

ท. 000131

ผลของการพยาบาล ต่อ การลด ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า
และความรู้สึกท้อแท้จากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

The Effects of Nursing Intervention on Fear, Anxiety, Depression,
and Pain Distress in Cancer Patients

โดย

นางสุพรรณีย์ สุ่มเล็ก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และกัลยศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีการศึกษา 2527

ออกนิตยสาร

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม. มหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และ

ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2527

.....
(นางสุพรรณีย์ สุ่มเล็ก)

ผู้เสนอ
.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หัสนา บุญทอง)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

(อาจารย์ สุทธิรัตน์ พิมพวงค์)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มนต์รี จุลสมัย) (รองศาสตราจารย์ ดร. วิเชียร ทวีลาภ)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการไต่ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และ
ความรู้สึกลึกซึ้งทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

โดย

นางสุพรรณิ สุ่มเล็ก

เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2527 เห็นสมควรอนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็น ส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง)

ประธานกรรมการ
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ)

กรรมการ
.....
(อาจารย์สุทธิดัน หิมพวงค์)

กรรมการ
.....
(นายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ)

กรรมการ
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มนต์รี จุลสมัย)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวสุพรรณีย์ สุ่มเล็ก

สถานที่เกิด จังหวัดเชียงใหม่

ประวัติการศึกษา ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนปิ่นสร้อยไขลาลัย จังหวัดเชียงใหม่
อนุปริญญาพยาบาลและอนามัย ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์
โรงเรียนพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่
ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประวัติการทำงาน อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เรื่อง : ผลของการพยาบาล ต่อ การลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้วิจัย : นางสาวพรณี สุ่มเล็ก

ระดับปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)

สาขา : การพยาบาลอายุรศาสตร์และฟัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

คณะ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ควบคุมการวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ
 อาจารย์สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์

วัน เดือน ปี : 27 ธันวาคม 2527

บทคัดย่อ

จุดประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และเข้ามาอยู่รับการรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และถูกสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย โดยคำนึงถึง เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค และลักษณะการแพร่กระจายที่เหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน รวมทั้งมีระดับของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าเหมือนกัน ตลอดจนมีขีดเริ่มของความเจ็บปวดต่างกันไม่เกิน ± 10 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้การพยาบาลตามคู่มือการพยาบาลที่สร้างขึ้น ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตาม

กิจวัตร ผู้วิจัยประเมินระดับความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมด จากความเจ็บปวด โดยใช้แบบสอบถามวัดความกลัว ความวิตกกังวล ของสปีลเบอร์เกอร์ แบบสอบถาม ความซึมเศร้าของเบค และมาตราวัดระดับความเจ็บปวดของจอห์นสัน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมดจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาลของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และของตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จำนวนโดยใช้การทดสอบที การหาความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมดจากความเจ็บปวด จำนวนโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การวิจัยปรากฏผลดังนี้ ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมดจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาลของกลุ่มทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) และในการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) นอกจากนี้ยังศึกษา พบอีกว่า ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมดจากความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กันสูงมากในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Thesis Title : The Effects of Nursing Intervention on Fear,
Anxiety, Depression, and Pain Distress in
Cancer Patients

Author : Mrs. Supanee Somlek

Degree : Master of Science (Nursing)

Department : Graduate student in Medical and Surgical
Nursing Faculty of Nursing

Faculty : Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

Advisors : Assistant Professor Dr. Tassana Boontong
Assistant Professor Pensri Rabieb
Suthiratana Pimpong

Date of Graduation : December 27, 1984

Abstract

The main purpose of this study was to compare the effects of two different nursing interventions on fear, anxiety, depression, and pain distress in cancer patients. It was also aimed to study the relationship between fear, anxiety and depression with pain distress level. Data were collected from 30 diagnosed cancer patients, who were admitted at National Cancer Institute. All subjects were purposive sampling and equally assigned into 2 groups : the experimental group and the control group, 15 patients in each group. The accepted characteristics of the subjects were sex, age, race, religion, marital status, occupation, economic status, type of cancer, stage of disease and metastatic region were similarly.

The level of fear, anxiety and depression were also the same and have pain threshold difference ± 10 millimetre Hg. The experimental group ; subjects received a planned nursing intervention whereas the control group ; subjects received routine care procedures. Tools used in assessing patient's fear, anxiety, depression and pain distress level included the fear, anxiety level of Spielberger, depression level of Beck and two pain component scales of Johnson.

Data were analyzed by using T-test and Pearson product-moment of correlation to test three hypothesis. The result showed that comparing the fear, anxiety, depression and pain distress level between pre and post nursing intervention in the experimental group, there were statistically significant difference ($p < .01$) whereas in the control group, there were no statistically significant difference. There were statistically significant differences of fear, anxiety, depression and pain distress level between the experimental group and the control group ($p < .01$). Furthermore, it was founded that there were statistically significance positive correlation between fear, anxiety and depression level with pain distress level ($p < .05$).

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ และ อาจารย์สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอ กราบขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไพรัช เทพมงคล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ สถาบันมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและขอเสนอแนะ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำ วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ สมชาย สมบูรณ์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และคุณประทอง รังคสิริ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ที่กรุณาอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในหอผู้ป่วยบำบัดมะเร็ง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และได้ ให้ความอนุเคราะห์ในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาลในสถาบัน ตลอดจนผู้ป่วยทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา และขอบคุณ พี่ น้อง เพื่อน ๆ ทุกคน และอาจารย์วันชัย สุ่มเล็ก ที่ได้ให้กำลังใจมาตลอด ขอขอบคุณ China Medical Board of New York ที่กรุณาเอื้อเฟื้อทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุพรรณิ สุ่มเล็ก

๕

สารบัญเนื้อหา

	หน้า
ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญเนื้อหา	ช
สารบัญรูปภาพ	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
สารบัญตาราง	ฎ
 บทที่ 1 บทนำ.....	 1
ความเป็นมา มูลเหตุจูงใจและความสำคัญของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	14
ขอบเขตของปัญหา.....	15
ขอบเขตของการวิจัย.....	15
สมมติฐานของการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	16
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	17
 บทที่ 2 เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	 18
มโนทัศน์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า....	18
ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง... มโนทัศน์ของความเจ็บปวด.....	42 69

ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.....	1100
ความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.....	117
บทบาทของพยาบาลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง..	124
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	138
ตัวอย่างประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	138
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	139
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	143
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล.....	144
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	153
ผลการวิจัย.....	153
การอภิปรายผล.....	166
บทที่ 5 สรุปการวิจัย และขอเสนอแนะ.....	179
สรุปการวิจัย.....	179
ขอเสนอแนะ.....	182
บรรณานุกรม.....	184
ภาคผนวก ก.....	201
ข.....	204
ค.....	230
ง.....	235

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่	หน้า
1 แสดงการส่งผ่านกระแสคลื่นความเจ็บปวด.....	75
2 แสดงระบบต่าง ๆ ของทฤษฎีควบคุมประค.....	77
3 แสดงผลของความไม่สมดุลระหว่างนิวโรโมดูลเลเตอร์ กับ นิวโรทรานสมิเตอร์.....	123

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงพลวัตรของประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.....	7
2	แสดงระดับต่าง ๆ ของความวิตกกังวล.....	27
3	แสดงองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อชีวิตเริ่มของความเจ็บปวด.....	82
4	สรุปปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเจ็บปวด.....	87
5	แสดงความสัมพันธ์ของมิติทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ของ ประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลูกลามหรือมีการกลับ เป็นซ้ำของโรค.....	175

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา.....	153
2	แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตาม อาชีพ รายได้.....	155
3	แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตาม สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา.....	156
4	แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตาม ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค.....	157
5	แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามระดับของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า.....	158
6	แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามขีดเริ่มของความเจ็บปวด ความรู้สึก เจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด.....	159
7	แสดงค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบคะแนนของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลง ไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง....	160
8	แสดงค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบคะแนนของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลง ไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของผู้ป่วยในกลุ่ม ควบคุม.....	161
9	แสดงค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความ เจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม.....	162

10	แสดงความสัมพันธ์ของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล กับความ ซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล กับความรู้สึกทุกข์ทรมานจาก ความเจ็บปวด และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความ เจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง.....	163
11	แสดงความสัมพันธ์ของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล กับความ ซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล กับความรู้สึกทุกข์ทรมานจาก ความเจ็บปวด และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความ เจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม.....	164
12	แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล กับความ ซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล กับ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจาก ความเจ็บปวด และความซึมเศร้า กับ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความ เจ็บปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม.....	165
13	แสดงคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าของตัวอย่างใน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังให้การพยาบาล.....	232
14	แสดงคะแนนความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความ เจ็บปวดของตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังให้ การพยาบาล.....	233

บทนำ

ความเป็นมา มูลเหตุจูงใจ และความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันมีความเชื่อว่า ความเจ็บปวดไม่ใช่ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากกายหรือจิตส่วนเดียว แต่เป็นประสบการณ์สลับซับซ้อน ที่เกี่ยวพันกันระหว่างร่างกายและจิตใจ ที่มีผลต่อทั้งตัวบุคคล^{1,2} ซึ่งความเกี่ยวพันระหว่างร่างกายและจิตใจนี้ บีชเชอร์ (Beecher)³ ได้แบ่งลักษณะความเจ็บปวดออกเป็นสองส่วนใหญ่ ๆ คือ ความเจ็บปวดภาคปฐมภูมิ (Primary component) คือ ความรู้สึกตั้งแต่แรกเริ่ม หรือความเจ็บปวดโดยตัวของมันเอง และความเจ็บปวดภาคทุติยภูมิ (Secondary component) คือ ปฏิกริยาทางจิตอารมณ์และความรู้สึกตอบโต้ต่อความเจ็บปวดนั้น ๆ เป็นส่วนของความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง ในลักษณะการเบี่ยงเบนนี้จะเน้นถึงความสำคัญของความเจ็บปวดภาคทุติยภูมิเป็น

¹ Joyce Travelbee, Interpersonal Aspects of Nursing, (Philadelphia : F.A. Davis Company, 1971), pp. 72-73.

² Joan Luckmann and Karen Creason Sorensen, Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach, (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1974), p. 547.

³ H.K. Beecher, "The Measurement of Pain," Pharmacological Review, 9, No. 1 (March, 1957), pp. 70-100.

อย่างยิ่ง โดยนัยที่ว่า ความเจ็บปวดที่แท้จริงนั้นมีความหมายน้อยมาก แต่ความรู้สึกและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญภาวะความเจ็บปวดนั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ระดับความเจ็บปวดในส่วนแรกมากขึ้นหรือน้อยลง หรือแทบไม่มีเลย บีแลนด์ และเพสซอส (Beland and Passos) ¹ กล่าวว่า ความรู้สึกเจ็บปวดนี้ เป็นประสบการณ์เฉพาะตัวที่ไม่มีใครอื่นนอกจากผู้ป่วยเท่านั้น จะทราบว่าความเจ็บปวดของเขามีมากน้อยเพียงใด หรือลักษณะความเจ็บปวดเป็นอย่างไร หรือความเจ็บปวดได้สร้างความทุกข์ทรมานให้เขามากน้อยเพียงใด

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ² เสนอว่า ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง เป็นปัญหาของเรื่องอาการปวดในร่างกายของมนุษย์ และเป็นอาการที่บังคับให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากเป็นอันดับสาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบอนิกา (Bonica) ³ ที่พบว่า ประมาณร้อยละ 60-80 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษากุเลาในโรงพยาบาล มีความเจ็บปวดรุนแรงมาก ความเจ็บปวดนี้มีได้เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากโรคมะเร็ง หรือเป็นผลสืบเนื่องจากการรักษาเท่านั้น แต่กลับพบว่าบ่อยครั้งมีความเกี่ยวพันกับอาการแสดงทางด้านจิตใจด้วย คือ จะรวมถึงปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่เกิดจากความวิตกกังวล ความเศร้า ความรู้สึกถูกลงโทษ ⁴

¹ Irene L. Beland and Joyce. Y. Passos, Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approach, (3 rd ed, New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1975), p. 271.

² จรัส สุวรรณเวลา และคณะ, "ความเจ็บปวด," รามาศิษย์เวชสาร, 4, ฉ. 3 (กรกฎาคม-ธันวาคม, 2523), หน้า 100.

³ John J. Bonica, "Cancer Pain : A Major National Health Problem," Cancer Nursing, 1, No. 4 (August, 1978), p. 313.

⁴ Ada K. Jacok and Ada G. Rogers, "The Nursing Management of Pain," Cancer Nursing, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1981), p. 384.

ความรู้สึกล้มเหลวหรือไร้ค่า ความว้าเหว่ ความโกรธ หรือความหวาดกลัวไว้อย่าง 1

เกรก และอะเบลอฟ (Creg and Abelof) 2 ได้ทำการศึกษาความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า จำนวนผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่มาเข้ารับการรักษาในสถาบันวิจัยมะเร็ง ที่มีอาการแสดงออกของความซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับปานกลาง จนถึงระดับสูง และประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีระดับของความวิตกกังวลสูงขึ้นจากที่เคยมี ทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยลง ซึ่งโรเซน (Rosen) ให้ความคิดเห็นว่า ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นตัวเร่งทำให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงผลของการควบคุมความเจ็บปวดที่ไร้ประสิทธิภาพ อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย มีความกดดันทางอารมณ์ และภาวะนี้เชื่อว่าเป็นสภาพที่เพิ่มขุม การอยู่รอดชีวิตของผู้ป่วยด้วย 3,4 การลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดีที่สุด

1

The National Cancer Institute, Questions and Answers About Pain Control : A Guide for People with Cancer and Their Families, (New York : The American Cancer Society, Inc., 1982), p. 4.

2

Jacob and Rogers, loc.cit.

3

A.W. Marcus and et.al., Pain : New Perspective in Measurement and Management, (Edinburg and London : Churchill Livingstone, 1977) p. 33.

4

Charles Seward and David Mattingly, Bedside Diagnosis, (11 th ed, Edinburgh : Churchill Livingstone, 1979), p. 6.

เจค็อบและสจวร์ต (Jacox and Stewart) ¹ ได้รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มมากขึ้นว่า มีสาเหตุมาจากความก้าวหน้าของโรค และสาเหตุที่ส่งเสริมทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงยิ่งขึ้นนั้น เกิดจากกลไกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหรือปัจจัยทางจิตใจ หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคนั้นขึ้นอยู่กับชนิด ระยะเวลา ลักษณะการแพร่กระจาย และกลไกการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ซึ่งเป็นผลจากมีการทำลายของกระดูก การอุดตันของอวัยวะภายในหรือหลอดเลือด การแพร่กระจายเซลล์มะเร็งไปตามผิวหนัง เนื้อเยื่อต่าง ๆ หรือไปกดทับเส้นประสาท การอักเสบจากการติดเชื้อ และการเกิดเนื้องอกของเนื้อเยื่อ นอกจากนี้ความเจ็บปวดอาจจะเป็นผลจากภายหลังผ่าตัด ภาวะข้อติดแข็งจากการไม่ได้เคลื่อนไหว หรือผลแทรกซ้อนจากยา ใดก็ได้ อาการท้องผูก หรือมีแผลในปาก เป็นต้น ส่วนความเจ็บปวดที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ เป็นความรู้สึกรู้สึกจากการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเป็นโรคมะเร็ง เช่น มีภาวะตึงเครียด อาการซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล ²

ความเจ็บปวดมักจะปรากฏในระยะสุดท้ายของโรค (Late stage) และพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นใหม่ภายหลังการรักษา (recurrence) หรือระยะที่มีการแพร่กระจายหรือลุกลามของมะเร็งแล้ว (Advanced stage) ซึ่งในระยะดังกล่าวนี้ผู้ป่วยมักจะมีภาวะวิกฤติการทางอารมณ์สูง ³ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นโรคที่จะทำให้

¹ Margaret Rankin, "The Progressive Pain of Cancer," Topics in Clinical Nursing, 2, No, 1 (April, 1980), p. 59.

² The National Cancer Institute, op.cit., p. 4.

³ Marylin Jane Dodd and Carolyn A. Livingston, "Pain and The Cancer Patient," Current Practice in Oncologic Nursing Vol I, edited by B.H. Peterson and C.J. Kellogg, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1976), p. 172.

ผู้ป่วยตาย ต้องสูญเสียภาพลักษณ์ของตนจากการผ่าตัด หรือจากการรักษาด้วยรังสีบำบัด เคมีบำบัด หรือมีความเชื่อเจตคติต่อโรคว่า ไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ และคาดการณ์หรือจินตนาการในมโนภาพว่า มะเร็งกำลังกระจายไปทั่วร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บปวด และในที่สุดอาจจะต้องตายอย่างทุกข์ทรมานด้วยความเจ็บปวด ^{1,2} อีฟลี (Evely) ³ กล่าวว่าสิ่งที่ผู้ป่วยทนไม่ได้ ไม่ใช่ความเจ็บปวด แต่เป็นความกลัวต่อความทุกข์ทรมาน การทนต่อความเจ็บปวดที่รุนแรง การสูญเสียที่มีขอบเขต ความกระหายอยากรู้ในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งเหล่านี้บุคคลสามารถทนทานได้ และสามารถอยู่กับความเจ็บปวดนี้ แต่ความกลัวต่อความทุกข์ทรมานในความเจ็บปวดที่ไม่มีขอบเขต เป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถจะทนได้

เบอร์น (Burns) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพลวัตรของประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งว่า ปัจจัยทางอารมณ์ต่าง ๆ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของโรค ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บปวด ความตึงเครียด

¹ G.P. Maguine and M.R.C., "The Psychological Impact of Cancer," Cancer Rehabilitation : An Introduction for Physiotherapists and The Allied Professions, edited by Patricia A. Downie, (London : Faber & Faber, 1978), p. 173.

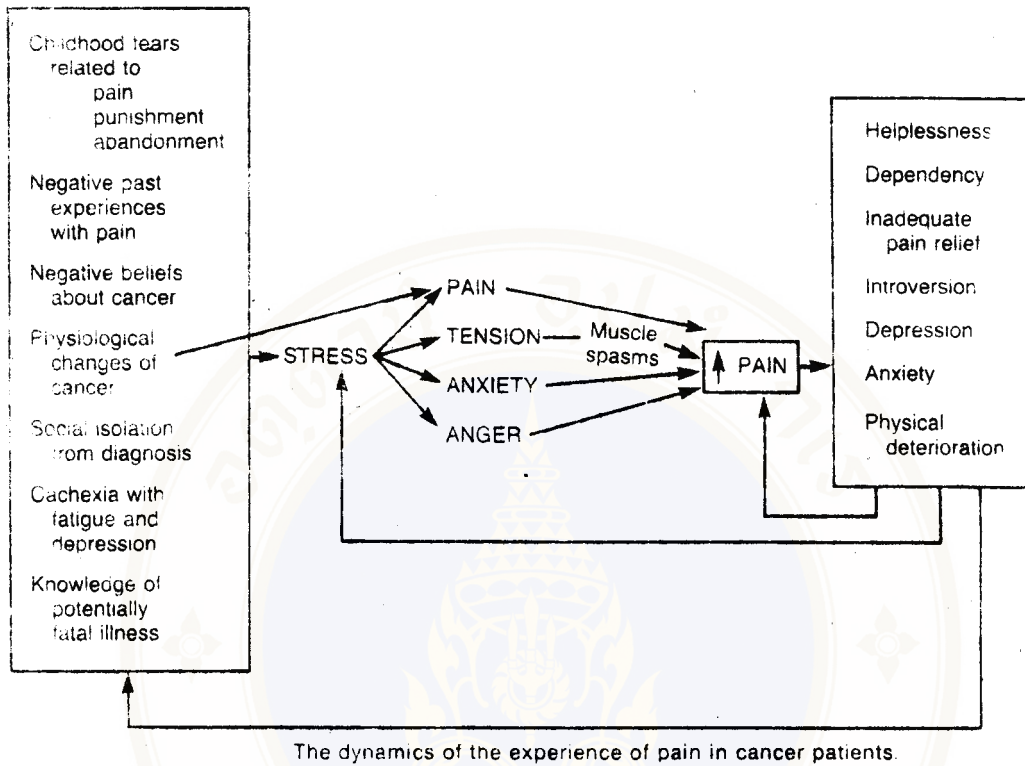
² Marilee Ivers Donovan and Sandra Girton Pierce, Cancer Care Nursing, (New York : Prentice-Hall Inc., 1976), p. 45.

³ Laurel Archer Copp, "The Spectrum of Suffering," American Journal of Nursing, 74, No. 3 (March, 1974), p. 492.

ทางด้านอารมณ์ วิตกกังวล และโกรธ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อมีอาการเกร็ง ช่วยส่งเสริมความเจ็บปวดที่มีอยู่ให้เพิ่มมากขึ้น ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นนี้ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาคนอื่น สนใจแต่ความคิด และความรู้สึกของตนเอง มากกว่าที่จะสนใจความคิด ความรู้สึกของบุคคลอื่น หรือภาวะแวดล้อม มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถจัดการความรู้สึกเจ็บปวดให้ลดลงได้ มีอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ เลวลง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาล ช่วยเหลือ ประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะยิ่งส่งเสริมให้ความเครียดและความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น เกิดเป็นวงจรต่อเนื่องกัน (Vicious cycle) ของความเครียด - ความเจ็บปวด - ความตึงเครียดทางด้านร่างกายและอารมณ์ ได้¹ (กึ่งแผนภูมิที่ 1)

1

Nancy Burns, Nursing and Cancer, (Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1982), pp. 217-218.



แผนภูมิที่ 1 แสดงพลวัตรของประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง¹

¹ Ibid.

ลักษณะความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จะเป็นแบบก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ
(Progressive pain) และเรื้อรัง (Chronic pain) เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้ง
ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้^{1,2}

ด้านร่างกาย กล้ามเนื้อจะมีความตึงตัวเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้
อาเจียน เบื่ออาหาร และพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายเมื่อยล้า และน้ำหนักลด พลังงานที่
จะใช้เผชิญกับความเจ็บปวดลดน้อยลง ดังนั้น ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว
โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่เจ็บปวด ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น กล้ามเนื้อ
อ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ ท้องผูก และกล้ามเนื้อหดเกร็ง เป็นต้น

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย รู้สึกทุกข์ทรมาน กลัวความตาย กลัวถูก
ทอดทิ้ง รู้สึกสูญเสียคุณค่าของตนเอง บ่อยครั้งที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการแสดงออกของความโกรธ
ไม่เป็นมิตร อารมณ์อ่อนไหว โกรธง่าย หรือพูดเพ้อเจ้อเกินความจริง เรียกร้องความสนใจ
บางคนมีแนวโน้มที่คิดจะฆ่าตัวตาย เพราะคิดว่าสถานการณ์ที่ตนประสบอยู่ แลถึงความหมดหวัง
และการที่จะต้องตายด้วยความทุกข์ทรมาน

ด้านสังคม ต้องขาดงาน หรือลาออกจากงาน มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ความ
รับผิดชอบต่อครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างญาติ มิตร ลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีสุขวิทยา
และความสะอาดของร่างกายลดลง

1

Ibid.

2

Rankin, op.cit., p. 62.

โดโนแวน และเพียร์ซ (Donovan and Pierce)¹ กล่าวว่า บุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะเป็นสิ่งที่ได้ที่ดีที่สุดในการจัดการความเจ็บปวด หรือทำให้บรรเทาลง ร่วมกับการประคับประคองทางด้านอารมณ์และจิตใจ คือ แพทย์ และพยาบาล และถ้าความคาดหวังต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ย่อมจะทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยรุนแรงยิ่งขึ้น² พยาบาลเป็นบุคคลที่มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา การให้ความสุขสบายและการบรรเทาความเจ็บปวดจึงเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของพยาบาล³ ซึ่ง แมคแคฟเฟอร์ และฮาร์ท (McCaffery and Hart)⁴ กล่าวว่า การบรรเทาความเจ็บปวดไม่ควรจะกระทำเพื่อเหตุผลทางด้านมนุษยธรรม และขวัญของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ควรจะช่วยให้สวัสดิภาพของผู้ป่วยทางด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจดีขึ้นด้วย

¹ Donovan and Pierce, op.cit., p. 60.

² Margo McCaffery, Nursing Management of The Patient with Pain, (2 nd.ed.; Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1979), pp. 5-7.

³ Barbara W. Narrow, Fundamentals of Nursing Practice, (New York : A Wiley Medical Publication, 1982), p. 543.

⁴ Margo McCaffery and Linda L. Hart, "Understanding of Acute Pain with Narcotics," American Journal of Nursing. 76, No. 10 (October, 1976), p. 1586.

อเล็กแซนเดอร์ และเบร์รี (Alexander and Bary)¹ กล่าวว่า เป็นสิ่งที่น่าเสียดายอย่างยิ่งที่การบำบัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งล้มเหลว เป็นเพราะพยาบาลให้ความสนใจแต่ด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น มากกว่าที่จะมองประสบการณ์ความเจ็บปวดที่แท้จริงของผู้ป่วยทั้งคน โดโนแวน (Donovan)² ให้ความคิดเห็นว่า องค์ประกอบที่ทำให้การบำบัดความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งล้มเหลว เกิดจากพยาบาลมีเจตคติดังนี้

1. ไม่เชื่อว่าผู้ป่วยมีอาการปวดจริง เมื่อไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพอย่างชัดเจน และตัดสินว่าผู้ป่วยเกลงทำ (malingering)
2. แสดงออกว่ารับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด และผลการรักษาความเจ็บปวดของผู้ป่วย ได้ดีกว่าตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งการบำบัดนั้นอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ ลดความเจ็บปวดก็ได้
3. มีความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาเท่านั้น ว่าเป็นเครื่องบ่งชี้ที่เที่ยงแทเณนอน (Valid indicators) ว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วยนั้นยังคงอยู่หรือไม่
4. ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยปวดจริง และสรุปว่าการที่ผู้ป่วยดูเวลา เพื่อขอยาหรือต้องการยาตามเวลาสม่ำเสมอ นั้น เป็นเพราะผู้ป่วยติดยา (addiction) โดยที่พยาบาลไม่ได้ประเมินและค้นหาความเจ็บปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น อาจจะเป็นเพราะจากการให้ยาต่อระยะเวลา และการออกฤทธิ์ของยาไม่สัมพันธ์กับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยมีอยู่ก็ได้

1

Linda Alexander and Jeannie Barry, "Nursing Management of The Oncology Patient in Pain," Dynamics of Oncology Nursing, edited by Pamela K. Burkhalter and Diana L. Donley, (New York : McGraw-Hill Book Co., 1978), p. 159.

2

Marilee Donovan, "Cancer Pain : You Can Help," Nursing Clinics of North America, 17, No. 4 (December, 1982), pp. 715-716.

เบอร์น¹ สัมภาษณ์ เหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด ไม่มีประสิทธิภาพ เพราะพยาบาลมักจะคำนึงถึงงานประจำ (Ward routine) มาเป็นอันดับแรก โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรรมากกว่าที่จะช่วยจัดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมาน และให้ความเชื่อถือเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดว่าสามารถช่วยจัดการความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยได้หมด ทำให้การตอบสนองของพยาบาลต่อผู้ป่วยไม่มีรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นการกระทำโดยอัตโนมัติ คือ ให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดตามเวลา ซึ่งบางครั้งยาแก้ปวดไม่ใช่จะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเสมอไป บัคเคอร์ริดจ์ และคณะ (Buckeridge and et.al)² กล่าวว่า ในขณะที่พยาบาลให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย มีน้อยรายที่จะพูดจาปลอบประโลม หรือให้กำลังใจผู้ป่วย ส่วนมากพยาบาลจะเห็นว่ายากี่เพียงพอแล้วสำหรับการลดความเจ็บปวด สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลมองข้ามภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยไป

จากข้อเขียนของ แคเซต (Cashatt)³ ซึ่งเป็นพยาบาลและป่วยด้วยโรคมะเร็ง ได้บรรยายเรื่องราวความเจ็บปวดในการผ่าตัดจำนวนถึง 6 ครั้ง ของตนเอง และได้สรุปความต้องการของตนเองขณะมีความเจ็บปวดว่า "ต้องการบุคคลที่แสดงให้ฉันรู้ว่าเขาสนใจดูแลฉัน บุคคลที่ใช้เวลาในการฟัง เทพย์ที่ตีความสนใจ และการมีครอบครัว และ

¹ Burns, op.cit., pp. 223-226.

² เอื้อมพร ทองกระจ่าง อ้างถึง บัคเคอร์ริดจ์และคณะ, "ความเจ็บปวดกับการพยาบาล", วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 4, ฉ. 3. (กรกฎาคม-กันยายน, 2524), หน้า 48.

³ Barbara Cashatt, "Pain : A Patient View," American Journal of Nursing, 72, No. 2 (February, 1972), p. 286.

เพื่อนอยู่ใกล้ชิด เมื่อฉันรู้สึกว่าการบุคลเหล่านั้น" การที่พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย รับฟังและยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย นอกจากจะทำให้ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าลดลงแล้ว ยังเป็นกุญแจ (Keeper of the keys) ที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้อย่างดียิ่ง ¹

เจค็ช และสจ๊วต ² ได้รายงานการศึกษาของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของหลอดลม ซึ่งปฏิเสธการปรึกษาหารือเกี่ยวกับความเจ็บปวด กับเจ้าหน้าที่และผู้อื่นไว้ว่า ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเขามีความรู้สึกว่าไม่มีใครสนใจในเรื่องความเจ็บปวดของเขาอย่างแท้จริง เจค็ชและสจ๊วต จึงได้เสนอแนะว่า ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกเจ็บปวดนั้น ขั้นแรกที่จะสร้างความประทับใจในการลดความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย คือ เจ้าหน้าที่ทางด้านการรักษาพยาบาลต้องแสดงออกถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วย เข้าใจผู้ป่วย ให้ความมั่นใจ ความสนใจแก่ผู้ป่วย ตลอดจนต้องแสดงออกถึงความพยายามที่จะช่วยลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยอย่างจริงจัง โดยการพยายามพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องความเจ็บปวด สอบถามถึงสาเหตุ รวมทั้งให้การแก้ไขหรือช่วยเหลือทันที เพราะถ้าหากผู้ให้การรักษายามองข้ามไป ความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะสูงขึ้น อันจะส่งผลถึงความอดทนต่อความเจ็บปวดให้ลดลงได้ ³

¹ Dorothy M. Kotch, "A Personal Experience with Pain,"

American Journal of Nursing, 59, No. 10 (October, 1959), p. 1434.

² McCaffery, op.cit., pp. 43-49.

³ Ibid., p. 3.

จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างตรงไปตรงมา กับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้น หากแต่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางอารมณ์ และด้านจิตสังคมอย่างลึกซึ้ง ดังนั้น การลดความรู้สึกเจ็บปวดจึงต้องประกอบด้วยสิ่งสำคัญอย่างน้อย 2 อย่าง คือ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทางกายบางส่วน และอีกส่วนหนึ่ง คือ การช่วยเหลือทางจิตใจหรืออารมณ์

เมคเคฟเฟอร์¹ ซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด กล่าวถึงแนวความคิดพื้นฐานทางทฤษฎีเกี่ยวกับวิธีการช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวดไว้ว่า¹

1. การที่จะช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องช่วยลดความวิตกกังวลให้กับบุคคลนั้นก่อน เพราะความรุนแรงของความรู้สึกเจ็บปวด จะผันแปรตามความวิตกกังวล และสภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคล

2. ปัจจัยทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า จะเพิ่มความเจ็บปวด และตัวความเจ็บปวดเอง จะไปเพิ่มความวิตกกังวล ความตึงเครียดทางอารมณ์เช่นกัน เกิดเป็นวงจรต่อเนื่องกัน ดังนั้น การลดความเจ็บปวดจะต้องทำทันที ก่อนที่ความรู้สึกเจ็บปวดจะรุนแรงมากยิ่งขึ้น

3. การป้องกันกระแสคลื่นความเจ็บปวดไม่ให้ผ่านไปสู่สมองระดับสูง ทำได้โดยอาศัยพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) จัดกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างที่ช่วยลด หรือควบคุมความเจ็บปวด ในระดับของการรับ การนำ การแปลความรู้สึก และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวด นอกจากนี้ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยนั้น การให้ข้อมูลที่แน่นอนเกี่ยวกับสาเหตุ และวิธีการควบคุมความรู้สึกเจ็บปวด หรือการลดความวิตกกังวล ความกดดันทางอารมณ์ของผู้ป่วย จะช่วยยับยั้งการส่งสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวด

1

Ibid., pp. 25-27.

ไม่ให้ไปสู่สมองส่วน คอร์เทกซ์ และธาลามัสได้เช่นกัน ดังนั้น การพยาบาลที่มุ่งเพื่อลดการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด (sensory input) และการลดความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับการเร้าทางอารมณ์ (cognitively and motivationally affective distress) ในระบบควบคุมส่วนกลาง จึงสามารถช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวดได้¹

ด้วยมูลเหตุสูงใจ และจากผลการศึกษาที่ได้อธิบายมาข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักว่าความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยมีความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ดังนั้น เมื่อมีอาการของความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะยิ่งมีความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดหรือการควบคุม หรือเผชิญต่อความเจ็บปวดลดลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ และต้องการที่จะศึกษาถึงผลของการให้การพยาบาลที่มีจุดประสงค์ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความสบายทางกายของร่างกายของผู้ป่วยว่า จะมีผลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้จริงหรือไม่

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีขั้นตอนจากผู้วิจัยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรจากพยาบาลประจำการ

1

Dorothy S. Siegle, "The Gate Control Theory," American Journal of Nursing, 74, No. 3 (March, 1974), p. 501.

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกทุกขุทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้ป่วยมะเร็งทุกคน ไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศ สถานการณ์สมรส การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจใด มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และซึมเศร้า
2. เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัย เพื่อวัด ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า มีความถูกต้อง แม่นยำเที่ยงตรง และเชื่อถือได้
3. วิธีการทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง สามารถออกซิดีเริ่มของความเจ็บปวดได้จริง
4. ความรู้สึกเจ็บปวดที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ตรงตามความเป็นจริง และเชื่อถือได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามาอยู่รับการรักษาในสถานมะเร็งแห่งชาติ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2527 จำนวน 30 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และมีการแสดงออกของความรู้สึกเจ็บปวด โดยไม่จำกัดอาชีพ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ลักษณะการแพร่กระจายของมะเร็ง และวิธีการรักษา

สมมติฐานของการวิจัย

1. การพยาบาลอย่างมีขั้นตอน จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกขุทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้

2. การพยาบาลอย่างมีขั้นตอน จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกขทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้มากกว่าการพยาบาลตามกิจวัตร

3. ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ ความรู้สึกทุกขทรมานจากความเจ็บปวด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อพิสูจน์ให้บุคลากรในวิชาชีพพยาบาลได้ตระหนักถึงบทบาท อันเป็นหน้าที่อิสระ ของพยาบาลในการช่วยลดหรือควบคุมความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วย
2. เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจมากยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางที่ถูกต้องสำหรับพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งที่มีความ เจ็บปวด
4. ช่วยดำรงศักดิ์ศรีและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถดำรงอยู่ซึ่ง ความสุขในชีวิตตามปกติ นานเท่าที่จะทำได้
5. ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจพร้อมที่จะเผชิญต่อความเจ็บปวดได้ด้วยตนเองในระยะ สิ้นสุดของชีวิต
6. เป็นแนวทางในการปรับปรุงด้านการเรียน การสอน เกี่ยวกับวิธีการให้การ พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
7. เพื่อนำผลของการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยประเด็นอื่น ๆ ที่สัมพันธ์ กันต่อไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การพยาบาลอย่างมีขั้นตอน หมายถึง การพยาบาลในขอบเขตของวิชาชีพ พยาบาล โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยเหลือทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ และความสุขสบายทางกาย ร่างกายของผู้ป่วย ตามขั้นตอน 3 ระยะ คือ (1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ (2) ระยะดำเนินการพยาบาลเพื่อสร้างความไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกและยอมรับในปัญหาของตนเอง รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดลดลง (3) ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

2. การพยาบาลตามกิจวัตร หมายถึง การที่พยาบาลประจำการปฏิบัติตามการพยาบาล ให้แก่ผู้ป่วยตามวิธีที่ปฏิบัติกันเป็นประจำของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3. ความกลัว ความวิตกกังวล หมายถึง ความไม่สบายใจ ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อ เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคาม อยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย หรือเกิดจากความนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตราย ซึ่งวัดได้จาก แบบส่ววัดความวิตกกังวล ชื่อ The State Trait Anxiety Inventory Test Form X-I ของสปีลเบอร์กเกอร์

4. ความซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เสียใจ เศร้าโศก ผิดหวัง หรือรู้สึกสูญเสีย หรือรู้สึกว่าโดดเดี่ยว พร้อม ๆ กับรู้สึกว่าตนเองมีค่าลดลง และหมดอาลัยในชีวิต ซึ่งวัดได้จาก แบบส่ววัดความซึมเศร้า ชื่อ The Beck Depression Inventory Test ของ เบค

5. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกทุกขเวทนาทางกาย จิตใจที่เกิดขึ้นรวมกับการได้รับสิ่งกระตุ้นเร้าที่เป็นผลทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือได้รับอันตราย ซึ่งวัดได้จากมาตรวัดระดับความรู้สึกเจ็บปวดของ จอห์นสัน

6. ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง และเป็นผู้ป่วยใน ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยได้ กำหนดไว้ใน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกกล่าวรายละเอียดออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

(1) มโนทัศน์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (2) ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง (3) มโนทัศน์ของความเจ็บปวด (4) ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (5) ความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และ (6) บทบาทของพยาบาลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

1. มโนทัศน์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า

ความกลัว

ความกลัวเป็นพฤติกรรมทางจิตที่ปกติของคนและสัตว์ทุกชนิด เพื่อใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียด¹ หรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เพื่อป้องกันตัวเอง (Self-protection) ต่ออันตราย หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ที่ผู้กลัวรู้ว่า

¹

J.R. Millensen and Julian C. Leslie, Principles of Behavioral Analysis, (2 nd ed ; New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1979), p. 468.

กลัวอะไรเน^{1,2} แล้วแก้ไขโดยการจัดสถานการณ์นั้น ด้วยวิธีการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง³ โรบินสัน (Robinson) กล่าวว่า การตอบสนองทางอารมณ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่น หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เขาเกิดความกลัว ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของบุคลิกภาพ ภูมิหลัง ขนบประเพณีวัฒนธรรม สถานภาพในชีวิต ประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเจ็บปวด การไร้ความสามารถ ความพิการ และความคิดคำนึงเกี่ยวกับความตาย⁴

ลออ หุตางกูร กล่าวว่า ความกลัวเริ่มปรากฏตั้งแต่เป็นทารก เมื่อได้รับสิ่งเร้าที่รุนแรงปัจจุบันทันด่วน หรือแปลกใหม่กว่าที่เคยได้รับ เช่น ความกระทบกระเทือน การตกลงจากที่สูง ความเจ็บปวด เสียงดัง ความมืด ฯลฯ เป็นต้น ความกลัวนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างมากจากการเรียนรู้ทางสังคม และเมื่อเติบโตขึ้น บุคคลจะรู้จักว่าत्मโนภาพของสิ่งที่น่ากลัว ได้แก่ กลัวเจ็บ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวต่อการคุกคามที่ขัดขวางความพึงพอใจในด้าน

¹ ลออ หุตางกูร, คู่มือจิตวิทยาเบื้องต้น, (พระนคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2508), หน้า 40-41.

² Virginia Henderson and Gladys Nite, Principles and Practices of Nursing, (6 th ed ; New York : Macmillan Publishing, 1978), p. 1617.

³ พรธพิทา รุจิพร, จิตวิทยาเบื้องต้น, (ขอนแก่น : ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2523), หน้า 103.

⁴ Alice M. Robinson, "Anxiety, Apprehension, and Fear," The Journal of Practical Nursing, 21, No 6. (June, 1971), p. 20.

ความต้องการจำเป็นทางสังคม เช่น กลัวเสียคุณสมบัติ กลัวเสียชื่อเสียง กลัวเสียเพื่อน กลัวเสียอิสรภาพ เป็นต้น¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจอร์ซิลด์ และโฮล์มส์ (Jersild and Holmes) ที่พบว่า เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 0 ถึง 71 เดือน จะมีความกลัวต่อปรากฏการณ์ทางกายภาพ และจะค่อย ๆ ลดลงหรือหายไป โดยมีจินตนาการของความกลัว (imaginary objects) เพิ่มขึ้น² ซึ่งอาจจะเป็นเพราะเคยมีประสบการณ์โดยตรง หรือได้จากการมีประสบการณ์ทางอ้อม ด้วยการได้รับคำบอกเล่าหรือการอ่านหนังสือ³

สภาพอารมณ์ที่เป็นความกลัว มีระดับต่าง ๆ กัน เช่น รู้สึกประหวั่นใจ (apprehension) กลัว (fear) ตระหนกตกใจอยู่ในสภาวะกับชนอย่างไม่คาดคิดมาก่อน (panic) กลัวแบบเขย่าขวัญ (terror) เป็นต้น⁴ ซึ่งการแสดงออกของความกลัวนั้น อาจจะเป็นโดยการพูดตรง ๆ ว่ากลัว หรือแสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงหลบหนีสิ่งที่กลัวนั้น ถ้าหลบหนีไม่ทันบุคคลก็จะแสดงอาการหลนลาน ตัวสั่น หรือเป็นลมหมดสติไป ในด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความรู้สึกกลัวจะแสดงออกมาในลักษณะของการหายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกอย่างรุนแรงจนบางครั้งมีอาการทางโรคหัวใจ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดตะคริวที่หน้าท้อง คลื่นไส้อาเจียน ท้องเดินอีกด้วย⁵

¹ ลอ อุตางกูร, เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน

² Millenson and Leslie, loc.cit.

^{3,4} พรหมทิพา รุจิพร, เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

⁵ ศิริพร จิรวัดกุล, ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตสำหรับครู, (ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2526), หน้า 52-53.

พระธิดา รุจิพร กล่าวว่า การขจัดความกลัวให้ลดน้อยลง หรือหายไป ทำได้โดยพยายามไม่ให้สิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของความกลัวนั้น หรือเกิดขึ้นน้อยลงถ้าสามารถควบคุมได้ หรือพยายามทำความเข้าใจกับสาเหตุของความกลัวนั้น หรืออาจใช้วิธีจัดประสบการณ์ไปแทนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว เป็นลำดับขึ้นไป (successive approximation) ¹

ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอด และเกิดต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต เป็นอารมณ์ที่มีความสลับซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งคุกคามตามการรับรู้ และแปลผลตามทัศนะของตนเองแล้วเกิดความรู้สึกไม่สบาย ไม่เป็นสุข มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ^{2,3} ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อบุคคลทั้งในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้ ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงมีผลต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย ความคิดและจิตใจ (body, mind and spirit) ⁴

¹ พระธิดา รุจิพร, "เรื่องเดิม"

² Doroles F. Saxton and Phyllis W. Haring, Care of Patients with Emotional Problems, (3 rd ed ; Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1979), p. 25.

