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย และดูแล ด้านจิตสังคม เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ญาติร่วมดูแลเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ สัมผัส ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นที่ปรึกษา สนับสนุน สำหรับผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความปวดสูง ขึ้น แพทย์เจ้าของไข้จะให้คำสั่งยา ตามแผนการรักษาที่เป็น มาตรฐานโดยใช้แนวคิดตามความรุนแรงของอาการเป็นขั้น บันใด (3-step ladder) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของ ความปวด การตอบสนองของยา และโรคร่วมของผู้ป่วย ก่อนและหลังการจัดการพยาบาลมีบทบาทในการประเมิน สัญญาณชีพ ต้องให้ยาป้องกันและหรือแก้ไขกรณีเกิดการ กัดหายใจและบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียง ของยาแก้ปวดดังกล่าวด้วย โดยปรึกษาเภสัชกรช่วยในการ ปรับขนาดและชนิดของยา รวมทั้งวิธีการให้ยา เพื่อความ เหมาะสมของสภาพผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาโรคร่วม ผลเลือด ประกอบด้วย พยาบาลมีการประเมินค่าคะแนน ความปวดซ้ำ บันทึกค่าคะแนนในฟอร์มปรอท บันทึกเวลา และชนิดของยาในแบบฟอร์มการให้ยา เช่นชื่อกำกับ และ บันทึกวินิจฉัยทางการแพทย์ กิจกรรมการพยาบาลทั้งการ



ให้ยาและการไม่ให้ยาพร้อมผลการประเมินใน Nurse note หากค่าคะแนนความปวดไม่ลดลง แพทย์อาจพิจารณาส่ง รังสีรักษาความปวดหรือส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อ พิจารณาให้ยากลุ่ม Opioids แบบ Partial-Controlled Analgesia (PCA) เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมความปวดด้วย ตนเอง โดยพยาบาลต้องดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันและแก้ไข ภาวะการณกดการหายใจได้ทันทั่วทั้งที่ แล้วจึงประเมินค่า คะแนนความปวดอีกครั้งรวมทั้งประเมินความพึงพอใจใน การจัดการความปวดร่วมด้วย

บทสรุประบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม ในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะดำเนินการ คือมีการนำแนว ปฏิบัติการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นอย่างมีส่วนร่วม ไป ใช้กับผู้ป่วย มีการนิเทศโดยพยาบาลที่มีสมรรถนะในการ จัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สำหรับผู้วิจัย ในฐานะของผู้บริหารได้ลงนิเทศในหน่วยงาน ให้ขวัญกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน ร่วมแก้ปัญหาอุปสรรคกับพยาบาลใน หน่วยงาน แก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ส่วนการประเมินผล การพัฒนาระบบ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ ค่า คะแนนความปวด ผลลัพธ์ด้านโรงพยาบาล คือ ความพึง พพอใจของญาติผู้ดูแล และความพึงพอใจของพยาบาล วิชาชีพในระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ ต่อไป

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยได้ สร้างกลยุทธ์เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาในแต่ละด้านการจัดการ ด้านความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยแต่ละ กลยุทธ์ได้มาจากการประชุมหารือโดยตกลงในหลักการว่า วิธีการที่ใช้ต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามี ประสิทธิภาพ กิจกรรมหรือระบบที่ซับซ้อนหรือมีค่าใช้จ่าย สูงและใช้เวลามากเมื่อพิจารณาแล้วไม่คุ้มค่าจะยกเลิก สิ่ง ที่ทำต้องตอบสนองต่อเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลที่เป็น สาถาลกลยุทธ์ที่ใช้จะต้องถูกสะท้อนผลโดยพยาบาลวิชาชีพ ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการ โดยเปลี่ยนให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการสร้างแนวปฏิบัติที่ เป็นมาตรฐานกลาง ซึ่งผู้ปฏิบัติต้องนำไปใช้ในคลินิก มีการ ทดลองใช้ และปรับให้เข้าใจง่ายและตรงกับบริบทของโรง พยาบาลมากที่สุด และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ จึงมีการประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ใช้ในองค์กรอย่างเป็นทางการ มีระบบนิเทศติดตาม เป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจโดยผู้บริหาร ในภาวะที่มีภาระงานและอัตรากำลังไม่เพียงพอ และผู้