³ Sharon L. Robert, Behavioral Concepts and Nursing Throughout The Life Span, (New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1978), p. 26.

⁴ Travelbee, op.cit., p. 191.

ฟรอยด์ (Freud) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นภาวะหนึ่ง
ของอารมณ์ เกิดจากกระบวนการของจิตใต้สำนึก ที่เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งในใจระหว่างการ
ตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือโนมติที่มีต่อตนเอง (ego) และสภาพความต้องการ
โดยธรรมชาติ (Id) ¹ ทำให้บุคคลรู้สึกหวาดหวั่น และตึงเครียด ซึ่งไม่สามารถกำหนดได้
แน่ชัดว่ามีสาเหตุจากสิ่งเร้าภายในที่เกิดจากอะไร ²

สมพร บุขราทิจ กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่า เป็นอารมณ์ เป็นความทุกข์ใจ
ซึ่งทนทานได้โดยยาก ที่ทำหน้าที่คอยเตือนอีโก้ (ego) ให้ทราบเมื่อจิตใจเสียสมดุล
เหมือนอาการที่เป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงความผิดปกติทางกาย ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงมีทั้งคุณ
และโทษ ³ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของมานี (Mani) ที่ว่า ความวิตกกังวลมีลักษณะ
คล้ายกับอาการเจ็บปวด คือ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล และเป็นสัญญาณเตือนป้องกันอันตราย
ขณะเดียวกันความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวดที่รุนแรงหรือผิดปกติย่อมนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยได้ ⁴

¹ Graeme C. Rouchani, "Understanding Anxiety," Nursing Mirror, 148, No. 10. (March 9, 1978), p. 25.

² Suzanne Sayle Jimmerson, "Anxiety," Comprehensive Psychiatric Nursing, edited by Judith Haber and et.al. (2 nd ed, New York : McGraw-Hill Book Company, 1982), p. 435.

³ สมพร บุขราทิจ, จิตบำบัด : แบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์, (กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525), หน้า 13.

⁴ A. Mani, "The Role of The Nursing in Alleviating Anxiety in Hospitalized Patients," The Nursing Journal of India, 70, No. 5 (May, 79), p. 119.

สมศรี เชื้อหิรัญ ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเป็นอันตรายต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเอง อาจเกิดขึ้นติดต่อกันไป หรือเกิดเป็นครั้งคราวก็ได้ เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น วิตกกังวล และกระสับกระส่าย พบได้เสมอในคนปกติ หรือเมื่อเกิดความไม่สบายใจ ซึ่งประสบความผิดหวัง มีความขัดแย้งภายในจิตใจ มีความคับข้องใจ หรือมีความรู้สึกผิด¹

เบอร์เกส (Burgess) ออลชลู และซิมสัน (Altshul and Simpson) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นภาวะที่มีความกดดัน ทำให้รู้สึกถึงความตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น รู้สึกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น และเกิดมีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย^{2,3}

ลีฟ (Lief) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่เลื่อนลอย ว้าวุ่น หวาดหวั่น ไม่มีความสุข ติดตามด้วยอาการไม่สบายทางร่างกาย เช่น แขนขาออก ใจสั่น เหงื่อแตก ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับ ตัวบุคคล ความนึกคิด จากภายในตนเอง (Subjective danger) และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น

¹ สมศรี เชื้อหิรัญ, คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น : การพยาบาลจิตเวช, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2519), หน้า 55.

² Ann Wolbert Burgess, Psychiatric Nursing in The Hospital and The Community, (3 rd ed ; New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1981), p. 30.

³ Annie Altschul and Ruth Simpson, Psychiatric Nursing, (London : Bailliere Tindal, 1977), pp. 327-328.

⁴ Gail Wiscarz Stuart and Sandra J. Sundeen, Principles and Practice of Psychiatric Nursing, (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1979), p. 74.

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเพราะ
 กระทบต่อการความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดขึ้นจากสิ่งที่มาข่มขู่
 ความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มาข่มขู่ขึ้น อาจมีจริง หรืออาจเกิดจากความคิด หรือการ
 ทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลจะเป็นผลให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการ
 ของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอีกด้วย ¹

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ลักษณะสำคัญของความวิตกกังวล
 มีดังนี้ ²

1. ความรู้สึกไร้ค่า (Sense of helplessness)
2. ความรู้สึกเหงาๆ แยกไกล รู้สึกถูกแยกออกจากความเคยชิน
 (Sense of isolation)
3. ความรู้สึกว่า สวัสดิภาพถูกคุกคาม (Sense of security :
 threat to identity) เช่น การคิดคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีความเจ็บปวด หรือมีอันตราย
 ขัดขวางรบกวนต่อการดำเนินไปสู่เป้าหมาย

การเกิดความวิตกกังวล อาจแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน โดยสรุปคือ ³

1. มีสิ่งคุกคามต่อความนึกคิดของตนเอง เช่น คิดว่าตนเองจะต้องได้รับ
 อันตราย จะต้องได้รับความเจ็บปวด

¹ Charles D. Spielberger, Anxiety and Behavior, (New York :
 Academic Press, 1966), p. 11.

^{2,3} ศิริพร จีรวัดน์กุล, เรื่องเดิม, หน้า 42-44.

2. เกิดความวิตกกังวลในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น
 - 2.1 ตื่นตัว เตรียมพร้อม ในการรับรู้สิ่งที่มากระตุ้น
 - 2.2 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบสรีรภาพ
 - 2.3 เกิดพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลนั้น
3. พฤติกรรมที่เกิดขึ้น อาจจะออกมาในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งอาจจะเกิดความวิตกกังวลได้สำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ได้

สาเหตุของความวิตกกังวล

เชื่อกันว่าสาเหตุของความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบันของบุคคลนั้น และไม่ได้เกิดมาจากสาเหตุเพียงสาเหตุเดียว แต่เกิดมาจากหลายสาเหตุรวมกัน จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ไวส์ และอิงลิช (Weiss and English) กล่าวว่า สาเหตุสามอย่างที่ส่งของความวิตกกังวล ได้แก่ ความกลัวอันตรายต่อร่างกาย และกลัวการสูญเสียของรัก¹ ส่วน เมเรเนส และเทลเลอร์ (Mereness and Taylor) ได้แสดงความคิดเห็นว่า ความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ สถานการณ์ที่มีการคุกคามต่อเอกลักษณ์ของบุคคล (individual's identity) หรือ คุกคามต่อการนับถือตนเอง (self-esteem) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นใจ ความวิตกกังวลนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองจะมีอันตราย เมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถแยกจากความกลัวได้ แต่ไม่เหมือนกับความกลัว เป็นความรู้สึกที่คลุมเครือ หวาดหวั่น และหงุดหงิด

¹ ลอ อุตางกูร อ้างถึง ไวส์ และอิงลิช, อนามยจิต, (เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2519), หน้า 11.

ความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดประสาทและร่างกายตื่นตัว และปฏิกิริยาของระบบประสาทอัตโนมัติเตรียมพร้อมที่จะสู้หรือหนี (fight or flight) ¹

สทวท และ ซันดีน (Stuart and Sundeen) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นผลเนื่องมาจากบุคคลนั้นได้รับการคุกคามต่อศักดิ์ศรีและความเป็นบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นผลต่อเนื่องกับการกลัวว่าจะถูกล่วงโทษ และกลัวว่าจะไม่ได้รับการยอมรับ กลัวว่าจะไม่ได้รับความรัก กลัวการสิ้นสุดสัมพันธภาพ กลัวจะถูกแยกตัว พลัดพราก หรือกลัวจะสูญเสียหน้าที่ ²

นอกจากนี้ความวิตกกังวล อาจมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ (Frustration) ความรู้สึกขัดแย้งในใจ (Conflict) ความเครียด (Stress) ความไม่แน่ใจ (Uncertainty) ความรู้สึกผิด (Guilt) หรือจากการที่ความปรารถนา หรือแรงขับไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นต้น ³

จากความคิดเห็นดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า องค์ประกอบสำคัญก่อให้เกิดความวิตกกังวล มี 3 ประการ คือ ⁴

¹ Dorothy A. Mereness and Cecelia Monat Taylor, Essentials of Psychiatric Nursing, (10 th ed ; Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1978) p. 63.

² Stuart and Sundeen, op.cit., p. 75.

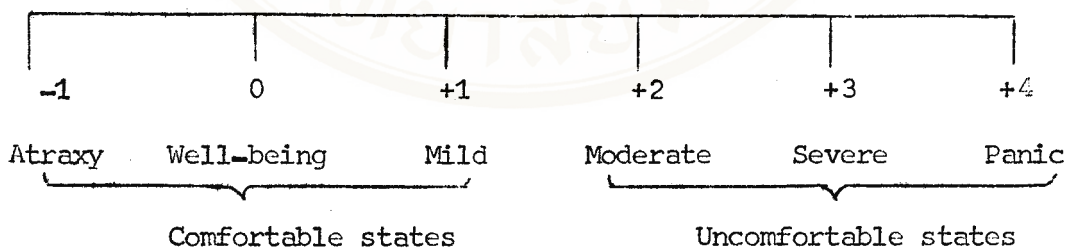
³ Luckmann and Sorensen, op.cit., p. 111.

⁴ Melvin Gray, Neuroses : A Comprehensive and Critical View, (New York : Van Nostrand Company, 1978), p. 81.

1. สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น (ideas) มโนทัศน์ (concepts) ค่านิยม (values) หรือระบบของความคิดเห็น (systems of thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ ทั้งต่อสิ่งภายนอก และภายในตนเอง เมื่อเกิดการคุกคาม หรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ก็ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้
2. การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) คือ การประเมิน หรือการคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล
3. ความไม่แน่นอน (Uncertainty) คือ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้และไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการคุกคาม มีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งนั้น มีความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ ระดับความวิตกกังวลมีตั้งแต่ต้นตัวเล็กน้อย จนถึงภาวะที่ตื่นกลัวมากที่สุด มี 6 ระดับ คือ ¹ (ดังแผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 แสดงระดับต่าง ๆ ของความวิตกกังวล

¹ สุวีย์ ตันติพัฒนานันท์, การพยาบาลจิตเวช, (กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2522), หน้า 123-125.

1. Atraxy (-1) เป็นระดับที่ปราศจากความวิตกกังวล หรือมีน้อยมาก จนไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ ถือว่าไม่ปกติ พบได้ในคนที่ได้รับความตกใจทันทีทันใด (Psychological shock) แล้วเจ็บเฉยไปเลย อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยากล่อมประสาทในขนาดมาก ผู้ที่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ส หรือรู้สึกตัวบ้างเล็กน้อย

2. Well being (0) เป็นระดับปกติ พบได้ทั่วไป เป็นระดับที่เกิดความรู้สึกสบายได้พักผ่อนเกิดขึ้น เมื่อได้รับประสบการณ์ที่พอใจ มีความวิตกกังวลบ้าง แต่ก็สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันสมควร

3. Mild anxiety (+1) เป็นการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ และปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ได้ มีการสังเกต รับฟัง และเข้าใจได้มากขึ้น เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนา และสร้างสรรค์

4. Moderate anxiety (+2) เกิดขณะเผชิญสถานการณ์ที่ไม่สบายใจมากขึ้น ทำให้การรับรู้แบบลง มีแรงผลักดันมากขึ้น อาจมีการปรับตัวแบบสู้หรือหนี

5. Severe anxiety (+3) เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ การรับรู้จะแบบมาก ไม่สามารถเข้าใจความจริงที่เกิดขึ้น (reality distort) มีความกระวนกระวาย (restless) รู้สึกกลัวเพิ่มขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงหวัดไหว (labile)

6. Panic (+4) ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มักกลัว โกรธ หรือเศร้าสุดขีด ระยะนี้บุคคลใกล้ชิดจะได้รับความเดือดร้อนไปด้วย

การวัดระดับความวิตกกังวลในแต่ละบุคคล ทำได้โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง (self-report questionnaire) หรือ สังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (observe overt behavior) เช่น มีอาการไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ กลัวภัยอันตราย เบื่ออาหาร ผื่นร้าย เป็นต้น และ/หรือ การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากอาการที่แสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น มีความตึงของกล้ามเนื้อ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก (โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า) ม่านตาขยาย ชีพจรเต้นเร็ว

ปัสสาวะบ่อย หงุดหงิด เป็นต้น^{1,2}

ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลในเชิงจิตวิทยา แบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลอย่างปกติ (Normal anxiety) เป็นความวิตกกังวล ความกระวนกระวายใจ ที่มีเหตุผลสมควรกับภาวะคุกคามจากสถานการณ์ หรืออันตรายที่กำลังเผชิญอยู่ ช่วยให้เกิดภาวะตื่นตัว ปรับตัว และประกอบกิจกรรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล (Trait anxiety) มักจะเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป ทุกสถานการณ์ จะมีความเข้มในระดับต่ำ แต่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) บุคคลที่มีความวิตกกังวลประเภทนี้ จะมีความวิตกกังวลโดยที่ไม่รู้ตัว³
3. ความวิตกกังวลเฉพาะสถานการณ์ (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละคนในบางสถานการณ์เท่านั้น ความเข้มของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้า ความวิตกกังวลประเภทนี้จะมีค่าความเข้มสูง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะคงอยู่ในช่วงเวลาอันสั้น ผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบนี้มาก คือ ผู้ที่มีความดีของความ

¹ Travelbee, loc. cit.

² Stuart and Sundeen, op.cit., pp. 80-81.

³ ชุมชื่น สมประเสริฐ, "ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ แผนกวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526) (อัคราเนหา), หน้า 37-38.

วิตกกังวลในสถานการณ์ต่าง ๆ มาก และระดับของความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล (Trait anxiety) ด้วย กล่าวคือ คนที่มีความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่สูง ย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ต่าง ๆ ไ้มาก และมีความเข้มในระดับสูงด้วย ¹

4. ความวิตกกังวลที่พบร่วม หรือเป็นผลมาจากโรคอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคจิตชนิด ซึมเศร้า หรือโรคทางกายอื่น ๆ ²

ผลของความวิตกกังวล

ในขณะที่ร่างกายเกิดความวิตกกังวลขึ้นนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. ผลของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ^{3,4}

พบว่า มีกลไกการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา โดยที่แรงกระตุ้นจากตัวรับสิ่งเร้าจะเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง และไขสันหลัง ผ่านธาตุลัมบ์

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

² เจริญ สมวงษ์ศิริ, การใช้ยารักษาความวิตกกังวล, (กรุงเทพฯ : สาริกาการพิมพ์, 2523), หน้า 5.

³ สุวินัย ตันติพัฒนานันท์, เรื่องเดิม, หน้า 125-128.

⁴ Saxton and Haring, op.cit., pp. 28-29.

(Thalamus) และฮัยโปธาลามัส (Hypothalamus) ไปยังซีรีบรัม (Cerebrum cortex) ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าและกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic hormone) เพื่อช่วยให้ร่างกายต้านทานต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ฮัยโปธาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ จะถูกกระตุ้นจากซีรีบรัมให้ส่งแรงกระตุ้นต่อไปยังอะดรีนัล เมดัลลา (adrenal medulla) ให้หลั่งสารอีพิเนฟริน (epinephrine) ซึ่งมีผลต่อร่างกายให้มีการตอบสนองในทางที่จะสู้หรือหนี

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ขณะเกิดความวิตกกังวล ส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจจิตใจ ประกอบด้วยระบบซิมพาเธติก และพาราซิมพาเธติก (Sympathetic and Parasympathetic Nervous System) ทั้ง 2 ระบบนี้ทำงานตรงกันข้าม ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายอยู่ในสภาพสมดุลย์ ถึงแม้ว่าทั้ง 2 ระบบนี้จะเกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ ระบบซิมพาเธติกจะมีบทบาทมากกว่าในระดับความวิตกกังวลเล็กน้อยและปานกลาง แต่ถ้ามี่ระดับความวิตกกังวลสูงและรุนแรงแล้วระบบพาราซิมพาเธติกจะมีบทบาทมากกว่า

2. ผลการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ พบว่ามีความเครียดทางจิตใจ ซึ่งได้แก่¹

2.1 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และบุคลิกภาพ เช่น การถอยตัวหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไวภายใน และกลายเป็นอาการเศร้า (Depression) มีพฤติกรรมถดถอย (Regression)

¹ สุวณีย์ ตันติพัฒมานันท์, เรื่องเดิม, หน้า 128-130.

2.2 มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์แบบเปิดเผย (Overt behavior) ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาซวนะทะเลาะ ท่าทางกระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง แบบ ซ่อนเร้น (Covert behavior) ได้แก่ ความรู้สึกขุ่นเคือง รู้สึกไม่เป็นมิตร

2.3 การรับรู้ลดลง และจะเพ่งไปยังจุดสนใจเท่านั้น

2.4 สูญเสียระดับความรู้สึก ความจำ และสมาธิ โดยที่ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้มีส่วนโดยตรงกับสถานการณ์ที่ถูกคุกคามเลย

2.5 มีความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ สับสน กลัว ตัดสินใจไม่ได้ เบื่ออาหาร ความรู้สึกทางเพศลดลง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย¹

จากการศึกษาของซุง (Zung) ได้ประมวลวรรณคดีของโคลัม (Kolb) ลีฟ (Lief) พอร์ทนอย (Portnoy) และ วิลเลอร์ และคณะ (Wheeler and et.al) แล้วอธิบายสรุปอาการสำคัญของความวิตกกังวลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ไว้ดังนี้²

1. อาการแสดงทางอารมณ์ (Affective symptoms) ได้แก่ ความรู้สึก กังวลใจ หนักใจ เกรงกลัว หวาดหวั่น ไม่สบายใจ หงุดหงิด กระวนกระวาย สะอึก ตกลาง่าย ความคิดแตกแยก ตึงเครียด จิตใจไม่สงบ และรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ค่ำคิด ถึงภัยอันตราย กลัวตาย

¹ สุพัฒน์นา เกษชาติวงศ์ และคณะ, ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520), หน้า 466.

² William W.K. Zung, "A Rating Instrument For Anxiety Disorders," Psychosomatics, 12, No. 6 (November-December, 1971), pp. 371-372.

000131

i 11321660
33



2. อาการแสดงทางกาย (Somatic symptoms) เกิดอาการตามระบบ
อวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว ปวดกล้ามเนื้อ
เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายบางส่วนเกิดความเจ็บปวด

2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการหัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดัน
โลหิตเพิ่ม เจ็บหน้าอก ชีพจรเต้นเร็ว เส้นเลือดบริเวณมือและเท้าหดตัว ทำให้มือเท้าซีดและ
เย็น

2.3 ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจลึกและถี่ผิดปกติ มีความ
รู้สึกเหมือนจะเป็นลม เวียนศีรษะ อึดอึดบริเวณหน้าอก

2.4. ระบบทางเดินอาหาร มีอาการแสบท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน
บางรายท้องเดิน บางรายท้องผูก เบื่ออาหาร บางรายรับประทานอาหารมากขึ้น

2.5 ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ถ่ายปัสสาวะบ่อย ความสามารถทาง
เพศลดลง ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ

2.6 ระบบผิวหนัง มีอาการหน้าแดง หรือหน้าซีด รู้สึกร้อน มือเท้า หรือ
เย็น เหงื่อออกมาก

2.7 ระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการเหนื่อยง่าย สมาธิไม่ดี ความคิด
มึนงง การรับรู้บกพร่อง นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท ความจำลดลง

ปฏิกิริยาตอบโต้ต่อความวิตกกังวล

เมื่อเกิดความวิตกกังวล จะมีปฏิกิริยาต่อความวิตกกังวลเป็น 2 ทาง คือ
ทางจิตสำนึก และจิตใต้สำนึก ทางจิตสำนึกบุคคลจะลดความวิตกกังวลโดยการหาเหตุผลมา
แก้ความวิตกกังวลนั้น ๆ เพื่อให้ตนเองสบายใจ (Rationalization) แต่การลด
ความวิตกกังวลทางจิตสำนึกนั้น ความกังวลใจอาจจะยังไม่หมดไป และจะผันแปรออกไปทาง
จิตใต้สำนึก โดยออกมาในรูปแบบของการใช้กลไกการป้องกันทางจิต (Defense -

mechanisms) ที่แตกต่างกันไป¹ กลไกนี้จะไม่ช่วยแก้ปัญหา แต่จะช่วยจำกัดความวิตกกังวลทางจิตสำนึก หรือช่วยทำให้คนน้อยลงจนถึงจุดที่พอจะทนได้ เพื่อคงสภาพ หรือป้องกันความเป็นตัวเอง (ego or self) ไว้มิให้เปลี่ยนแปลง²

ลักแมน และซอเรนเซน (Luckmann and Sorensen) กล่าวถึง กระบวนการการปรับตัวของจิตใจ เมื่อมีความวิตกกังวลว่ามี 3 ระยะ คือ³

- ระยะที่ 1 ระยะเตือน เมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะการณ์ที่คับข้องใจ จะมีปฏิกิริยาตื่นตัว แสดงออกในรูปของพฤติกรรมต่อสู้ ก้าวร้าว หนี หรือวิตกกังวล
- ระยะที่ 2 ระยะต่อต้าน บุคคลจะใช้กลไกการป้องกันทางจิต เป็นทางออก เพื่อทดแทนการแก้ปัญหาโดยตรง และผ่อนคลายความวิตกกังวล
- ระยะที่ 3 ระยะหมดกำลัง เป็นระยะที่บุคคลใช้กลไกการป้องกันทางจิตที่ไม่เหมาะสมหรือปรับตัวไม่ได้ผล ทำให้จิตหมดกำลัง (exhausted) เป็นสาเหตุเบื้องต้นที่นำไปสู่การเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

¹ วิจารณ์ วิชัยยะ, คู่มือทางการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา, (พิมพ์ครั้งที่ 2 ; กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ, 2523), หน้า 19.

² Stuart and Sundeen, op.cit., p. 79.

³ Luckmann and Sorensen, op.cit., p. 113.

กลไกการป้องกันทางจิตที่ใช้อยู่เมื่อมีความวิตกกังวล คือ การไม่ยอมรับ (denial) การเก็บกดความคิด และความรู้สึก (repression) การโยนความผิดให้ผู้อื่น (projection) การทำสิ่งที่ตรงกันข้ามกับความต้องการ (reaction formation) ใช้อุบัติกรรมถดถอย (regression) การใช้ความรู้ เหตุผล (intellectualization) การพยายามแก้ไขสลับปลัดขันธ์ (impulse) ที่ไม่สมควร ด้วยการกระทำอย่างอื่นที่มีลักษณะตรงข้าม (undoing) การถ่ายเทความรู้สึกจากต้นเหตุไปสู่ผู้อื่น (displacement) การลอกเลียนแบบอัตโนมิติ (identification) และการหาสิ่งทดแทน (sublimation) ^{1,2}

ความซึมเศร้า

ความซึมเศร้าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ที่เกิดจากความผิดหวัง ล้มเหลว หรือการสูญเสีย ซึ่งการสูญเสียนั้นอาจเกิดในชีวิตจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในจินตภาพก็ได้ ³ อาจเป็นอารมณ์เศร้าธรรมดา (sadness) ที่ทุกคนประสบเป็นครั้งคราว หรืออารมณ์เศร้าหมองแท้ ๆ ("blue" mood) ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในความผิดปกติอื่น ๆ

¹ สมภพ เรืองตระกูล, คู่มือจิตเวชศาสตร์, (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2524), หน้า 277-280.

² ศิริพร จิรวัดกุล, เรื่องเดิม, หน้า 46.

³ สมศรี เชื้อหิรัญ, เรื่องเดิม, หน้า 84.

ทั้งทางร่างกายและจิตใจ^{1,2} อาการของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ไดรวรรวมเอาความคิด ความรู้สึก การตอบสนองทางร่างกาย และการแสดงออกที่จำเพาะ ซึ่งเป็นแกนกลางของลักษณะ กลุ่มอาการเศร้าที่เกิดจากความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (self-esteem) รู้สึกเศร้าโศก เสียใจ เป็นทุกข์ หมกหมอง ไร้คุณค่า การทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และหน้าที่ทางสังคม ที่ลดน้อยลง³

พยอม อิงคตานุวัฒน์ ได้ให้คำจำกัดความของความซึมเศร้าว่า เป็นภาวะผิดปกติ ทางอารมณ์ โดยมีอาการซึมเศร้า หมกหมอง โศกเศร้า พรหม ๆ กับรู้สึกว่าตัวเองมีค่าน้อยลง⁴ ส่วน จำลอง ดิษะวนิช ได้ให้ความหมายของความซึมเศร้าว่า เป็นอารมณ์เสียใจ เศร้าโศก ผิดหวัง หดอาลัยในชีวิต (normal grief and mourning) จะผิดปกติก็ต่อเมื่ออารมณ์เช่นนี้ เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน และไม่สมส่วนกับการสูญเสียที่ผู้ป่วยประสบ⁵

¹ Sylvia Jasmin and Louis N. Trygstad, Behavioral Concepts and The Nursing Process, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1979), p. 123.

² Ardis R. Swanson, "Depression," Comprehensive Psychiatric Nursing, edited by Judith Haber and et.al (2 nd ed., New York : McGraw-Hill book Co., 1982), p. 534.

³ Jasmin and Trygstad, loc.cit.

⁴ พยอม อิงคตานุวัฒน์, กัมมจิตเวช, (กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราชมหิตล, 2525), หน้า 83.

⁵ จำลอง ดิษะวนิช, จิตเวชศาสตร์, (พิมพ์ครั้งที่ 2, เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์, 2522), หน้า 95.

วิจารณ์ วิชัยยะ กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์ มีลักษณะใจเหี่ยวแห้ง เสียความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาการที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ เบื่อหน่าย อ่อนเพลีย ขาดความสนใจ สมาธิเสีย และมีความไม่สบายทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ใจเต้นใจสั่น ร้อนช้ำตามร่างกาย เป็นต้น ¹

ส่วนนี้ย่ ตันติพัฒนานันท์ ให้ความหมายของความซึมเศร้าว่า คือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย การมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของความเศร้านั้นแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดกำลังใจตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง ²

ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า นั้น มักจะเป็นคนประเภทที่อาย หวั่นไหวง่าย วิตกกังวลง่ายด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก่อนข้างจะเป็นคนที่ระมัดระวังตนเองมากเกินไป (self-conscious) เป็นคนพิถีพิถันมาก (perfectionism) และขาดความชื่นชมในตนเอง (self-depreciate) ³ เบค (Beck) ⁴ กล่าวว่า ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้า มักจะคิดว่าตนเองไม่มีค่า มองทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตเป็นความล้มเหลว และชีวิตในอนาคตเต็มไปด้วยความยุ่งยาก บุคคลเหล่านี้มักจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครชอบ ไม่มีใครยกย่อง ผลของการ

¹วิจารณ์ วิชัยยะ, เรื่องเดิม, หน้า 98.

²ส่วนนี้ย่ ตันติพัฒนานันท์, เรื่องเดิม, หน้า 151.

³เรื่องเดียวกัน, หน้า 152.

⁴Frances Manet Carter, Psychosocial Nursing : Theory and Practice in Hospital and Community Mental Health, (2 nd ed ; New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1976), p. 257.

ที่ไม่มีความชื่นชอบในตนเองนี้ ทำให้บุคคลแสดงความเป็นมิตรต่อตนเอง ก้าวร้าวต่อตนเอง และถ้ามีอาการซึมเศร้ามาก ๆ มักจะทำร้ายและทำลายตนเอง

จากการศึกษาของเลนซ์ (Lenz) พบว่า พฤติกรรมที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าบุคคลมีอารมณ์เศร้า คือ การมีอารมณ์เศร้าซึม (mood) ถูกกดให้ต่ำลง และไม่สามารถแสดงความรู้สึกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เกิดความไม่สบายใจเป็นประจำเหมือนภาวะย้ำคิด และไม่สามารถแสดงความรู้สึกอย่างปกติได้ ลักษณะดังกล่าวนี้จะเป็นรากฐานและแกนกลางของอารมณ์เศร้า¹ การแสดงออกของอารมณ์ซึมเศร้าจะต้องมีลักษณะอย่างน้อยมากกว่าครึ่งหนึ่งของอาการดังต่อไปนี้^{2,3,4}

1. มีอารมณ์เศร้า เสียใจ หงอยเหงา ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมกหมุ่น
2. มีท่าทางเหนื่อยหน่าย ไม่มีแรง เมื่อยล้า มีการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ
3. ขาดความสนใจและความพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถจะหาความสุขในชีวิตประจำวันได้

¹ วิจารณ์ วิชัยยะ, อ้างถึงเลนซ์, เรื่องเดิม, หน้า 94-95.

² เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

³ สุวณีย์ ศันติพัฒน์นันท์, เรื่องเดิม, หน้า 153-154.

⁴

Marion E. Kalkman and Anne J. Davis, New Dimensions in Mental Health Psychiatric Nursing, (5 th ed, New York : McGraw-Hill Book Co., 1980), p. 266.

4. รู้สึกว่าตนเองทำผิด ทำบาป หรือทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องไม่ควร มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายสำหรับผู้อื่น
5. มีนิสัยในการนอนเปลี่ยนไป เช่น นอนไม่หลับ
6. เบื่ออาหารและผอมลงมาก
7. เสียสมาธิ ขาดพลังใจ แก้ปัญหาไม่ตก
8. รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง
9. วุ่นวาย ตึงเครียด หงุดหงิด หรือร้องไห้
10. มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง หรือพยายามทำลายตนเอง

วิจารณ์ วิชัยยะ ได้สรุปลักษณะสำคัญของอารมณ์ซึมเศร้าว่ามี 4 ประการ คือ (1) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง (2) ขาดความสนใจทั้งร่างกายและสิ่งแวดล้อม แม้แต่งงานอภิเษกก็ไม่สนใจ (3) ความต้องการทางเพศลดลง และ (4) เบื่ออาหาร¹ อาการซึมเศร้านี้จะมีมากหรือน้อย แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ประสบการณ์ในวัยเด็ก ความอดทนต่อความยากลำบากในการดำเนินชีวิตและสภาพจิตใจขณะนั้น²

บุคคลที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า ระดับที่ไม่รุนแรง (Mild depression) จะแสดงออกด้วยการมีอารมณ์อ่อนไหว ร้องไห้ง่าย แม้มีเรื่องกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย มองสิ่งรอบข้างในแง่ร้าย ถ้าซึมเศร้ามากขึ้น (Moderate depression) อาจจะแสดงออกในรูปของการหมดหวัง หมดอาลัยในชีวิต แยกตัว ในบางคนอาจจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งที่บ้านและที่ทำงานได้ กระสับกระส่ายอยู่ไม่ติดที่ มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ เช่น บิดมือ

¹ วิจารณ์ วิชัยยะ, เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน

² สมภพ เรื่องตระกูล, เรื่องเดิม, หน้า 27.

ทำร้ายตนเอง ผู้ที่มีพฤติกรรมซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) มักจะนอนไม่หลับ ไม่มีความอยากรับประทานอาหาร หมดความรู้สึกทางเพศ ท้องอืด บางคนรู้สึกว้าวนเองมีความผิด ต้องได้รับการลงโทษ ซึ่งอาจเป็นที่มาของความคิดฆ่าตัวตายได้¹

สาเหตุของความซึมเศร้า

เชื่อกันว่าการสูญเสีย (Loss) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งการสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในจินตภาพ (Real of fantasy) ก็ได้ มักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก และที่พึ่ง สูญเสียความมั่นคง ปลอดภัย หรือความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เช่น สูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกาย ที่มีส่วนทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (self image) เสียไป นอกจากนี้อารมณ์ซึมเศร้า ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การงานอย่างทันที การขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัวและสังคม การย้ายที่อยู่ใหม่ หรือการเปลี่ยนวัยเข้าสู่วัยชราภาพ เป็นต้น²

บางครั้ง ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อาจไม่มีเหตุการณ์ใด ๆ ที่เป็นสาเหตุ นำ ซึ่งอธิบายได้ว่า อาจมีการสูญเสียหรือขาดความไม่ไว้วางใจในตนเอง และผู้อื่น ตั้งแต่ในวัยเด็ก หรือในอดีตที่ผ่านมา และบุคคลผู้นั้นมีการแสดงออก หรือระบายภาวะความรู้สึกดังกล่าวออกมา ไม่สมบูรณ์ เก็บความรู้สึกไม่พึงพอใจตนเองไว้ และปรากฏอาการของความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายสำหรับผู้อื่นให้เห็นในภายหลังได้ และเมื่อมีการขัดแย้งกันของสัญชาตญาณความ

¹ ศิริพร จิรวัดกุล, เรื่องเดิม, หน้า 53-54.

² สุวนีย์ ตันติพัฒนานันท์, เรื่องเดิม, หน้า 151-152.

ต้องการ (instintual wishes) และแรงผลักดัน (drives) จะทำให้เกิดความรู้สึก
 ลังเล ไม่แนใจ (ambivalence) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความรัก และความ
 เกียติ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น เมื่อไม่สามารถแสดงความรู้สึกเช่นนี้ต่อผู้อื่นได้
 จะหันความรู้สึกไม่เป็นมิตรหรือความก้าวร้าวนั้นกลับเข้าสู่ภายในตนเอง (aggression
 turned inward) มองดูโลกรอบตัวในแง่ลบไปหมด รู้สึกว่าทุกอย่างไม่สดใส ไม่รื่นรมย์
 ผลที่ติดตามมา คือ เกิดภาวะซึมเศร้า^{1,2}

ผลของความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์
 ดังต่อไปนี้³

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ที่สำคัญคือ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร
 น้ำหนักลด ท้องผูก และความรู้สึกทางเพศลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่สำคัญได้แก่ ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย

ความวิตกกังวล และอาการหลงผิด ประสาทหลอน

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ที่สำคัญได้แก่ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ รู้สึกว่าไม่มีค่า
 รู้สึกมีความผิด อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย และพบว่ามีอาการกลัว ความวิตกกังวล รวมด้วย
 ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า คือ จะกลัวและกังวลไปต่าง ๆ เช่น กลัวว่า
 ทำไม่เป็นเช่นนั้น เช่นนี้ กลัวจะไม่หาย ฯลฯ ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียน
 อยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน

² Jasmin and Trygstad, op.cit., pp. 124-125.

³ สมภพ เรื่องตระกูล, "ความซึมเศร้า," สารศิริราช, 25, ฉ. 9 (กันยายน, 2516), หน้า 1510-1517.

2. ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง

ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (emotional reactions) ซึ่งมักจะพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งเกือบจะทุกราย และนับเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดปัญหาหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการรักษาโรคอย่างมากมายพอ ๆ กับการรักษาตัวมะเร็งเอง¹ ในปัจจุบันมีเอกสารจากการศึกษามากมายที่ชี้บ่งว่า โรคมะเร็งเป็นสถานการณ์ของความเครียดที่ทำให้ปรากฏปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ๆ ของความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ และความรู้สึกผิด² ซึ่งการแสดงออกของอารมณ์เหล่านี้ เป็นความรู้สึกตอบสนองที่เกิดขึ้นเพื่อตอบโต้ต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านสรีรวิทยา และด้านจิตสังคม ที่เนื่องมาจากความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับการเป็นมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดจากกระบวนการของโรค หรือเป็นผลจากการรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับอันตราย และคุณภาพชีวิตของตนเองลดลง³

¹ พวงทอง ไกรพิบูลย์, "อารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง," วารสารโรคมะเร็ง, ปีที่ 4, ฉ. 3 - 4 และปีที่ 5, ฉ. 1-2 (กรกฎาคม 2521 - มิถุนายน 2522), หน้า 167.

² Carol L. Miller and Verginia E. Richardson, "Assisting The Psychosocial Problems of Cancer Patients : A review of current research," International Journal of Nursing studies. 13, No. 3 (March, 1976), p. 162.

³ Burns, op.cit., p. 216.

เพค (Peck) ได้ศึกษาวิจัยอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทั้งนี้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะทางอารมณ์แสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เป็นส่วนมาก และมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากพอสมควรที่คิดว่า การเป็นโรคนี้อาจเกิดเพราะบาปกรรม อันอาจเกิดจากการกระทำของตนเอง ของพ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง ทำให้มีอาการหงุดหงิด และแสดงออกโดยความรู้สึกโกรธต่อทุก ๆ คน รอบข้างตนเอง¹ จากการศึกษาของ นิภา ชูติฉัตรชัย เกี่ยวกับปัญหาจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 100 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกวิตกกังวล กลัว เศร้า เสียใจต่อการเป็นโรคมะเร็ง และต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของตนเองมาก² ส่วน กนกรัตน์ สุธะตุงคะ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และ 0.1 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ว่าจะมีอายุ เพศ สถานการณ์สมรส การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจใด จะมีความวิตกกังวล และความซึมเศร้าไม่ต่างกัน³

¹ A. Peck, "Emotional Reactions to Having Cancer," American Journal of Roentgenology, 114, No 3 (March, 1972), pp. 591-599.

² นิภา ชูติฉัตรชัย, "ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก," (วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2522) (อัครสำเนา), บทคัดย่อ.

³ กนกรัตน์ สุธะตุงคะ, "สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง," (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524) (อัครสำเนา), บทคัดย่อ

ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เหล่านี้ พบได้ในทุกระยะของการเป็นมะเร็ง ตั้งแต่ระหว่าง (1) รอคารวินิจฉัยโรค (2) ระยะทราบผลการวินิจฉัยโรค (3) ระยะระหว่างการรักษา และ (4) ระยะสุดท้ายของชีวิต แต่ความรุนแรงและการแสดงออกทางอารมณ์ จะแตกต่างกันไปตามระยะของโรค และลักษณะเฉพาะ (unique) ของแต่ละบุคคล ที่จะให้ความหมาย หรือความสำคัญของการเป็นมะเร็งว่า เป็นปัญหาต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ^{1,2} วทสัน (Watson) กล่าวว่า ปัจจัยทางอารมณ์และจิตสังคม มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้แต่ละบุคคลยอมรับหรือปรับตัวในแต่ละระยะของประสบการณ์การเป็นมะเร็ง ด้วยวิธีการเผชิญ แก้ไขปัญหา (coping) หรือใช้กลไกการป้องกันทางจิตต่าง ๆ (defense mechanism) ควบคุมความรู้สึกกลัว วิตกกังวล อึดอัดไม่สบายใจของตน ต่อสถานการณ์ที่ถูกคุกคามนั้น ในวิถีทางเกี่ยวกับที่ผู้ป่วยได้คิดต่อ ตัวเอง (self) การวินิจฉัยโรค การรักษา และต่อชีวิตในอนาคต ³

¹ Lisa Begg Marino and Judith A. Kooser, "The Psychological Care of Cancer Clients and Their Families : Period of High risk," Cancer Nursing, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1981), p. 56.

² Anayis Derdarian, "Psychosocial Variables in Cancer Management : Considerations for Nursing Practice," Concept of Oncology, edited by Donna L. Vredevoe and et.al. (Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc., 1981), p. 38.

³ Pamela Gaherin Watson, "Psychosocial Aspects of The Cancer Experience," The Canadian Nurse, 74, No. 7 (July-August, 1978), p. 45.

พวงทอง ไกรพิบูลย์ ได้กล่าวสรุปสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่สำคัญและน่าจะเป็นไปได้ว่า มี 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ ¹

1. เกิดจากภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยเอง อันอาจเนื่องมาจากความไม่เข้าใจในเรื่องของโรคมะเร็งอย่างถูกต้อง และสาเหตุที่พบได้บ่อยกว่าคือ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ขาดความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย
2. เกิดจากมีพยาธิสภาพในสมอง อันอาจเกิดจากภาวะที่เรียกว่า เมตาบอลิกเอนเซฟาโลพาทีส์ (Metabolic encephalopathies) หรือภาวะการกระจายของโรคไปสู่สมอง (Brain Metastasis)

ความกลัวในผู้ป่วยมะเร็ง

ปัจจุบัน แนวทางการทางการแพทย์และเทคโนโลยีในการต่อต้านต่อโรคมะเร็งจะมีความก้าวหน้ามากขึ้นก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถขจัดความหวาดกลัวที่มีอยู่ในจิตใจของทุกคนออกไปได้เลย ^{2,3} เฮลีย์ (Healy) กล่าวสนับสนุนว่า แนวการควบคุมโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นและมีการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยมะเร็งไว้ได้ จำนวนเพิ่มขึ้นมาเป็นเวลากว่าหนึ่งในสี่ของศตวรรษแล้วก็ตาม ประชาชนทั่วไปยังคงมีเจตคติและความเชื่อในทางลบต่อการเป็นโรคมะเร็งว่าไม่สามารถจะเอาชนะหรือรักษาให้หายขาด เจตคติและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบันทึกและถูกกล่าวขวัญไว้มากที่สุดคือ ความกลัวต่อความตาย กลัวการถูกแยก การถูกทอดทิ้ง ความว้าเหว ความพิการ ทุพพลภาพ ความเป็นบุคคลไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ความไม่เป็นอิสระ ความเจ็บปวด การเสียรูปร่างหรือภาพลักษณ์ และกลัวต่อความไม่สุขสบายอย่างมากมายอันเป็นผลจากการรักษา เป็นต้น ⁴

¹ พวงทอง ไกรพิบูลย์, เรื่องเดิม, หน้า 172.

²

Jean Rogers, "Living with Cancer," Nursing Mirror, 154, No. 37. (September, 1982), p. 39.

^{3,4}

Derdarian, op.cit., p. 37.

เบอร์น กล่าวว่า ความกลัวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง สามารถกำหนดและบอกสาเหตุได้อย่างแน่ชัด ผู้ป่วยมักจะเกิดความกลัวในสิ่งที่ตนเอง "ไม่รู้" กลัวความเจ็บปวด ความตาย การถูกทอดทิ้ง ความไม่เป็นอิสระ และการกลับเป็นใหม่ของมะเร็ง บางครั้งการแสดงออกของความกลัวจะไม่ปรากฏให้เห็น แต่จะเกิดขึ้นทางอ้อม เช่น กลัวว่าจะไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการความมั่นใจ และคำอธิบายถึงวิธีการต่าง ๆ ที่เชื่อได้ว่าความเจ็บปวดนั้นสามารถขจัดหรือบรรเทาได้ ¹

แหล่งกำเนิดของความกลัวอาจมาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง หรือหลาย ๆ สาเหตุก็ได้ เช่น การที่ผู้ป่วยตระหนักว่าเป็นโรคเรื้อรัง สถานภาพของตนเปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาทางการเงิน การวินิจฉัยโรคของแพทย์ การรักษา ความเป็นอยู่ในอนาคต และกระบวนการของความตาย ² ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเข้าใจ การรับรู้ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ ³

1. บุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วย (ภาวะปกติของบุคคล ค่านิยม ความขัดแย้งในใจ และความสามารถในการเผชิญกับปัญหา)
2. มโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง
3. ความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย
4. การเปรียบเทียบประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เคยมีมาก่อน กับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของการเป็นมะเร็ง

¹ Burns, op.cit., p. 282.

² Jones and et.al., op.cit., p. 180.

³ Donovan and Pierce, op.cit., p. 4.

5. ปฏิกริยาตอบโต้จากกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญและมีความหมาย
6. การยอมรับต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นผลจากการเป็นโรคมะเร็ง

ความรู้สึกกลัวที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ กลัวความตาย กลัวในสิ่งที่ตนเอง "ไม่รู้" และกลัวว่าภาพลักษณ์จะเปลี่ยนไป ¹

การกลัวความตาย (Fear of death) เป็นความจริงที่น่าจะเป็นไปได้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมชาวตะวันตก เหตุผลประการแรกคือ การดำเนินชีวิตของสังคมชาวตะวันตก หมายถึง การดำรงชีพในขณะที่เขายังอยู่ในวัยหนุ่มหรือวัยกลางคน ดังนั้นการเป็นมะเร็งในวัยนี้ย่อมหมายความว่าความวุ่นวายในการดำเนินชีวิตของเขาจะต้องสิ้นสุดลง เหตุผลประการที่สอง ความกลัวความตายจึงเกิดขึ้น เพราะผู้ป่วยมีความกลัวการทางการแพทย์ ให้ความสำคัญต่อการรักษา เพื่อให้หายขาดหรือไม่ให้เกิดความล้มเหลวทางวิชาชีพเท่านั้น โดยไม่ใส่ใจต่อความรู้สึกหมดหวังและความล้มเหลวในชีวิตของผู้ป่วยเลย เหตุผลประการสุดท้าย ที่ทำให้ความกลัวความตายเพิ่มมากขึ้น คือ การตายที่โรงพยาบาล เป็นประสบการณ์ความตายที่ไม่ใช่ปกติธรรมดา ไม่ได้อยู่ในครอบครัวและสังคม สิ่งแวดล้อมที่เคยอยู่ ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว คิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับกระบวนการของการตายที่ไม่ดี และไม่เป็นความจริงมากกว่าจะคำนึงถึงความตายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่ตายอย่างปกติในบ้าน ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่เคยชิน ทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวต่อกระบวนการของความตายน้อยกว่า ²

¹

Graceann Ehlke, "The Psychological Aspects of Cancer," Dynamics of Oncologic Nursing, edited by Pamela K. Burkhalter and Diana L. Donley (New York : McGraw-Hill Book Co., 1978), p. 213.

²

Ibid., pp. 212-213.

เบอร์น กล่าวว่า การอธิบายถึงความจริงของกระบวนการตายและวิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่นทางใจ และลดความกลัว พร้อมทั้งจะเผชิญกับความตายได้อย่างมั่นใจ ¹

เอลคี (Ehlke) ให้ความสำคัญเห็นว่า พยาบาลไม่ควรจะให้คำมั่นสัญญาในบางสิ่งบางอย่างแก่ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าไปไม่ได้ และหลังจากที่ได้ช่วยเหลือ โดยอธิบายความจริงให้ผู้ป่วยทราบแล้ว พยาบาลควรจะถามเหตุผลของผู้ป่วยว่า ทำไมผู้ป่วยจึงคิดว่าตนเองกำลังจะตาย เพราะบ่อยครั้งที่พบว่า ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย คือ ความรู้สึกกับจิตใจจากความเจ็บปวดหรืออาการคลื่นไส้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบนหรือพูดถึงความตายบ่อยครั้ง ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรจะตอบพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อค้นหาว่าผู้ป่วยให้ความหมายของความเจ็บปวดที่มีอยู่นั้นอย่างไร และประสิทธิผลของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นอย่างไร เป็นต้น แล้วให้กำลังใจ สนับสนุน ช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ตรงจุดประสงค์ ²

การกลัวในสิ่งที่ตนเองไม่รู้ (Fear of unknown) เป็นความกลัวที่พบได้บ่อยและสามัญที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง ³ เพราะการรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายในชีวิตรต้องเปลี่ยนแปลงไปและจบลงในทันทีทันใด ต้องเผชิญกับสิ่งที่ตนเองไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ไม่มีทิศทางเกิดความหวาดวิตก ไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และอย่างไร ความกลัวชนิดนี้มักจะปรากฏแก่ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระหว่างการตรวจรักษาเพื่อวินิจฉัยโรคหรือกำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดต่าง ๆ ความไม่รู้ และความไม่แน่ใจต่อผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา

¹ Burns, loc.cit.

² Ehlke, op.cit., p. 215.

³ Nathan Schnaper, "Psychosocial Aspects," Medical Clinics North of America, 61, No. 5 (September, 1977), p. 1148.

ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัว สิ้นหวัง กังวล ลังเล จนบางครั้งถึงกับปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะกลัวว่าความตายใกล้จะมาถึงแล้ว กลัวว่าจะไม่ได้รับการยอมรับ หรือต้องถูกแยกออกจากสังคม กลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าเหว สิ้นเสียความมีคุณค่าของตนเอง และหมดหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะคับข้องใจและซึมเศร้าตามมาได้^{1,2} วิธีการช่วยเหลือที่ดีที่สุด คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกในขณะนั้น และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ให้อำลังใจ พร้อมกับช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้คิดว่าเขาจะต้องทำหรือปรับตัวอย่างไร ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้ง โดยการเอาใจใส่และจัดให้มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตรที่สำคัญของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ³

การกลัวว่าภาพลักษณ์ตนเองจะเปลี่ยนไป (Fear of altered body image) ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองกำลังจะสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือรูปร่างที่ปรากฏ⁴ จากการที่ผู้ป่วยระลึกอยู่เสมอว่าร่างกายของตนเองกำลังถูกคุกคามเรื่อย ๆ จากบางสิ่งบางอย่างที่มองไม่เห็น ไม่สามารถควบคุมได้ และรู้ได้เลยว่าสิ่งนั้นคืออะไร เบิร์น กล่าวไว้ว่า โรคมะเร็งมิใช่เพียงแต่จะทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงเท่านั้น แต่ยังเปลี่ยนความคิดที่จะควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายอีกด้วย อีกประการหนึ่ง การรักษาด้วยวิธีบำบัดต่าง ๆ อาจทำให้เกิดความรู้สึกในทางลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ผ่าตัด หนีบวผม หรือผิวหนังเปลี่ยนแปลงไป ฯลฯ ซึ่งเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะยอมรับต่อภาวะนี้ได้เช่นกัน แสดงให้เห็นว่า ภาพลักษณ์ของร่างกายมีความ

¹ Ehlke, loc. cit.

² Watson, op.cit., pp. 46-47.

³ Burns, op.cit., pp. 282-283.

⁴ Ehlke, op.cit., p. 212.

เกี่ยวข้องกับอย่างมากกับภาพพจน์ของตนเอง ผู้ป่วยอาจจะมองการเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่าเป็น สิ่งที่ไม่สามารถจะยอมรับได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง (Colostomy) ไม่สามารถจะยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ เพราะมีความรู้สึก ว่าเป็นสิ่งที่สกปรกและไม่ดี หรือผู้ป่วยมะเร็งของศีรษะและคอ ซึ่งมีรูปร่างเปลี่ยนไปจากปกติ มีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ตนเองและสังคมรังเกียจ กลัวการถูกแยกจากสังคม (social isolation) และกลัวการถูกบีบคั้นทางอาชีพ (vocational treat) ทำให้ผู้ป่วย ยอมรับและปรับตัวได้ยาก ¹ ชะแนพเพอร์ (Schnaper) ได้เสนอว่า โรคมะเร็งทำให้ มีอุปนิสัยของการสูญเสียภาพลักษณ์ตนเองสูงมาก ซึ่งอาจจะเป็นความสูญเสียที่เกิดขึ้นเพียง ชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและเชื่อว่าอาจจะต้องสูญเสียส่วนที่มีค่าของ ร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของร่างกายไป เมื่อมีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น ²

เจ. เคราวส์ และ เฮช. เคราวส์ (J. Krouse and H. Krouse)

ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับความรู้สึกซึมเศร้า และการที่ภาพลักษณ์ตนเองเปลี่ยนไป รวมทั้งช่วงระยะเวลาของภาวะวิกฤติที่มีอยู่ในขณะที่ได้รับการตรวจ เพื่อการวินิจฉัยโรคและ การรักษของผู้ป่วยหญิง 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยมะเร็งของเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชิ้นเนื้อของเต้านม โดยทำการศึกษาคิดตามผลเป็นระยะเวลา 20 เดือน ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดชิ้นเนื้อของเต้านม และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเต้านมออกเท่านั้นที่สามารถปรับตัวและผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้ ส่วนผู้ป่วยมะเร็ง

¹ Burns, op.cit., pp. 283-284.

² Schnaper, op.cit., p. 1149.

ของอวัยวะสัมพันธ์ยังคงมีความรู้สึกซึมเศร้า และรู้สึกว่าภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง แม้ว่าจะผ่านพ้นระยะของการรักษาด้วยการผ่าตัดมา 20 เดือนแล้วก็ตาม ¹

ซัทเทอร์แลนด์ (Sutherland) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ หรือปรับตัวได้นั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีต่ออวัยวะที่เขาสูญเสียไปว่ามีความสำคัญต่อเขามากน้อยเพียงใด ² ผู้ป่วยบางคนให้ความสำคัญกับเต้านม หรือเส้นผม หรือใบหน้า ว่าเป็นคุณสมบัติประจำตัวที่สำคัญยิ่ง ดังนั้น เมื่อจะต้องสูญเสียเต้านม หรือเส้นผม หรือมีรอยตำหนิ (Stigma) ที่ใบหน้า จากผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือเคมีบำบัด หรือรังสีบำบัด ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกท้อแท้ชีวิตถูกทำลาย มีกระบวนการของความโหม่นสัส และคร่ำครวญเกิดขึ้น ³ ปฏิกิริยาของการมีโหม่นสัสที่แสดงออก ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเศร้าเสียใจ ความรู้สึกผิด และความโกรธ บางคนอาจจะมีความรู้สึกที่เป็นความทุกข์ทรมานอย่างมาก คือ ความรู้สึกต่ำต้อย ไม่มีความสุข อับอาย ต้องพึ่งพาผู้อื่น และอาจแสดงอาการก้าวร้าว หรือไม่สนใจสุขภาพของตนเอง ไม่ติดต่อสังสรรค์กับผู้อื่น ซึ่งเป็น

¹ Helene J. Krouse and John H. Krouse, "Cancer As Crisis : The Critical Elements of Adjustment," Nursing Research, 31, No 2 (March-April, 1982), pp. 96-101.

² Arther M. Sutherland, "Psychological Impact of Cancer and Therapy," Medical Clinics North of America, 40, No 3, (May, 1956), p. 705.

³ Ehlike, op.cit., p. 216.

ผลให้มีการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังได้¹ เอลกี กล่าวว่า พยาบาลควรจะประเมินว่า ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรต่ออวัยวะที่สูญเสีย และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยการแสดงการยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย สนับสนุนให้กำลังใจ และจัดประสบการณ์ให้ผู้ป่วยได้พบปะกับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและยุทธวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ตระหนัก และยอมรับตนเองและบุคคลอื่น สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความเชื่อมั่นในตนเอง และพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง

ในปี ค.ศ. 1948, 1964 และ 1979 สมาคมมะเร็งของชาวอเมริกัน (American Cancer Society) ได้ทำการวิจัยสำรวจความรู้สึกของประชาชนต่อการเป็นมะเร็ง พบว่า ประชาชนยังคงมีความเชื่อวามะเร็งเป็นโรคที่กลัวที่สุด และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นโรคมะเร็งว่า จะต้องรักษาไม่หาย ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความตาย เป็นโรคร้ายที่ติดต่อกัน หรือเป็นสิ่งที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต เป็นต้น² แคนเตอร์ (Cantor) กล่าวว่า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการจินตนาการและคาดทํานายเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดรวมกับการเป็นโรคมะเร็งนี้ มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในขณะที่เป็นโรคมะเร็ง และแสดงออกของความวิตกกังวลรุนแรงมากกว่าการถูกคุกคามที่เป็นจริง³

¹ Luckmann and Sorensen, op.cit., p. 83.

² Burns, op.cit., p. 5.

³ Robert Chernin Cantor, And a Time to live : Toward Emotional Well Being During The Crisis of Cancer, (New York : Harper & Row, Publishers, 1978), p. 18.

จากการศึกษาของ เสริมกุล แซ่เอ็ง และชาลี วชิรศรีสุนทรา เกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉลี่ยแล้วมีความวิตกกังวลจริงเมื่อเทียบกับคนปกติทั่วไปแล้ว ทั้งนี้ก็เพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด อัตราตายสูงมาก (เกือบ 100 % หรือตาย 100 %) บุคคลที่เป็นโรคนี้นิยมมีภาวะเครียดทางใจเกิดขึ้น กลัวความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และกลัวความตายที่ใกล้เข้ามา เกิดเป็นความวิตกกังวลไม่สบายใจ อีกสาเหตุหนึ่งที่ย่วยส่งเสริมภาวะเครียดทางใจให้มากขึ้น คือ ผู้ป่วยโรคนี้มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยที่ต้องรับผิดชอบครอบครัว เกิดความห่วงใยบุคคลใกล้ชิด หรือเป็นที่รัก เช่น สามี ภรรยา บุตร ธิดา บิดามารดา หรือผู้ที่อยู่ในความดูแลของผู้ป่วย¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เลวิน และคณะ (Levine and et.al) พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะพบสูงในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีครอบครัวแล้วเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโสด²

ซูเทอร์แลนด์ และ ครัมม์ (Sutherland and Krumm) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นทันทีที่มีความสงสัยว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับร่างกาย

¹ เสริมกุล แซ่เอ็ง และ ชาลี วชิรศรีสุนทรา, "การศึกษาเรื่องความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง," (รายงานการศึกษาเพื่อปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523) (อัสสำเนา), หน้า 24.

² พวงทอง ไกรพิบูลย์, อ้างถึง เลวิน และคณะ, เรื่องเดิม, หน้า 168-169.

หรือขณะที่รอรับการวินิจฉัยโรค หรือเมื่อได้รับคำบอกเล่าว่าเป็นมะเร็ง^{1,2} นอกจากนี้ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลอาจจะเป็นผลของ³

1. การเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคมะเร็งที่มีต่อความมั่นคงของร่างกาย
2. การให้ความหมายของการสูญเสีย
3. ผลกระทบต่อศักยภาพของชีวิตและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ซึ่งอาจจะถูกกระตุ้นเร้าจากความกลัวว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น หรือไม่สามารถจะปฏิบัติงานได้ดีในที่ทำงานหรือความตึงเครียดในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น หรือการถูกจำกัดกิจกรรมบางอย่างจากที่เคยทำประจำอยู่⁴

4. ความไม่แน่ใจต่อผลที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการของโรค และการรักษา

ความรุนแรงของความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือภาพพจน์ทางจิต (Mental images) และลักษณะทางธรรมชาติ และตำแหน่งของโรคมะเร็งชนิดนั้น ๆ⁵ ซัทเทอร์แลนด์ กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความกลัวกลุ่ม เป็นทุกข์ต่อการกลับเป็นอีกของมะเร็ง จะมีความวิตกกังวลสูง แม้ว่าในขณะนั้นผู้ป่วยจะไม่ได้รับการเปิดเผยให้ทราบว่า เป็นมะเร็ง

¹ Sutherland, op.cit., p. 711.

² Sharon Krumm, "Psychosocial Adaptation of The Adult with Cancer," Nursing Clinics of North America, 17, No 4 (December, 1982), p. 730.

³ Ibid., p. 729.

⁴ Sutherland, loc.cit.

⁵ Krumm, op.cit., pp. 729-730.

ก็ตาม โดยที่ผู้ป่วยอาจจะสรุปจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนั้นก็ได้¹

ครุม ไกล่ลาวถึงการกลับเป็นอีกของมะเร็งว่า เป็นการทำลายความหวังว่าจะหายจากโรคของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขึ้นสูงพอ ๆ กับที่ได้รับทราบว่า เป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมักจะมีประสบการณ์ของการนอนไม่หลับ โกรธและฉุนเฉียวง่าย เบื่ออาหาร และกระสับกระส่าย เป็นเวลาหลาย ๆ วัน มีภาวะของการสูญเสียและความโศรกเศร้า และอาจมีอาการของความซึมเศร้าที่รุนแรงตามมาด้วย²

การกลับเป็นใหม่ของมะเร็งอาจจะเกิดขึ้นได้ในระยะของการรักษา แม้ว่าจะอยู่ในระยะของการรักษาเพื่อควบคุมโรคก็ตาม เป็นการบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้แล้ว ดังนั้น ผู้ป่วยนอกจากจะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีความรู้สึกเหมือนกับว่ากำลังย่างเข้าไปสู่ภาวะที่มีการสิ้นสุดของชีวิตอยู่ทุกวินาที ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาหรือขั้นตอนของการสูญเสีย เศร้าโศรก (Griefing process) เกิดขึ้นใหม่ เหมือนกับระยะที่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรค เดอเดียเรียน (Derdarian) กล่าวว่ขั้นตอนที่เกิดขึ้นใหม่นี้จะมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าที่มีอยู่เดิม ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าการรักษาจะผ่านพ้นไปแล้วก็ตาม^{3,4}

¹ Sutherland, loc. cit.

² Krumm, op.cit., p. 731.

³ Derdarian, op.cit., pp. 44-45.

⁴ Ibid., p. 40.

จากประสบการณ์ในอดีตและการวิจัยของแพทย์และคนอื่น ๆ พบว่า โดยแท้จริงแล้ว ผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้มีปฏิกิริยาโดยตรงต่อโรค และสิ่งที่คุกคามความรู้สึกของผู้ป่วยไม่ใช่ความตาย แต่เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญอยู่ในขณะที่มีชีวิต การตระหนักถึงความตายมักจะพบในบุคคลที่ใกล้ชิดมากกว่าตัวผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยหวาดกลัวและวิตกกังวลมากที่สุด คือ ความรู้สึกว่า เหว การถูกละทิ้ง และความเจ็บปวด ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ โคไนค (Koenig) ที่กล่าวสรุปไว้ว่า ความตายไม่ใช่เป็นปัญหาใหญ่ที่ผู้ป่วยตระหนักเสมอไป สิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักมากกว่าคือ การถูกคุกคามที่ทำให้ไม่มีอิสระ การถูกแยกออกจากสังคม ความเจ็บปวด และความกลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง โกลด์สไตน์ และคณะ (Goldstein and others) ได้อ้างถึง คูลคาร์นี (Kulkarni) ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยอาจจะยังคงกลัวความตายอยู่ และรู้สึกมีทุกข์ทรมานจากการที่แผนการในอนาคตถูกคุกคาม เช่น ต้องสูญเสียอาชีพ มีความเครียดทางการเงิน และสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก นอกจากนั้น เชสเซอร์ (Chesser) ยังได้กล่าวสรุปว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้ต่อการถูกคุกคามจากสิ่งต่อไปนี้คือ

1. ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ที่มีสาเหตุจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา
2. การสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และต้องพึ่งพาคนอื่น
3. การถูกทอดทิ้งจากครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงของเพศสัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และต่อสังคม
4. สถานภาพทางอาชีพและการเงินถูกบีบคั้น
5. ความตาย ¹

¹ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, เรื่องเดิม, หน้า 10-12.

ไลโพนสกี (Lipowski) ได้เสนอว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะใช้พฤติกรรมการควบคุมสถานการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ (Coping styles) ในการเผชิญกับความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านจิตใจ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการโต้ตอบต่อภาวะเครียดจากการถูกคุกคามดังกล่าว เช่น ความรู้สึกกลัว วิทกกังวล ซึมเศร้า และอารมณ์อื่น ๆ ทางจิต (Other disturb affects) พฤติกรรมการควบคุมสถานการณ์ในรูปแบบต่าง ๆ นี้ ผู้ป่วยจะใช้กลไกการป้องกันทางจิตทั้งในจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก ในลักษณะของการหนี ต่อสู้ หรือหลีกเลี่ยงก็ได้ตามแต่ละบุคคล¹ เวลตีและเกรแฮม (Welty and Graham) รายงานไว้ว่า กลไกการป้องกันทางจิตที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ทั่วไป คือ การไม่ยอมรับ (denial) การถอยหนี (withdrawal) การหาเหตุผลมาแก้ความวิตกกังวลนั้น ๆ เพื่อให้ตนเองสบายใจ (rationalization) การใช้ความรู้และเหตุผล (intellectualization) การหักห้ามใจตัวเองในสิ่งที่ไม่ควรหรือขาดความเหมาะสม (suppression) การทดแทนเพื่อปกปิดปมที่อยู่ในตัวเองด้วยการแสดงออกให้เห็นไปในทางอื่น (compensation) และการมีพฤติกรรมถดถอย (regression)² มิลเลอร์ และคณะ (Miller and et.al) กล่าวว่า มีเอกสารมากมายที่รายงานว่า กลไกการป้องกันทางจิตที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้ลดความวิตกกังวลบ่อยที่สุด คือ การไม่ยอมรับ (denial)³ ซึ่งบางครั้งอาจจะเป็นประโยชน์ แต่การไม่ยอมรับตนเองมากขึ้น (self-denial) จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ (Reconstruction) ภายหลังจากการสูญเสียได้ ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิต คือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) เป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายได้⁴

¹ Miller and et.al., op.cit., pp. 162-163.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Krumm, loc.cit.

ความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง

ความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการคาดหมาย เหตุการณ์และความวิตกกังวล ทำให้เกิดภาพพจน์ทางจิต (mental images) ที่น่าหวาดกลัว เกี่ยวกับการเป็นมะเร็งว่า หมายถึง ความรู้สึกเจ็บปวดร่วมกับความทุกข์ทรมาน การต้องพึ่งพาผู้อื่น การถูกปฏิเสธจากครอบครัวและเพื่อน ๆ การสูญเสียความมีเส้นทาง เพศ หรือหมดสมรรถภาพทางเพศ และความตาย ^{1,2} ฟรานซิส (Francis) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ของความวิตกกังวลสูง และมีความคิดเสมอว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากเวอร์กรรม (introjection) ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ ³

ประสบการณ์ของอารมณ์ซึมเศร้า เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยมะเร็งทุกคน มีตั้งแต่ ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น ⁴ ซึ่งอาจจะยังมีอยู่ตลอดไป ถ้าหากมีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น ⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่มีการกลับเป็นอีกของ

¹ Cantor, op.cit., p. 35.

² Krumm, op.cit., p. 729.

³ Gloria M. Francis, "Cancer : The Emotional Component,"

Rehabilitation Nursing : Perspectives and Applications, edited by Victor A. Christopherson, (New York : McGraw-Hill Book Co., 1974), p. 430.

⁴ Krumm, op.cit., p. 733.

⁵ Ibid., p. 731.

มะเร็งในครั้งแรก และครั้งต่อ ๆ มา พบว่า ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าอยู่ในระดับที่รุนแรง และนับเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความยุ่งยากในการรักษามากที่สุดปัญหาหนึ่ง¹ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง หรือผู้ป่วยยอมรับความจริงไม่ได้ อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะผันแปรไปเป็นความผิดปกติทางจิต (Mental disorder) ได้ เลวิน ชิวเบอร์ฟาบ และไลโปวสกี (Levine, Silberfarb and Lipowski) ได้ทำการศึกษาวิจัยความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า กลุ่มอาการซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง และคาดว่าจะมีประมาณ 25 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด²

ความรู้สึกซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง แต่ที่เป็นสาเหตุรวมของทั้งหมด คือ ความรู้สึกสูญเสีย³ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือการคาดคะเนความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย (physical loss) การสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง (loss of normal body image) การสูญเสียสถานภาพทางสังคม (loss of social roles) การสูญเสียความสามารถในการควบคุมและการดำรงชีวิตประจำวันของตน (loss of control over one's day-to-day living) และการคาดคะเนถึงความตาย (anticipated loss of life)

¹ Derdarian, op.cit., p. 45.

² M. Levine, P. Silberfarb and Z.J. Lipowski, "Mental Disorders in Cancer Patients," Cancer, 42, No. 3 (September, 1978), pp. 1385-1392.

³ Ehlike, op.cit., p. 213.

คาร์เทอร์ (Carter) กล่าวว่า ความรู้สึกซึมเศร้าอาจจะเกิดจากไม่ได้
รับความต้องการพื้นฐานที่ทำให้สุขภาพจิตดี (positive mental health) 2 ประการ
คือ ความรู้สึกสูญเสียความรักหรือความเป็นที่รัก และความรู้สึกสูญเสียความมีค่าของตนเองหรือ
ความมีค่าสำหรับคนอื่น ¹

ความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความรู้สึกหวั่น และเศร้าโศก ต่อระดับทาง
พยาธิสภาพของโรค ทั้งความรู้สึกหวั่นและเศร้าโศกนี้ เป็นกลุ่มของอารมณ์ตอบสนองที่เกิดขึ้น
ภายหลังที่มีการสูญเสียหรือการถูกคุกคามจากการสูญเสีย ² การตอบสนองเหล่านี้ได้แก่
ความรู้สึกสิ้นหวังและล้มเหลวในชีวิต ความรู้สึกถูกทำลายและคุณค่าของตนเองลดลง
ความเจ็บปวด เหนื่อยล้า ความรู้สึกผิดหรือความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกสูญเสียความ
สบายใจ หรือความรื่นรมย์ในชีวิต เป็นต้น ³

ความรู้สึกสิ้นหวังและล้มเหลวในชีวิต (Sense of Helplessness and
Failure) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางลบมากขึ้น
เช่น มีอาการและอาการแสดงของการกลับเป็นใหม่อีกของมะเร็งบ่อยครั้ง หรือมีความทุกข์
ทรมานจากผลของการรักษา หรือการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ต้อง
สูญเสียความเป็นอิสระ บทบาทและสถานภาพทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้า มีความ
รู้สึกเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ แสดงออกของความทุกข์ทรมาน (pain
suffering) มากกว่าความเจ็บปวดที่มีอยู่จริง อาการอื่น ๆ ที่อาจพบรวมด้วย ได้แก่

¹
Carter, op.cit., p. 259.

²
Francis, loc.cit. p. 82.

³
Burns, op.cit., p. 282.

ความรู้สึกผิด การรังเกียจตนเอง อาการโกรธ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยลง ขาดทั้งด้านความคิดและการเคลื่อนไหว การสนทนาไม่มีชีวิตชีวา ไม่ชัดเจน และคลุมเครือ^{1,2} การที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับความตาย และความผิดหวังในชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นี้ กุบเลอร์ รอส (Kubler Ross) ซึ่งเป็นผู้ทำการศึกษาวิจัยปฏิกิริยาของผู้ป่วย ได้จำแนกขั้นตอนการปรับตัวของผู้ป่วยต่อความตาย ออกเป็น 5 ระยะดังต่อไปนี้³

ระยะที่ 1 การหลีกเลี่ยง ไม่ยอมรับความจริง (Denial and Isolation)

เป็นพฤติกรรมควบคุมสถานการณ์ขั้นแรก (first coping mechanism) ผู้ป่วยจะกล่าวบ่อยครั้งว่าเป็นการวินิจฉัย หรือความผิดพลาดของแพทย์ และคิดว่ายังมีความหวังว่าอาจจะรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะพยายามสืบเสาะและเปลี่ยนการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ หรือเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ทั้ง ๆ ที่ได้ดำเนินการรักษาโดยตลอด ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกตัวที่ละน้อยว่าหมดหวัง และกำลังอยู่ในภาวะใกล้ตาย

ระยะที่ 2 ความโกรธ (Anger)

พฤติกรรมของผู้ป่วยจะเป็นไปในลักษณะ "ทำไมต้องเป็นฉัน" ผู้ป่วยจะเต็มไปด้วยคำถาม ความรู้สึกโกรธ และความรู้สึกอิจฉาผู้ที่จะมีชีวิตอยู่ ความรู้สึกเหล่านี้

¹ Albert Rothenberg, "Psychological Problems in Terminal Cancer Management," Cancer, 14, No. 5 (September-October, 1961), p. 1065.

² Cantor, op.cit., p. 35.

³ Miller and et.al., op.cit., pp. 163-164.

จะถูกขัดทอดไปยังบุคคลอื่น ๆ เช่น พยาบาล หรือญาติพี่น้อง ผู้ป่วยจะตำหนิติเตียน จู้จี้ขี้บ่น และมองเห็นแต่ความผิดของผู้อื่นตลอดเวลา ระยะนี้เป็นระยะที่ทำความลำบากใจให้ญาติ พี่น้องและพยาบาลมากที่สุด การหลีกเลี่ยงผู้ป่วยจึงจะมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์และคับข้องใจ มากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 การต่อรอง (Bargaining)

ผู้ป่วยจะแสดงการต่อรองกับสิ่งที่เขามีความเคารพนับถือ กับแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมทั้งบนบานศาลกล่าว ผีสงนางไม้ เทพเจ้าต่าง ๆ ที่เขาคิดว่าจะสามารถยืดเวลาให้ เขาได้มีชีวิตอยู่นานที่สุด

ระยะที่ 4 ความซึมเศร้า (Depression)

มีการแสดงออกของความเศร้าโศก เสียใจอย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยจะร้องไห้ อย่างเปิดเผย ระยะนี้แบ่งเป็นขั้นตอนย่อย ได้ 2 ขั้นตอน คือ (1) Reactive - depression ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าเกี่ยวกับการต้องอยู่โรงพยาบาล ความรับผิดชอบต่อ ครอบครัวและการรักษาพยาบาล (2) Preparatory depression ผู้ป่วยจะพูดถึงการ สูญเสียสิ่งต่าง ๆ หรือพยาธิสภาพทางร่างกายและบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งการสูญเสียชีวิต และพร้อมที่จะยอมรับต่อการสูญเสียนั้น

ระยะที่ 5 การยอมรับ (Acceptance)

ผู้ป่วยเริ่มมีความรู้สึกสงบในใจ ยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และความตายที่ใกล้มาถึง ความรู้สึกหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวดได้สูญหายไปหมดสิ้น การยอมรับที่เกิดขึ้นในระยะนี้ไม่ใช่ความรู้สึกยอมแพ้ แต่เป็นการเตรียมพร้อมที่จะ ต่อสู้ต่อสภาวะต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

โดยทั่วไป ขั้นตอนการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง อาจจะเป็นขั้นตอนเรียงกันไป ตามลำดับ จากระยะที่ 1 ถึงที่ 5 และมีการย้อนกลับไปสู่ระยะใดระยะหนึ่งได้ แต่ในบางครั้ง อาจจะพบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะหนึ่ง จนกระทั่งเสียชีวิตก็อาจเป็นได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะทาง จิตใจของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม

ความรู้สึกถูกทำลายและคุณค่าของตนเองลดลง (The feeling of damage and reduction of self-esteem) เป็นปฏิกิริยาทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นอันดับสองต่อจากความรู้สึกที่มีต่อโรคมะเร็ง เช่น เชนสคิว (Senescu) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะไม่เกิดความรู้สึกถูกทำลายทันที จนกว่าจะมีสถานการณ์ที่แสดงว่าผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นไปตามที่ตนเองได้ตระหนักหรือคาดทํานายไว้ และถ้ามีความเรื้อรังของโรค หรือยังมีความรุนแรงของโรคเท่าใด ผู้ป่วยจะยังมีความรู้สึกถูกทำลายมากขึ้นเท่านั้น การแสดงออกของความรู้สึกถูกทำลาย และคุณค่าของตนเองลดลงนี้ ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรง แต่จะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอารมณ์ต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาต่อความเครียดที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (depressive reactions) โดยทั่วไปแล้ว ปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้คุณค่าของตนเองลดลงมีดังต่อไปนี้ คือ (1) ภาวะของโรคและการสูญเสียความสามารถหน้าที่ของร่างกาย (2) การสูญเสียความรู้สึกเป็นอิสระ และความมีประสิทธิภาพของตนเอง (independence and self-sufficiency) (3) มีความไม่สบายใจหรือความไม่พึงพอใจอย่างรุนแรง (4) การแสดงออกของความกลัวอย่างมาก (5) การมีสติสัมปชัญญะของแต่ละบุคคล และนอกจากปัจจัยดังกล่าว อิทธิพลจากประสบการณ์ในอดีต สังคมวัฒนธรรมของบุคคล และที่สำคัญที่สุดคือความรู้สึก ความคิด เจตคติของผู้ป่วยเอง รวมทั้งความรู้สึกของบุคคลสำคัญที่แสดงออกต่อผู้ป่วยจะมีผลทำให้ระดับความมีคุณค่าของตนเองลดลง¹

ความเจ็บเหงา เดี่ยวดาย (Loneliness) เป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อคิดว่าตนเองถูกละทิ้ง (feeling of abandonment) หรือสัมพันธ์และการสังคมนาคม (communication) ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกใน

1

Robert A. Senescu, "The Development of Emotional Complications in The Patient with Cancer," Journal Chronic Disease, 16, No. 7 (July, 1963), pp. 821-822.

ครอบครัว และเพื่อน ๆ ลคน้อยลงจากที่เคยมีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่อันตราย ความรู้สึกนี้ถ้าเกิดในทางลบมากขึ้น อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความอ้างว้าง หงอยเหงา (desolation) เศร้าสลด และหมดหวัง (despair) เริ่มมีความหวาดกลัว วิตกกังวลต่อสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น^{1,2} ความสนใจต่อบุคคลและสังคมภายนอกจะลดลงไปเรื่อย ๆ เริ่มมองโลกในแง่ร้าย และถ้าความรู้สึกดังกล่าวยังมีอยู่ตลอดไป พฤติกรรมที่แสดงออกจะเบี่ยงเบนออกจากความเป็นจริง (out of reality) เกิดความผิดปกติทางจิตได้³

ความรู้สึกผิด (Guilt) ในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความรู้สึกถูกลงโทษที่หลีกเลี่ยงหรือหลบหนีไม่ได้ เป็นการตอบสนองทางจิตที่ผู้ป่วยพยายามหาเหตุผลต่าง ๆ มาอ้างถึง ผู้ป่วยมองความเจ็บปวดของตนเองว่าเป็นผลจากการทำผิด บาปในอดีต หรือการกระทำที่ไม่สมควร หรือเกิดจากความรู้สึกผิดชอบที่ต้องเป็นภาระให้ผู้อื่นดูแลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาถึงความรู้สึกผิดในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 60 คน พบว่า มีผู้ป่วย 93 เปอร์เซ็นต์รู้สึกผิด เพราะมาพบแพทย์เพื่อรักษาโรคซ้ำไป หรือมีความรู้สึกต่ำต้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น การแสดงออกของความรู้สึกผิดที่พบได้บ่อยมัก ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ คิดว่าผลจากการกระทำที่ไม่ดี ทำให้ไม่มีอะไรที่จะช่วยทำให้โรคไม่ก้าวหน้าหรือดีขึ้นเลย ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธ ก้าวร้าวและเศร้าซึม ตรงกันข้ามบางคนจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อชดเชยหรือลบเลือนความผิดนั้น ๆ โดยพยายามทำความดีมาก ๆ

¹ Ehlike, op.cit., p. 213.

² Helen Duncan Behnke, Guidelines for Comprehensive Nursing Care in Cancer, (New York : Springer Publishing Co., Inc. 1973), p. 356.

³ Burns, op.cit., p. 283.

และบ่อยครั้ง หรือค้นหาสาเหตุของการถูกลดโทษ เช่น ความเจ็บปวดและความตึงเครียดทางอารมณ์ แล้วพยายามขจัดสาเหตุนั้น ๆ เพื่อให้ความรู้สึกดังกล่าวลดลง หรืออาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกผิดทำให้เกิดผลบวกหรือผลลบได้ในแต่ละบุคคล¹

ความโกรธ (Anger) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ในลักษณะของการต่อสู้กับความกลัวทางจิตใจ เมื่อถูกคุกคามจากความเจ็บปวดและการถูกทำลายที่เป็นจริง หรือคาดการณ์ว่าจะต้องเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคิดว่าตนเองไร้ค่า และต้องพึ่งพาคนอื่น ผู้ป่วยบางคนที่ความโกรธเป็นการตอบสนองหรือแก้ตัวต่อความรู้สึกผิด เช่น โกรธตนเอง โกรธพระเจ้า โกรธครอบครัว หรือกล่าวหาว่า โลกนี้ทำให้เขาต้องอยู่ในสถานการณ์แบบนี้ และอาจกล่าวหาแพทย์ พยาบาล ว่าไม่มีความสามารถ เป็นต้น ซึ่งถ้าหากพยาบาลรู้สึกกลัวต่อการแสดงออกความโกรธของผู้ป่วย มีพฤติกรรมที่ต่อต้านหรือแยกตัว ไม่สนใจผู้ป่วย พบว่า จะยิ่งทำให้ความรู้สึกโกรธเพิ่มขึ้น และเป็นวงจรต่อเนื่องไป ผู้ป่วยที่ไม่ได้แสดงออกของความโกรธอย่างเปิดเผย เก็บซ่อนไวภายในตัวลึกซึ้งของจิตใจ จะเกิดความหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น เมื่อไม่สามารถแสดงความโกรธได้อย่างเปิดเผย ผู้ป่วยจะก้าวร้าวต่อตนเอง และมองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดอาการของความซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงขั้นรุนแรงได้^{2,3}

ความรู้สึกสูญเสียความสบายใจ หรือขาดความรื่นรมย์ในชีวิต (Loss of gratification and pleasure) เป็นสัญญาณที่บ่งชี้ให้ทราบว่าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อ

¹ Ibid., pp. 821-822.

² Ibid., pp. 823-824.

³ Burns, op.cit., pp. 280-281.

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของตนเอง หรือรักษาระดับความมีค่าของตนเองให้คงอยู่ได้ เช่น เสถียร กล่าวหาว่า ความรู้สึกสบายใจ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด เช่นเดียวกับการต้องการรับประทานอาหาร และเอาชนะความร้นรนในชีวิต อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และความรู้สึกหมดหวังได้อย่างมากมาย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายทั้งทางกายและจิตใจ และจัดให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากจะช่วยให้ความรู้สึกสูญเสียนี้ลดลง ยังเป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไวด้วย ¹

กลุ่มอารมณ์หรือกระบวนการทางจิตใจของอารมณ์ซึมเศร้าตามที่ได้อธิบายมาทั้งหมดนี้ อาจจะไม่ได้เกิดขึ้นทั้งหมด ในผู้ป่วยคนเดียว หรือในเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยแต่ละคนมีพฤติกรรมแสดงออกของความเศร้าโศกแตกต่างกัน ² ขึ้นอยู่กับปรัชญาชีวิต และความเชื่อที่มีค่าของผู้ป่วย การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา สังคมวัฒนธรรม อายุ เพศ และตัวแปรทางด้านจิตใจ ³

เวสต์เบิร์ก (Westberg) กล่าวถึงพฤติกรรมของความเศร้าโศกว่ามีทั้งหมด 10 ระยะ ดังนี้ ⁴ (1) ระยะช็อค (2) มีการแสดงออกของอารมณ์

¹ Senescu, op.cit., pp. 826-827.

² Carter, op.cit., p. 261.

³ Clans Bahne Bahnson, "Psychological and Emotional Issues in Cancer : The Psychotherapeutic Care of The Cancer Patients," Seminars in Oncology, 2, No. 4 (December, 1975), p. 297.

⁴ Ehlke, op.cit., p. 213.

- (3) ชื่นชอบและว่าแท้ (4) มีอาการแสดงของความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย
 (5) มีความกังวลสุดขีด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของ
 ร่างกายควบคู่กับอารมณ์วิตกกังวล (Panic) (6) เกิดความรู้สึกว่าทำอะไรผิด บาบ
 และอยากจะแก้ความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้น (sense of guilt) (7) มีความไม่เป็นมิตร
 และความขุ่นเคืองใจ (hostility and resentment) (8) ไม่สามารถกลับไปทำ
 กิจกรรมที่เคยทำได้ (9) มีความหวัง (10) การยอมรับความจริง

ส่วน เองเกล (Engel) ได้สรุปพฤติกรรมของความเศร้าโศกออกเป็น
 3 ระยะ คือ ^{1,2}

ระยะที่มีอาการช็อค และไม่เชื่อ (Shock and disbelief)

บุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะช็อคและไม่เชื่อว่าเหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้นจริง
 บางรายจะดูเหมือนว่า มีท่าทียอมรับการสูญเสียอย่างเจ็บปวด แต่ที่จริงนั้นจะเป็นการ
 ยอมรับตามเหตุผล หรือรับรู้อย่างผิวเผินมากกว่า หรือในแง่หนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะพยายาม
 ปิดบังความรู้สึกเจ็บปวดของตนไว้ภายใน อาจจะนั่งเหม่อลอย รำพึงอยู่คนเดียว แยกตัวเอง
 ไม่พูดคุยกับผู้อื่น ระยะนี้อาจใช้เวลาสั้น ๆ ไม่นานที่ หรืออาจคงอยู่เป็นวัน

ระยะของการรับรู้ (Developing awareness)

บุคคลเริ่มรับรู้ต่อการสูญเสียมากขึ้น จะมีความรู้สึกเจ็บปวดต่อการ
 สูญเสียนั้น เกิดความหวาดวิตก และสิ้นหวัง มองสิ่งแวดล้อมด้วยความไม่สมหวัง เว้งว้าง

¹
 Derdiarian, op.cit., p. 40.

²
 G.L. Engel, "Grief and Grieving," American Journal of Nursing, 64, No. 9 (September, 1964), pp. 93-98.