เชี่ยวชาญ เป็นผู้ให้ความรู้ สนับสนุนการปฏิบัติ เป็นที่ ปรึกษา ประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใน ระยะที่ 3 นี้ผู้วิจัยได้ผลลัพธ์จากการนำระบบที่พัฒนาไปใช้ ดังนี้ 1) ความปวดของผู้ป่วยก่อนใช้ระบบการจัดการ ความปวดมีคะแนน 6.88 (ปวดมาก) หลังจากใช้ระบบการ จัดการความปวดมีคะแนนความปวด 1.26 (ปวดเล็กน้อย) 2) ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ญาติผู้ดูแล จำนวน 32 คน มีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.75 (SD= 0.18) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ทั้ง 32 คน (ร้อยละ 100) ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน มีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.71 (SD= 0.14) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ทั้ง 12 คน (ร้อยละ 100) และซึ่งค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติสูง กว่าเกณฑ์มาตรฐาน

บทสรุประบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะหลังดำเนินการ คือ มีการ ประเมินผลลัพธ์ โดยประเมินความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม พบว่าค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจเฉลี่ยของญาติ ผู้ดูแลและพยาบาลอยู่ในระดับมากกว่ามาตรฐาน

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ผู้วิจัย ประชุม เพื่อประเมินผลลัพธ์และสะท้อนปัญหา อุปสรรค จากการ สังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการ และผลการปฏิบัติงานตาม ที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้ง ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ จากการทํา กระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผล การปฏิบัติงาน ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

บทสรุป พบว่า โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติซึ่งเป็นองค์ ความรู้ใหม่ นวัตกรรมใหม่ทางการพยาบาล ที่ได้จากการทํา วิจัยในครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติของ พยาบาลในบทบาทที่เป็นอิสระและบทบาทไม่อิสระแต่ สามารถปฏิบัติร่วมกับ แพทย์ เภสัชกร ผู้ป่วยและญาติผู้ ดูแล โดยระบบนิเทศติดตามให้คำปรึกษา ยังพบโอกาส พัฒนาได้ เช่น การมีคลินิกด้านการจัดการความปวด และมี ผู้รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารจัดการความปวด สำหรับ ยา Strong opioid ยังไม่มีการใช้โดยแพร่หลาย ซึ่งปัญหา เหล่านี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวน และปรับปรุง



วางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

การอภิปรายผล

ระบบที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีจุดเด่น เนื่องจากการพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin)²⁰ ทั้งขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และ ประเมินสะท้อนกลับ โดยพบว่า สามารถนำสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้จริง และนำสู่ความสำเร็จในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลที่ดีขึ้น

การวิจัยเชิงปฏิบัติครั้งนี้ เป็นความพยายามในการหาความรู้เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ด้วยการนำความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ปฏิบัติจริงในบริบทของพื้นที่ รวมทั้งเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า ความรู้สามารถเกิดขึ้นจากความมุ่งมั่นร่วมใจที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกัน กระบวนการหาความรู้ใหม่ในลักษณะนี้ไม่จำเป็นต้องดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกเท่านั้น แต่สามารถสร้างกลไกเพื่อการสร้างความรู้ใหม่โดยผู้ปฏิบัติได้เอง โดยองค์ความรู้ใหม่ที่สร้างขึ้น เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นนวัตกรรมใหม่ทางการพยาบาล มีจุดเด่นและความแตกต่างจากมาตรฐานเดิมที่เคยปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติในการพัฒนาระบบดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹³⁻¹⁷

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้น มีผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และสมรรถนะที่พอเพียงของพยาบาล ส่งผลให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{17,18} นอกจากนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นทีมการดูแล ยังมีความพึงพอใจเฉลี่ยต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับสูงอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตามกรอบแนวคิดของ เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ทั้งขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล

และ ประเมินสะท้อนกลับ ในแต่ละขั้นตอนต้องได้รับความร่วมมือจาก แพทย์ พยาบาล เกษัชกร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และระบบการนิเทศติดตามโดยผู้บริหารและผู้ที่มีสมรรถนะในการจัดการความปวด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนา และสำหรับการพัฒนาระบบการจัดการความปวดในงานวิจัยนี้ ทดสอบในหน่วยงานอายุรกรรมและศัลยกรรม 12 หน่วยงาน เท่านั้น จึงเป็นโอกาสขยายการใช้นโยบายปฏิบัติไปในหน่วยงานที่เหลือครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจะสามารถเข้าถึงการบริการการให้คำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงในกรณีที่พบปัญหาที่จัดการไม่ได้ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงจิรภัทร วงศ์ชินศรี นางศิริลักษณ์ กุลละวณิชวิวัฒน์ นางสาวปัญญภากรณ์ ทรงสุนทรวงศ์ นางสาวรัชชิณา ทิศอากาศ ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ นพ.สมบูรณ์ ทศบรร พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053): 1659-1724.
2. Bureau of Policy and Strategy. Public Health Statistics A.D. 2015. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Thailand; 2016.
3. American Cancer Society-ACS. Cancer Facts & Figures 2014. [Database on the internet]. 2014. [cited 2017 October 31] Available from: <https://www.cancer.org>.
4. Bruera E, Hui D. Standards for palliative care programs, interventions, and outcomes: Not quite there yet. *The Journal of Supportive Oncology* 2011; 9(3): 95-96. Doi:10.1016/j.suponc.2011.03.002



5. Lanker VA, Velghe A, Hecke VA, Verbrugghe M, Noortgate VN, Grypdonck M, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patient's receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013; 47(1): 90-104.
6. Kim HS, Kim M, Lee SH. Symptom clusters in Korean patients with metastatic cancer undergoing palliative care chemotherapy. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2016; 18(4): 292-299. Doi: 10.1097/NJH.0000000000000240.
7. Hickok JT, Morrow GR, Roscoe JA, Mustian K, Okunieff P. Occurrence, severity, and longitudinal course of twelve common symptoms in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 2005; 30(5): 433-442.
8. Piamjariyakul U, Williams PD, Prapakorn S. Cancer therapy related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14(5): 387-394.
9. Dong ST, Butow PN, Costa DS, Lovell MR, Agar M. Symptom clusters in patients with advanced cancer: A systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management* 2014; 48(3): 411-450.
10. Higginson IJ, Murtagh FEM, Osborne TR. Epidemiology of Pain in Cancer. In: Hanna M., Zyllicz Z. (eds) *Cancer Pain*. London: Springer; 2013.
11. Apolone G, Corli O, Caraceni A, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the cancer pain outcome research study group. *Br J Cancer* 2009; 100: 1566-1574.
12. Santiago A, Porte AM, Luis R, Larumbe A, Urdioroz J, Martinez M, et al. A new palliative care consultation team at the oncology department of a university hospital: an assessment of initial efficiency and effectiveness. *Supportive Care* 2012; 20(9): 2199-2203.
13. Yennurajalingam S, Urbauer LD, Casper LKB, Reyes-Gibby C, Chacko R, Poulter V, Bruera E. Impact of palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011; 41(1): 885-924.
14. El-Jawahri A, Greer JA, Temel JS. Does palliative care improve outcomes for patients with incurable illness? A review of the evidence. *The Journal of Supportive Oncology* 2011; 9(3): 87-94.
15. Yothathai T. Self-management for pain control in Thai patients who have cervical cancer in a cancer hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(3): 123-132.
16. Wimolphon P, Kamwam P. Effectiveness of nursing practice guidelines for pain management in gastrointestinal cancer patients. *Nursing Journal* 2015; 40(1): 85-96.
17. Sayan P, Namvongprom A, Pakdevong N. Symptom management and outcomes of pain and dyspnea management in Buddhist monks' eith terminal care. *Journal of Nursing and Health Care* 2015; 33(1): 63-70.
18. Hongtrakul C, Namvongprom A, Rounsri W, Yongtrakul T. Effectiveness of palliative end of life care program in patients with advanced cancer and family in the surgical department, Nopparat Rajathanee Hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2015; 33(1): 71-79.
19. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล. เอกสารวิธีการปฏิบัติผู้ป่วยที่มีความปวด. ฉบับที่ 1 แก้ไขครั้งที่ 3. (เอกสารอัดสำเนา) 28 พฤศจิกายน 2557.
20. Stringer E. *Action Research* (2nd ed.) California : Sage; 1999.
21. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
22. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing research*. (5th ed.) New York: Springer Publishing Company; 2017.