ว่างเปล่า ทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตไม่มีคุณค่า และไม่มีความหมาย ความไม่สมหวังที่เกิดขึ้นนี้ จะเป็นทางที่นำไปสู่ความโกรธ และการร้าวต่อทุกสิ่ง และทุกคนที่มีส่วนรับผิดชอบในการสูญเสียนั้น และจะดำหิติดึกตนเองว่าควรจะได้รับโทษต่อการสูญเสียนี้ การร้องไห้จะเป็นพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจนในระยะนี้ บางคนอาจร้องไห้ภายในใจ (crying inside) โดยไม่แสดงออกให้เห็น

ระยะที่กลับคืนสู่สภาพปกติ (Reconstruction)

บุคคลนั้นจะเริ่มรับรู้การเปลี่ยนแปลงในตนเองมากขึ้น ยอมรับความจริง ถ้าสามารถปรับตัวได้ มีความเต็มใจที่จะสนทนาลงถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ยอมรับความช่วยเหลือและร่วมมือในแผนการรักษา

การช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะโศรกเศร้าให้ปรับตัวได้มากขึ้น มีแนวทางดังต่อไปนี้¹

1. พยายามกระตุ้นให้บุคคลนั้นรับรู้ต่อการสูญเสียความเป็นจริง
2. กระตุ้นให้มีการแสดงออกถึงความรู้สึกลึกต่อการสูญเสียอย่าง

เหมาะสม

3. ประคับประคองบุคคลนั้นให้ผ่านสู่ขั้นตอนของการปรับตัวต่อการสูญเสียอย่างสมบูรณ์ครบถ้วน

¹

Ibid.

3. มโนทัศน์ของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกสากลที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน¹ เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เกิดจากการรับรู้ทางจิต (psychic perception) ซึ่งเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เป็นจริง การบาดเจ็บจากการถูกคุกคาม (threatened injury) หรือการบาดเจ็บที่เกิดจากจินตนาการ (phantasied injury) ทำให้ร่างกายเกิดความทุกข์ทรมานขึ้น² บีแลนด์ และแพสซอส (Beland and Passos) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บปวดเฉพาะตำแหน่ง แต่ก็สามารถที่จะกระทบกระเทือนต่อบุคคลทั้งบุคคลได้³ เพราะความเจ็บปวดไม่ใช่ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเดี่ยว ๆ แต่เป็นปรากฏการณ์สลับซับซ้อนในทางชีว-จิต-สังคม และวัฒนธรรม ที่จำเพาะของบุคคลหนึ่งบุคคลใด ที่สนองตอบต่อตัวกระตุ้นที่เป็นอันตราย โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญที่จะป้องกันอันตรายต่อตนเองและเป็นอาการแสดงที่เกิดขึ้นเพื่อหาความช่วยเหลือทางด้านการแพทย์⁴ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

1

Alexander and Barry, loc.cit.

2

George L. Engel, "Pain," Signs and Symptoms : Applied Pathologic Physiology and Clinical Interpretation, edited by Cyril Mitchell MacBryde and Robert Stanley Blacklow, (5 th ed ; Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1970), p. 453.

3

Irene L. Beland and Joyce Y. Passos, Clinical Nursing : Pathophy Siological and Psychosocial Approaches, (4 th ed ; New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1981), p. 571.

4

Dorothy W. Smith and Carol P. Hanley Germain, Care of The Adult Patient : Medical-Surgical Nursing, (4 th ed ; Toronto : J.B. Lippincott Co., 1975), p. 134.

รุนแรง หรือเป็นระยะเวลาสั้น จะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อการทำงาน
ไวซึ่งความสมดุลของร่างกาย สามารถกลายเป็นสภาวะการที่มีพยาธิสภาพได้¹

บิลลาร์ (Billars) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว่ว่า ความเจ็บ
ปวดเป็นประสบการณ์ของการรับรู้ ซึ่งมีคุณภาพ และความรุนแรงขึ้นอยู่กับประวัติในอดีตของ
แต่ละบุคคล โดยที่บุคคลนั้นได้ให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด โดยใช้
สภาวะทางจิตใจของเขาในขณะนั้น และโดยตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดในขณะนั้น²

ลักแมนและซอเรนเซน (Luckmann and Sorensen) กล่าวถึงความหมาย
ของความเจ็บปวดว่า บุคคลที่ได้รับความเจ็บปวด สามารถบอกความเจ็บปวดที่ตนเองประสบ
อยู่ว่าความเจ็บปวดคืออะไร และความเจ็บปวดนั้นมีความหมายต่อเขาเพียงใด³

อวิง (Eving) กล่าวถึงความเจ็บปวดว่า เป็นปรากฏการณ์ที่เจ้าตัวบอกได้
รับรู้โดยสมอง เป็นสิ่งที่เตือนให้หนีจากอันตราย อย่างไรก็ตาม ความเจ็บปวดก็มีได้มี
ประโยชน์เสมอไปสำหรับหน้าที่ในการป้องกัน เพราะความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากเนื้อเยื่อ
ที่ถูกทำลายหรือการมีเนื้องอกสามารถทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมานได้อย่างมากมาย⁴

¹ Ibid., p. 135.

² Karen S. Billars, "You Have Pain ? I Think This Will Help," American Journal of Nursing, 70, No. 10 (October, 1970), p. 2143.

³ Luckmann and Sorensen, loc.cit.

⁴ Gerald Ewing, "Pain," The Canadian Nurse, 61, No 6 (June, 1965), p. 43.

สเทอร์นแบช (Sternbach) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา ได้กล่าวถึงความเจ็บปวดไว้ว่า ความเจ็บปวดเป็นมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรม ซึ่งหมายถึง

1. ความรู้สึกส่วนตัว เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย
2. เป็นสัญญาณแสดงถึงภาวะอันตรายที่เกิดขึ้น หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ
3. เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย เพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต¹

แมคเคฟเฟอร์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดในทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับของนักการศึกษาพยาบาลและนักปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปว่าความเจ็บปวดคืออะไรก็ตามที่ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะนั้น ๆ บอกว่าเจ็บปวด และยังคงปรากฏมีอยู่ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีอยู่²

จากคำจำกัดความทั้งหมดที่ได้อธิบายมาแล้ว จะเห็นได้ว่า ความเจ็บปวดมีส่วนประกอบที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ (1) สิ่งกระตุ้นทางคันร่างกายและจิตใจ (2) ความรู้สึกคันร่างกาย เกี่ยวกับความเจ็บปวด (3) ปฏิกิริยาของบุคคลที่ได้รับประสบการณ์³

¹ Virginia Burke Karb, "Pain," Medical-Surgical Nursing : Concepts and Clinical Practice, edited by W.J. Phipps, B.C. Long and N.F. Wood, (2 nd. ed ; Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1983), p. 376.

² McCaffery, "Understanding Your Patient's Pain," p. 26.

³ Lillion Sholtis Brunner and Doris Smith Suddarth, Textbook of Medical-Surgical Nursing, (4 th ed; Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1980), p. 233.

ประสาทรีวิทยาพื้นฐานของความเจ็บปวด

กลไกการเกิดความเจ็บปวด ประกอบด้วย

1. การกระตุ้น (Stimulation) และตัวรับความเจ็บปวด (Pain receptor)

โดยปกติความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีการกระตุ้นที่ตัวรับความเจ็บปวด ตัวกระตุ้นอาจเป็นพลังงานชนิดใดก็ได้ เช่น พลังงานกล ไฟฟ้า สารเคมี ความร้อนหรือความเย็น หรือการขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งกลไกกระตุ้นนี้อาจเกิดจากกระตุ้นโดยตรงที่ตัวรับความเจ็บปวด หรือเมื่อตัวกระตุ้นทำลายเนื้อเยื่อแล้ว เนื้อเยื่อปล่อยสารเคมีบางอย่าง เช่น โพแทสเซียม (Potassium) ฮิสตามีน (Histamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) เบรคคิไดนิค (Bradykinin) และโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ออกไปกระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวดอีกต่อหนึ่ง^{1,2}

ตัวรับความเจ็บปวด เป็นประสาทปลายของพวงใยประสาทที่มีเยื่อหุ้มใยประสาท กลุ่ม เอ เดลตา ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5 ไมโครเมตร สามารถนำกระแสความรู้สึกเจ็บปวดได้เร็วประมาณ 6-30 เมตรต่อวินาที นำความรู้สึกเจ็บปวดแปลบ (Pricking pain) ที่มีลักษณะเหมือนเข็มแทง บวกตำแหน่งได้

¹ ชูศักดิ์ เวชแพศย์, สรีรวิทยา, (กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2520), หน้า 337.

² Sharon Mantix Lewis and Idolia Cox Collier, Medical-Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems, (New York : McGraw-Hill Book Co., 1983), p. 1390.

แน่นอน หดไปเร็ว และใยประสาทกลุ่ม ซี เป็นใยประสาทที่ไม่มีเยื่อหุ้ม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.2-1 ไมโครเมตร สามารถส่งความรู้สึกได้เร็วประมาณ 0.5-2 เมตร ต่อวินาที นำความเจ็บปวดแบบปวดแสบปวดร้อน (Aching pain) หรือแบบผิวหนังไหม้ (Burning pain) บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ปวดอยู่นาน ดังนั้น เมื่อมีการกระตุ้น จึงมีความรู้สึกเจ็บปวดซ้อนกันคือ เกิด Fast pricking pain sensation ก่อนแล้วตามด้วย Slow burning pain sensation ความเจ็บปวดจะเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาจนถึงขั้นรุนแรงถ้ายังมีการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดต่อไป ชีตเริ่มของความเจ็บปวด (pain threshold) จะต่ำลงเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด^{1,2,3}

2. การนำกระแสความรู้สึกเจ็บปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (ดังภาพ

ที่ 1)

ใยประสาททั้งสอง จะนำกระแสความรู้สึกเจ็บปวดเข้าสู่ไขสันหลังทางด้านหลัง (dorsal roots) และไปสิ้นสุดลงที่โพสที่เรียขอร่นของเนื้อเยื่อสีเทาของไขสันหลัง (Posterior horns of cord gray matter) ต่อจากนั้นใยประสาทที่นำเข้าไป จะส่งกระแสความรู้สึกเจ็บปวดข้ามไปยังแอนเทอโรเลเทเทอรัล (Anterolateral pathway) แล้วส่งต่อไปตามทางเลเทเทอโรสไปโนธาลามิก (Laterospino-

1

Arthur C. Guyton, Textbook of Medical Physiology, (4 th ed ; Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1971), pp. 578-580.

2

Anne Hedlin and J. Dostrovsky, "Understanding the Physiology of Pain," The Canadian Nurse, 75, No. 2. (Febrary, 1979), p. 28.

3

Mary Schmitt, "The Nature of Pain with Some Personal Notes," The Nursing Clinics North of America, 12, No. 4 (December, 1977), p. 623.

thalamic tract) เข้าสู่ธาลามัส (Thalamus) จากนั้นเซลล์ประสาทจะส่งความรู้สึกรับรู้จากใยประสาทเฉพาะกลุ่มเอ เท่านั้น ไปแปลความหมายและมีการผสมผสานประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันและอดีตของความเจ็บปวดในซีรีบรอล คอर्टเท็กซ์ (Cerebral - Cortex) ¹

การส่งกระแสคลื่นความรู้สึกเจ็บปวดของใยประสาทกลุ่ม ซี จะแตกต่างไปจากกลุ่ม เอ คือ จะมีการประสานประสาท (Synapse) กับเซลล์ประสาทเป็นช่วง ๆ ทั้งในไขสันหลัง และในเรติคิวลา ฟอร์เมชัน (Reticular formation) ของก้านสมอง และไปยังธาลามัส บริเวณนิวเคลียส เซนทรม เมดิเออรัม (Nucleus - centrum medianum) และ อินทราลามินาร์ นิวคลีไอ (Intralaminar nuclei) ^{2,3} ซึ่งมีการกระจายติดต่อกับเรติคิวลา ฟอร์เมชันทั่วไป ความรู้สึกเจ็บปวดจึงบอกตำแหน่งไม่ชัดเจน และมักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย นอกจากนี้ การไปสิ้นสุดที่มีเดียล (Medial) และ เรติคิวลา นิวคลีไอ (Reticular nuclei) ของธาลามัส ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความเจ็บปวดแบบนี้จึงทำให้เกิดความทรมานไ้มาก และมักมีปฏิกิริยาตอบสนองด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ⁴

¹

Gwen J. Stephens, Pathophysiology of Health Practitioner, (New York : Macmillan Publishing, 1980), p. 544.

²

Guyton, op.cit., pp. 580-581.

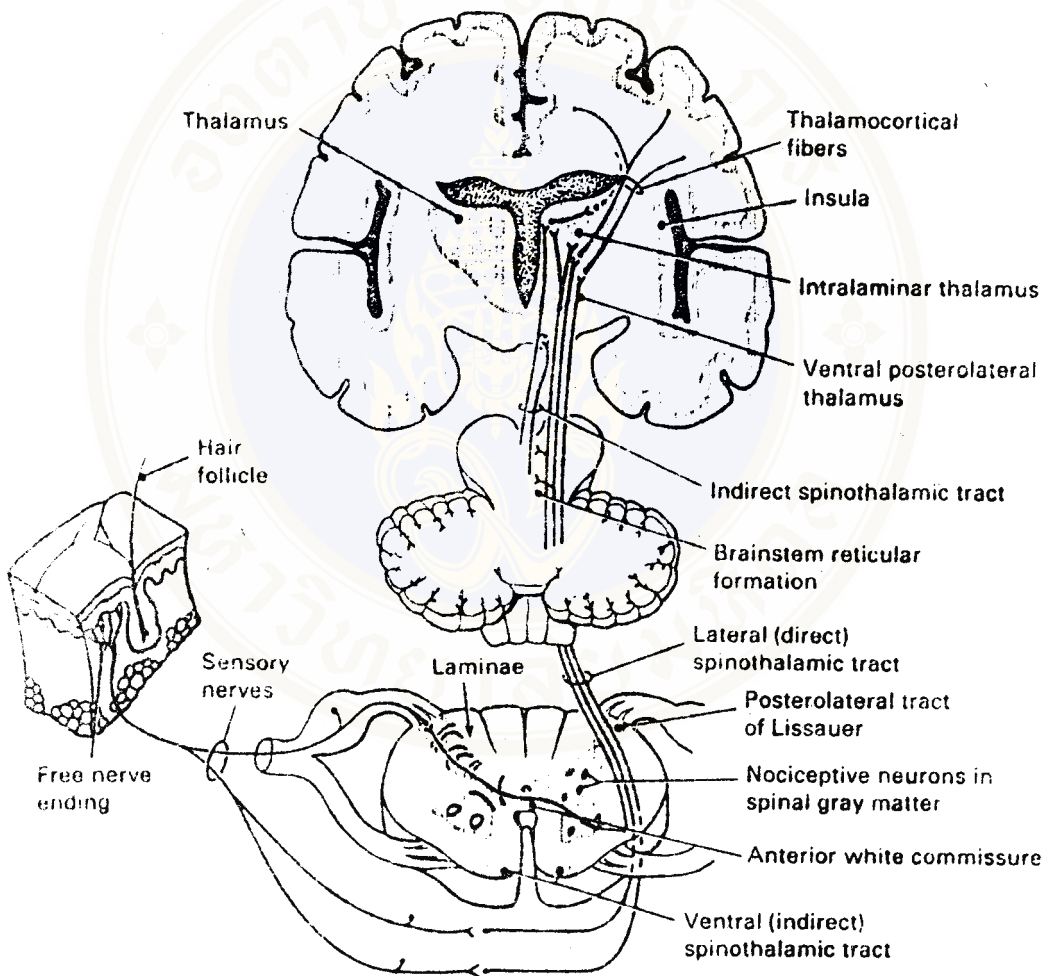
³

M.E. Wilson, "The Neurological Mechanisms of Pain," Anesthesia, 29, No. 4 (July, 1974), pp. 407-411.

⁴

พลศักดิ์ จีระวิฑูรธรรม "ความเจ็บปวด," วารสารศูนย์แพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3, ฉ.3 (พฤษภาคม-มิถุนายน, 2520), หน้า 174.

จะเห็นได้ว่าการแปลความรู้สึกเจ็บปวดที่นำโดยใยประสาทกลุ่ม เอ จะไปแปลที่ ซีรีบรัล คอร์เทกซ์ และ กลุ่ม บี จะแปลความรู้สึกเจ็บปวดที่ระดับทาลามัสเท่านั้น ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเจ็บปวดได้โดย ยา หรือปัจจัยทางจิต และยิ่งกว่านั้นยังสามารถป้องกันความรู้สึกเจ็บปวดได้โดยการขัดขวางทางเดินประสาทโดยการผ่าตัด หรือใช้สารเคมี เป็นต้น ¹



ภาพที่ 1 แสดงการส่งผ่านกระแสความรู้สึกเจ็บปวด ²

¹ Luckman and Sorensen, loc.cit.

² Lewis and Collier, op.cit., p. 1391.

3. ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวด ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางกาย อารมณ์ และจิตใจ ร่วมกัน และเกี่ยวข้องกับด้านสติปัญญา (Cognitive function) ด้วย เช่น การระมัดระวัง การให้เหตุผล เป็นต้น การตอบสนองต่อความเจ็บปวดนี้เป็นแบบเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล แม้แต่ในบุคคลเดียวกัน ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ก็อาจมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกันได้ ปฏิกริยาการตอบสนองนี้อาจเกิดขึ้นล่วงหน้าก่อนมีสิ่งกระตุ้น คือ เป็นการคาดคะเนว่าจะเกิดหรืออาจเกิดหลังจากได้มีการส่งกระแสคลื่นความรู้สึกเจ็บปวดไปสู่ระบบประสาทกลางแล้ว ¹

การศึกษาเกี่ยวกับประสาทสรีรวิทยาพื้นฐานของความเจ็บปวดนี้ ได้มีวิวัฒนาการขึ้นเรื่อย ๆ บนรากฐานการรวบรวมสร้างสมเหตุการณ์ทางด้านสรีรวิทยาใหม่ ๆ และข้อสรุปที่เกิดขึ้นจากขั้นตอนการตั้งข้อสมมติฐานที่ได้รับพื้นฐานการสังเกต ทั้งทางด้านจิตวิทยาและทางคลินิก ² ซึ่งสามารถอธิบายได้หลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่ได้รับความนิยม เชื่อถือ และอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับจิตสรีรวิทยาของความเจ็บปวดได้อย่างกว้างขวาง คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ของนักจิตวิทยา ชื่อ เมลแซค (Melzack) และวอลล์ (Wall) ซึ่งเป็นนักสรีรวิทยา ³ ทฤษฎีนี้อธิบายได้ค่อนข้างชัดเจนใน 2 มิติ

1

Luckmann and Sorensen, op.cit., p. 548.

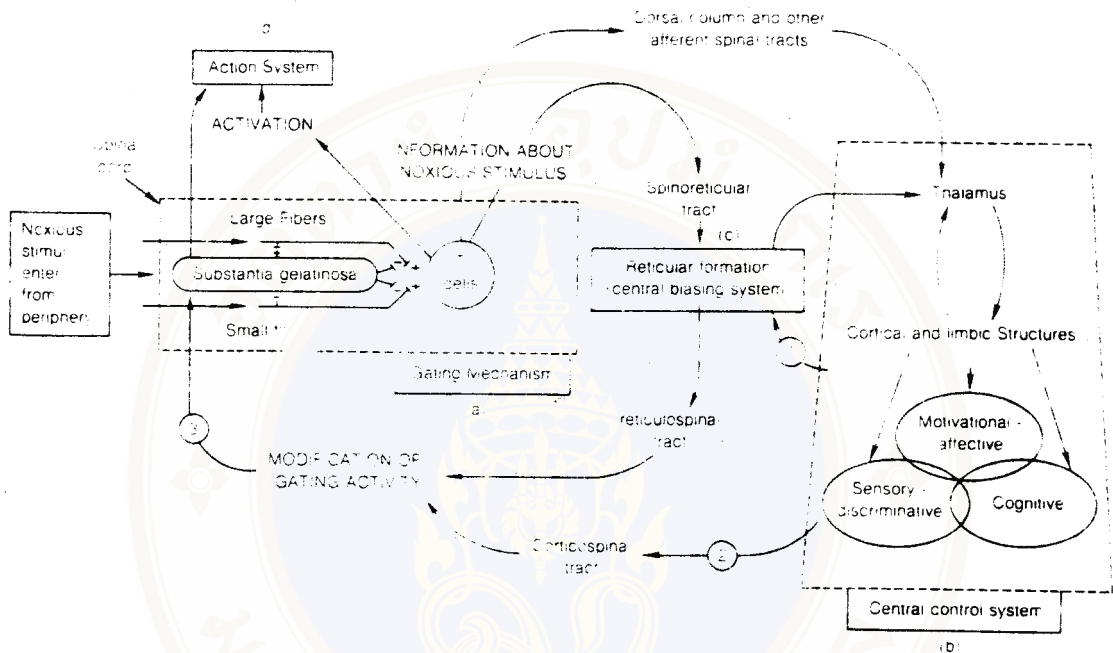
2

Ronald Melzack and Patrick D. Wall, "Psychophysiology of Pain," Pain : Clinical and Experimental Perspectives, edited by Matisyohu Weisenberg, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1975), p. 8.

3

Jean M. Eland, "Pain," Concepts Common to Acute Illness : Identification and Management, edited by Laura K. Hort and et al, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1981), p. 165.

คือ ทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยพยายามที่จะรวมเอาหลาย ๆ ทฤษฎีมาเป็นพื้นฐาน และผสมผสาน
กับงานค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติม ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีสารทำงานร่วมกัน
ของ 4 ระบบ ดังนี้ คือ 1,2,3,4 (ทั้งภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แสดงระบบต่าง ๆ ของทฤษฎีความปวดประหลาด⁵

¹ Ibid., pp. 165-169.

² Zane Robinson Wolf "Pain Theories : An Overview," Topics in Clinical Nursing, 2, No. 1 (April, 1980), p. 12.

³ Siegle, op.cit., pp. 498-502.

⁴ Oland, op.cit., pp. 1298-1300.

⁵ Loc.cit., p. 1299.

1. ระบบควบคุมประตู (Gate Control System)

เมื่อเกิดการกระตุ้นที่มีความรุนแรงพอ จะมีการส่งกระแสประสาทเข้าสู่ร่างกายทางใยประสาทขนาดใหญ่ (Large fiber) และใยประสาทขนาดเล็ก (Small fiber) เข้ามาในไขสันหลัง ซึ่งในไขสันหลังนี้จะมี เอส.จี. เซลล์ (S.G. Cell or Substantia Gelatinosa) เป็นกลุ่มเซลล์เล็ก ๆ อัดแน่น ทอดไปตามความยาวของไขสันหลัง ทำหน้าที่เปรียบเสมือนประตู เป็นตัวควบคุมกลไกทางเข้าของกระแสคลื่นความเจ็บปวด ที่จะเข้าสู่ ที. เซลล์ (T cell) ประตูจะปิด (Closing the Gate) เมื่อมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ เอส.จี. เซลล์ ทำงานเพิ่มขึ้น ไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทเข้าสู่ที. เซลล์ ทำให้ไม่มีการส่งผ่านต่อไปยังสมองส่วนบนได้ ในกรณีที่ประตูถูกปิดบางส่วน จะมีกระแสคลื่นความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ผ่านไปได้ แต่ถ้าหากมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก การทำงานของ เอส.จี. เซลล์ ลดลง ประตูจะเปิด (Opening the Gate) ทำให้มีการส่งผ่านกระแสประสาทไปยังที. เซลล์ และผ่านไปยังสมองส่วนบนได้

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central Control System)

ประกอบด้วยเซลล์ประสาทมากมายในธาลามัส และซีรีบรัม คอร์เทกซ์ และสามารถรับความเจ็บปวด โดยกระแสประสาทจาก ที. เซลล์ ที่คอร์ซัล ฮอร์น เมื่อกระตุ้นที่ระบบควบคุมส่วนกลาง จะมีกระแสประสาทลงมาเปิดหรือปิดประตูการรับสัญญาณที่จะเข้ามาใหม่ได้เช่นกัน โดยได้รับอิทธิพลจากความสนใจ อารมณ์ ความวิตกกังวล ความขัดแย้ง การโน้มน้าวจิตใจ และความจำเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา

เมลแซค และวอลล์ ได้แบ่งขบวนการทางสมองออกเป็น 3 หน่วยย่อย ซึ่งทำหน้าที่พื้นฐานเกี่ยวเนื่องกัน ได้แก่

2.1 หน่วยแยกการรับสัมผัส (Sensory-discriminatory) เป็นพื้นฐานของ คอรัทคัล (Cortical) จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลา บริเวณหรือความกว้าง ความรุนแรง และลักษณะอื่น ๆ ของความเจ็บปวด

2.2 หน่วยเร้าทางคานอารมณ์ (Motivation-affect) ประกอบด้วย ตาลามิก คอรัทคัล และโครงสร้างลิมบิก (Limbic structure) จะให้ความรู้สึกเกี่ยวกับความไม่สบาย ความไม่พึงพอใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะก่อให้เกิดการกระทำ เพื่อจะลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ

2.3 กระบวนการรับรู้และจดจำ (Cognitive processes) จะวิเคราะห์ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง ความสำคัญของสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย โดยทำการประสมประสานข้อมูลที่ได้รับจากระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทส่วนกลาง ทำหน้าที่รับรู้และจดจำข้อมูล และกลวิธีในการตอบสนองทั้งแบบรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

การทำงานประสานกันของหน่วยย่อยทั้งสามหน่วยนี้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการแปลความหมายของความเจ็บปวด ผลการยับยั้งกระแสความเจ็บปวดของสมองจะมีมากน้อยแค่ไหนเชื่อ เป็นผลทำให้ "ประตูปิด" และไม่สามารถรับความรู้สึกเจ็บปวดที่ส่งเข้ามาได้อีกต่อไป ซึ่งนำมาอธิบายอิทธิพลของปัจจัยทางคานอารมณ์ต่อการรับรู้ความเจ็บปวด และแบบแผนพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่สลับซับซ้อนทางร่างกายและจิตใจได้

3. ระบบความลำเอียงส่วนกลาง (Central Bias System)

เป็นหน้าที่ของเรติคิวลา ฟอร์เมชันในก้านสมอง ซึ่งรับการกระตุ้นประสาทสัมผัสเข้ามาเพื่อให้เกิดผลในทางยับยั้งกระแสประสาทที่เข้ามาทางระบบประสาทส่วนปลายในสัดส่วนที่เท่ากัน ขณะที่กระแสประสาทที่เข้ามาทวีขึ้น การยับยั้งจะเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม การทำงานของระบบนี้อาจมีอิทธิพล หรือได้รับอิทธิพล จากข้อมูลที่ส่งมาจากระบบควบคุมส่วนกลาง ในขณะที่กระแสประสาทที่ส่งออกไปทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของประตูปิดหลัง

4. ระบบกระทำการ (Action System)

เป็นพฤติกรรมตอบสนองที่เกิดขึ้นต่อการรับรู้ความเจ็บปวดในลักษณะของการหลีกเลี่ยงหรือการต่อสู้ หรือไม่พอใจในรูปแบบต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีควบคุมประตุ สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปก่อนที่ความรู้สึกจะเข้าสู่การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดที่สมอง และทำให้เข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับบุคคลว่า ประสบการณ์ความเจ็บปวดเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล สภาพทางจิตใจในปัจจุบันของบุคคลไม่เพียงแต่จะมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดเท่านั้น ยังมีผลมากต่อการรับรู้ความเจ็บปวดด้วย สรุปได้ว่าความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสลับซับซ้อน ซึ่งมีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันระหว่างองค์ประกอบทางค่านสรีรวิทยาและค่านจิตวิทยาสังคม

ทฤษฎีนี้จึงสามารถนำประโยชน์ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทกลาง โดยการสร้างความไว้วางใจ ให้อำลัใจ และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและมองเห็นวิถีทางต่าง ๆ ที่มีผลต่อการระบับความเจ็บปวดของเขา แนวว่าความวิตกกังวลนั้นจะมีบทบาทสำคัญต่อความรุนแรงของการรับรู้ความเจ็บปวดก็ตาม

ขีดเริ่มของความเจ็บปวดและความทนต่อความเจ็บปวด

ขีดเริ่มของความเจ็บปวด (Pain threshold/ หมายถึง ระดับความรุนแรงของสิ่งกระตุ้น (noxious stimulus) ที่เป็นอันตราย ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเจ็บปวด เช่น จุดที่ความอบอุ่นเริ่มจะเผาไหม้ หรือการสัมผัสที่เริ่มจะทำให้รู้สึก

เจ็บปวด¹ ฮาร์ดี และคณะ (Hardy and et.al) ได้ศึกษา พบว่า ชีตเริ่มของความเจ็บปวด และระดับต่ำสุดของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายมีความใกล้เคียงกันหรือเกือบเท่ากัน² และจากการศึกษาวิจัยที่มีการควบคุมสถานการณ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของชีตเริ่มของความเจ็บปวดระหว่างเพศชายกับเพศหญิง และระหว่างเชื้อชาติ วัฒนธรรม เช่น พวกเอสกีโม อินเดียน และชนผิวขาว เป็นต้น แต่มีความแตกต่างกันในปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด^{3,4} และถ้ามีสมาธิ ความสนใจ หรือความเมื่อยล้า หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าต่าง ๆ มาเกี่ยวข้องด้วย จะทำให้ชีตเริ่มของความเจ็บปวดในบุคคลต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมาก⁵ ซึ่งจะเห็นได้ว่าชีตเริ่มของความเจ็บปวดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. Sensation threshold คือ การกระตุ้นที่น้อยที่สุดที่ทำให้เกิดความรู้สึก เช่น ความร้อนหรือแรงกด ที่ทำให้บุคคลรู้สึก ชีตเริ่มความเจ็บปวดชนิดนี้มีค่าเท่ากันในคนที่ระบบประสาทการรับรู้รู้สึกปกติ

2. Perception threshold คือ การกระตุ้นที่น้อยที่สุดที่ทำให้บุคคลรู้สึกเจ็บ ชีตเริ่มความเจ็บปวดชนิดนี้เปลี่ยนแปลงได้ โดยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านจิตใจ และสังคม วัฒนธรรม⁶

¹ Jacox and Rogers, loc.cit.

² Engel, op.cit., p. 46.

³ Eland, op.cit., p. 46.

⁴ Lewis and Collier, op.cit., p. 1392.

⁵ Engel, loc.cit.

⁶ Jacox, op.cit., pp. 63-64.

ทเวครอส (Twycross) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อชีวิต เริ่มความเจ็บปวดไว้นี้ ความไม่สบาย การนอนไม่หลับ ความเมื่อยล้า วิตกกังวล กลัว โกรธ อารมณ์เศร้า เสียใจ ซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการหมกมุ่นสนใจตนเอง ทำให้ชีวิตเริ่มความเจ็บปวดลดลงได้ การช่วยเหลือเพื่อให้ชีวิตเริ่มความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ต้อง จัดความไม่สบายจากอาการต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ประคับประคองทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย หรือให้ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาระงับความซึมเศร้า ตามแนวการรักษาของแพทย์ ¹ (ดังแผนภูมิที่ 3)

Discomfort		Relief of symptoms	
Insomnia		Sleep	
Fatigue		Rest	
Anxiety	Threshold	Sympathy	Threshold
Fear	lowered	Understanding	raised
Anger		Diversion	
Sadness		Elevation of mood	
Depression		Analgesics	
Mental isolation		Tranquillisers	
Introversion		Antidepressants	

แผนภูมิที่ 3 แสดงองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อชีวิตเริ่มของความเจ็บปวด ²

ความทนต่อความเจ็บปวด (Pain tolerance) หมายถึง จุดที่บุคคล ไม่ยอมรับหรือไม่ทนต่อสิ่งที่มีมากขึ้นให้เกิดความเจ็บปวดในระดับสูงกว่านี้ หรือในระยะ เวลาที่นานกว่านี้ได้ ³ สะท้อนบาช ได้ให้ความหมายของความทนต่อความเจ็บปวด

^{1,2}

John C.K. Leung, "Terminal Pain-I," Nursing Times, 76 No. 23 (June 17, 1980), p. 1051.

³Jacox and Collier, loc.cit.

ไว้วา เป็นระยะเวลา หรือความรุนแรงที่บุคคลรับรู้การกระตุ้นหลังผ่านขีดความเจ็บปวด ก่อนที่จะแสดงอาการหรือบอกถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่มีอยู่ออกมา ¹

รอย (Roy) กล่าวว่า บุคคลจะทนต่อความเจ็บปวดได้สูงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ประสบการณ์และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวดในอดีต อาจมีผลต่อประสบการณ์ความเจ็บปวดในปัจจุบัน สตรีและเด็กสาวมีอิสระในการแสดงออกเมื่อมีความเจ็บปวดมากกว่าเพศชาย ²

นอกจากนี้ ขาบ (Karb) ได้กล่าวว่า ความทนต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับอัลกอซอล ยา การสะกดจิต ความอบอุ่น การถนุวัด การทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ หรือมีความเชื่อ ศรัทธาทางศาสนาสูง (Strong beliefs and faith) ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะลดลง เมื่อมีอาการเมื่อยล้า อ่อนเพลีย มีอารมณ์โกรธ เบื่อหน่าย ไม่สบายใจ หรือเมื่อความเจ็บปวดนั้นคงที่และต่อเนื่อง เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปไกลแล้ว ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง สภาพร่างกายและจิตใจเลวลง ความอดทนต่อความเจ็บปวดจึงลดลงเป็นอย่างมาก ³

¹ Ada K. Jacox, "Sociocultural and Psychological Aspects of Pain," Pain : A Source Book for Nursing and Other Professionals, (Boston : Little, Brown and Co., 1977), p. 63.

² Sister Callista Roy, Introduction to Nursing : An Adaptation, (Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1976), p. 147.

³ Karb, op.cit., p. 377.

ปฏิกิริยาของร่างกายต่อความรู้สึกเจ็บปวด (Pain reaction)

ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดดังนี้คือ (ดังแผนภูมิที่ 4)

1. ปฏิกิริยาทางกล้ามเนื้อ (Skeletal muscle reactions) พบว่ามีการแสดงออกทางคานท่าทางและการเคลื่อนไหวเพิ่มหรือลดลง ขึ้นอยู่กับชนิดของความเจ็บปวด บุคลิกภาพ และวิธีการเผชิญความเจ็บปวดของแต่ละคน¹ อีแลนด์ (Eland) ได้สรุปพฤติกรรมท่าทางและการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดร่วมกับความเจ็บปวดไว้

4 รูปแบบ คือ

- 1.1 การเคลื่อนไหว เพื่อป้องกัน เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกายที่เห็นรีเฟล็กซ์ คือ ถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอันตรายทันที
- 1.2 มีการถนัด ลุกคลำ บริเวณที่เจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายเป็นจังหวะ เพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวด เป็นการกระตุ้นไขกระดูกให้หลั่งสารเคมีขนาดใหญ่ขัดขวางการส่งกระแสคลื่นความเจ็บปวด
- 1.3 หยุดการเคลื่อนไหวส่วนที่ปวด เพื่อลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวด
- 1.4 กระสับกระส่าย หรือมีการเคลื่อนไหวที่ไม่มีเป้าหมาย เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ เมื่อมีความเจ็บปวดรุนแรง มีการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้าตาบิดเบี้ยว ขมวดคิ้ว กัดฟัน หรืออาจจะแสดงโดยทางการพูด ร้องเสียงแหลม ครวญคราง ร้องไห้ หรือพูดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวด^{2,3}

¹ Frances Bourbonnais, "Pain Assessment : Development of A Tool for The Nurse and The Patient," Journal of Advanced Nursing, 6, No. 7 (July, 1981), p. 279.

² Eland, op.cit., pp. 173-174.

³ Bourbonnais, loc.cit.

2. ปฏิกิริยาคานประสาธัตโนมิติ (Autonomic reactions) มีการตอบสนองทางคานสรวิทยาในแบบของการต่อสู้หรือถอยหนี (fight or flight stress response) ¹ ถ้ามีความเจ็บปวดรุนแรง และเกิดในระยะสั้น การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกจะเพิ่มขึ้น ทำให้ชีพจรเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว เลือดที่ออกจากหัวใจไปยังอวัยวะอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ตัวร้อน ม่านตาขยายโต ขนตั้งชัน ผิวหนังแห้ง คอแห้ง และน้ำลายเหนียว หากความเจ็บปวดไม่ได้รับการบรรเทาในระยะเวลาานาน ผู้ป่วยจะสูญเสียพลังงานสำรองไป อาจเกิดอาการช็อค และถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากระบบประสาทพาราซิมพาเธติกทำงานมากกว่าซิมพาเธติก ทำให้ชีพจรช้าลง ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น น้ำลายไหล ม่านตาเล็ก มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน จากการที่กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัวมากขึ้น มีอุจจาระปัสสาวะราดหรือหลังน้ำอสุจิได้ ^{2,3} และมักจะมีการตอบสนองทางจิตใจรวมทวย ได้แก่ มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ตื่นเต้น กระสับกระส่าย โกรธง่าย ⁴

¹ Eland, loc.cit.

² Jeannette E. Watson, Medical-Surgical Nursing and Related Physiology, (2 nd ed ; Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1979), pp. 116-117.

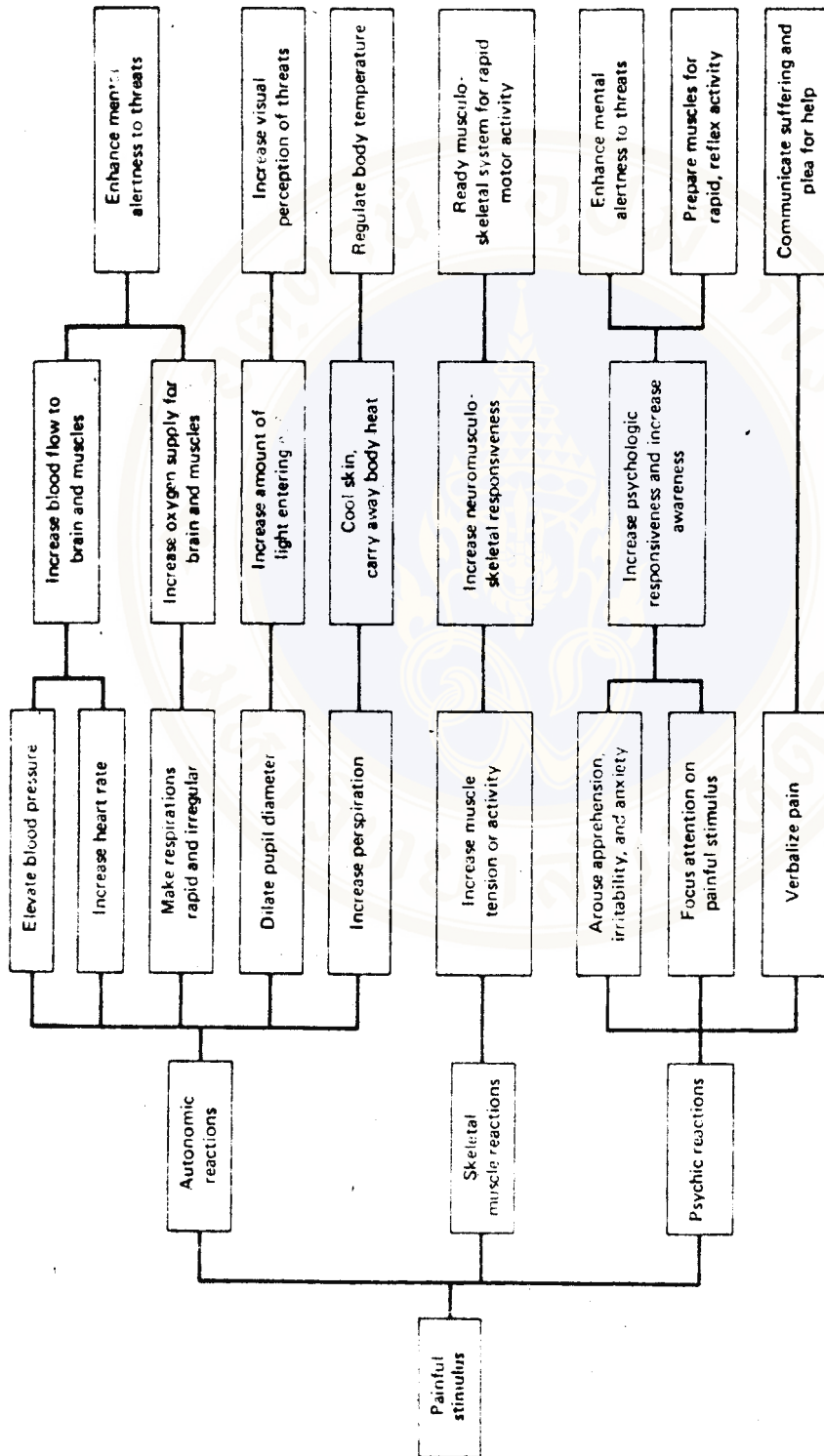
³ Donovan and Pierce, op.cit., p. 58.

⁴ Oland, op.cit., p. 1303.

3. ปฏิกริยาทางจิต (Psychic reaction) เป็นปฏิกริยาที่สำคัญมาก เพราะเป็นเหตุให้เกิดความทรมาน ความกลัว ความทุกข์แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมากได้ ปฏิกริยานี้เกิดขึ้นมานานอยู่แล้วแต่สภาพจิตของแต่ละบุคคล แต่ละขณะ ตามปกติมักจะเป็นไปทางซึมเศร้า วิตกกังวล หรือกระวนกระวาย การรักษาทางจิตใจอย่างเหมาะสมจะช่วยให้การรักษาความเจ็บปวดได้ผลดี¹



¹ พลศักดิ์ จีระวิพลวรรณ, เรื่องเดิม, หน้า 176.



แผนภูมิที่ 4 การตอบสนองทางกายภาพและความเจ็บปวด¹

¹ Donovan and Pierce, op.cit., p.59

ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกิริยาการแสดงออกเมื่อมีความเจ็บปวด

จากการศึกษา พบว่า จิตใจมีผลต่อระดับการทนต่อความเจ็บปวด และจะแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจิตวิทยาของความเจ็บปวด มีดังนี้ คือ

1. เชื้อชาติ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรม มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการแสดงออกของความเจ็บปวด เป็นการแสดงถึงค่านิยมและความเชื่อของคนกลุ่มนั้น ๆ เช่น หญิงชาวอัฟริกันที่ตั้งครรภ์จะไปทำงานในทุ่งหญ้าตามปกติจนกว่าจะถึงเวลาคลอด และในระยะเริ่มต้นของการคลอด สามีจะเป็นฝ่ายไปนอนพักบนเตียงเป็นเวลา 3 ถึง 4 วัน มีพฤติกรรมราวกับว่ากำลังมีความเจ็บปวดที่รุนแรง ส่วนผู้หญิงเมื่อคลอดเสร็จจะห่อตัวเด็กไว้แล้วกลับไปทำงานตามปกติ ชะโบโรวสกี (Zborowski) ได้รายงานผลการศึกษาพฤติกรรม การตอบสนองต่อความเจ็บปวดของชน 4 กลุ่ม คือ ชาวอเมริกันเกา ไอร์ช ยิว และอิตาเลียน ว่า ชาวยิวกับชาวอิตาเลียนมีความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มอื่น เพราะคนยิวมองโลกในแง่ร้าย มีความเครียดสูง ต้องการได้รับการดูแลที่ดีที่สุดกว่าคนอื่น ๆ มักไปตรวจสอบการรักษาของแพทย์ เป็นการแสดงความไว้วางใจแพทย์ลง ส่วนชาวอิตาเลียนมีการตอบสนองต่อความเจ็บปวดมากกว่าปกติ แต่ไม่ถึงขั้นกระตุนหรือเรียกร้องให้ผู้อื่นมาสนใจ ตน ต่างจากชาวยิวตรงที่ว่า ไม่เคยบ่นถึงครอบครัวในแง่ร้าย ตรงข้ามกลับชอบที่จะให้สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ๆ มาอยู่ล้อมรอบตัวเขา ความวิตกกังวลของชาวอิตาเลียนอยู่ที่ผลจากความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน ในกลุ่มผู้ป่วยอเมริกันเกามักไม่แสดงอาการเจ็บปวดให้ปรากฏ นอกจากจะเล่าให้บุคลากรในทีมสุขภาพฟัง ถ้าเจ็บปวดมากมักจะแยกตัว และจะร้องไห้เมื่ออยู่คนเดียวเท่านั้น คนกลุ่มนี้จะทนต่อความเจ็บปวดได้มาก เพราะไม่ต้องการให้ใครเห็นความอ่อนแอของตน ส่วนผู้ป่วยชาวไอร์ช ไม่ค่อยพูดถึงความเจ็บปวด พยายามจะเลียงออกจากครอบครัวและเพื่อน และไม่สนใจที่จะเล่าให้เพื่อนฟังถึงความทุกข์ทรมานของเขา เขาเชื่อว่าไม่ควรแบ่งความทุกข์ทรมาน ความลำบากให้คนอื่น ควรจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด โดยพยายามต่อสู้หรือยอมทนต่อความเจ็บปวดนั้น ซึ่งต่างกับชาวยิวและชาวอิตาเลียน

ที่ยอมรับภาวะความเจ็บปวดของตนเอง และให้ความร่วมมืออย่างดีกับบุคลากรในทีม
สุขภาพ 1,2,3

วูดโรว และคณะ (Woodrow and et.al) ได้ศึกษาพบว่า คนผิวขาวจะทนต่อความเจ็บปวดได้สูงสุด ผิวดำ รองลงมา และผิวเหลืองจะอดทนน้อยที่สุด⁴ และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคนนิโกรจากรัฐทางใต้และคนผิวขาวจากรัฐทางเหนือ กลุ่มละ 18 คน ของ เชปแมน และคณะ (Chapman and et.al) พบว่า ชีตเริ่มของการรับรู้ต่อความเจ็บปวดของคนนิโกรจะต่ำกว่าคนผิวขาว บ่งชี้ว่า คนนิโกรไวต่อความเจ็บปวดมากกว่าคนผิวขาว และมีข้อสังเกตอีกว่าปฏิกิริยาแสดงออกของชีตเริ่มความเจ็บปวดจะต่ำกว่าคนผิวขาวมาก แสดงว่ามีความอดทนต่อความเจ็บปวดไตน้อยกว่า⁵ ความอดทนต่อความเจ็บปวด ในกลุ่มเชื้อชาติคนผิวขาว ผิวดำ และชาวตะวันออก (Orientals) ตั้งแต่ระดับสูงสุดจนถึงต่ำสุด ได้ผลสรุปเช่นเดียวกับการศึกษาของวูดโรวและคณะ⁶

ความเชื่อทางศาสนาที่มีอิทธิพลต่อการให้ความหมายของความเจ็บปวดเช่นกัน แล้วแต่ว่าผู้ป่วยจะมองว่าเป็นผลจากการถูกลงโทษเพื่อไถ่บาปไปหาพระเจ้า หรือผลจากการที่ใคร่กระทำความชั่วร้าย ผู้ป่วยจะไม่คอยยอมรับร่วมมือกับการรักษา ทำให้เป็นปัญหาต่อบุคลากรทางทีมสุขภาพมาก⁷ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยบางคนจะยึดถือศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ

1

Jacox, op.cit., p. 67.

2

Eland, op.cit., pp. 179-180.

3

Donovan and Pierce, op.cit., pp. 63-64.

4

Weisenberg, op.cit., 134.

5

Ibid., p. 145.

6

Jacox, op.cit., p. 68.

7

Eland, loc.cit.

โดยการแสดงออกต่อความเจ็บปวดด้วยการยอมรับและเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
โดยการปฏิบัติกิจทางศาสนา เป็นต้น

2. ความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออวัยวะส่วนนั้น กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ อวัยวะส่วนนั้นมีความหมายเพียงใดต่อตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดมดลูก ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วยความเจ็บปวดทางกายและความเจ็บปวดอันเกิดจากการสูญเสียสัญลักษณ์ของความ เป็นหญิง ¹

3. การเชื่อมโยงความรู้สึกเจ็บปวดกับประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือได้รับ อาจจะมีมากขึ้นหรือลดลง ถ้าการเจ็บปวดครั้งแรกมีมาก จะก่อให้เกิดความกลัว เมื่อเกิดความเจ็บปวดแบบนี้ซ้ำอีก จะคาดการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดในทางลบมากขึ้น อันเป็นสาเหตุให้มีปฏิกิริยาทางอารมณ์และร่างกายอย่างมาก ²

4. การมีความรู้ ความเข้าใจ ในต้นเหตุและความสำคัญของการเกิดความเจ็บปวด มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตอบสนองความเจ็บปวดตามที่ตนเข้าใจและคาดหวังไว้ เช่น หญิงที่มีก้อนที่เต้านม และกลัวการเป็นมะเร็ง มักจะทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดอย่างมาก จนกว่าผลการตรวจพบว่าเป็นเพียงเนื้องอกธรรมดาเท่านั้น ความกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บปวดจะลดลง หรือผู้ป่วยที่รู้วาระใจเจ็บปวดคนไหน เช่น ชาห์ก ผู้ป่วยจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มาก เพราะรู้แหล่งที่แน่ชัด การรักษาและโอกาสที่จะหาย สามารถทำนายได้ ดังนั้น การให้คำแนะนำและอธิบายความจริงที่ถูกต้อง มีการเตรียมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อม จะช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวดนั้นได้ ³

¹ Henderson and Nite, op.cit., p. 1911.

^{2,3} Watson, op.cit., p. 117.

5. ความวิตกกังวล ความตึงเครียด และความกลัว : ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมาก เช่น โรคหัวใจ หรือโรคมะเร็ง มีความรู้สึกว่าการกำลังถูกคุกคาม กลัวความตายที่ใกล้เข้ามา เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บปวดตลอดเวลา โดยไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าว่าเมื่อใดจะสิ้นสุด ผู้ป่วยจะเกิดท้อแท้ในชีวิต พฤติกรรมการปรับตัว และกระบวนการปรับตัวหยุดชะงัก ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะลดลง เพราะขาดอำนาจควบคุมและความมุ่งมั่นในการควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง ^{1,2,3}

บีชีเชอร์ (Beecher) เป็นนักวิจัยที่รู้จักกันดี ได้ศึกษาถึงภาวะทางจิต จิตใจที่มีผลต่อการแสดงออกของความเจ็บปวด โดยสังเกตพฤติกรรมของทหารในสงครามโลกครั้งที่ 2 พบว่า มีทหารเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ที่ขอารงันปวด มอร์ฟิน แม้ว่ามีความเจ็บปวดอย่างรุนแรงจากบาดแผลในส่วนช่องอก บริเวณท้อง หรือกระดูก ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยพลเรือนที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งมีบาดแผลคล้ายคลึงกัน จำนวน 4 ใน 5 คน ร้องขอารงันปวด บีชีเชอร์ ให้ข้อคิดเห็นว่า ทหารให้ความสำคัญของชีวิตมากกว่าความเจ็บปวดในสนามรบ ดังนั้น ขณะทำการรบ ทหารจะทำทุกอย่างเพื่อให้มีชีวิตรอด จึงไม่สนใจความเจ็บปวดชั่วคราว อีกประการหนึ่งการได้รับบาดเจ็บ จะเป็นผลดีเพราะไม่ต้องถูกส่งไปรบแนวหน้า ซึ่งก็หมายความว่าเขามีโอกาสที่จะถูกส่งกลับไปรักษาที่บ้านอีกด้วย สำหรับผู้ป่วยพลเรือน ถือว่าการผ่าตัดเป็นอันตรายอย่างหนึ่งที่คุกคามต่อชีวิต จะวิตกกังวล ขี้มึนเมา และกลัว จึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่าทหาร ⁴

¹ Ibid.

² Henderson, *loc.cit.*

^{3,4} Eland, *op.cit.*, p. 184.

6. อายุ : มีการศึกษามากมายรายงานว่า ยิ่งอายุมากขึ้น ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้น¹ วูล์ฟ (Wolf) และจาร์วิก (Jarvik) ได้ศึกษาพบว่า ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นตามอายุในเพศชาย แต่ไม่เพิ่มในเพศหญิง และจากการศึกษาของ แฮสแลม (Haslam) ในคนอายุระหว่าง 5 ถึง 18 ปี พบว่า ความอดทนต่อความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่ออายุ²

ในผู้ป่วยเด็กการแสดงออกต่อความเจ็บปวด มีพื้นฐานมาจากความกลัวมากกว่าความเจ็บปวด ชูลส์ (Schultz) ได้ทำการศึกษาในเด็กอายุระหว่าง 10 ถึง 11 ปี จำนวน 74 คน พบว่า ความกลัว ความวิตกกังวล และความโกรธ เป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง ผู้ป่วยในวัยนี้ให้ความหมายต่อความเจ็บปวดไว้ว่า เป็นสิ่งที่น่ากลัวมากที่สุดเพราะทำให้เขาต้องหมดอิสระที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ตามความต้องการและความพอใจของเขา เช่น กล่าวว่า "ความรู้สึกเจ็บปวดทำให้ฉันไม่สามารถที่จะไปเล่นฟุตบอลได้"³

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบำบัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะไม่ขอยาแก้ปวด ทั้ง ๆ ที่ เป็นความจริงที่ว่า การแผยขยายของมะเร็งจะสัมพันธ์กับอายุ และเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บปวดรุนแรงเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่ปรากฏว่าผู้ป่วยไม่ใคร่ขอยาแก้ปวดจากพยาบาลเลย ซึ่งต่างกับผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า เป็นการสนับสนุนว่า ยิ่งอายุมากขึ้น ความอดทนต่อความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้น⁴

¹ Jacox, op.cit., p. 65.

² Weisenberg, op.cit., p. 134.

³ Barbara Kozier, Fundamentals of Nursing, (2 nd, ed ; Massachusetts : Addison-Wesley Publishing Co., 1983), p. 636.

⁴ Jacox, op.cit., p. 66.

7. เพ็ชร์ : พบว่า เพศชายจะอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าเพศหญิง
แม้ว่าเพศชายในกลุ่มทดลองที่มีอายุน้อยที่สุดยังมีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าเพศหญิง
ที่อายุน้อยที่สุดในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มเพศหญิงมีความแตกต่างของความอดทนต่อความ
เจ็บปวดน้อย ^{1,2}

เพ็ชร์ (Patrie) กล่าวว่า เพศชายมีแนวโน้มที่จะลดความรุนแรงของ
สิ่งกระตุ้นให้น้อยกว่าความเป็นจริง (reducers) ทำให้มีความอดทนต่อความเจ็บปวด
มากกว่าเพศหญิง เพราะเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะขยายความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นมากกว่า
ความเป็นจริง (augmenters) ³

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ป่วยมะเร็งในการ
บอกเล่าถึงความเจ็บปวด โดยที่ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก ได้มีการบันทึก
ความเจ็บปวด แต่ไม่ได้ออกเล่าความเจ็บปวดนั้นให้กับพยาบาล กลุ่มที่ 2 มีการบันทึกความ
เจ็บปวดและได้รับยาแก้ปวด โดยการร้องขอหรือจากความคิดเห็นและการตัดสินใจของ
พยาบาลเอง ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่าคะแนนความรุนแรงของความเจ็บปวดของเพศหญิง
ในกลุ่มแรกจะต่ำกว่าคะแนนของเพศหญิงในกลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเพศชายทั้ง
2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของความเจ็บปวดเลย ผู้ป่วยชายบางคน
รู้สึกเจ็บปวดแต่ก็ไม่ได้ออกยาแก้ปวด ในขณะที่บางคนได้รับการบันทึกว่าไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด
แต่ขอยาแก้ปวด ผู้วิจัยอธิบายสรุปว่า (1) ความจริงแล้ว เพศชายมีความต้องการอย่าง
มากที่จะบอกเล่าความรู้สึกทุกขทรมานของเขาเช่นกัน (2) พยาบาลผู้หญิงให้ความสำคัญ

¹
Weisenberg, loc.cit.

²
Jacox, loc.cit.

³
Ibid.

และสัมพันธ์ภาพในการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยหญิงมากกว่าผู้ป่วยชาย (3) พยาบาลประเมินความเจ็บปวดในเพศหญิงและเพศชายแตกต่างกัน เนื่องจากระดับของความวิตกกังวล ความไม่เป็นมิตร (hostility) และความขี้เมตตา (4) พยาบาลมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญความเจ็บปวดของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จึงตัดสินใจให้ยาแก้ปวดเฉพาะแก่เพศหญิงเท่านั้น¹

จากการศึกษากังวล จึงเป็นข้อสรุปได้ว่า เพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันของขีดเริ่มความเจ็บปวด แต่เพศชายจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าเพศหญิง²

8. บุคลิกภาพ : ผู้ป่วยที่มีลักษณะ ประเภทชอบแสดงตัว (Extroverts) จะทนทานต่อความเจ็บปวดได้สูงกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะเก็บตัว (Introverts) เพราะได้มีการชดเชยความรู้สึกเจ็บปวดโดยการแสดงออกทางกริยาท่าทางหรือคำพูดอย่างมากมาย (exaggeration)³ สะเทอร์นแบช สคอลลิงค์ และลีแวนเดอร์ (Sternbach and Scholling and Levander) ได้ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีแนวโน้มจะเกิดความวิตกกังวลง่าย มีความไวต่อการเจ็บปวดจากการกระตุ้นโดยใช้เครื่องช็อคไฟฟ้ามากกว่าคนที่ไม่มีความวิตกกังวล⁴ และมีหลักฐานยืนยันว่าคนที่มีความวิตกกังวลสูง หรือพวก neuroticism จะทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เพราะความวิตกกังวลไปลดขีดเริ่มของความเจ็บปวด หรือความอดทนต่อความเจ็บปวด หรือทั้งสองอย่าง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายที่มีความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญจะมีคะแนน neuroticism สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความเจ็บปวด⁵

¹Ibid., p. 67.

²Ibid.

³Henderson and Nite, op.cit., p. 1913.

^{4,5}Jacox, op.cit., p. 69.

9. ระดับความรู้สึกตัว เช่น อยู่ในภาวะเตรียมพร้อม หรือเซื่องซึม เป็นต้น ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะรู้ตัวดี จะทำให้การรับรู้ความรู้สึก การแปลความหมายต่าง ๆ ไม่เกินความจริง ไม่มากเกินไป และการมีสติจะเป็นสิ่งสำคัญในการต่อต้านกับความเจ็บปวดด้วย

10. ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลายตำแหน่ง การตอบสนองยอมมากกว่าความเจ็บปวดที่เกิดจากแหล่งเดียวที่มีขอบเขตชัดเจน

11. ความเมื่อยล้า สามารถเปลี่ยนปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวดได้หลายทาง คือ ความเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ทำให้ไม่สนใจต่อความเจ็บปวดนั้น หรือในทางตรงกันข้าม อาจทำให้ความอดทน การควบคุมตนเองเสียไป ถึงแม้ว่าจะเป็นการเจ็บปวดเล็กน้อย กล่าวคือ จะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจอย่างมาก เช่น ร้องครวญคราง เป็นต้น

การวัดและประเมินความเจ็บปวด

เจคอกซ์ (Jacox) กล่าวถึง ความยุ่งยากในการประเมินความเจ็บปวดว่าเกิดขึ้นเมื่อทัศนคติของผู้ประเมินและผู้ป่วยไม่ตรงกัน ผู้ประเมินมักจะใช้ทัศนคติของตนเองในการประเมินว่าผู้ป่วยควรจะทนต่อความเจ็บปวดได้มากเท่าใด หรือควรแสดงความเจ็บปวดมากน้อยเท่าใด เป็นต้น¹ แมคเคฟเฟอร์รี กล่าวว่า ในการเข้าใจความเจ็บปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย พยาบาลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความสังเกตและละเอียดถี่ถ้วน และพบทวนตัวเองเสมอ ไม่ควรปล่อยให้ความรู้สึกเคยชินต่อสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรือสร้างกลไกการป้องกันตนเองทางความคิด ความเชื่อ ความเมื่อคติที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้²

1

Ada K. Jacox, "Assessing Pain," American Journal of Nursing, 79, No. 5 (May, 1979), p. 895.

2

McCaffery, op.cit., pp. 13-25.

โดยทั่วไป การประเมินความเจ็บปวดทางคลินิก มีหลักพื้นฐาน 3 ประการ คือ

1. ให้ผู้ป่วยเขียนหรือบอกเล่าความรู้สึกเจ็บปวดนั้น วิธีนี้เป็นการวัดที่แน่นอน เชื่อถือได้^{1,2} และถือว่าเป็นข้อมูลซึ่งความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ดีที่สุด³ ผู้ป่วยอาจจะรายงานความเจ็บปวดที่มีอยู่มาก หรือน้อยกว่าความจริงก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ โดยใช้จิตสำนึกและจิตใต้สำนึกที่ได้รับอิทธิพลมาจากอารมณ์ และผ่านกระบวนการรับรู้ (Cognitive process) ในสมอง ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยจะบอกความรู้สึกเจ็บปวดจริง ๆ ที่เขาเมื่อรู้ว่าเป็นอย่างไร จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์และพยาบาล เพื่อหาทางช่วยเหลือผู้ป่วย ขจัดความเจ็บปวดได้ สจ๊วต (Stewart) กล่าวว่า แดส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะรายงาน ความเจ็บปวดน้อยกว่าความเป็นจริง⁴

จากการศึกษาของ ฮาร์ดี้ (Hardy) พบว่า ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย ไม่ชอบที่จะพูดเกี่ยวกับความเจ็บปวดของตัวเองกับผู้อื่น ซึ่งส่วนมากให้เหตุผลว่า คนอื่น ๆ ก็มีปัญหาของเขาเองอยู่แล้ว จึงไม่มีความสนใจต่อปัญหาของบุคคลอื่น ๆ และผู้ป่วยเชื่อว่า ไม่มีใครอยากจะฟังปัญหาของคนอื่น นอกจากนี้พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่ พยายามแสดงอาการต่าง ๆ ออกมาให้เห็น เมื่อมีความเจ็บปวด เพราะคิดว่าความเจ็บปวด ของตนเองนี้มิได้คงอยู่ตลอดไป จึงพยายามยอมรับและทนต่อความเจ็บปวดนั้น⁵ จากการ

¹ Jacox, loc.cit.

² Michael Rosen, "Assessing Pain," Nursing Mirror, 144, No. 70 (March, 1977), p. 53.

^{3,4} Mary L. Stewart, "Measurement of Clinical Pain," Pain : A Source Book for Nurses and Other Professionals, edited by Ada K, Jacox, (Boston : Little, Brown and Co., 1977), p. 108.

⁵ Jacox, op.cit., pp. 896-898.

ศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าคนส่วนมากจะพยายามไม่แสดงอาการเจ็บปวดหรือบอกด้วยคำให้ผู้อื่นรู้จนกว่าจะทนไม่ได้ จึงจะบอกให้ทราบ

เจค็อกซ์ และคณะ (Jacox and et.al) ได้ให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากสถานการณ์ 46 สถานการณ์ และให้บอกว่าสถานการณ์ใด ที่ประเมินความเจ็บปวดได้ยากหรือง่าย ผลปรากฏว่าพยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่าการวัดการตอบสนองทางสรีรวิทยา และการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกง่ายกว่าการประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ซึ่งความจริงแล้ว การให้ผู้ป่วยรายงานความเจ็บปวดด้วยตนเองนั้น จะได้รับความรู้สึกที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แต่พยาบาลกลับไม่ให้ความสนใจเพียงพอ ผู้วิจัยกล่าวว่าการที่พยาบาลประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าได้ยาก เพราะ

- (1) ยังมีความไม่เข้าใจในประสบการณ์ความเจ็บปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย
- (2) ประสบการณ์ความเจ็บปวดกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมาก
- (3) พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มึนสับสนอาจจะเริ่มค่อย ๆ มีความไวต่อการบอกกล่าวถึงความเจ็บปวดของผู้ป่วยน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บางสถานการณ์ที่พยาบาลรู้สึกล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดที่ยากแก่การบำบัด หรือบรรเทา¹

แฮคเคท (Hackett) ให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า เมื่อผู้ป่วยประเมินไม่สามารภที่จะหาสาเหตุของความเจ็บปวดได้ มักจะมีความเชื่อเป็นประเพณีนิยมว่า การค้นพบพยาธิสภาพ

¹ Ibid., p. 900.

ของเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นสาเหตุของความเจ็บปวดของผู้ป่วยมากกว่าจะเชื่อคำออก
กล่าวของผู้ป่วยว่า เขามีความรู้สึกละอย่างไร¹ เจค็อบ โคเสนอแนะวิธีจะให้โคเสนอลจาก
ผู้ป่วยง่ายขึ้น ดังนี้

- (1) พยายามทำความเข้าใจให้ได้ว่า ความรู้สึกเจ็บปวดที่ผู้ป่วย
ประสบอยู่เป็นอย่างไร และผู้ป่วยใช้วิธีใดในการบรรเทาความ
เจ็บปวด
- (2) ต้องระมัดระวังในการถามผู้ป่วย และใช้คำพูดที่สื่อความหมายให้
ผู้ป่วยเข้าใจได้
- (3) เมื่อผู้ป่วยตอบ พยายามต้องทำความเข้าใจกับความหมายของ
คำพูดนั้น เพราะบางครั้งผู้ป่วยบอกว่ามีอาการเจ็บปวด แต่พฤติกรรม
ที่แสดงออกไม่สอดคล้องกับคำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่บ่งว่า
เจ็บปวด แต่ผู้ป่วยกลับปฏิเสธความเจ็บปวด

2. สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น อาการกระสับกระส่าย ร้องไห้ ครวญคราง
 ฯลฯ เป็นต้น²

3. ใช้เครื่องมือวัดความเจ็บปวดจากสัญญาณของประสาทอัตโนมัติ ได้แก่
ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้น แต่การวัดแบบนี้เพียงอย่างเดียวซึ่งไม่ได้
ว่าผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เพราะอาจเปลี่ยนแปลงได้ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียดจากสาเหตุ
ใด ๆ ก็ได้ หรือปัจจัยทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล³

¹
Ibid., p. 898.

^{2,3}
Stewart, loc.cit.

อีกวิธีการหนึ่งที่ใช้กันมากที่สุดในการวัดความเจ็บปวดของผู้ป่วย คือ ให้ผู้ป่วย
ตอบคำถาม และชี้บ่งระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามมาตราที่กำหนด ซึ่งมีหลายชนิด
และที่พบว่าได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์มาแล้ว มีดังนี้ คือ

1. แถบสีวัดความเจ็บปวดของสจวต (Stewart's Pain Color Scale)

การใช้สีเป็นตัวแทนของความเจ็บปวด มาจากพื้นฐานที่ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะ
เลือกสีแดง เป็นสีที่แทนความเจ็บปวด และเมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น จะเป็น
สีที่เข้มขึ้น สีส้ม หรือ สีส้มแดง ใช้กับความเจ็บปวดที่น้อยกว่า สีแดงหรือสีที่เข้มขึ้น แทนปริมาณ
ความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น สีดำหรือม่วงดำแทนความเจ็บปวดที่รุนแรง¹

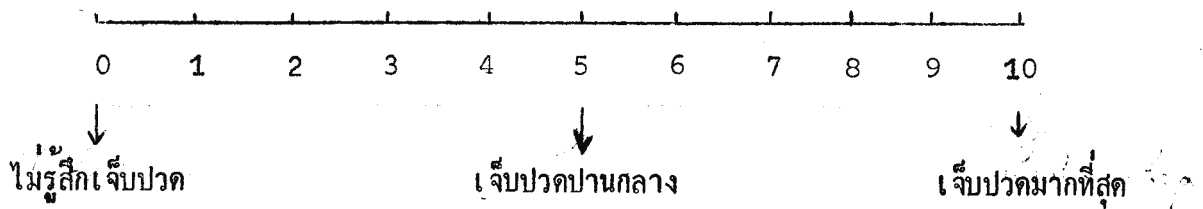
2. มาตรารวัดความเจ็บปวดของจอห์นสัน (Johnson's Two Components Scale)

เครื่องมือนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นมาตราที่ใช้วัดความรู้สึกเจ็บปวด
(Pain Sensation Scale) ให้ผู้ป่วยวัดระดับความรู้สึกเจ็บปวดจากไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด
(คะแนน = 0) จนถึงมีความเจ็บปวดมากที่สุด (คะแนน = 10) ส่วนที่สองเป็นมาตรารวัด
ความทุกข์ทรมานที่ได้รับเนื่องจากความเจ็บปวด (Pain Distress Scale)
จัดระดับคะแนนจากไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเลย (คะแนน = 0) จนถึงทุกข์ทรมานมากที่สุด
(คะแนน = 4) จอห์นสัน กล่าวว่า จากการทดลองใช้มาตราที่สร้างขึ้นนี้ ผลปรากฏว่า
ผู้ป่วยสามารถบอกหรือตัดสินประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดทั้งสองชนิดได้²

¹ Ibid., p. 116.

² Ibid., p. 114.

มาตรการวัดความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด



มาตราวัดความทุกข์ทรมาน



4. ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความเจ็บปวดเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การเป็นมะเร็ง ซึ่งพบได้ในมะเร็ง
ทุกชนิด¹ และเป็นตัวแทนของความรู้สึกเจ็บปวดทั้งทางร่างกาย (Physical
pain) และความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress)²ทำให้

1

Jamie Lavenia Anderson, "Nursing Management of The Cancer Patient in Pain : A Review of The Literature," Cancer Nursing, 5, No. 2 (February, 1982), p. 33.

2

Martha M. Shawver, "Pain Associated with Cancer," Pain :
A Source Book for Nurses and Other Health Professionals, edited by
 Ada K. Jacox (Boston : Little, Brown and Co., 1977), p. 373.

เป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย และก่อให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจต่อบุคคลที่ใกล้ชิดและผู้ให้การดูแลรักษาเป็นอย่างมาก^{1,2} ความรู้สึกเจ็บปวดนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของ ชนิด ระยะเวลา ลักษณะการแพร่กระจายทางกายวิธานพยาธิสรีรวิทยา และปัจจัยทางจิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย^{3,4}

ธรรมชาติของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความจริงแล้ว โรคมะเร็งไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นผลจากคุณลักษณะเฉพาะของเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้น และเจริญอย่างรวดเร็ว สามารถลุกลามและขยายออกไปเรื่อย ๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุดได้ในทุกระบบของร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อข้างเคียงที่ปกติได้รับอันตรายและถูกทำลาย^{5,6}

บอนิกา (Bonica) ได้อธิบายว่า ความจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของมะเร็งนี้ เป็นเหตุผลสนับสนุนว่า อาการเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งจึงไม่ค่อยจะปรากฏในระยะเริ่มต้นของโรค

¹ Donovan, op.cit., p. 731.

² Caroline Stokes Bagley and et.al., "Pain Management : A Pilot Project," Cancer Nursing, 5, No. 6 (June, 1982), p. 191.

³ Phipps and et.al., op.cit., p. 512.

⁴ Bond, "Pain and Emotion in Malignant Disease," p. 164.

⁵ Donovan and Pierce, op.cit., p. 57.

⁶ Shawver, op.cit., pp. 374-375.

ส่วนใหญ่มักจะพบว่า โรคมะเร็งมีกระบวนการเจริญพัฒนามาอย่างเรื้อรังและใช้เวลานาน โดยที่ไม่มีอาการของความเจ็บปวดหรือความรู้สึกไม่สบายปรากฏเลย ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้ว ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นตัวชี้บ่งว่ามีการลุกลามหรือแพร่กระจายของมะเร็งแล้ว หรือเป็นอาการแสดงสุดท้าย ทำให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาเข้าเกินไป โอกาสที่จะรักษาให้หายขาดจึงเป็นไปได้ยาก¹ ด้วยเหตุดังกล่าว บุคคลทั่วไปและแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์บางคน จึงมีความเชื่อและเข้าใจผิดว่า โรคมะเร็ง คือ ความเจ็บปวดและความตาย^{2,3} มูคิงเกอร์ (Mudinger) กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งกลัวมากที่สุด และกล่าวถึงบ่อยครั้ง เพราะผู้ป่วยให้ความสำคัญของความเจ็บปวดว่าหมายถึง การได้รับรู้ การวินิจฉัยโรค ว่าเป็นโรคมะเร็ง หรือ มะเร็งได้ลุกลามไปไกลแล้ว หรือกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของประสพการณ์การเป็นมะเร็ง⁴ ความหวาดกลัวและความคาดหวังสูง ว่าจะมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น หรือมีความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย ที่ไม่ใช่เกิดจากสาเหตุของโรคมะเร็งก็ตาม พบโคบอยว่ามีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในอนาคต่อไปอย่างมากมาย⁵ เจตคติและความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยกลัว และมี

¹ Bonica, op.cit., p. 1421.

² Shawver, loc.cit.

³ Donovan and Pierce, op.cit., p. 45.

⁴ Anderson, loc.cit.

⁵ Burns, loc.cit.

ปฏิกิริยาทางอารมณ์ การเอาชนะหรือควบคุมโรคและความเจ็บปวดได้นั้นจึงค่อนข้างยาก ¹

โบนิกา ได้บรรยายลักษณะความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งว่า มีความแตกต่างจากโรคอื่น ๆ คือ มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังแล้วแต่การดำเนินของโรค และความเจ็บปวดจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามความก้าวหน้าของโรค อาการนี้จะเป็น ๆ หาย ๆ เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก จนในที่สุดไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดได้ ² ซอนเดอร์ส (Saunders) เรียกความเจ็บปวดชนิดนี้ว่า ความเจ็บปวดที่อึดื้อ (Intractable pain) ซึ่งไม่ใช่เป็นสัญญาณเตือนหรือป้องกันอันตราย แต่หมายถึงการถูกคุกคาม ความรู้สึกสิ้นหวัง และถูกทอดทิ้ง ³ ทะวายเป็นครอส (Twycross) กล่าวว่า ความรู้สึกเจ็บปวดนี้จะแผ่ขยายเข้าครอบครองสมาธิ ความตั้งใจและการพักผ่อนของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมและความพึงพอใจในชีวิต มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนแต่เป็นการช่วยเสริมแรงให้พฤติกรรมความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ^{4,5}

แมทเทวส์ และคณะ (Mathews and et.al) ได้อธิบายถึงลักษณะของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรคออกเป็น 3 ระยะคือ ⁶

¹ Donovan and Pierce, loc.cit.

² Bonica, op.cit., p. 1422.

³ Leung, Terminal pain-I, p. 1051.

⁴ Rankin, op.cit., p. 58.

⁵ Gybels H. Adriaensen and P. Cosyns, The Year Book of Cancer 1978, (Chicago : Year Book Medical Publishers, Inc, 1982), p. 314.

⁶ Rankin, loc.cit.

ระยะแรก (Early stage) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ระยะเวลาสั้น สาเหตุเกิดจากความไม่สุขสบายภายหลังการผ่าตัดหรือการวินิจฉัยโรค หรือการรักษาเมื่เริ่มในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความเครียด และความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไป ความเจ็บปวดจะลดลงภายหลังการผ่าตัด 3 วัน และในที่สุดก็จะบรรเทาลง แต่ความวิตกกังวลอาจจะยังคงอยู่

ระยะกลาง (Intermediate stage) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการทรงตัวของแผลเป็นและประสาทหลังการผ่าตัด หรือ การกลับเป็นอีกของมะเร็ง และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น รวมทั้งความเจ็บปวดที่อาจเกิดจากความวิตกกังวล และความไม่สุขสบายจากการวินิจฉัยโรค และการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้นอีก การรักษาจะเป็นไปตามพยาธิสภาพและระยะของโรคซึ่งความเจ็บปวดบางอย่างอาจบรรเทาลง แต่ความเจ็บปวดอื่น ๆ อาจคงอยู่ และต้องให้การรักษา เพื่อบรรเทาอาการของโรค ด้วยการให้รังสีรักษาให้ยาต่อต้านมะเร็ง การผ่าตัดประสาท และการให้ยาแก้ปวด เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามวิธีการต่าง ๆ ดังกล่าวนี้อาจจะเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงพอใจและไม่สุขสบายได้เช่นกัน

ระยะสุดท้าย (Late stage) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง ซึ่งในระยะนี้ยากต่อการรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก และเมื่อรู้ความจริงว่า ความตายใกล้จะมาถึงแล้ว จะเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากขึ้น ลักษณะความเจ็บปวดจะคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง และไม่ลดลง จะปวดอยู่ตลอดเวลา มีผลต่อการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรมและความรื่นรมย์ต่าง ๆ ในชีวิตลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การรักษาในระยะนี้เพียงแต่จะช่วยบรรเทาหรือลดอาการเจ็บปวดลงเท่านั้น ด้วยการผ่าตัดประสาท การสะกดกั้นความรู้สึก การให้ยาระงับประสาท และการให้ยาแก้ปวด เป็นต้น

อุปถัมภ์และการเสริมแรงของความเจ็บปวด

โบนิคา (Bonica) ได้บันทึกไว้ว่า ข้อมูลเกี่ยวกับอุปถัมภ์และการศึกษาเกี่ยวกับความสำคัญของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีน้อยมาก จากการศึกษาพบว่า ประมาณ 60-80 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการเจ็บปวดรุนแรง¹ สตีล (Steel) ได้สังเกตความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ Saint Christophers's Hospital ในอังกฤษ พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงเจ็บปวดปานกลาง หรือรุนแรง จะมีระดับคะแนนความเจ็บปวดมากกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป² และจากการสำรวจระดับความรู้สึกเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง คาทไรท์ (Cartwright) ได้รายงานความเจ็บปวดที่มีนัยสำคัญ จะมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 20 เปอร์เซ็นต์ ถึง 87 เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ชนิด ระยะเวลา และลักษณะการแพร่กระจายของมะเร็ง³

โฟลีย์ (Foley) ฮัด และคณะ (Houde and et.al) ได้ทำการสำรวจอุปถัมภ์ของการเกิดความเจ็บปวดของผู้ป่วย จำนวน 540 คน ที่ Memorial Sloan-Kettering Cancer Center พบว่ามีผู้ป่วยที่เจ็บปวดจากมะเร็งชนิดต่าง ๆ ดังนี้ มะเร็งกระดูกปฐมภูมิ 85 เปอร์เซ็นต์ มะเร็งในช่องปาก 80 เปอร์เซ็นต์ มะเร็งของระบบสืบสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้ป่วยชาย 75 เปอร์เซ็นต์ และผู้ป่วยหญิง 70 เปอร์เซ็นต์

1,2

Anderson, loc.cit.

3

Leung, "Terminal pain-III" p. 1146.

มะเร็งของเต้านม 50 เปอร์เซ็นต์ มะเร็งปอด 45 เปอร์เซ็นต์ มะเร็งของท่อน้ำเหลือง 20 เปอร์เซ็นต์ และมะเร็งเม็ดเลือดขาว 5 เปอร์เซ็นต์¹

ในปี ค.ศ. 1982 ดาท์ และ คลีแลนด์ (Daut and Cleeland)

ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการแพร่กระจาย จำนวนครั้ง และความรุนแรงของความเจ็บปวดในผู้ป่วย Comprehensive Cancer Center จำนวน 667 คน ซึ่งเป็นมะเร็งของเต้านม ลำไส้ ทวารหนัก ต่อมลูกหมาก หรือ มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้หญิง พบว่าสัดส่วนของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดจะแปรเปลี่ยนตามไปกับตำแหน่งของมะเร็ง ปฐมภูมิ และระดับความก้าวหน้าของโรคแต่ละระยะ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากสาเหตุโรค มะเร็ง ซึ่งมีระดับความเจ็บปวดตั้งแต่ปานกลางถึงรุนแรงมากที่สุด จะรู้สึกว่าการกิจกรรมและความรื่นรมย์ในชีวิตถูกรบกวนมากกว่าความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดจากสาเหตุอื่น²

สจ๊วต (Stewart) ได้ติดตามศึกษาความรุนแรงของความเจ็บปวดของ ผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นมากแล้ว (advanced stages) ที่ใกล้จะตาย จำนวน 8 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 40 คน โดยใช้มาตราตั้งแต่ 0 ถึง 100 วัดระดับความเจ็บปวด ค่าคะแนน 0 หมายความว่า ไม่มีความเจ็บปวด ค่าคะแนน 100 หมายถึง ความเจ็บปวดรุนแรงที่สุด

1

Paul F. Engstrom, "Cancer Pain Management," Current Concept in Oncology, 1, No 4 (Winter, 1979), p. 2.

2

Randall L. Daut and Charles S. Cleeland, "The Prevalence and Severity of Pain in Cancer," Cancer, 50, No. 9 (November, 1, 1982), pp. 1913-1918.

จนไม่สามารถจะจินตนาการได้ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษามีตั้งแต่ 5 ถึง 72 วัน ค่าเฉลี่ยคือ 25 วัน ผลจากการศึกษาพบว่าคะแนนของความเจ็บปวดในอาทิตย์สุดท้ายของชีวิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.92 ค่าเฉลี่ยเจ็บปวดมากที่สุดเท่ากับ 81.6 มีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งที่รายงานความเจ็บปวดใน 2-3 อาทิตย์ก่อนที่จะตายว่า อยู่ระหว่างคะแนน 80-100 และไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่ระบุคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่า 50 ings ๆ ที่ผู้ป่วยทุกคนได้รับยาแก้ปวดจากแพทย์ไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้สรุปว่าผู้ป่วยมะเร็งจะมีประสบการณ์ความเจ็บปวดที่ไม่สามารถขจัดได้ในอาทิตย์สุดท้ายของการมีชีวิตอยู่¹ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของลิปแมน (Lipman) ที่พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง มีจำนวนเพียง 20 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่มีอาการของความเจ็บปวดทุกข์ทรมานร่วมด้วย²

ออสเลอร์ และคณะ (Osler and et.al) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น โดยศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลรายงานผู้ป่วย จำนวน 90 คน ใน Columbia Presbyterian Medical Center พบว่า ในหนึ่งอาทิตย์ก่อนการตาย ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีระดับของความเจ็บปวดในแต่ละวันสูงกว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น ซึ่งมีความเจ็บปวดเพียง 2-3 วัน และบางวันไม่มีความเจ็บปวดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ไม่มีอาการแสดงของความเจ็บปวดหรือขอยาแก้ปวดเลย ดังนั้นความเชื่ออย่างกว้างขวางเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ว่า ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและต้องตายด้วยความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้นั้น จึงไม่เป็นความจริงเสมอไป³

¹ Jacox and Rogers, op.cit., p. 386.

² Anderson, loc.cit.

³ Martin W. Osler, Monique Vizel and Livia R. Turgeon, "Pain of Terminal Cancer Patients," Archives of Internal Medicine, 138, No. 12 (December, 1978), pp. 1801-1802.

สาเหตุของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งทุกชนิด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ไม่แตกต่างกัน¹ แต่ความรุนแรงของความรู้สึกเจ็บปวดจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้อเยื่อ (histologic type) และความร้ายแรงของมะเร็ง (virulence of the malignancy itself) ตำแหน่งที่อยู่ และรูปแบบหรือกลไกที่ทำให้เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับอันตราย²

สาเหตุทางคานส์ระยะที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางคานส์ร่างกาย มีกลไกต่าง ๆ ดังนี้³

1. มีการกดทับรากประสาท ตัวประสาท หรือ กลุ่มของกระแสประสาท ที่เกิดจากมะเร็งหรือมะเร็งที่แพร่กระจายมาที่กระดูก ทำให้กระดูกหักอยู่ติดชิดกับประสาท อาการของความเจ็บปวดจะเป็นแบบประสาทอักเสบ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ แลคมคม เหมือนถูกเจาะ ถ้าการกดทับประสาทที่เกิดขึ้นภายหลังจากกระดูกหัก หรือพยาธิสภาพอื่น ๆ เช่น กระดูกสันหลังยุบ เสียเลือดจำนวนมากทันทีทันใด หรือได้รับแรงกดดันจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจำนวนมาก หรือ มีอาการบวมเฉพาะที่ ฯลฯ ความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว และจะหายไปเมื่อได้พักหรือจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนนั้น ๆ

¹ Bonica, loc.cit.

² Donovan and Pierce, op.cit., p. 57.

³ Shawver, op.cit., pp. 376-378.

จากการที่กระดูกถูกทำลาย ร่วมกับการกดทับประสาทนี้เป็นสาเหตุของความเจ็บปวดที่พบได้บ่อยที่สุด ซึ่งเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งมาจากเต้านม ปอด ต่อมลูกหมาก ไต ลำไส้ หรือ เนื้อเยื่อของท่อน้ำเหลือง ทะวายครอส กล่าวว่า การแพร่กระจายของมะเร็งที่กระดูกทำให้การผลิตพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ซึ่งกระดูกจะดูดซึมไว้ และมีขีดเริ่มของความเจ็บปวดต่ำ เมื่อถูกกระตุ้นที่ปลายประสาทเปลี่ยนทำให้กระดูกถูกทำลายและกระดูกหักจากพยาธิสภาพ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเจ็บปวดมาก การรักษาความเจ็บปวดที่นิยมใช้บ่อยที่สุด คือ รังสีรักษา ซึ่งพบว่าความรุนแรงของความเจ็บปวดจะลดลงหลังจากได้รับการรักษาแล้ว 4 วัน¹

2. มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังประสาทต่าง ๆ เส้นเลือด และเนื้อเยื่ออื่น ๆ ทำให้ปลายประสาทได้รับการระคายเคือง มีอาการเสี้ยวแปลบเหมือนถูกแทง ปวดแสบปวดร้อน และมักจะตามด้วยอาการชา ความเจ็บปวดชนิดนี้จะเป็นแบบเรื้อรัง ปวดต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยมะเร็งของเต้านม มักจะมีอาการเจ็บปวดบริเวณแขนทั้งสองข้าง จากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังประสาทแขน (Brachial plexus) ประสาทเส้นใหญ่ และเส้นเลือดบริเวณรักแร้ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งของปากมดลูกและมดลูก การแพร่กระจายมักจะปรากฏตามเนื้อเยื่อของกลุ่มประสาทบริเวณเชิงกราน และกระดูกสันหลังส่วนล่าง ทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณหลังและขาทั้งสองข้าง

3. การอุดตันของอวัยวะภายใน เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก และทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินน้ำดี ลักษณะความเจ็บปวดจะเป็นแบบเจ็บปวดอวัยวะภายใน (visceral type) คือ ปวดตื้อ ๆ มีการแผ่กระจาย

1

Rankin. op.cit., p. 59.

ปวดร้าวจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง หรือปวดแบบทรมานตัวของอวัยวะนั้น ๆ อย่างรุนแรง จากการที่มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ น้อยลง และอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก หรือ ท้องเดิน รวมด้วย

4. การอุดตันของหลอดเลือดเพียงบางส่วน หรือโดยสมบูรณ์จากแรงกดของมะเร็ง ทำให้เส้นเลือดดำโป่งพอง หรือเส้นเลือดแดงขาดเลือดไปเลี้ยง หรือบวมได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่เต้านม จะทำให้แขนบวมภายหลังมีการแพร่กระจายไปที่รักแร้ หรือผู้ป่วยที่มีเนื้องอกภายในกระดูกเชิงกราน จะมีอาการขาบวมเกิดขึ้นภายหลังมีการแพร่กระจายเช่นกัน ลักษณะความเจ็บปวดจะเป็นแบบตื้อ ๆ เจ็บปวดร้าวไปทั่วบริเวณนั้น ขณะเดียวกันจะมีความรู้สึกเจ็บและปวดสลับปวดรอนรวมด้วย

5. การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ทำให้มีการยืดขยายของผิวหนัง พังผืด หรือเนื้อเยื่อ หรือส่วนที่เป็นปลอกหุ้มของอวัยวะภายในกลวง เช่น เยื่อหุ้มกระดูก ทำให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรง และเกิดขึ้นเฉพาะที่มีอาการปวดแบบตื้อ ๆ และรู้สึกเจ็บรุนแรงมากขึ้น เมื่อเนื้องอกมีขนาดเพิ่มขึ้น บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อจะถูกดึงยึดจนถึงจากเนื้องอกที่เจริญเติบโตซึ่งอยู่ข้างล่าง พบได้ในผู้ป่วยที่มีมะเร็งของคอหรือภาวะท้องมาน (ascites) ¹

6. การอักเสบ ติดเชื้อและการเกิดเนื้องอกของเนื้อเยื่อ สามารถเกิดได้ในทุก ๆ แห่งของร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการปวด บวม แดง ร้อน กดเจ็บและไวต่อการรับสัมผัส แต่หาเนื้อเยื่อนั้นเสียหายที่ไป ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะกำลังทำแผล ²

1,2

Ibid., p. 60.

สาเหตุทางจิตสังคม

องค์ประกอบทางจิตสังคมที่มีต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของการถูกคุกคาม หรือความเครียด และปฏิกิริยาการตอบสนองของแต่ละบุคคล¹ ชาวเวอร์ (Shawver) กล่าวว่า การเป็นโรคมะเร็ง คือ การตกอยู่ในความเครียดอยู่แล้ว ยิ่งได้รับภาวะแทรกซ้อนจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ทางจิตสังคมของผู้ป่วยเอง จะช่วยให้การรับรู้และการแปลความหมายของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น หรือเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดความรู้สึกต่อประสบการณ์ความเจ็บปวดได้² ถึงแม้ว่า ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ในแต่ละระยะก็ตาม การบอกเล่าถึงความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยไม่ได้แปรเปลี่ยนไปตามระยะของโรค ความรู้สึกเจ็บปวดจะยังคงหมายถึงความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ลาร์เมอร์ตัน (Lamerton) ได้กล่าวสนับสนุนว่าความเจ็บปวดทางจิตใจมีความเลวร้ายพอ ๆ กันกับความเจ็บปวดทางกาย³

โวลเลอร์ และโบฮันนอน (Volicer and Bohannon) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 261 คน โดยให้ตอบคำถามแบบลำดับเหตุการณ์ 49 ข้อ เกี่ยวกับความเครียดที่ได้รับขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และให้ลำดับคะแนนจากที่มีความเครียดน้อยไปหาคะแนนมาก ปรากฏว่าผู้ป่วยได้ลำดับความเครียดดังนี้

¹ R. Lazarus, Psychological Stress and The Coping Process, (New York : McGraw-Hill Book Co., 1966), p. 25.

² Shawver, loc.cit.

³ R. Lamerton, "The Pains of Death," Nursing Time, 69, No. 2 January, 11, 1973), pp. 56-57.

- อันดับที่ 40 คือ การให้ยาไม่ไต่บรรเทาอาการปวดเลย
 อันดับที่ 42 คือ การที่ทานไม่ได้รับยาแก้ปวด เมื่อท่านต้องการ
 อันดับที่ 46 คือ ท่านทราบว่าท่านเป็นผู้ป่วยหนัก
 อันดับที่ 48 คือ ท่านกำลังคิดว่าท่านเป็นโรคมะเร็ง

จากการศึกษา¹ สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง จะเป็นผู้ที่มีความเครียดสูงอยู่แล้ว ดังนั้น เมื่อมีความเจ็บปวดทรมานเพิ่มมากขึ้นด้วยโรคมะเร็ง จะยิ่งทำให้ความเครียดที่มีอยู่สูงขึ้นอย่างมาก อิงเกล (Engel) ได้จำแนกสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจที่ผู้ป่วยมะเร็งจะต้องเผชิญออกเป็น 3 ลักษณะคือ ^{2,3}

1. การได้รับบาดเจ็บหรือการถูกคุกคามจากการได้รับบาดเจ็บ (Injury or Threat of Injury) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งพบได้เสมอ เพราะโดยธรรมชาติของมะเร็งจะถูกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยเมวจะเกิดกับอวัยวะที่ไม่สำคัญก็ตาม เซลล์มะเร็งจะแย่งอาหารเพื่อสร้างจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายต้องสูญเสียพลังงานไป ยิ่งกว่านั้นการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการให้ภูมิคุ้มกัน นอกจากจะหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งแล้ว ยังทำให้เซลล์ปกติสูญเสียหน้าที่ไปด้วย ร่างกายรับรู้ต่อภาวะดังกล่าวนี้ในลักษณะของการได้รับบาดเจ็บ เสียสภาวะสมดุลย์ หรือมีการถูกคามต่อภาพลักษณ์ (body image) ผู้ป่วยจะเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ลังเล ไม่แน่ใจในวิธีการรักษา คือ กลัวว่าจะทำให้

¹
Rankin, op.cit., p. 61.

²
Ibid., pp. 61-62.

³
Shawver, op.cit., pp. 378-379.

เกิดความทรมานมากกว่าการแก้ไข บอนด์ (Bond) กล่าวว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของโรคเพิ่มขึ้น จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ซึ่งจะทำให้เขายากต่อการที่จะทนต่อความเจ็บปวดได้ดี เพราะเขารู้สึกว่า ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนั้นไร้ประโยชน์ (Useless pain) ไม่สามารถจะทำนายได้ หรือชี้บ่งอาการของโรคว่าดีขึ้นเหมือนกับโรคอื่น ๆ ได้ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลที่เฉพาะเจาะจง อันได้แก่ การต้องแยกจากครอบครัวและเพื่อน สูญเสียงานและเป้าหมายในชีวิต สูญเสียความสามารถและความเป็นอิสระของตนเอง ฯลฯ เป็นต้น เมื่อไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ จะมีความตึงเครียด กลัว วิตกกังวล และซึมเศร้า ซ่อนเร้นอยู่ภายใน และพร้อมที่จะรับรู้และแสดงออกต่อความเจ็บปวดทรมานความทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง

2. ความสูญเสียหรือการถูกคุกคามจากความสูญเสีย (Loss or Threat of Loss)

เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ท้อแท้ และหมดหวัง ซึ่งความสูญเสียอาจจะเกิดขึ้นกับร่างกายเป็นบางส่วน เช่น การผ่าตัดเต้านม หรือการเปิดลำไส้ออกมาทางหน้าท้อง เป็นต้น ที่พบบ่อยและเป็นปัญหามากคือ การสูญเสียบทบาททางสังคม หรือการตกงาน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียคุณค่าของตนเอง (self esteem) การสูญเสียทางเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เมื่อแพทย์ให้ข้อพยา ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวที่ล้มเหลว บางครั้งจะปฏิเสธต่อการเป็นโรคมะเร็งและวิธีการรักษา ความอ่อนแอที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจนี้ จะทำให้ผู้ป่วยกลัว และสูญเสียพลังงานที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ กล้ามเนื้อมีการตึงตัวเพิ่มมากขึ้น และเกิดความเมื่อยล้าตามมา ซึ่งจะนำเข้าสู่วงจรของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการแก้ไขทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. ความคับข้องใจจากแรงผลักดันต่าง ๆ (Frustration of drives)

เนื่องจากความต้องการของตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยมีความรู้สึกขัดแย้งที่จะต้องเผชิญกับสิ่งตรงข้ามที่มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของเขา เช่น จากการที่เป็นอิสระ ต้องเป็นการ

ทั้งพาผู้อื่น จากความมั่นคง ต้องกลายเป็นคนสิ้นหวัง เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต เมื่อรับประทาน
อาหารไม่ได้ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือขาดการสังสรรค์กับเพื่อนฝูง หรือการเล่นกีฬา หรือการ
ทำงานอดิเรก เป็นต้น ซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เซเนสคิว (Senescu)
กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการตามความปรารถนา อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวด
และความทุกข์ทรมานมากกว่าความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดจากมะเร็ง เพราะปัจจัยทางอารมณ์และ
สภาพจิตสังคมของผู้ป่วยสามารถทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ดีเช่นเดียวกับสิ่งกระตุ้นเร้าทางสรีรวิทยา
ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ทั้งสาเหตุและผลที่ทำให้ความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ความสำคัญนี้
แสดงให้เห็นว่าร่างกายและจิตใจไม่สามารถจะแยกออกจากกันได้ เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น
กล่าวคือจะมีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย (whole complex system)

วูดฟอร์ด และฟีลด์ิง (Wood forde and Fielding) กล่าวว่า ส่วนใหญ่ผู้ให้การ
ดูแลรักษา มักจะวินิจฉัยความเจ็บปวดว่าเป็นผลจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย เนื่องจากมะเร็ง หรือ
อาการทางด้านสรีระอื่น ๆ โดยมองข้ามความสำคัญของปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วยไป วูดฟอร์ด
และฟีลด์ิง จึงได้ศึกษาความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา Cornell
Medical Index เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย จำนวน 80 คน
และติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีบุคลิกภาพแปรปรวน
(Personality disturbances) จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของความเจ็บปวดและค่าคะแนน
เฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า อาการแสดงของจิต-กายภาวะ (Psychosomatic symptoms)
อาการวิตกกังวล หวาดระแวง (hypochondriasis) และอาการอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง
(asthenia) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งไปคลินิกรักษาความเจ็บปวด ซึ่งแสดงว่าปฏิกิริยา
ทางอารมณ์ มีความเกี่ยวข้องกับการบอกเล่าถึงความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ
ส่วนคะแนนระหว่างผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนสูงมาก กับการตอบสนองต่อวิธีการขจัดความ

เจ็บปวด มีสาเหตุสัมพันธ์อย่างไม่น่าสงสัย¹

ลี ซาน (Le shan) ได้สังเกตด้านจิต-กายภาวะ (Psychosomatic aspects) ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาต่อเนื่องกันเป็นเวลา 10 ปี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังมีชีวิตและตื่นอยู่ในโลกแห่งความฝันร้าย พบแต่สิ่งที่น่ากลัว ซึ่งเขาไม่สามารถรู้ได้เลยว่าอะไรจะเกิดขึ้น ต้องสูญเสียการควบคุมตนเองและขาดพลังที่จะทำกิจกรรมใด ๆ มีภาวะเครียดทางจิตสูง ซึ่งจะทำให้ความแข็งแกร่งของมโนคติที่มีต่อตนเองลดลง (Integrity of the ego)²

การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อความเจ็บปวดเรื้อรังมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของภาวะสุขภาพ อัตมโนทัศน์ต่อความเจ็บป่วย บุคลิกภาพ ความคงที่ของอารมณ์ การศึกษา ประสบการณ์ในอดีต อายุ เพศ วัฒนธรรมและฐานะทางสังคม³ แจค็อกซ์ (Jacox) ได้รายงานว่ามีผู้ป่วยบางคนที่บอกว่าไม่มีใครสนใจความเจ็บปวดของเขาเลยในขณะที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย 17 คน ที่มีความเจ็บปวดแบบก้าวหน้า (progressive pain) มีการตอบสนองที่แตกต่างกับกลุ่มแรก คือ เขาใจว่า การบรรเทาความ

1

John M. Woodforde and Jennifer R. Fielding, "Pain and Cancer," Pain : Clinical and Experimental Perspectives, edited by Matisyohu Weisenberg (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1975), pp. 326-331.

2

Leung, "Terminal Pain-I" p. 1050.

3

Rankin, loc.cit.

เจ็บปวด เป็นสิ่งที่สังคมประณาม จึงไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้ความเจ็บปวดของเขา ¹
 โดเฮอร์ตี้ (Doherty) ได้กล่าวสนับสนุนความคิดเห็นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า การที่ผู้ป่วยมี
 ความเจ็บปวดเป็นเวลานาน เป็นประสบการณ์ที่ทำให้ขวัญเสีย เพราะแต่ละคนจะมีบทบาทที่ไม่
 เป็นอิสระ ไม่สามารถดูแลตนเองตามที่ต้องการได้ จึงไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้ความเจ็บปวด
 ของตนเอง ไม่ต้องการสูญเสียความสามารถของตนเอง โดยการพยายามยอมรับและอดทนต่อ
 ความเจ็บปวดนั้น ² นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า การเผชิญกับความเจ็บปวดเรื้อรัง มักจะมีอาการ
 อื่น ๆ ร่วมด้วย ที่พบบ่อยที่สุด คือ ความเมื่อยล้า ³ (fatigue) จอห์นสัน (Johnson)
 กล่าวว่า การมีความเจ็บปวดที่เรื้อรัง ไม่ได้ทำให้เกิดความเคยชิน แต่ดูเหมือนว่าจะยิ่งทุกข์
 ทรมานมากขึ้นตามเวลา การปรับตัวทางร่างกายและจิตใจมักจะปรากฏวาลมเหลว ⁴

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดนั้น
 ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจ ซึ่งพยาบาลจะต้องนำมาพิจารณาในการวางแผน
 และเลือกวิธีการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยใช้วิธีการที่สามารถช่วยเหลือบรรเทา
 ความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

¹
 Jacox, loc.cit.

²
 G. Doherty, "The Patient in Pain Handling The Guilt Feelings"
Canadian Nurse, 75, No 2 (February, 1979), p. 31.

³
 M. Johnson, "Pain : How do you know it's there and what do
 you do ?," Nursing 76. 6, No. 9 (September, 1976), pp. 48-50.

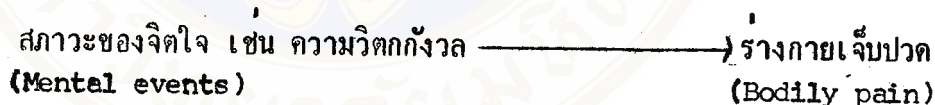
⁴
Ibid.

5. ความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

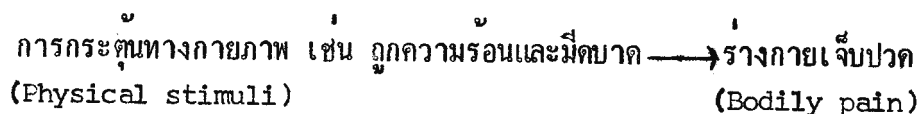
ในการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้ใช้ความพยายามและใช้เวลาในการศึกษาอยู่เป็นเวลานานพอสมควร แต่ก็ยังไม่พบว่าใคร่ผู้ใดทำการวิจัยในเรื่องนี้โดยตรง ผู้วิจัยจึงได้สืบค้นเรื่องที่เกี่ยวกับ โดยผู้วิจัยจะได้นำความสำคัญของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ต่อการตอบสนองความรู้สึกเจ็บปวด ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ

แมคเคฟเฟอร์¹ ได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องความเจ็บปวดไว้ว่า เราไม่สามารถแยกความเจ็บปวดทางกายออกจากความรู้สึกทางใจได้ ความรู้สึกเจ็บปวดและองค์ประกอบทางจิตใจมีความสัมพันธ์กันดังนี้¹

1. ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุมาจากจิตใจโดยตรง เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลทำให้ร่างกายมีความรู้สึกเจ็บปวดเกิดขึ้นได้ยาก ดังไดอะแกรม



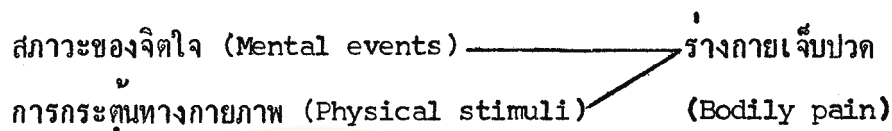
2. ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุมาจากสิ่งกระตุ้นทางกาย ก็จะทำให้ร่างกายรู้สึกเจ็บปวดได้ยากเช่นกัน ดังไดอะแกรม



1

McCaffery, op.cit., p. 15.

3. ร่างกายจะมีความรู้สึกเจ็บปวดเกิดขึ้น ส่วนมากเกิดจากสาเหตุทั้งทางกายและจิต รวมกัน ทั้งไคอะแกรม



4. ความซึมเศร้ามักจะเกิดขึ้นร่วมกับความเจ็บปวดอย่างเรื้อรัง และความวิตกกังวลมักจะเกิดขึ้นร่วมกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง เมื่อความเจ็บปวดยังคงมีอยู่ หรือมีความซึมเศร้า ความวิตกกังวล เพิ่มมากขึ้น มักจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความเจ็บปวดที่ไม่ดี

5. สภาวะของจิตใจและอารมณ์ (Psychological aspects) อาจจะเป็นไปตามสถานการณ์ (เช่น เกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งของเหตุการณ์) หรือ มีความสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ (เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ และประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นเหมือนกันทุกครั้ง) สภาวะดังเช่นที่ได้อธิบายมาแล้วนี้ อาจจะมีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดในเรื่องเกี่ยวกับการเกิดมีความเจ็บปวด ความรุนแรง ความทนทาน และการแสดงพฤติกรรม เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น

วายเซนเบิร์ก (Weisenberg)¹ กล่าวว่า ความอดทนต่อความรู้สึกเจ็บปวดของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับสภาวะทางจิตใจของแต่ละบุคคลที่ได้รับจากสิ่งกระตุ้นนั้น ๆ ด้วย ทั้งเช่น จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการของ สเตอร์นเบช สคอลลิงค์ และลีแวนเดอร์

¹ Weisenberg, *op.cit.*, p. 53.

(Sternbach, Schelling and Levander)¹ พบว่า ความวิตกกังวลและความไวต่อการเจ็บปวดจากการกระตุ้นด้วยเครื่องช็อคไฟฟ้า มีความสัมพันธ์กันในทางบวก เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชอร์ (Shor)² และการศึกษาของฮิล และคณะ (Hill and et.al)³ พบว่า การลดความวิตกกังวลกับการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กัน คือ ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ความรุนแรงของความเจ็บปวดจากการกระตุ้นด้วยเครื่องช็อคไฟฟ้าจะลดลง ตรงกันข้ามถ้ากระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวดแสบปวดร้อนรุนแรงขึ้นตามลำดับ

เบนท์เลอร์ และเพตรี (Bentler and Petry)⁴ กล่าวสนับสนุนความจริงที่ว่า การตอบสนองต่อความเจ็บปวด แตกต่างกันขึ้นอยู่กัั้ระดับความวิตกกังวล และได้ทำการศึกษาความรุนแรงของความเจ็บปวดในนักศึกษาวิทยาลัยที่เป็นชาย จำนวน 32 คน ซึ่งถูกสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่าง เพื่อกระตุ้นด้วยเครื่องช็อคไฟฟ้า ในเวลาต่าง ๆ กัน ตามเวลาดังนี้ 3, 6, 9

1,2

Mary Ann Bruegel, "Relationship of Preoperative Anxiety to Perception of Postoperative Pain," Nursing Research, 20, No 7 (January-February, 1971), p. 26.

3

Wilbert E. Fordyce, Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness, (Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1976), p. 15.

4

John B. Murray, "Psychology of The Pain Experience," Pain : Clinical and Experimental Perspectives, edited by Matisyohu Weisenberg, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1975), p. 36.

และ 12 นาฬิกา โดยที่ตัวอย่างแต่ละคนไม่มีโอกาสทราบเวลาที่ตนเองจะต้องถูกกระตุ้นด้วยเครื่องช็อตไฟฟ้าล่วงหน้าเลย ผลจากการศึกษาพบว่า การที่บุคคลไม่ได้รับข้อมูลที่แน่นอน (Uncertain information) ก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล และเป็นผลทำให้มีความรู้สึกตอบสนองต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

บีชเชอร์ (Beecher)¹ แสดงความคิดเห็นว่า ความเจ็บปวดประกอบด้วย 2 มิติ คือ มิติทางด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensory) และปฏิกิริยาทางอารมณ์ (reaction of affective) ซึ่งไม่สามารถจะแยกออกจากกันได้ และทั้ง 2 มิตินี้มักจะปรากฏอยู่ภายใต้ภาวะของความวิตกกังวล

อเล็กซานเดอร์ และ บาร์รี่ (Alexander and Barry)² อธิบายมิติทางด้านปฏิกิริยาทางอารมณ์ของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งว่า ความกลัว ความไม่แน่ใจ และความวิตกกังวล ทำให้ความไม่สบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่คิดว่าความสามารถหรือการควบคุมสิ่งต่าง ๆ และการมีคุณค่าของตนเองลดลง ทำให้ความไม่สบายต่าง ๆ เพิ่มขึ้นได้เช่นกัน หรือทำให้การอดทนต่อความรู้สึกเจ็บปวดลดลงน้อยกว่าที่ควรจะมี

1

H. Mersby and F.G. Spear, Pain : Psychological and Psychiatric Aspects, (Baltimore : The Williams & Wilkins Co., 1967), p. 16.

2

Alexander and Barry, op.cit., pp. 163-164.

ฮาวด์ (Houde) ¹ กล่าวว่า ความจริงแล้ว ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับ การแปลความหมายของสิ่งคุกคามต่าง ๆ ว่ามีความสำคัญ หรือมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตของเขามากน้อยเพียงใด สิ่งที่เป็นสาเหตุส่งเสริมทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเมื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือ ความกลัวต่อการทุพพลภาพ (fear of invalidism) กลัวเสียรูปร่าง (disfigurement) หรือกลัวความตายที่ใกล้จะมาถึง (impending to death) และถ้ามีการกลับคืนมาของความเจ็บปวดเกิดขึ้นบ่อยครั้ง (recurrence of pain) รวมกับความวิตกกังวลต่อความก้าวหน้าของโรค จะยิ่งทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมีการถูกทำลายมากขึ้น ระดับของความอดทนต่อความเจ็บปวดจะลดต่ำลงเรื่อย ๆ

โดโนวาน (Donovan) ² กล่าวว่า ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง มีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งต่อปฏิกิริยาของความเจ็บปวด ความวิตกกังวล การให้ความสนใจ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ความซึมเศร้า การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีความทุกข์ทรมานเกิดขึ้น การให้ความหมายของความเจ็บปวด และปัจจัยทางด้านจิตสังคมอื่น ๆ ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบอย่างมากต่อมิติทางด้านความรู้สึก และอารมณ์ของความเจ็บปวด ในคอร์เทกซ์ และก้านสมอง (Cortex and Brain stem) ซึ่งการทำหน้าที่ของคอร์เทกซ์ (Cortex activity) ต่อการรับรู้และแปลความหมายของความเจ็บปวดนั้น มีอิทธิพลที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลง

1

Ray Mond W. Houde, "Pain and The Patient with Cancer,"

Medical Clinics of North America, 40, No. 3 (May, 1956), pp. 687-688.

2

Donovan, op.cit., p. 714.

ในเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชัน ของ พอนส์ และเมดัลลา (Pons and Medulla) เป็นผลทำให้มีการปรับตัวของกระแสประสาทของ เอส.จี. และ ที เซลล์ ใน คอร์ซัล ฮอร์น รวมทั้งกระแสประสาทในก้านสมอง และธาลามัส ด้วย ในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า พบโดยบ่อยครั้งว่าระดับของซีโรโตนิน (Serotonin) มักจะต่ำกว่าปกติ ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างนิวโรโมดูลเลเตอร์ (Neuromodulators ซึ่งได้แก่ ซีโรโตนิน ไยประสาทขนาดใหญ่ เอนเคอर्फิน ฯลฯ) กับ นิวโรทรานสมิตเตอร์ (Neurotransmitters ได้แก่ อะเซทิลโคลีน ซัสเทนท ฟี. ฮิสตามีน แดรดดีนิน โพรสทาแกลนดิน ฯลฯ) ในตำแหน่งที่มีการประสานประสาท ระหว่างเซลล์หนึ่งไปยังอีกเซลล์ประสาทหนึ่ง นิวโรทรานสมิตเตอร์ที่ถูกหลั่งออกมาจะไปกระตุ้นเร้าการทำงานของเซลล์ประสาทตัวถัดไป (ดังภาพที่ 3) ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้า จึงมีขีดเริ่มของความเจ็บปวดต่ำมาก และจะมีความรุนแรงของความเจ็บปวดสูง เมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายมากกว่าบุคคลที่ไม่มีอาการซึมเศร้า ¹

¹

Ibid., pp. 714-715.



A. When neuromodulators (●) accumulate on the presynaptic cell (axon), neurotransmitters (→) are not released. B. When neuromodulators are absent or reduced on the presynaptic cell, neurotransmitters are released and excite the dendrite of the next neuron.

ภาพที่ 3 แสดงผลของความไม่สมดุลระหว่างนิวโรโมดูลเตอร์กับ นิวโรทรานสมิตเตอร์¹

จากรายงานการศึกษาที่ไค้กล่าวข้างต้น เป็นการยืนยันหลักการทางทฤษฎีที่ว่าความ
กลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เพิ่มขึ้น จะทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น หรือความออกทน
ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยลดลง หลักการดังกล่าว นอกจากจะสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนอง
ต่อความเจ็บปวดแล้ว ยังสามารถนำมาอธิบายถึงความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และ
ความซึมเศร้าที่มีผลต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้เช่นกัน เห็นได้ชัดว่า ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากมา
ต่อแนวทางในการบำบัดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง ให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูง

¹

Ibid.

ที่สุด จึงเป็นที่ปรากฏว่า ได้มีการค้นหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด เช่น การสะกดจิต การใช้ยาเทียม (Placebo) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ การนำหลักการของปฏิกิริยาป้อนกลับทางชีวภาพมาใช้ (Biofeedback) การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย (Distraction) การเสริมสร้างจินตนาการ (Guided imagery) เป็นต้น นอกจากนี้ยังนำการเสริมสร้างกิจกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal activity) มาประยุกต์ใช้ในคลินิก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวนอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวลแล้ว ยังทำให้มั่นใจของผู้ป่วยมากขึ้น (strengthens the ego) และเป็นการเพิ่มพูนความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อีกด้วย ¹

6. บทบาทของพยาบาลต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

จุดมุ่งหมายสำคัญซึ่งเป็นพื้นฐานในการจัดการความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อต้องการให้การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดร่วมกับความเจ็บปวดลดลง แม้ว่าปัญหาความเจ็บปวดที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่ออย่างมากมายนั้น การจัดการความเจ็บปวดให้หมดไป ย่อมเป็นไปได้ยาก หรือเป็นไปได้ก็ตาม แต่ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นร่วมกับความเจ็บปวดนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือหรือบรรเทาได้ ² โดยการดูแลให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย เช่น จัดท่านอนให้ดีขึ้น ปูเตียงให้เรียบตึง จัดสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น ดูแลเรื่องความสะดวกของร่างกาย ปาก ฟัน และผม นวดหลัง ช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสะดักสบาย และลดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้เป็นอย่างมาก แม้ว่า

¹ Dodd and Livingstone, op.cit., p. 163.

² Burns, op.cit., p. 227.

จะไม่ได้อาศัยให้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดเปลี่ยนไปก็ตาม ¹

แรนคิน (Rankin) ² กล่าวถึงเป้าหมายของการให้พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด ว่า มี 2 ประการสำคัญ คือ (1) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติมากที่สุดเท่าที่จะนานได้ (2) ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ง่ายขึ้น

แอนเดอร์สัน (Anderson) ³ กล่าวว่า พยาบาลผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด จะต้องตระหนักถึงบทบาทเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ การประเมินการป้องกัน และบรรเทาความเจ็บปวด และเลือกใช้วิธีการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน สิ่งสำคัญประการแรกที่จะช่วยให้การบรรเทาความเจ็บปวดได้ผลดียิ่งคือ พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเสียก่อน โดยแสดงถึงความสนใจในตัวผู้ป่วย มีความจริงใจอยากให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยจะได้เกิดความมั่นใจว่า พยาบาลให้ความเอาใจใส่ดูแล และสามารถช่วยเหลือเขาได้จริง ขณะที่เขาพบกับปัญหาความเจ็บปวด หรือความไม่สบายต่าง ๆ ⁴ ประการที่สอง เสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่า แพทย์และพยาบาลจะหาหนทางที่เป็นไปได้ เพื่อช่วยให้เขาลดความเจ็บปวด และมีความทรมานน้อยที่สุด

¹ Ibid.

² Rankin, op.cit., p. 63.

³ Anderson, op.cit., p. 33.

⁴ Burns, op.cit., p. 226.

การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจสูงสุด พยาบาลต้องปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้คือ

1. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ลิปแมน (Lipman) ¹ กล่าวว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความเจ็บปวดแตกต่างกันมาก พยาบาลควรถามถึงตำแหน่ง ลักษณะ ระยะเวลาของความเจ็บปวด และปัจจัยที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากขึ้นหรือน้อยลง เมคเคฟเฟอร์ี กล่าวว่า การประเมินความเจ็บปวด จะต้องเป็นไปอย่างรอบคอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และจะช่วยบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยให้ลดลงด้วยวิธีที่เหมาะสม ความรู้ของแพทย์และพยาบาลโดยทั่วไปอาจจะส่งผลให้แพทย์และพยาบาลมีความรู้สึกไวต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้น้อยลง เพราะเน้นความสำคัญอยู่ที่สิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่อาจจะเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดและการส่งรับความรู้สึกของความเจ็บปวดของระบบประสาท มากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับการบอกเล่า และความทนทุกข์ต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย ² ดังนั้น เพื่อให้การประเมินมีประสิทธิภาพ โรวลิงสัน (Rowlingson) จึงได้กล่าวสรุปขอบเขตของการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งว่า จะต้องพิจารณาถึง (1) ความรุนแรงและระยะเวลาของความเจ็บปวด (2) ธรรมชาติของโรคมะเร็งชนิดนั้น (3) ความคาดหวังของชีวิต (4) ภาวะทางอารมณ์และจิตใจ และ (5) อาชีพ ความเคยชิน และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย

2. บรรเทา ความกลัว ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า

3. บรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งสัมพันธ์กับการรักษา

4. ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย

¹ Anderson, op.cit., p. 34.

² McCaffery, Understanding Your Patient's Pain, p. 31.

5. ช่วยสงวนพลังงานของผู้ป่วย สำหรับทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ ที่รื่นรมย์ในชีวิต

6. บรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ (Progressive continuous pain) ¹

กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถใช้ในการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่ เน้นการรับรู้ และลดความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับการเร้าทางค่านอารมณ์ ดังนี้คือ

1. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ชาวเวอร์ คอคค และ ลีฟิงส์โตน กล่าวว่า การให้คำแนะนำเกี่ยวกับธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงของโรค แผนการรักษา และวิธีการตรวจรักษา จะช่วยลดความกลัว ความไม่แน่ใจ และความวิตกกังวลต่อความไม่สบาย และประสบการณ์ ความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ได้ ^{2,3} มีรายงานการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและผลของวิธีการรักษาด้วยรังสีบำบัดคนน้อยมาก มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลต่าง ๆ เพราะไม่ทราบล่วงหน้าว่ามีขั้นตอนอย่างไร หรือจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น ไม่ทราบว่าต้องอยู่คนเดียวในห้องขณะรับรังสีบำบัด กลัวสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าอยู่ในท่าที่ไม่สบาย และต้องเปิดเผยบางส่วนของร่างกาย หรือกลัวว่าผมจะร่วง เป็นต้น ซึ่งความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น และมีผลทำให้ความอดทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และความเจ็บปวดลดน้อยลง ⁴ แมคคอร์เกิล (McCorkle) ⁵ เสนอแนะว่า ผู้ป่วย

¹
Rankin, loc.cit.

²
Shawver, op.cit., p. 386.

³
Dodd and Living stone, op.cit., p. 718.

⁴
Shawver, op.cit., p. 387.

⁵
Rankin, op.cit., p. 66.

มะเร็งควรจะได้รับคำแนะนำถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และอาจจะเกิดขึ้นจากผลของการรักษา เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ หรือ อาการแสดงต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุม หรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ง่ายขึ้น จากการศึกษาของจอห์นสัน จอห์นสัน และไรซ์ (Johnson, Johnson & Rice)¹ พบว่า บุคคลที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่จะได้รับ ในขณะที่อยู่ในระหว่างการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การตรวจ หรือวิธีการต่าง ๆ ทำให้มีความ กลัวลดลง รวมทั้งลดความวิตกกังวล และลดระดับความทุกข์ทรมานในขณะที่ทำไคควย แม้ว่าสิ่ง กระตุ้นทำให้เกิดความเจ็บปวดยังคงมีอยู่ แต่ระบบควบคุมส่วนกลางจะเปลี่ยนการเร้าทาง ด้านอารมณ์และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวดไปในทางที่ดี

ชูลีพร เซวาน์เมธากิจ² ได้ทำการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบผลการตอบสนองต่อ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และจำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการรักษา พยาบาลแบบเน้นความต้องการทางจิตใจก่อนผ่าตัด กับกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาล แบบมุ่งเฉพาะงานกิจวัตรประจำวันในแบบแผนการพยาบาล จำนวน 40 ราย ผลของการศึกษา พบว่า การพยาบาลแบบเน้นความต้องการทางจิตใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ การผ่าตัด การใช้ยา การฟื้นฟูสภาพจากยาสลบ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นหลัง ผ่าตัด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ฯลฯ มีประสิทธิภาพในการลดการตอบสนองต่อความ เจ็บปวด และความต้องการจำนวนยาแก้ปวดหลังผ่าตัด ได้ดีกว่าพยาบาลแบบมุ่งเฉพาะกิจวัตร ประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha .05$

¹ Eland, *op.cit.*, p. 187.

² ชูลีพร เซวาน์เมธากิจ, "ผลของการพยาบาลแบบเพิ่มความต้องการด้านจิตใจ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความเจ็บปวดหลังผ่าตัด," (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522) (อัสสำเนา) บทคัดย่อ.

จะเห็นว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยนั้น มีประโยชน์ต่อการควบคุมและบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมาก เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้และคาดหวังประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เขาจะได้รับ รวมทั้งวิธีการที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับและร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ และพร้อมที่จะเผชิญกับความไม่สะดวกสบายที่จะได้รับ

2. การปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัด (Therapeutic Communication) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ไดเออร์ และคณะ (Dier and et.al) รายงานว่าการให้การพยาบาลที่ตระหนักถึงความรู้สึก (feeling) และการปฏิบัติ (doing) ต่อผู้ป่วยทุกคน มีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดดีกว่าที่จะช่วยโดยการให้ยาแก้ปวดแต่เพียงอย่างเดียว มอสและเมเยอร์ (Moss and Meyer)² ได้ศึกษาผลของการให้การพยาบาลที่สามารถช่วยบรรเทาความรู้สึกเจ็บปวดให้ลดลงได้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จำนวน 25 ราย และผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 25 ราย ที่กำลังเผชิญปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวด ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการช่วยเหลือโดยการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย สอดถามถึงอาการ และการปรึกษารื้อกับผู้ป่วยถึงปัญหาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ผลการศึกษาพบว่า วิธีการพยาบาลดังกล่าวนอกจากจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ลดลงได้ ยังสามารถเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บปวด มีความเข้าใจสิ่งที่มีผลกระทบทำให้เกิดความเจ็บปวด และช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยให้น้อยลงได้อีกด้วย

1

D. Diers and et.al, "The Effect of Nursing Interaction on Patients in Pain," Nursing Research, 21, No. 5 (September-October, 1972), pp. 419-428.

2

Fay T. Moss and Burton Meyer, "The Effect of Nursing Interaction Upon Pain Relief in Patient," Nursing Research, 15, No 4 (June-July, 1966), pp. 303-306.

3. การพยาบาลแบบประทับประคอง โตะเก การอยู่ด้วยกับผู้ป่วย การจับมือ การวางมือบนแขนหรือไหล่ของผู้ป่วย การเอากเอาใจ การรับฟัง การยอมรับว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างจริงจัง และการที่พยาบาลแสดงออกให้ผู้ป่วยทราบว่า มีคนที่เข้าใจ และคอยเฝ้าดูแลเขาอยู่ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้อาการผู้ป่วยสามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ สเตอร์นแมน กล่าวว่า การอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยขณะเจ็บปวด นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และไม่ถูกทอดทิ้งแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีความรู้สึกว่าความรุนแรงของความเจ็บปวดนั้นลดลงอีกด้วย¹ นอกจากนั้น การให้การพยาบาลอย่างง่าย ๆ เช่น การล้างหน้า ล้างมือผู้ป่วยด้วยน้ำเย็น การให้ผู้ป่วยบ้วนปาก การนวดหลังมือ หรือ กล้ามเนื้อที่ตึงเกร็ง และการเปลี่ยนท่านอน อาจช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ พยาบาลบางคนอาจจะคิดว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เล็กน้อย แต่สำหรับผู้ป่วยที่กำลังทุกข์ทรมานด้วยความเจ็บปวด จะรู้สึว่าการปฏิบัติเหล่านี้มีคุณค่ามาก และรู้สึกพอใจที่พยาบาลได้พยายามหาทางช่วยเหลือเขา^{2,3}

4. การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) จากความรู้สึกเจ็บปวดของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอกร่างกาย หรือสิ่งที่สัมผัสกับร่างกาย หรือการทำกิจกรรมบางอย่าง โดยใช้หลักความจริงอันหนึ่งของการรับรู้ความเจ็บปวด คือ ความรู้สึกเจ็บปวดของบุคคล จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจิตใจของบุคคลผู้นั้นว่าจะจดอยู่กับความเจ็บปวดนั้นมากน้อยเพียงใด การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นวิธีการที่จะช่วยเปลี่ยนการรับรู้

¹ McCaffery, op.cit., pp. 190.

² Watson, op.cit., p. 121.

³ Margo McCaffery and Fay Moss, "Nursing Intervention for Bodily Pain," American Journal of Nursing, 67, No 6 (June, 1967), p. 1225.

ความเจ็บปวดของผู้ป่วย และลดความรุนแรงของความเจ็บปวดลง¹ สิ่งที่ใช้เป็นเครื่องดึงดูดความสนใจได้ดี เช่น การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การทำงานฝีมือ การฟังหรือเล่นดนตรี การวาดรูป การเดินเล่น การออกกำลังกาย การพูดคุยกับบุคคลอื่น เช่น พยาบาลหรือญาติที่มาเยี่ยม การเล่นเกมส หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น เข้าโบสถ์ วัด เยี่ยมเยียนเพื่อน เป็นต้น การเบี่ยงเบนความสนใจจะได้ผลดีในการลดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและรุนแรง หรือความเจ็บปวดที่เกิดจากวิธีการรักษาในระยะสั้น ๆ สำหรับความเจ็บปวดเรื้อรังที่มีระยะเวลาของการปวดหลายชั่วโมง การเบี่ยงเบนความสนใจจะใช้ไม่ได้ผล อย่างไรก็ตาม กลวิธีในการเบี่ยงเบนความสนใจนี้ บางที่ผู้ป่วยอาจเรียนรู้ได้เองจากประสบการณ์และความบังเอิญ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรจะถามวิธีการที่ผู้ป่วยใช้นั้น เพื่อจะได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้เหมาะสม² ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่นำเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจมาใช้ในขณะที่มีความเจ็บปวด กล่าวว่า ความรุนแรงของความเจ็บปวดคงเดิม แต่จะไม่รู้สึกว่ามีความทุกข์ทรมาน และเทคนิคนี้จะมีประสิทธิภาพเฉพาะขณะที่กำลังใช้ เมื่อสิ้นสุดของการใช้แล้ว ถ้ายังมีความเจ็บปวดอยู่ ความเจ็บปวดจะกลับคืนมาทันที³

5. การดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและมีการผ่อนคลาย ผู้ป่วยมะเร็งมักจะมีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า จากโรค หรือผลของการรักษา หรือจากความตึงเครียดทางด้านจิตใจ เมื่อมีความเจ็บปวดผู้ป่วยจะมีอาการดังกล่าวมากขึ้น และนอนไม่หลับ เป็นเหตุให้รู้สึกเมื่อยล้า ความ

¹ McCaffery, op.cit., p. 92.

² Burne, op.cit., p. 228.

³ McCaffery, op.cit., p. 94.

สามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดลดน้อยลง ดังนั้นพยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ และวางแผนการพยาบาล เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยน้อยเกินไป ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยานอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลายความตึงของกล้ามเนื้อ เช่น จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สบาย เช็ดตัว นวดหลัง แขน ขา หรือ สอนให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ปล่อยตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย ไม่ต้องเกร็งและหายใจเข้าออกเป็นจังหวะอย่างช้า ๆ พบว่า สามารถลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ^{1,2} แมคเคฟเฟอร์³ กล่าวว่า ความเครียดเป็นสาเหตุหรือเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น และความเจ็บปวดเองอาจทำให้เกิดความเครียดได้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความตึงเครียดด้านอารมณ์ และความเจ็บปวด มีลักษณะเป็นวงจรดังนี้ ความเจ็บปวด-ความตึงเครียด-ความวิตกกังวล (The pain-tension-anxiety cycle) ดังนั้น การฝึกให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจิตใจ จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดได้³

เอ.เค.เจ. (A.K.J.)⁴ ได้ทำการศึกษาผลของการนำเทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีการลุกลามของมะเร็งไปไกลแล้ว โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่าความแตกต่าง

¹ Shawver, op.cit., p. 387.

² Burns, op.cit., p. 229.

³ McCaffery, op.cit., p. 140.

⁴ Jacox and Rogers, op.cit., p. 402.

ของความวิตกกังวล และความเจ็บปวดของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ป่วยบางคนที่คาดหวังคิดว่า การใช้เทคนิคการผ่อนคลายช่วยลดความวิตกกังวล แต่บางคนบอกว่า ใช้ช่วยลดความเจ็บปวด ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะว่าการนำเทคนิคการผ่อนคลาย หรือวิธีการต่าง ๆ ที่คล้ายคลึงมาใช้ ควรจะต้องให้ผู้ป่วยมีความเตรียมพร้อม มีความสนใจ ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอน ผลที่ได้จึงจะมีประสิทธิภาพและมีนัยสำคัญ เบอร์น¹ กล่าวว่า วิธีการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อนี้ ไม่ควรจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงฝึกปฏิบัติ เพราะจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยถอนใจ (withdrawal) จากความเป็นจริงมากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีความเศร้าหรือวิตกกังวล พยาบาลควรจะได้ทราบถึงความพร้อมทางจิตจิตใจ และความรู้สึกของผู้ป่วยก่อน

6. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ (Encouraging nutrition, hydration, and elimination) เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดี ถ้าผู้ป่วยขาดอาหาร น้ำ หรือมีภาวะท้องผูก เป็นสาเหตุที่ทำให้ความเจ็บปวดที่มีอยู่รุนแรงขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนพักอยู่บนเตียง (immobilized) ซึ่งมีอาการทางกายและจิตใจเลวลง ยิ่งมีความต้องการอาหารและน้ำ เพื่อเสริมสร้างพลังงานและสุขภาพร่างกายเป็นอย่างมาก คอคค² และลิฟวิงสโตนกล่าวว่า ปัญหาของผู้ป่วย คือ อาการเบื่ออาหาร เป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่และทำลายสำหรับพยาบาลที่จะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร และได้รับอาหารที่เพียงพอตลอดไป พยาบาลอาจจะต้องปรึกษากับโภชนากร เพื่อจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบ และมีคุณค่าทางอาหารสูง และควรจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างน้อยหนึ่งชั่วโมงหลังจากรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ เพื่อสงวนพลังงานไว้ในการทำกิจกรรมและเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น²

1

Burns, op.cit., p. 230.

2

Dodd and Livingstone, op.cit., p. 180.

7. การสะกดจิต (Hypnosis) เป็นวิธีการที่ได้รับการกล่าวขวัญมากที่สุดในการจัดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็ง ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางคลินิก เพื่อควบคุมความเจ็บปวด และขจัดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยแต่ละคน บาร์เบอร์ (Barber) กล่าวว่า การสะกดจิตมีประโยชน์ 2 ประการ คือ สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้โดยไม่มีผลข้างเคียงใด ๆ และช่วยสร้างเสริมเจตคติที่ดีของการมีชีวิต^{1,2} อย่างไรก็ตาม วิธีการนี้เหมาะที่จะใช้กับนักจิตแพทย์มากกว่าที่จะนำมาใช้ในการพยาบาล เพราะต้องมีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติและอาศัยทักษะเป็นอย่างมาก³

เดมพ์สเตอร์ และคณะ⁴ (Dempster and et.al) ได้รายงานการนำวิธีการสะกดจิตมาสนับสนุนกำลังใจแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ในระหว่างที่ได้รับการรักษาเพื่อให้หายขาด (radical treatment) เพราะในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมักจะไม่สบายทางด้านร่างกายเกิดขึ้นบ่อยจากวิธีการรักษา เช่น การเจาะเลือด การเจาะเอาไขกระดูกไปตรวจการผ่าตัด เป็นต้น ผลจากการศึกษาพบว่า การบำบัดด้วยการสะกดจิต นอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวลลงจนที่คาดว่าจะมีแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายในภายหน้าได้อีกด้วย

¹ Anderson, op.cit., p. 38.

² Burns, op.cit., p. 229.

³ Ibid.

⁴ Jacox and Rogers, loc.cit.

8. การกระตุ้นผิวหนัง (Cutaneous stimulation) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ลดความเจ็บปวดได้โดยอาศัยหลักของทฤษฎีควบคุมประตู เมลซาค และ วอลส์ กล่าวว่า การกระตุ้นผิวหนังเป็นการเร้าให้เกิดกระแสประสาทในใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ปิดประตูการถ่ายทอดกระแสความเจ็บปวดของใยประสาทขนาดเล็ก เป็นผลให้ความเจ็บปวดลดลงได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เบอร์น กล่าวว่า การกระตุ้นผิวหนัง เชื่อว่าอาจจะทำให้ความสมดุลของการส่งกระแสประสาท ทำให้มีการหลั่งของเอนโดर्फิน (endorphine) หรือไปรบกวนต่อกระบวนการจดจำความเจ็บปวด (Pain memory process) ในระบบประสาทกลาง ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลงได้เช่นกัน การกระตุ้นนี้อาจเกิดจากผลของการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของเลือดที่ไปเลี้ยง การใช้แรงกด การนวด การลูบ การสัมผัสผิวหนัง และการใช้ความร้อน ความเย็น เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้การสัมผัส การปฏิสัมพันธ์ ร่วมกับการกระตุ้นผิวหนังจะมีบทบาทสำคัญช่วยลดความเจ็บปวดได้เป็นอย่างมาก¹ ซึ่งผลการวิจัยจำนวนมากในปัจจุบันกล่าวถึงกิจกรรมการกระตุ้นผิวหนังว่า สามารถทำให้ผู้ที่มีความเจ็บปวดมีความสุขสบายทางกายได้ทีเดียว ๆ กับทางจิตใจ²

9. การใช้ยาแก้ปวด เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความเจ็บปวดได้ดี แต่พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ขนาดของยาที่ใช้ ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด ระยะเวลาที่ยามีฤทธิ์ในการรักษา ช่วงเวลาที่สามารถจะใช้ยาซ้ำได้อีก อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ และปริมาณของมอร์ฟีนที่ผสมอยู่ในยา เพื่อใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมหรือการพยาบาล เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวดทั้งที่โลกกล่าวไว้ในข้อต้น ๆ เท่าที่สามารถจะกระทำได้ในช่วงเวลาที่ยาใกล้จะหมดฤทธิ์ในการรักษา เพื่อช่วยยืดระยะเวลาในการให้ยา

1

Ibid., p. 231.

2

Dodd and Living stone, op.cit., p. 179.

แก้ปวดครั้งต่อ ๆ ไป^{1,2} ชาวเวอร์³ กล่าวว่า การให้ยาเพื่อระงับปวด เป็นวิธีการที่ง่ายที่สุด แต่ถึงแม้ว่าวิธีการนี้จะสะดวก ใช้นาน้อย และเป็นวิธีที่ดีก็ตาม ทำให้เกิดผลเสียต่อบทบาทของพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะทำให้เสียวิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ และปรากฏบ่อยครั้งว่า ทำให้พยาบาลขี้เกียจ และไม่เอาใจใส่ต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดผู้ป่วยทางอารมณ์และจิตใจ เพราะบางครั้งพบว่า การให้ยาแก้ปวดใช้เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องการเสมอไป

10. การสอนบุคคลในครอบครัว⁴ บุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมาก ถ้าเป็นบุคคลที่ห่วงกังวลต่อผู้ป่วยมาก และแสดงความเห็นอกเห็นใจ หรือเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากจนเกินไป ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความอดทนน้อยลง และรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าที่ควรจะเป็น ยิ่งผู้ป่วยแสดงอาการมากขึ้น ญาติก็ยิ่งตกใจ และเป็นห่วงกังวลมากยิ่งขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลในครอบครัวเฉยเมย ไม่สนใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะไม่กล้าแสดงความรู้สึกที่แท้จริงให้ทราบ ผู้ป่วยอาจรู้สึกน้อยใจ ไม่สนใจและไม่มีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล เพราะคิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีความสำคัญต่อครอบครัวแล้ว ญาติควรแสดงความสนใจต่อผู้ป่วยบ้าง

¹ Oland, op.cit., p. 1315.

² McCaffery, op.cit., pp. 184-212.

³ Shawver, op.cit., pp. 384-385.

⁴ สมศรี รัตนปริยานุช, "ศึกษาวิธีการลูกนั่งที่สัมพันธ์กับการเจ็บแผลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาคณะพยาบาลศาสตร์และสัตวศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525) (อัสสัณนา), หน้า 25-26.

และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อครอบครัว ก็อาจเป็นผลให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น และถ้าบุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคก็จะสามารถให้กำลังใจ และร่วมมือกับพยาบาลในการหาทางบรรเทาความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี ดังนั้น พยาบาลควรจะหาทางแนะนำบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยให้ทราบว่า ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพอย่างไร บริเวณใด ควรจะมีความเจ็บปวดมากน้อยเท่าใด ควรจะปฏิบัติตัวอย่างไรให้สอดคล้องกับแผนการพยาบาล ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยเจ็บปวด ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาล เมื่อญาติของผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ถูกต้องจะสามารถตอบสนองการแสดงออกถึงความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลดีแก่ร่างกายตลอดจนเกิดความสุขสบายทั้งกายและใจมากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้

สรุป

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญและมีบทบาทมากที่สุดในการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้น เพื่อให้เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยได้รับผลสำเร็จ พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจ และตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเฉพาะทางกายอย่างเดียวนอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ และประคับประคองอารมณ์เป็นอย่างมาก ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและท้าทายความสามารถของพยาบาลอย่างยิ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งที่ทรมาณจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พร้อมทั้งได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกลึกซึ้งที่ทรมาณจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ตัวอย่างประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และเข้ามาอยู่รับการรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 ราย ทั้งชายและหญิง โดยไม่จำกัด ชนิด ระยะของโรค ลักษณะการแพร่กระจายของมะเร็ง และวิธีการรักษา การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. มีการแสดงออกของความเจ็บปวด
3. แพทย์ผู้ให้การรักษาไม่ได้เจาะจงให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง
4. เป็นผู้ป่วยที่อยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์
5. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้
6. ไม่มีประวัติของโรคจิต หรือโรคประสาท และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคจิตโรคประสาท รวมด้วย
7. เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2527

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีขั้นตอนจากผู้วิจัย จำนวน 15 ราย และกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรจากพยาบาลประจำการ จำนวน 15 ราย ในการจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผลการวิจัยออกมาเชื่อถือได้มากที่สุด ผู้วิจัยได้กำหนดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด (Homogenous selection) โดยตั้งเกณฑ์ในการจับคู่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้คือ

1. เป็นมะเร็งปอดชนิดเดียวกัน
2. มีระยะของโรคมะเร็งที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน
3. มีลักษณะการแพร่กระจายของโรคที่คล้ายคลึงกัน
4. มีระดับของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าเท่ากัน
5. มีขีดเริ่มของความเจ็บปวดหากันไม่เกิน ± 10 มิลลิเมตรปรอท
6. มีเพศ เชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพสมรสเหมือนกัน
7. มีอาชีพ และสถานภาพทางเศรษฐกิจเหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน
8. มีอายุหากันไม่เกิน 7 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
 - 1.2 แบบสอวัดความกลัว ความวิตกกังวล ชื่อ "The State-Trait - Anxiety Inventory Form X-I" ซึ่งสร้างขึ้นโดย สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) และถอดความโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิศยา คชภักดี ดร. สายฤดี วรกิจโกศาทร และ ดร. มาลี นิสสัยสุข แบบวัดนี้เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่วง ทั้งนี้คือ

ตอบหมายเลข 1 หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเลย

ตอบหมายเลข 2 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย

ตอบหมายเลข 3 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบค่อนข้างมาก

ตอบหมายเลข 4 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อความจำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อความผู้ตอบจะต้องเลือกตอบเพียง 1 ข้อ ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านบวก ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 1, 2, 3, 4 ได้ 1, 2, 3, 4 คะแนน ตามลำดับ ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 1, 2, 3, 4 ได้ 4, 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง

1-19 คะแนน	แสดงว่า	ไม่มีความกลัว ความวิตกกังวล
20-39 คะแนน	แสดงว่า	มีความกลัว ความวิตกกังวลต่ำ
40-59 คะแนน	แสดงว่า	มีความกลัว ความวิตกกังวลมาก
60-80 คะแนน	แสดงว่า	มีความกลัว ความวิตกกังวลสูง

1.3 แบบส่ววัดความซึมเศร้า ชื่อ "The Beck Depression Inventory-BDI" ซึ่งสร้างขึ้นโดย เบค (Beck, Aaron T.) และถอดความโดย อาจารย์ละเอียดยุทธพร หัสนาฝ่ายจิตวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยา แบบวัดนี้มี 21 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยข้อความที่อธิบายถึงความรู้สึกของผู้ตอบในลักษณะต่าง ๆ กัน เพื่อให้ผู้ตอบเลือกตอบข้อความที่อธิบายตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุดเพียง 1 ข้อความในแต่ละข้อ กำหนดการให้คะแนนเป็น 0, 1, 2, 3 คะแนน คะแนนรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ถ้าผู้ตอบได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง

1-15 คะแนน	แสดงว่า	ไม่มีความซึมเศร้า
16-31 คะแนน	แสดงว่า	มีความซึมเศร้าต่ำ
32-47 คะแนน	แสดงว่า	มีความซึมเศร้ามาก
48-63 คะแนน	แสดงว่า	มีความซึมเศร้าสูง

1.4 มาตรวัดระดับความเจ็บปวดของจอห์นสัน (Johnson's Pain Scale)
แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 มาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวด (Pain Sensation Scale)
ผู้วิจัยใช้ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยจากการซักถาม โดยใช้การจับลำดับคุณภาพ
เป็นมาตราในการวัด และกำหนดคะแนนของระดับความเจ็บปวดดังนี้

0	2	5	8	10
ไม่รู้สึก	เจ็บปวด	เจ็บปวด	เจ็บปวด	เจ็บปวด
เจ็บปวดเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

ส่วนที่ 2 มาตรวัดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด
(Pain Distress Scale) ใช้ประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และความ
ไม่สบายที่เกิดร่วมกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกเล่าและเลือกตอบ
ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด กำหนดการให้คะแนนไว้ดังนี้

0	1	2	3	4
ไม่รู้สึก	ทุกข์ทรมาน	ทุกข์ทรมาน	ทุกข์ทรมาน	ทุกข์ทรมาน
ทุกข์ทรมานเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด

1.5 เครื่องมือที่ใช้วัดหาขีดเริ่มของความเจ็บปวด ได้แก่

- หูฟัง
- นาฬิกาที่มีเข็มวินาที
- เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหา

ความเที่ยงตรงด้วยเครื่องทดสอบ ณ หน่วยซ่อมสร้างเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ ภาควิชาสรีรวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิต หาขีดเริ่มความเจ็บปวดของผู้ป่วยด้วยวิธีการทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เนื่องจากขาดโลหิตไปเลี้ยง โดยอธิบายวิธีการให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อน จากนั้นผู้วิจัยได้จัดให้ผู้พวยนอนราบ พันผ้า (cuff) รอบต้นแขนของแขนตรงข้ามกับแขนที่ต้นคของผู้ป่วย ให้เหนือข้อศอกมาประมาณ 1 นิ้ว ผ้าที่พันไว้นี้จะต้องไม่หลวมหรือแน่นเกินไป แล้วเริ่มตนควยการบีบลูกยางเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ไม่เร็วหรือช้าเกินไป จนกระทั่งระดับของปรอทสูงกว่า systolic blood pressure 50 มิลลิเมตรปรอทของผู้ป่วย จึงหยุดและปล่อยสกรูไว้ ปล่อยให้ความดันคงที่ ให้ระดับปรอทค่อย ๆ ลดลงเอง ขณะเดียวกันผู้วิจัยเฝ้าดูชีพจรที่ข้อมือเวลาที่จับเวลาอยู่ เมื่อผู้ป่วยบอกว่าเริ่มรู้สึกเจ็บที่ปลายนิ้วมือผู้วิจัยจะอ่านค่าจากระดับปรอทที่ได้และเวลาทั้งหมดตั้งแต่ความดันคงที่จนกระทั่งผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเจ็บไว้ กรณีที่ระดับปรอทลดลงจนหมดแล้ว ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกเจ็บ ผู้วิจัยจะถอดผ้าพันออกเพื่อให้มีการไหลเวียนของเลือดไปที่แขนตามปกติ หลังจากนั้นอีก 3 นาที ผู้วิจัยเริ่มหาขีดเริ่มของความเจ็บปวดอีกครั้งหนึ่ง ด้วยวิธีการเดิม แต่เพิ่มระดับของปรอทให้สูงกว่า systolic blood pressure ครั้งแรกอีก 10 มิลลิเมตรปรอท เป็นเช่นนี้เรื่อย ๆ จนกว่าผู้ป่วยจะบอกว่าเริ่มรู้สึกเจ็บที่ปลายนิ้วมือ

ขอควรคำนึงเกี่ยวกับการวัดขีดเริ่มของความเจ็บปวด

1. ในผู้ป่วยบางรายที่เพิ่ม systolic pressure แล้ว ยังไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด และจะต้องวัดหลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยอาจเกิดอาการชา (numbness) ของแขนขาที่วัด ซึ่งจะช่วยให้วัดได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

2. ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีขีดเริ่มของความเจ็บปวดไม่เท่ากัน

3. วิธีการวัดดังกล่าว อาจมีความแม่นยำ เพียงตรง ไม่เท่ากันได้ เนื่องจากความอ่อน ผอม ของแขนผู้ป่วย และความคับ หรือความหลวมของผ้าพัน เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการพยาบาลเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา และเอกสารต่าง ๆ และได้นำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิช่วยวิจารณ์ความเที่ยงตรงที่เห็นได้ชัด (Face validity) และความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 13 ท่าน ได้แก่

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยมะเร็ง	จำนวน	2	ท่าน
พยาบาลศัลยศาสตร์	จำนวน	3	ท่าน
พยาบาลอายุรศาสตร์	จำนวน	2	ท่าน
พยาบาลจิตเวช	จำนวน	5	ท่าน
นักจิตวิทยา	จำนวน	1	ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำคู่มือการพยาบาลมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปใช้

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวัดความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ทั้งกล่าวไปทดสอบในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 ราย และนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามแบบของ ครอนบาค (Cronbach) แสดงถึงความเชื่อมั่นภายในของแบบสอบถามวัดความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เท่ากับ 0.714 และ 0.89 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทุกวัน ศึกษารายงานประวัติ และคัดเลือกรายชื่อผู้ป่วยเฉพาะที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จากนั้นได้เข้าพบผู้ป่วย แนะนำตนเอง อธิบายถึงจุดประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ให้ผู้ป่วยเข้าใจ และขอความร่วมมือ
2. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย และความรู้สึกเกี่ยวกับความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ตามแบบสอบถาม

3. วัดขีดเริ่มความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องวัดความคันโลหิต
4. สอดถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยคุมาตราลำดับคุณภาพของความเจ็บปวดทั้ง 2 ฉบับ พร้อมทั้งอธิบายถึงวิธีการตอบโดยละเอียด และให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามเมื่อไม่เข้าใจ
5. เลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม โดยใช้การจับฉลาก คือ ผู้ป่วยคนที่ 1 จะถูกจับฉลากก่อนว่าเขากลุ่มใด ผู้ป่วยคนที่ 2 จะต้องผ่านการพิจารณาเห็นว่า มีลักษณะที่เข้าคู่กับคนแรกหรือไม่ ถ้าไม่ใช่ก็จับฉลากเขากลุ่มก่อน ถ้าใช่ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับคนแรก จะถูกจับคู่เข้าในกลุ่มที่เหลือจากการจับฉลาก
6. ผู้วิจัยให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ตามคู่มือการพยาบาลทุกวันครั้งละประมาณ 45-60 นาที เป็นเวลา 14 วัน และสอบถามความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า และระดับความรู้สึกเจ็บปวด โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามวัดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และมาตราวัดระดับความเจ็บปวดของจอห์นสัน หลังจากที่ได้รับพยาบาลผู้ป่วย 7 วัน และ 14 วัน
7. ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร จะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย หลังการพยาบาลได้ 7 วัน และ 14 วัน โดยใช้เครื่องมือเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง
8. นำข้อมูลที่ได้อจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มาวิเคราะห์และวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินงานดังนี้

1. แจกแจงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐาน การพยาบาลอย่างมีขั้นตอนจะช่วยลด

ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดได้ โดยมีขั้นตอนของการคำนวณดังนี้

2.1 หาค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ใช้สูตร¹

$$\bar{D} = \frac{\Sigma D}{N}$$

เมื่อ $\bar{D}$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล

ΣD = ผลรวมของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล

N = จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม

¹ สุปรรณ พันธุ์วิสาส และชัยวัฒน์ ปัญจพงศ์, ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติ, (กรุงเทพฯ : พระพินา, 2522), หน้า 266-8.

2.2 หาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมาณจากความเจ็บปวดของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ใช้สูตร ¹

$$SD = \sqrt{\frac{N \Sigma D^2 - (\Sigma D)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมาณจากความเจ็บปวด

ΣD^2 = ผลรวมกำลังสองของค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมาณจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล

$(\Sigma D)^2$ = ผลรวมของค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมาณจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ยกกำลังสอง

N = จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ใช้สูตร ¹

$$t = \frac{\bar{D}}{SD/\sqrt{N}}$$

เมื่อ t = ค่าวิกฤติ

$\bar{D}$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล

N = จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม

df = $N-1$

3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่า การพยาบาลตามกิจวัตรจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดได้ โดยมีขั้นตอนของการคำนวณเช่นเดียวกับข้อ 2

¹ จรัล จันทลักษณ์, สัทธิ : วิธีวิเคราะห์และวางแผนงานวิจัย. (กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2519), หน้า 54-56.

4. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการพยาบาลอย่างมีขั้นตอน จากผู้วิจัย จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งไขกระดูกมากกว่าการพยาบาลตามกิจวัตรจากพยาบาลประจำการ โดยมีขั้นตอนของการวิเคราะห์ดังนี้

4.1 หาค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ใช้สูตร¹

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

N = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

¹ ประคอง กรรณสูตร, สถิติประยุกต์สำหรับครู, (กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2517), หน้า 40.

4.2 หาค่าความแปรปรวนของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ใช้สูตร ¹

$$s^2 = \frac{N \Sigma x^2 - (\Sigma x)^2}{N(N-1)}$$

เมื่อ s^2 = ค่าความแปรปรวนของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

Σx = ผลรวมของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกขั้วที่ทราบจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

Σx^2 = ผลรวมของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล หรือ ความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกขั้วที่ทราบจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาลของตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ยกกำลังสอง

N = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

4.3 ทดสอบความแตกต่างของค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

หรือทดสอบว่า $s_1^2 = s_2^2$ หรือไม่ โดยใช้การทดสอบค่าเอฟ (F-test) ใช้สูตร ²

¹ ลวน สายยศ และอังคณา ตันติรัตนานนท์, สถิติวิทยาทางการศึกษา,

(กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช สำราญราษฎร์, 2515), หน้า 101.

² วิเชียร เกตุสิงห์, สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย, (พิมพ์ครั้งที่ 3 ; กรุงเทพฯ :

การวิจัยการศึกษา สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2522), หน้า 74.

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}$$

เมื่อ s_1^2 = ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง

s_2^2 = ค่าความแปรปรวนของกลุ่มควบคุม

$$df = N-1$$

4.4 ทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกขุทรมานจากความเจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ใช้สูตร ¹

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\left[\frac{(N_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{N_1 + N_2 - 2} \right] \left[\frac{N_1 + N_2}{N_1 N_2} \right]}}$$

เมื่อ $s_1^2 = s_2^2$

$$df = N_1 + N_2 - 2$$

t = ค่าวิกฤติ

$\bar{x}_1$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกขุทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_2$ = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกขุทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของตัวอย่างในกลุ่มควบคุม

$$\begin{aligned}
 N_1 &= \text{จำนวนตัวอย่างของกลุ่มทดลอง} \\
 N_2 &= \text{จำนวนตัวอย่างของกลุ่มควบคุม} \\
 S_1 &= \text{ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง} \\
 S_2 &= \text{ค่าความแปรปรวนของกลุ่มควบคุม}
 \end{aligned}$$

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า กับความรู้สึกลึกซึ้งทุกขุทรมาน จากความเจ็บปวดของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความกลัว ความวิตกกังวล กับความซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล กับความรู้สึกลึกซึ้งทุกขุทรมานจากความเจ็บปวด และความซึมเศร้ากับความรู้สึกลึกซึ้งทุกขุทรมานจากความเจ็บปวด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsons Product Moment Correlation Coefficient) ดังนี้¹

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้ากับความรู้สึกลึกซึ้งทุกขุทรมานจากความเจ็บปวด

x = ค่าความแตกต่างของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าก่อนและหลังให้การพยาบาลของตัวอย่างแต่ละคนในกลุ่ม

y = ค่าความแตกต่างของคะแนนความซึมเศร้า หรือความรู้สึกลึกซึ้งทุกขุทรมานจากความเจ็บปวดของตัวอย่างแต่ละคนในกลุ่ม

N = จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม

¹ เรืองเดิม, หน้า 31.

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยใช้การทดสอบ
ค่า t ซึ่งมีสูตรดังนี้¹

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ

$$t = \text{ค่าวิกฤติ}$$

$$r = \text{ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล
กับความซึมเศร้า หรือความกลัว ความวิตกกังวลกับ
ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรือความ
ซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด}$$

$$N = \text{จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม}$$

$$df = N-2$$

6. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับ
ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของตัวอย่างในกลุ่มควบคุม โดยมีขั้นตอนของการคำนวณ
เช่นเดียวกันกับข้อ 4

7. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า กับ
ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีขั้นตอนของการคำนวณ
เช่นเดียวกันกับข้อ 5

การเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยายดังนี้.-

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตาม เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวนคน		รวม
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
เพศ	ชาย	6	6	12
	หญิง	9	9	18
รวม		15	15	30
อายุ	16-25 ปี	-	-	-
	26-35 ปี	-	1	1
	36-45 ปี	3	5	8
	46-55 ปี	6	3	9
	56-65 ปี	5	5	10
	66 ปีขึ้นไป	1	1	2
รวม		15	15	30

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวนคน		รวม
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
เชื้อชาติ	ไทย	15	15	30
	จีน	-	-	-
	อื่น ๆ	-	-	-
	รวม	15	15	30
ศาสนา	พุทธ	15	15	30
	คริสต์	-	-	-
	อิสลาม	-	-	-
	อื่น ๆ	-	-	-
	รวม	15	15	30

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งซึ่งได้รับการสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม มีเพศหญิง และเพศชาย เป็นจำนวนเท่ากัน อายุใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน และมีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตาม อาชีพ รายได้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวนคน		รวม
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
อาชีพ	รับจ้าง	3	3	6
	เกษตรกรกรรม	11	11	22
	ค้าขาย	1	1	2
	รับราชการ	-	-	-
	อื่น ๆ	-	-	-
รวม		15	15	30
สถานภาพทางเศรษฐกิจ				
	ต่ำกว่า 1,000 บาท	5	5	10
	1,001-2,000 บาท	5	5	10
	2,001-3,000 บาท	4	4	8
	3,001-4,000 บาท	1	1	2
	มากกว่า 4,000 บาทขึ้นไป	-	-	-
รวม		15	15	30

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีอาชีพและสถานภาพทางเศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน
ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้ค่อนข้างต่ำ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน		รวม
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
สถานภาพสมรส			
โสด	-	-	-
หย่า	-	-	-
หม้าย	2	2	4
แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน	11	11	22
แต่งงานแล้วแยกกันอยู่	2	2	4
รวม	15	15	30
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	3	3	6
ป. 1 - ป. 4	10	10	20
มัธยมปีที่ 3 (ป. 7)	1	1	2
มัธยมปีที่ 6 (มศ. 3)	1	1	2
เตรียมอุดมศึกษา (มศ. 5)	-	-	-
อุดมศึกษา	-	-	-
รวม	15	15	30

ตารางที่ 3 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีสถานภาพสมรส และระดับการศึกษาเหมือนกัน คือ แต่งงานแล้ว อยู่ด้วยกัน 22 ราย แยกกันอยู่ 4 ราย เป็นหม้าย 4 ราย และส่วนใหญ่ เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค

แหล่งที่มา	จำนวนคน		รวม
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ชนิดของมะเร็ง			
มะเร็งของเยื่อบุกระพุ้งแก้มในปาก	1	1	2
มะเร็งของจมูกและคอหอยส่วนบน	1	1	2
มะเร็งของหลอดลม	1	1	2
มะเร็งปอด	1	1	2
มะเร็งเต้านม	3	3	6
มะเร็งตับ	1	1	2
มะเร็งลำไส้ใหญ่	1	1	2
มะเร็งขององคชาติ	1	1	2
มะเร็งปากมดลูก	5	5	10
รวม	15	15	30
ระยะของโรค			
ระยะที่ 1	-	-	-
ระยะที่ 2	5	5	10
ระยะที่ 3	6	6	12
ระยะที่ 4	4	4	8
รวม	15	15	30

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีมะเร็งปฐมภูมิชนิดเดียวกัน ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ ปากมดลูก และเต้านม มีระยะของโรคใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่อยู่ในระยะกลาง คือ ระยะที่ 2 และ 3

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามระดับของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า

แหล่งที่มา	จำนวนคน		รวม
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ความกลัว ความวิตกกังวล			
ไม่มี	-	-	-
ต่ำ	1	1	2
มาก	3	3	6
สูง	11	11	22
รวม	15	15	30
ความซึมเศร้า			
ไม่มี	-	-	-
ต่ำ	4	4	8
มาก	10	10	20
สูง	1	1	2
รวม	15	15	30

ตารางที่ 5 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีความกลัว ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง และมีความซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามชนิดเริ่มของความเจ็บปวด ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกทุกขทรมานจากความเจ็บปวด

แหล่งที่มา	จำนวนคน		รวม
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ขีดเริ่มของความรูสึกเจ็บปวด			
70-119 มิลลิเมตรปรอท	5	2	7
120-169 มิลลิเมตรปรอท	7	10	17
170-219 มิลลิเมตรปรอท	3	3	6
220-269 มิลลิเมตรปรอท	-	-	-
รวม	15	15	30
ความรู้สึกเจ็บปวด			
เล็กน้อย	-	-	-
ปานกลาง	3	6	9
มาก	10	8	18
มากที่สุด	2	1	3
รวม	15	15	30
ความรู้สึกทรมานจากความเจ็บปวด			
เล็กน้อย	-	-	-
ปานกลาง	-	4	4
มาก	6	9	15
มากที่สุด	9	2	11
รวม	15	15	30

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีชนิดเริ่มของความเจ็บปวดใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกทุกขทรมานจากความเจ็บปวดมาก

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบคะแนนของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง

แหล่งที่มา	ค่าสถิติ	$\bar{D}$	SD	t
ความกลัว ความวิตกกังวล		9.1	2.17	16.35 *
ความซึมเศร้า		5.37	2.19	9.50 *
ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด		1.2	0.56	8.30 *

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 $t = 2.977$

ตารางที่ 7 แสดงว่า คะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้น จึงสนับสนุนสมมุติฐานที่ว่า การพยาบาลอย่างมีขั้นตอนสามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบคะแนนของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งที่ทรมาณจากความเจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

แหล่งที่มา การศึกษา	ค่าสถิติ	$\bar{D}$	SD	t
ความกลัว ความวิตกกังวล		- 0.43	5.98	- 0.278
ความซึมเศร้า		0.23	3.70	0.241
ความรู้สึกลึกซึ้งที่ทรมาณจากความเจ็บปวด		- 0.17	0.77	- 0.855

ตารางที่ 8 แสดงว่าคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งที่ทรมาณจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ย่อมแสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร มีความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งที่ทรมาณจากความเจ็บปวด เปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลัง ใ้การพยาบาล ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังใ้การพยาบาล ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

ค่าสถิติ	N	$\bar{X}$	SD	S^2	t
ความกลัว ความวิตกกังวล					
กลุ่มทดลอง	15	9.1	2.17	4.67	5.805 *
กลุ่มควบคุม	15	- 0.43	5.98	35.76	
ความซึมเศร้า					
กลุ่มทดลอง	15	5.37	2.19	4.80	4.627 *
กลุ่มควบคุม	15	0.23	3.70	13.71	
ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด					
กลุ่มทดลอง	15	1.2	0.56	0.31	5.593 *
กลุ่มควบคุม	15	- 0.17	0.77	0.59	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 $t = 2.467$

ตารางที่ 9 แสดงว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด แตกต่างกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การพยาบาลอย่างมีขั้นตอนจะช่วย ลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งได้มากกว่าการพยาบาลตามกิจวัตร

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด

ตารางที่ 10 แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล กับความซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล กับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง

แหล่งที่มา การสถิติ	ความกลัว/วิตกกังวล	เศร้า	ความกลัว/วิตกกังวล	ทุกข์ทรมาน	เศร้า	ทุกข์ทรมาน
Σx	136.5	80.5	136.5	18	80.5	18
Σx^2	1307.25	499.25	1307.25	26	499.25	26
r_{xy}	0.521		0.573		0.532	
t	2.201 *		2.521 *		2.265 *	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $t_{(.05, 28)} = 2.16$

ตารางที่ 10 แสดงว่า ค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.521, 0.573 และ 0.532 นั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กันไปในทางบวก

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล กับความซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล กับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

แหล่งที่มา การสถิติ	ความกลัว/วิตกกังวล	เศร้า	ความกลัว/วิตกกังวล	ทุกข์ทรมาน	เศร้า	ทุกข์ทรมาน
Σx	-6.5	3.5	-6.5	-2.5	3.5	-2.5
Σx^2	503.25	192.75	503.25	8.75	192.75	8.75
r_{xy}	0.803		0.684		0.558	
t	4.858 *		3.381 *		2.424 *	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $t = 2.16$
(.05, 28)

ตารางที่ 11 แสดงว่า ค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.803, 0.684 และ 0.558 นั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์ กันไปในทางบวก

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวลกับความซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล กับความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมดจากความเจ็บปวด และความซึมเศร้ากับความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมดจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

แหล่งที่มา การสถิติ	ความกลัว/วิตกกังวล	เศร้า	ความกลัว/วิตกกังวล	ทุกซึ้งทั้งหมด	เศร้า	ทุกซึ้งทั้งหมด
Σx	130	84	130	15.5	84	15.5
Σx^2	1810.5	692	1810.5	34.75	692	34.75
r_{xy}	0.861		0.830		0.760	
t	8.92 *		7.70 *		6.18 *	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $t_{(.05, 28)} = 2.16$

ตารางที่ 12 แสดงว่า ค่า r ซึ่งเท่ากับ 0.861, 0.830 และ 0.760 นั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกลึกซึ้งทั้งหมดจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์กันสูงมากในทางบวก

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามผลการวิจัยดังนี้

1. จากการวิจัย จะเห็นได้ว่า ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีขั้นตอนตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ลดลงมาก และแตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วิธีการให้การพยาบาลตามขั้นตอนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้นั้น เป็นการพยาบาลที่เน้นการแก้ปัญหาทางจิตอารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยมากขึ้น กล่าวคือ เป็นการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งบุคคล โดยใช้วิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แสดงออกถึงความสนใจ จริงใจ อยากให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อเป็นการลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นกันเอง เชื่อถือ และไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินปัญหาและให้การแก้ปัญหาด้านจิตใจไปพร้อม ๆ กับการมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ ทำให้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดทางอารมณ์สูง กลัวและวิตกกังวล ต่อความรุนแรงของโรค ความเจ็บปวด และความไร้สมรรถภาพ มากที่สุด ผู้วิจัยจึงให้การสนับสนุนคำจูงใจด้านจิตสังคม (psychosocial support) ตามที่ประเมินปัญหาได้ ร่วมกับการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการกระทำกิจกรรมการพยาบาลทางด้านร่างกาย เพื่อช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวด จึงทำให้ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ไม่รู้สึกว่าตนถูกทอดทิ้ง ไม่เกิดความคับข้องใจ กล้าที่จะระบายปัญหาและขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของเบอร์น¹ (Burns) ที่กล่าวว่า สิ่งสำคัญซึ่งทำให้การพยาบาลบรรลุจุดประสงค์ คือ การสร้าง

1

Burns, op.cit., p.226, 266.

สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ และไว้วางใจแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่า พยาบาลสามารถช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และความเจ็บปวดของตนได้ แม้ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียด ก็จะช่วยให้อาการผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับตัวได้ดี ทั้งที่อะกิลเลอร่า และเมสซิก¹ (Aguilera & Messick) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยเหลือใจที่เข้าเป็นมิตร และเข้าใจผู้ป่วย ช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจ และตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ช่วยให้อาการผู้ป่วยได้รับความรู้และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง และกระตุ้นให้อาการผู้ป่วยมีการเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เป็นการช่วยเหลือให้อาการผู้ป่วยปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะความสมดุลทางอารมณ์ ซึ่ง บีโนเลียล และครอว์ลีย์² (Benoliel & Crowley) ได้กล่าวสนับสนุนเช่นเดียวกัน และอ้างถึงข้อสังเกตของเลมอน (Lemon) ว่า การมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ ให้ความหวัง ความเข้าใจ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกว่ามีค่าที่สุด เพราะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ปฏิบัติตามคำสั่ง เกิดความรู้สึกทั้งในจิตสำนึก และจิตใต้สำนึกว่าตนเองมีความสำคัญ และยังช่วยทำให้ความรุนแรงของความรู้สึกเจ็บปวดที่มีอยู่นั้นลดลงไปได้อย่างมาก ไม่ว่าความเจ็บปวดนั้นจะมีจุดเริ่มต้นจากภาวะทางร่างกาย หรือจิตใจก็ตาม

¹ Donna C. Aguilera and Janice M. Messick, Crisis Intervention : Theory and Methodology, (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1974), pp.63-4.

² Jeanne Q. Benoliel and Dorothy M. Crowley, "The Patient in Pain : New Concept," Cancer : Pathophysiology ; Etiology, and Management, edited by Lewis C. Krouse et. al., (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1979), pp.325-6.

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด พอจะมองเห็นได้ชัดเจนว่า การที่ผู้วิจัยมีความเข้าใจในพฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินปัญหา วางแผน และให้การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผสมผสานกันไปกับการดูแลทางด้านร่างกาย ทำให้สามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ และลดลงได้มากกว่าการพยาบาลที่ให้ตามกิจวัตร ซึ่งตรงกับสมมุติฐานที่ได้อ้างไว้ในข้อ 1 และ 2

อนึ่ง ในการสัมภาษณ์เพื่อวัดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยนั้น อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ เนื่องจากการที่ผู้วิจัยได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกวัน ผู้ป่วยมีความรู้สึกสนิทสนมคุ้นเคยและประทับใจในตัวผู้วิจัย จึงอาจจะให้ข้อมูลที่ผิดไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ อีกประการหนึ่ง การที่ผู้ประเมินและผู้ให้การพยาบาล เป็นบุคคลเดียวกัน อาจจะทำให้แปลข้อมูลคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงได้เช่นกัน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร มีความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินั้น อาจกล่าวได้ว่า

ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ที่มีความเครียดทางด้านจิตใจสูง และความเจ็บปวดก็เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยอย่างยิ่ง ซึ่งความเจ็บปวดในความรู้สึกของผู้ป่วยก็คือการถูกตามต่อชีวิต ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมิได้มีเพียงแต่ความทุกข์ทรมานทางกายเท่านั้น ยังมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจอีกด้วย ดังนั้นเมื่อความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยไม่ลดลง ย่อมแสดงว่า พยาบาลไม่ได้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจริง ที่เป็นเช่นนี้ น่าจะมีสาเหตุจากหลายประการ ดังนี้

ประการที่หนึ่ง พยาบาลคำนึงถึงความต้องการทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์¹ และ ประคอง อินทรสมบัติ² ที่ไต่ถามไฉนว่า การพยาบาลในประเทศไทยปัจจุบัน ยังคงเน้นหนักไปในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมุ่งดูแลเฉพาะยาสีภาพทางร่างกาย และรีบเร่งเพื่อให้งานเสร็จทันเวลา จนลืมนึกถึงสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับความอบอุ่นและความเห็นอกเห็นใจน้อยลง ซึ่ง จอห์นสัน³ (Johnson) และบราวน์⁴ (Brown) ในข้อสันนิษฐานว่า พยาบาลมุ่งที่จะสอบถามข้อมูลต่าง ๆ จากผู้ป่วยมากกว่าที่จะสนใจประเมินปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ และมักจะมองผู้ป่วยเป็นเพียงกระบวนการของการเกิดโรคเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และขัดแย้งทางอารมณ์เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับตัวได้ไม่ดี และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย

¹ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, การวางแผนการพยาบาล : การปฏิบัติการพยาบาลแนววิทยาศาสตร์, (กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองการพิมพ์, 2522) หน้า 5.

² ประคอง อินทรสมบัติ, "ความเครียดของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล," การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3, สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ) (กรุงเทพฯ : โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521), หน้า 4.

³ Margie M. Johnson, "Anxiety/Stress and Effect on Disclosure Between Nurse and Patient," Advances in Nursing Science, 1, No.4 (July, 1979), pp.1-3.

⁴ Esther Lucile Brown, Newer Dimensions of Patient Care Part I, (New York : Rusell Sage Foundation, 1961), pp.18-21.

ประการที่ 2 การที่พยาบาลปฏิบัติงานกับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีแต่ความเครียด ความทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดความซาซึน และรับรู้ต่อสิ่งเร้าอารมณ์ต่าง ๆ จากผู้ป่วยลดน้อยลง ความต้องการของผู้ป่วยจึงอาจถูกละเลยไป ทำให้พยาบาลไม่เข้าใจความรู้สึกเจ็บปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดแต่เพียงอย่างเดียว จึงอาจจะช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยไม่ไ้ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อพยาบาลให้ความช่วยเหลือยา ผัดผอน หรือปล่อยใหรอคอย ผู้ป่วยจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง และทุกข์ทรมานทางดานจิตใจเพิ่มขึ้น เมื่อพยาบาลไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความทุกข์ทรมานได้ ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด ความกลัว ความเศร้าใจ เบื่อหน่าย ทอเท ซาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความสุข ซึ่งภาวะและความรู้สึกต่าง ๆ ของพยาบาลดังกล่าวนี้มีผลกระทบทำให้พยาบาลป้องกันตัวเองโดยการหลีกเลี่ยงการพยาบาลผู้ป่วย ทอดทิ้งผู้ป่วย หรือทำการพยาบาลให้เสร็จสิ้นไปในแต่ละวันเท่านั้น ซึ่ง เกรย์เทอร์ และคณะ¹ (Craytor et.al.) ให้ความเห็นว่า การที่พยาบาลป้องกันความรู้สึกของตนเอง เท่ากับเป็นการขัดขวางการรับรู้ของตนเองต่อสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยด้วย ทำให้พยาบาลมุ่งแต่จะรักษา (Cure) แต่เพียงโรคที่ผู้ป่วยเป็น จนลืมนึกถึงการดูแล (Care) ดานจิตใจของผู้ป่วยไป

1

Josephine K. Craytor, Jean K. Brown and Gary R. Morrow, "Assessing Learning Needs of Nurses Who Care for Person with Cancer," Cancer Nursing, 1, No.3 (June, 1978), pp.211-20.

ประการที่ 3 พยาบาลคำนึงถึงงานประจำมากกว่าที่จะให้ความสนใจการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ซึ่งตรงกันกับข้อสังเกตของ ลิพกิน และโคเฮน ¹(Lipkin & Cohen) ที่กล่าวว่า งานของพยาบาลส่วนใหญ่จะถูกใช้ไปกับการทำงานประจำ การพูดคุยกับผู้ป่วยจะเป็นงานอันดับท้ายของการให้การพยาบาลตามกิจวัตร และพยาบาลมักจะมีความรู้สึกว่า การใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นการสิ้นเปลือง และไม่เกิดผลคุ้มค่า ซึ่งแสดงว่าพยาบาลยังมองไม่เห็นความสำคัญในการที่จะพูดคุย ชักถามปัญหา หรือตอบสนองความต้องการทางด้านจิตอารมณ์ของผู้ป่วยเท่าที่ควร และการกล่าวอ้างว่า งานมาก ไม่มีเวลานี้ก็คงจะมีอยู่ตลอดไป ถ้าหากพยาบาลไม่ตระหนัก และไม่ให้ความสำคัญในความจริงที่ว่า การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จะต้องผสมผสานไปด้วยกับการดูแลด้านร่างกาย ² เบิร์น ³ (Burns) กล่าวสนับสนุนว่าเป็นความเลวร้ายอย่างยิ่ง ถ้าหากพยาบาลคิดว่าความช่วยเหลือภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นเรื่องไม่สำคัญ เพราะทำให้มีแนวโน้มที่จะขาดความสนใจ เอาใจใส่ หลีกเลียงความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความจริงแล้ว การช่วยเหลือผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์ หรือมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่เหมาะสมนั้น ไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นทันทีในระยะสั้น แต่ก็สามารถช่วยในการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่วิกฤติในขณะนั้นให้มีการผ่อนคลายลงได้

¹ Gladys B. Lipkin and Roberta G. Cohen, Effective Approaches to Patient's Behavior, (2 nd ed.; New York : Springer Publishing, 1980), p.60

² สมจิต หนูเจริญกุล, "การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของชีวิต," วารสารพยาบาล, 29, ฉ. 2 (เมษายน, 2523), หน้า 96.

³ Burns, op.cit., p.261.

ประการที่ 4 ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน ชกการกระตุ้นและการนิเทศ พยาบาลจึงละเลยการดูแลทางด้านจิตใจไป ซึ่งในเรื่องนี้ เกรย์เทอร์ และคณะ¹ (Craytor et. al.) ได้สำรวจความคิดเห็นของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าความจริงแล้ว พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนคำจูงทางด้านจิตใจของผู้ป่วย มีความสำคัญเท่าเทียมกัน แต่มีความมั่นใจในการให้การดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าการดูแลทางด้านจิตสังคม ซึ่ง เกรย์เทอร์ และคณะ ได้อภิปรายว่า เพราะ (1) เจตคติของพยาบาลต่อการเป็นโรคมะเร็ง ก็ไม่แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป คือ น่ากลัว ร้ายแรง และต้องตายอย่างทุกข์ทรมานด้วยความเจ็บปวด ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดเช่นเดียวกับผู้ป่วยและกลัวที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (2) พยาบาลขาดการอบรมพิเศษ ในเรื่องการดูแลทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ และขาดการกระตุ้น จึงเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ห่อหุ้ม ขัดแย้ง กับข้อใจ และรู้สึกว่าไม่มีประโยชน์ (3) บุคลิกลักษณะของตัวพยาบาลเองในแต่ละบุคคล ชกการรับรู้และตระหนักว่า การดูแลด้านจิตสังคม เป็นสิ่งสำคัญของการพยาบาลที่ดี ทำให้หลีกเลี่ยง และไม่เต็มใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความเครียดทางอารมณ์สูง และมักกล่าวอ้างว่า "ผู้ป่วยเป็นปัญหา" (problem patients)

3. ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความสัมพันธ์กันไปในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับแนวความคิดของ จาค็อกซ์² (Jacox) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้ความเจ็บปวดที่มีอยู่

¹ Craytor, loc.cit.

² Jacox, Assessing Pain, p.900.

แผ่ไปได้อย่างกว้างขวาง ทั้งข้อสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่างจากโรคอื่น ๆ มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างยืดยาว ในระยะหลัง ๆ ของโรค ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และรู้สึกหมดหวังต่อการหายจากโรค ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหามากมายทั้งทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึก ว่า ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณของความตาย ต้องการให้พยาบาลเอาใจใส่ ชักถาม บางรายมีอาการนอนเฉยๆ หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย หวาดกลัว วิตกกังวล และชักถามตลอดเวลา บางรายรู้สึกว่ายากแสบปวดไม่สามารที่จะบรรเทาความเจ็บปวดได้ และการที่ต้องทนอยู่กับความเจ็บปวดเป็นเวลานาน ก่อนที่จะได้รับยาแก้ปวดตามเวลาที่แพทย์สั่งการรักษา เป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน และทรมานจิตใจมากที่สุด ผู้ป่วยแทบจะทุกรายรู้สึกอยากจะทำร้ายตนเอง เพื่อให้พ้นจากภาวะของโรคและความเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยซึ่งมีความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจที่ตนเองเป็นโรครักษาไม่หาย ฐานะยากจน และมีการศึกษาน้อย มักจะคิดมาก ระแวงสงสัย และหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล เมื่อต้องการสิ่งใดก็ไม่กล้าเรียกร้อง เก็บความกังวลใจต่าง ๆ ไว้ ความรู้สึกไม่เป็นที่พึ่ง เสerahอง หงอยเหงา และความเจ็บปวดที่มีอยู่จึงเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ บางรายแสดงอาการก้าวร้าว หรือเรียกร้องความสนใจบ่อยครั้ง บางรายคร่ำครวญ ร้องไห้ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย บ่นปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร่างกาย ทำให้สภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเลวลง

บอนิกา¹ (Bonica) กล่าวว่าเมื่อผลการศึกษามากมายเน้นถึงความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยจำนวนมากมีภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมเปลี่ยนไป เป็นต้นว่า วิตกกังวล ซึมเศร้า คำหิตัวเอง ลงโทษตัวเอง จิตใจจดจ่ออยู่กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธการมีชีวิตอยู่

1

John J. Bonica, "Cancer Pain," Medical Complications in Cancer Patients, (New York : Raven Press, 1981), pp.88-91.

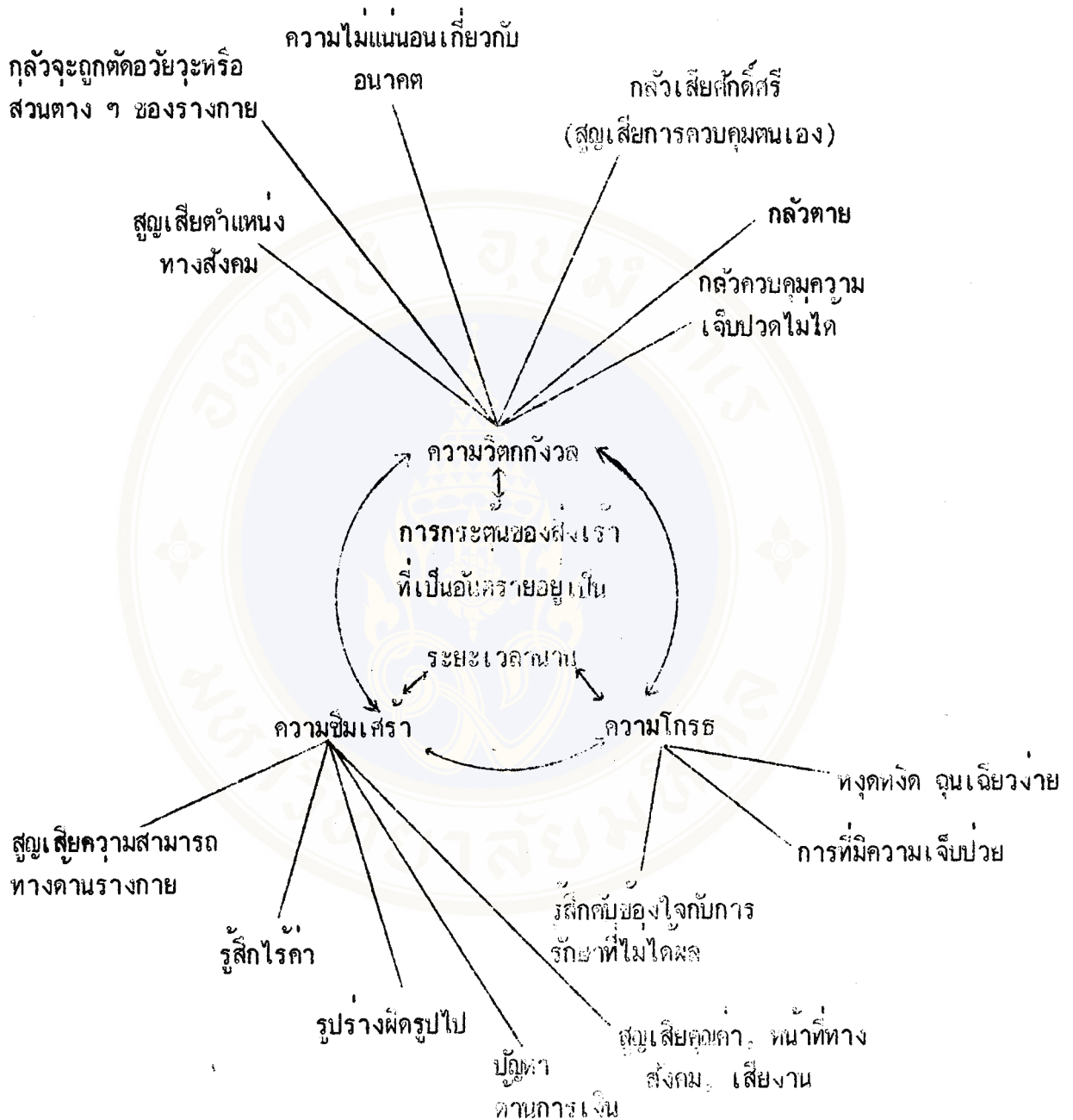
ผู้ป่วยทุกคนที่มีการลุกลามหรือกลับมีอาการเป็นซ้ำของโรค มักจะมีความเครียดทางอารมณ์สูง การปฏิบัติกิจกรรมส่วนบุคคลด้านร่างกายและสังคมลดลง และมีระดับของการเป็นโรคประสาทเพิ่มขึ้น เพราะรู้สึกด้อยคุณค่า และต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงเป็นการซ้ำเติมให้ความรู้สึกปวดและทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางคนที่มีความเจ็บปวดคือร้อน รุนแรง จะเริ่มท้อใจ ไม่มีหวัง และอาจสิ้นคิด วางแผนฆ่าตัวตายได้ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง และมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจของชาติในปัจจุบันเป็นอย่างมาก วัตสัน¹ (Watson) เน้นว่า ปฏิกริยาทางจิตเป็นปฏิกริยาที่สำคัญมาก เพราะเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความกลัว ความวิตกกังวล และความโกรธแค้นของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก ปฏิกริยานี้เกิดขึ้นมานานแล้วแต่สภาพจิตของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับโครงสร้างของบุคลิกภาพของบุคคล การเข้าใจสถานการณ์ ประสบการณ์ในอดีต ระยะเวลา และความรุนแรงของความเครียด (Stressor) นั้น ๆ

แชพแมน² (Chapman) ได้สรุปรูปแบบความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งว่า พื้นฐานของประสบการณ์ความเจ็บปวดนี้คือการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย จากความรู้สึกของการเป็นโรคมะเร็ง หรือเนื้อเยื่อถูกทำลาย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากตัวมะเร็ง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา สิ่งเร้าเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันกับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความโกรธของผู้ป่วยเป็นวงจรต่อเนื่อง (ดังแผนภูมิที่ 5) กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าทางร่างกายหรือทางจิตใจ จะทำให้ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีบทบาทมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์เกิดขึ้นอย่างมากมาย ซึ่งหากไม่ได้รับการยับยั้ง แก่ไขภาวะขาดสมดุลทางร่างกายและจิตใจดังกล่าว วงจรต่อเนื่องนั้นจะเกิดขึ้นตลอดไป และเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ดังข้อสนับสนุนจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ยิ่งมากเท่าใด ปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดทางด้านต่าง ๆ จะยิ่งมากขึ้น จึงกล่าวสรุปได้ว่า ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กันไปในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

¹ Watson, op.cit., p.116.

² Bonica, loc.cit.

ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็ง



แผนภูมิที่ 5¹ แสดงความสัมพันธ์ของมิติทางด้านร่างกายและจิตใจของประสบการณ์ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค

¹ Ibid.

4. จากการศึกษา พอสรุปได้ว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับระยะของความเจ็บป่วย ตำแหน่ง และรูปแบบของการมีพยาธิสภาพ การพยากรณ์ของโรครวมทั้งการตอบสนองของผู้ป่วยต่อวิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือรังสีบำบัด และที่สำคัญที่สุด คือ สภาพโดยทั่วไป อารมณ์ กำลังใจ และความคาดหวังในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ สัมพันธ์ไมตรีจากแพทย์ และพยาบาล ความเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเยี่ยงบุคคล และการได้รับคำชี้แจงถึงแนวทางการรักษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะเจ็บปวด โบนิกา¹ (Bonica) ให้ความเห็นว่า ไม่มีโรคใดที่ต้องการการการสนับสนุนคำจูงทางจิตใจมากกว่าผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้น ผู้ที่ให้การดูแลควรจะวางแผนการดูแลเป็นระบบ (systemic plan) โดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอันดีทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่จะเผชิญกับปัญหา และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นประโยชน์ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ กุลเลน² (Cullen) กล่าวสนับสนุนว่า พยาบาลควรจะประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยให้ครอบคลุมถึงประวัติของความเจ็บปวด ตำแหน่ง ขนาด และขอบเขตระยะเวลา แบบอย่างของการเกิด ลักษณะการปวด ความรุนแรง เวลาที่ความเจ็บปวดบรรเทา มีอาการอะไรที่เกิดขึ้นร่วมกับความเจ็บปวด และสาเหตุที่เกิดความเจ็บปวด ก่อนที่จะตัดสินใจให้ยาแก้ปวดทุกครั้ง เพื่อเป็นการลดช่องว่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ กับการรับรู้ของพยาบาลในหน่วยลง ซึ่งจะเป็สิ่งชี้้นำในการให้กิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้ มูดิงเกอร์³ (Mudinger) กล่าวสรุปว่า พยาบาลควรจะเริ่มต้นแสดงให้ประจักษ์โดยเร็วว่า หน้าที่อิสระของการปฏิบัติการพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ช่วยให้ความรู้สึกเจ็บปวด และทุกข์ทรมานลดลงได้ และยังช่วยยืดเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพของผู้ป่วยได้อีกด้วย

1,2

Anderson, op.cit., p.35.

3

Mary O'Neil Mudinger, "Nursing Diagnosis for Cancer Patients," Cancer Nursing, 1, No.3 (June, 1978), p.226.

อนึ่ง จากการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ พบว่า สมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการยอมรับทุกข้อ ซึ่งถ้าหากเป็นการยอมรับสมมติฐานที่เป็นจริง (Type I error) ย่อมแสดงว่า การพยาบาลอย่างมีขั้นตอนเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยให้การรักษาพยาบาลความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งบรรลุดังเป้าหมายได้ วิธีการดังกล่าวนอกจากจะไม่สิ้นเปลืองในทางเศรษฐกิจแล้ว ยังไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และเป็นแนวทางที่ถูกต้องของการบริการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการวิจัยในอนาคต อย่างไรก็ตาม ตัวพยาบาลเองเป็นมนุษย์ปุถุชนธรรมดา ซึ่งมีความรู้สึก มีอารมณ์ เหมือนคนอื่น ๆ เช่นกัน และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่ยากยิ่ง ดังนั้น ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจอย่างมากของพยาบาล อาจจะทำให้พยาบาลมีความรู้สึกและอารมณ์ร่วมต่อความทุกข์ของผู้ป่วย มีผลทำให้พยาบาลเกิดความเครียดมาก ซึ่งในกรณีเช่นนี้จะไม่เป็นผลดีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย กล่าวคือ พยาบาลเองจะมีความทุกข์มาก บางคนอาจมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ผู้ป่วย หรือบางคนให้การช่วยเหลือในทางไม่เหมาะสม หรือบางคนอาจเก็บกดความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย จนในที่สุดกลายเป็นไม่ยินดียินร้าย เป็นต้น การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความยากอย่างยิ่ง พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาความตระหนักในบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือที่แท้จริง (Helper) โดยต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นไปในรูปของการช่วยเหลือ บำบัดทุกข์และปัญหาของผู้ป่วย เป็นสัมพันธภาพที่มีการเริ่มต้น และมีการสิ้นสุดในวาระอันควร พยาบาลเป็นผู้ให้และผู้รับ มีความมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีในตัวผู้ป่วย สัมพันธภาพนี้อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์แน่นอน มีความสม่ำเสมอมั่นคงพอสมควร มิได้เปลี่ยนรูปแบบไปตามอารมณ์ของพยาบาลหรือผู้ป่วย แต่จะมีขั้นตอนการเริ่มต้น การดำเนินงาน และการสิ้นสุด

2. พฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ของพยาบาลมีผลต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสมอ พยาบาลจึงควรมีความตื่นตัวอยู่เสมอว่า เราเป็นใคร กำลังทำอะไรอยู่ ปฏิบัติงานด้วย

ความมีสติ เพราะถ้าพยาบาลมีความเข้าใจในตนเองแล้ว ย่อมไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล
แปลพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกได้อย่างถูกต้อง สะท้อนให้พยาบาลเกิดความเข้าใจในตนเอง
และสามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3. การให้ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยมากที่สุด เช่น ให้ผู้ป่วยรู้สึกถึง
ความเป็นมิตร ความหวังดี ความรัก ความเมตตา จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น
นำไปสู่สัมพันธภาพของการช่วยเหลือที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และตรงตามวัตถุประสงค์
เพื่อถ่ายทอดความตั้งใจ เครียด ความวิตกกังวล และปัญหาออกจากผู้ป่วย

4. หัวใจสำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดนั้น พยาบาล
ควรมีความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมของมนุษย์ มีการวินิจฉัยการพยาบาลที่ถูกต้อง และเข้าใจ
ลึกซึ้งถึงพยาธิสภาพของโรคและกลไกการทำให้เกิดความเจ็บปวด โดยที่พยาบาลจะต้องเป็น
ผู้ที่มีความอดทนสูง รู้จักผ่อนคลายความตั้งใจเครียดจากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ช่วยเหลือ
ตนเอง หรือแสวงหาความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม พัฒนาการปรับตัวโดย

- มีเวลาทำความเข้าใจในตนเองอยู่ตลอดเวลา และรับฟังข้อคิดเห็นของผู้
ร่วมงาน
- ใช้เวลาและโอกาสแก่ตนเองในการทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการ
ส่วนตัวให้มีความสุขในชีวิตพอสมควร
- หาขอบพรองหรือจุดอ่อนในพฤติกรรมตอบโต้ต่อความเครียดของตนเอง
- ประเมินผลหลังจากที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการพยาบาล ต่อ การลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกลุทธิกรรมจากความเจ็บปวด ในผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีขั้นตอนจากผู้วิจัย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามกิจวัตรจากพยาบาลประจำการ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับความรู้สึกลุทธิกรรมจากความเจ็บปวด

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่เข้ามาอยู่รับการรักษา ด้วยโรคมะเร็ง ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 ราย โดยไม่จำกัดชนิด ระยะของโรค ลักษณะการแพร่กระจายของมะเร็ง และวิธีการรักษา ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีการแสดงออก ของความเจ็บปวด แพทย์ผู้ให้การรักษาไม่ได้เจาะจงให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง มีการ รับรู้และสืบลัมปัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ ไม่มีประวัติของโรคจิต โรคประสาท และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประสาทรวมด้วย และต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่รับการรักษาใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลอย่างมีขั้นตอน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร กลุ่มละ 15 คน และเพื่อให้ตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีลักษณะคล้ายกัน ผู้วิจัยได้จับคู่ตัวอย่างเป็นคู่ ๆ โดยมี เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค และลักษณะการแพร่กระจายที่คล้ายคลึงกัน มีระดับของความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า เหมือนกัน และมีขีดเริ่มของความเจ็บปวดต่างกันไม่เกิน ± 10 มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย (2) แบบสอบวัดความกลัว ความวิตกกังวล ของสปีดเบอร์เกอร์ ซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 (3) แบบสอบวัดความซึมเศร้าของเบค ซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 (4) มาตรการวัดระดับความเจ็บปวดของจอห์นสัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ มาตรการวัดความรู้สึกเจ็บปวด และมาตรการวัดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (5) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทที่ได้รับการตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว และ (6) คู่มือการพยาบาลเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการศึกษาจากตำราและเอกสารต่าง ๆ และได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเที่ยงตรงของเนื้อหาหลังจากที่ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบวัด วัดขีดเริ่มของความเจ็บปวด และให้ผู้ป่วยจัดอันดับความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน จากมาตรการวัดระดับความเจ็บปวด ก่อนที่จะให้การพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองตามคู่มือการพยาบาลทุกวัน เป็นเวลา 14 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรจากพยาบาลประจำการทุกวัน เป็นเวลา 14 วัน เช่นกัน และผู้วิจัยได้สอบถามความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอีก 2 ครั้ง ในวันที่ 7 และ 14 หลังจากได้ให้การพยาบาล แล้วบันทึกผลที่ได้ลงในแบบบันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำคะแนน ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปจากก่อนและหลังให้การพยาบาลมาวิเคราะห์ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยใช้การทดสอบที (t-test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างก่อนและหลังให้การพยาบาล ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบที (t-test)

3. หาความสัมพันธ์ของความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และของทั้ง 2 กลุ่ม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson-product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การพยาบาลอย่างมีขั้นตอน สามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .01 ในขณะที่การพยาบาลตามกิจวัตร ทำให้ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีนัยสำคัญ

2. การพยาบาลอย่างมีขั้นตอน สามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้มากกว่าการพยาบาลตามกิจวัตร ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .01

3. ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า กับ ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กันสูงมากในทางบวก ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริการพยาบาล

1. ควรเน้นให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดทุกรายให้ได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้การพยาบาลคนทั้งคนมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น
2. ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลควรจะนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินความเจ็บปวดและความเครียดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับความเจ็บปวด เป็นระยะ ๆ เพื่อวางแผนและสามารถให้การพยาบาลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง
3. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงานแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคน โดยให้ความรู้ในเรื่องการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง กิจกรรมการพยาบาล และวิธีการต่าง ๆ ในการควบคุมความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติการช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ และถูกต้อง
4. ถ้าหากสามารถทำได้ ควรจัดบริการพยาบาลโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพราะจะทำให้พยาบาลเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง และสามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
5. เนื่องจากงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นงานที่เผชิญกับความทุกข์และปัญหาของผู้ป่วย ฉะนั้น คุณสมบัติของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ควรจะต้องเป็นพยาบาลที่มีความพร้อมทางด้านจิตใจ คือ มีเจตคติที่ดี อดทน เสียสละ มีเมตตา รักและเข้าใจ พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ครูพยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงความรับผิดชอบ และความสำคัญของการที่จะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างสมบูรณ์แบบ คือ กระทำการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน
2. ครูพยาบาลควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้ตระหนักว่า การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดนั้น ควรจะต้องร่วมกันเป็นทีมงาน คือ เป็น Multidisciplinary approach จึงจะสามารถสัมฤทธิ์ผลได้มากที่สุด มิใช่เป็นความดีความชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น

ด้านการวิจัยต่อไป

1. ควรจะให้มีการวิจัยซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากกว่านี้ และควรมีผู้ช่วยวิจัยสำหรับสัมภาษณ์ปัจจัยทางอารมณ์ต่างๆ โดยเฉพาะ เพื่อให้ผลการวิจัยเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น
2. ควรจะได้มีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการพยาบาลต่อการลด ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่มีระดับ การศึกษา เศรษฐกิจ อาชีพ ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ลักษณะการแพร่กระจายของมะเร็ง และวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อทราบว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรือไม่ อย่างไร เพื่อนำมาใช้อ้างอิงได้มากยิ่งขึ้น และนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่มีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพ
3. ควรจะได้มีการศึกษา โดยนำคู่มือการพยาบาลไปทดลองศึกษาและ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากโรคอื่น ๆ ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุงใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดให้ดียิ่งขึ้น
4. ควรจะได้มีการศึกษาวิจัย การควบคุมความเจ็บปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเข้าสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ ฯลฯ เป็นต้น เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่มีความเจ็บปวดให้ได้ประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

หนังสือตำรา

จรัญ จันทลักขณา. สถิติ : วิธีวิเคราะห์และวางแผนงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2519.

เจริญ สมวงษ์ศิริ. การใช้ยารักษาความวิตกกังวล. กรุงเทพฯ : สาริการพิมพ์, 2523.

จำลอง คิษยวนิช. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 ; เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์, 2522.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. สรีรวิทยา. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2520.

ประคอง กรรณสูตร. สถิติประยุกต์สำหรับครู. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2517.

พยอม อิงคตานุกุล. ศัพท์จิตเวช. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราชมหิตล, 2525.

พรรณิศา รุจิพร. จิตวิทยาเบื้องต้น. ขอนแก่น : ภาควิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2523.

ล่อ หุตางกูร. คู่มือจิตวิทยาเบื้องต้น. พระนคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิตล, 2508

ล่อ หุตางกูร. อนามัยจิต. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2519.

ล้วน สายยศ และอังคณา ตันติรัตนานนท์. สถิติวิทยาทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช สารานุกรม, 2515.

วิจารณ์ วิชัยยะ. คู่มือทางการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 ;
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ, 2523.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3 ; กรุงเทพฯ : กองวิจัย
การศึกษา สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2522.

สุบรรณ พันธุ์วิสาส และ ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ :
พีระพัฒนา, 2522.

สุพัฒนา เดชาติวงศ์ และคณะ. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520.

สุวนีย์ ตันติพัฒนานันต์. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : อักษรสัมพันธ์, 2522.

สมพร บุษราธิง. จิตบำบัด : แบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์. กรุงเทพฯ : โครงการตำรา
ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

สมภาพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2524.

สมศรี เชื้อหิรัญ. คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น : การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
อักษรไทย, 2519.

ศิริพร จิรวัดนุกุล. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตสำหรับครู. ขอนแก่น :
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2526.

- Adriaensen, Gybels H. and Cosyns, P. The Year Book of Cancer 1978.
Chicago : Year Book Medical Publishers, Inc., 1982.
- Altschul, Annie and Simpson, Ruth. Psychiatric Nursing. London :
Bailliere Tindal, 1977.
- Aspinal, Mary Jo and Tanner, Christine A. Decision Making for Patient
Care : Applying The Nursing Process. New York : Appleton-
Century-Crofts, 1981.
- Behnke, Helen Duncan. Guidelines for Comprehensive Nursing Care in
Cancer. New York : Springer Publishing Co., Inc., 1973.
- Beland, Irene L. and Passes, Joyce Y. Clinical Nursing : Pathophysio-
logical and Psychosocial Approach. 3 rd ed ; Macmillan
Publishing Co., Inc., 1975.
- Burgess, Ann W. Psychiatric Nursing in The Hospital and The Community.
3 rd ed ; New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1981.
- Burns, Nancy. Nursing and Cancer. Philadelphia : W.B. Saunders Co.,
1982.
- Burkhalter, Pamela K. and Donley, Diana L. Dynamics of Oncologic
Nursing. New York : McGraw-Hill Book Co., 1978.
- Carter, Frances Manet. Psychosocial Nursing : Theory and Practice in
Hospital and Community Mental Health. 2 nd ed ; New York :
Macmillan Publishing Co., Inc., 1976.

- Cantor, Robert Chernin. And a Time to Live : Toward Emotional Well
Bell-Being During The Crises of Cancer. New York : Harper
& Row Publishers, 1978.
- Christopherson, Victor A. Rehabilitation Nursing : Perspectives and
Applications. New York : McGraw-Hill Book Co., 1974.
- Donovan, Marilee I. and Pierce, Sandra G. Cancer Care Nursing.
New York : Prentice-Hall Inc., 1976.
- Downie, Patricia A. Cancer Rehabilitation : An Introduction for
Physiotherapists and The Allied Professions. London :
Faber & Faber, 1978.
- Fordyce, Wilbert E. Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness.
Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1976.
- Gray, Melvin. Neuroses : A Comprehensive and Critical View. New York :
Van Nostrand Company, 1978.
- Guilford, Joy Paul and Fruchter, Benjamin. Fundamental Statistics
in Psychology and Education. 5 th ed ; Tokyo : McGraw Hill
Kogakusha, Ltd., 1973.
- Guyton, Arthur C. Text book of Medical Physiology. 4 th ed ; Philadelphia :
W.B. Saunders Co., 1971.

- Haber, Judith and et al. Comprehensive Psychiatric Nursing. 2 nd ed ;
New York : McGraw-Hill Book Co., 1982.
- Harcus, A.W. and et al. Pain : New Perspective in Measurement and Management. Edinburg and London : Churchill Livingstone, 1977.
- Hart, Laura K. and et al. Concepts Common to Acute Illness : Identification and Management. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1981.
- Henderson, Verginia and Nite, Gladys. Principles and Practices of Nursing. 6 th ed, New York : Macmillan Publishing, 1978.
- Jacok, Ada K. Pain : A Source Book for Nurses and Other Professionals.
Boston : Little, Brown and Co., 1977.
- Jacok, Ada K. and Rogers, Ada G. Cancer Nursing. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1981.
- Jasmin, Sylvia and Trygstad, Louise N. Behavioral Concepts and The Nursing Process. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1979.
- Kalkman, Marion E. and Davis, Annie J. New Dimensions in Mental Health Psychiatric Nursing. 5 th ed ; New York : McGraw-Hill Co., 1980.

Kozier, Barbara. Fundamentals of Nursing. 2 nd ed ; Massachusetts :
Addison-Wesley Publishing Co., 1983.

Krouse, Lewis C., Reese, Jean L., and Hart, Laura K. Cancer :
Pathophysiology. ; Etiology, and Management. Saint Louis :
The C.V. Mosby Co., 1979.

Lazarus, R. Psychological Stress and The Coping Process. \ New York :
McGraw-Hill Book Co., 1966.

Lewis., Sharon Mantix and Collier, Idelia Cox. Medical-Surgical
Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems.
New York : McGraw-Hill Book Co., 1983.

Lipkin, Glady B. and Cohen, Roberta G. Effective Approaches to Patient's
Behavior, New York : Springer Publishing Co., 1980.

Luckmann, Joan and Sorensen, Karen Creason. Medical Surgical Nursing :
A Psychophysiologic Approach, Philadelphia : W.B. Saunders
Co., 1974.

Macbride, C.M. and Blacklow R.S. Signs and Symptoms : Applied Pathologic
Physiology and Clinical Interpretation. 5 th ed ; Philadelphia :
J.B. Lippincott Co., 1970.

Marino, Lisa Begg and Kooser, Judith A. Cancer Nursing. Saint Louis :
The C.V. Mosby Co., 1981.

- McCaffery, Margo., Nursing Management of The Patient with Pain. 2 nd ed;
Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1979.
- Mersky, H. and Spear, F.G. Pain : Psychological and Psychiatric
Aspects. Baltimore : The Williams & Wilkins Co., 1967.
- Millenson, J.R. and Leslie, Julian C. Principles of Behavioral Analysis.
2 nd ed; New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1979.
- Narrow, Barbara W. Fundamentals of Nursing Practice. New York : A
Wiley Medical Publishing, 1982.
- Peterson, B.H. and Kellogy, C.J. Current Practice in Oncologic Nursing
Vol. I Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1976.
- Phipps, W.J., Long, B.C. and Wood, N.F. Medical-Surgical Nursing :
Concepts and Clinical Practice. 2 nd ed; Saint Louis :
The C.V. Mosby Co., 1983.
- Robert, Sharon L. Behavioral Concepts and Nursing Throughout The Life
Span. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1978.
- Roy, Sister Callista. Introduction to Nursing : An Adaptation.
Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1976.
- Saxton, Doroles F. and Haring, Phillis W. Care of Patients with
Emotional Problems. 3 rd ed ; Saint Louis : The C.V. Mosby
Co., 1979.

- Seward, Charles and Mattingly, David, Bedside Diagnosis. 11 th ed ;
Edinburgh : Churchill Livingstone, 1979.
- Smith, Dorothy W. and Hanley Germain, Carol P. Care of the Adult
Patient : Medical-Surgical Nursing. 4 th ed ; Toronto :
J.B. Lippincott Co., 1975.
- Spielberger, Charles D. Anxiety and Behavior. New York : Academic
Press, 1966.
- Stephens, Gwen J. Pathophysiology of Health Practitioner. New York :
Macmillan Publishing, 1980.
- Stuart, Gail W. and Sundeen, Sandra J. Principles and Practice of
Psychiatric Nursing. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1979.
- The National Cancer Institute, Questions and Answers About Pain
Control : A Guide for People with Cancer and Their Families.
New York : The American Cancer Society, Inc., 1982.
- Travelbee, Joyce. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia :
F.A. Davis Company, 1971.
- Vredevoe, Donna L. and et.al. Concept of Oncology. Englewood Cliff :
Prentice Hall Inc., 1981.
- Watson, Jeanette E. Medical-Surgical Nursing and Related Physiology.
2 nd ed ; Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1979.

Weisenberg, Matisyohu. Pain : Clinical and Experimental Perspectives.

Saint Louis : The Mosby Co., 1975.

วารสาร

จรัส สุวรรณเวลา และคณะ. "ความเจ็บปวด". รามาทิตีเวชสาร. 4, ฉ. 3

(กรกฎาคม-ธันวาคม, 2523), 100-110.

พลศักดิ์ จีระวิพลวรรณ. "ความเจ็บปวด". วารสารศูนย์แพทยศาสตรมหาวิทาลัยขอนแก่น.

3, ฉ. 3 (พฤษภาคม-มิถุนายน, 2520), 166-79.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. "อารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง". วารสารโรคมะเร็ง. 4, ฉ. 3-4

และ 5, ฉ. 1-2 (กรกฎาคม 2521-มิถุนายน 2522). 167-172.

สมภาพ เรืองตระกูล. "ความซึมเศร้า". สารศิริราช. 25, ฉ. 9 (กันยายน, 2516),

1510-1517.

เอื้อมพร ทองกระจาย. "ความเจ็บปวดกับการพยาบาล". วารสารคณะพยาบาลศาสตร์

4, ฉ. 3 (กรกฎาคม-กันยายน, 2524), 42-50.

Anderson, Jamie Lavenia. "Nursing Management of The Cancer Patient

in Pain : A Review of The Literature." Cancer Nursing. 5,

No. 2 (February, 1982), 33-41.

Bagley, Caroline Stokes and et.al. "Pain Management : A Pilot

Project." Cancer Nursing. 5, No. 6 (June, 1982), 191-9.

- Bahnson, Clans Bahne. "Psychological and Emotional Issues in Cancer :
The Psychotherapeutic Care of The Cancer Patients." Seminars
in Oncology. 2, No. 4 (December, 1975), 300-310.
- Beecher, H.K. "The Measurement of Pain." Pharmacological Review.
9, No. 1 (March, 1957), 57-210.
- Billars, Karen S. "You Have Pain? I Think This Will Help," American
Journal of Nursing. 70, No. 10 (October, 1970), 2143-5.
- Bonica, John J. "Cancer Pain : A Major National Health Problem."
Cancer Nursing. 1, No. 4 (August, 1978), 313-316.
- Bourbonnais, Frances. "Pain Assessment : Development of a Tool for
The Nurse and The Patient." Journal of Advanced Nursing.
6 No, 7 (July, 1981), 277-82.
- Bruegel, Mary Ann. "Relationship of Preoperative Anxiety to
Perception of Postoperative Pain. Nursing Research. 20, No. 7
(January-February, 1971), 26-31.
- Cashatt, Barbara, "Pain : A Patient View." American Journal of
Nursing. 72, No. 2 (February, 1972), 218.
- Copp, Laurel A. "The Spectrum of Suffering." American Journal of
Nursing. 74, No. 3 (march, 1974), 489-95.

- Daut, Randall L. and Cleeland, Charles S. "The Prevalence and Severity of Pain in Cancer." Cancer. 50, No. 9 (November 1, 1982), 1913-1918.
- Dier, D. and et.al. "The Effect of Nursing Interaction on Patients in Pain." Nursing Research. 21, No. 5 (September-October, 1972), 419-428.
- Doherty, G. "The Patient in Pain : Handling The Guilt Feelings." Canadian Nurse. 75, No. 2 (February, 1979), 31.
- Donovan, Marilee. "Cancer Pain : You Can Help." Nursing Clinics of North America. 17, No. 4 (December, 1982), 713-727.
- Engel, G.L. "Grief and Grieving," American Journal of Nursing. 64, No. 9 (September, 1964), 93-98.
- Engstrom, Paul F. "Cancer Pain Management." Current Concept in Oncology. 1, No. 4. (Winter, 1979), 2-3.
- Ewing, Gerald. "Pain." The Canadian Nurse. 61, No. 6 (June, 1965), 43-4.
- Houdle, Ray Mond W. "Pain and The Patient with Cancer." Medical Clinics of North America. 40, No. 3 (May, 1956), 687-704.
- Jacox, Ada K. "Assessing Pain." American Journal of Nursing. 79, No. 5 (May, 1979), 895-900.

- Johnson, M. "Pain : How do you know it's there and what do you do ?" Nursing 76. 6, No. 9 (September, 1976), 48-50.
- Kotch, Dorothy M. "A Personal Experience with Pain." American Journal of Nursing. 59, No. 10 (October, 1959), 1434-5.
- Krouse, Helen J. and Krouse, John H. "Cancer As Crisis : The Critical Elements of Adjustment." Nursing Research. 31, No. 2 (March-April, 1982), 96-101.
- Krumm, Sharon. "Psychosocial Adaptation of The Adult with Cancer." Nursing Clinics of North America. 17, No. 4 (December, 1982), 129-137.
- Lamerton, R. "The Pains of Death." Nursing Time. 69, No. 2 (January 11, 1973), 56-57.
- Leung, John C.K. "Terminal Paint I-III." Nursing Times. 76, No. 23. (June 12, 1980), 1050-1147.
- Levine M., Silberfarb, P. and Lipowski, Z.J. "Mental Disorders in Cancer Patients." Cancer. 42, No. 3 (September, 1978). 1385-1392.
- Mani, A. "The Role of the Nurse in Alleviating Anxiety in Hospitalized Patients." The Nursing Journal of India. 70, No. 5 (May, 1979), 119-138.

- McCaffery, Margo and Hart, Linda L. "Understanding of Acute Pain with Narcotics." American Journal of Nursing. 76, No. 10 (October, 1976), 1586-1591.
- McCaffery, Margo and Moss, Fay. "Nursing Intervention for Bodily Pain." American Journal of Nursing. 67, No. 6 (June, 1967), 1224-7.
- Miller, Carol L. and Richardson, Virginia E. "Assisting The Psychosocial Problems of Cancer Patients : A review of current research." International Journal of Nursing Studies. 13, No. 3 (March, 1976), 161-166.
- Moss, Fay T. and Meyer, Burton. "The Effect of Nursing Interaction Upon Pain Relief in Patient." Nursing Research. 15, No. 4 (June-July, 1966), 303-306.
- Murphy, Terence M. "Cancer Pain." Post Graduate Medicine. 53, No. 6 (May, 1973), 187-194.
- Oster, Martin W., Vizel, Monique and Turgeon, Livia R. "Pain of Terminal Cancer Patients." Archives of Internal Medicine. 138, No. 12 (December, 1978), 1801-1802.
- Peck, A. "Emotional Reactions to Having Cancer." American Journal of Roentgenology. 144, No. 3 (March, 1972), 591-599.

- Rankin, Margaret. "The Progressive Pain of Cancer." Topics in Clinical Nursing. 2, No. 1 (April, 1980), 57-73.
- Rankin, Margaret A. and Snider, Bill. "Nurses' Perception of Cancer Patients' Pain." Cancer Nursing. 7, No. 2 (April, 1984), 149-155.
- Robinson, Alice M. "Anxiety, Apprehension, and Fear," The Journal of Practical Nursing. 21, No. 6 (June, 1971), 20⁺
- Rogers, Jean. "Living with Cancer." Nursing Mirror. 154, No. 37. (September, 1982), 39.
- Rosen, Michael. "Assessing Pain." Nursing Mirror. 144, No. 70 (March 10, 1977), 52-4.
- Rothenberg, Albert. "Psychological Problems in Terminal Cancer Management." Cancer. 14, No. 5 (September-October, 1961), 1063-73.
- Rouchani, Graeme. C. "Understanding Anxiety." Nursing Mirror. 148, No. 10 (March 9, 1978), 25-7.
- Schnaper, Nathan. "Psychosocial Aspects," Medical Clinics North of America. 61, No. 5 (September, 1977), 1147-1155.

- Schmitt, Mary. "The Nature of Pain with Some Personal Notes." The Nursing Clinic North of America. 12, No. 4 (December, 1977), 621-629.
- Senescu, Robert A. "The Development of Emotional Complication in The Patient with Cancer" Journal Chronic Disease. 16, No. 7 (July, 1963), 813-832.
- Siegle, Derothy S. "The Gate Control Theory." American Journal of Nursing. 74, No. 3 (March, 1974), 498-502.
- Sutherland, Arthur M. "Psychological Impact of Cancer and Therapy." Medical Clinics North of America. 40, No. 3 (May, 1956), 705-720.
- Watson, Pamela Gaherin. "Psychosocial Aspects of The Cancer Experience." The Canadian Nurse. 74, No. 7 (July-August, 1978), 44-48.
- Wilson, M.E. "The Neurological Mechanisms of Pain." Anesthesia. 29, No. 4. (July, 1974), 407-411.
- Wolf, Zane Robinson. "Psin Theories : An Overview." Topics in Clinical Nursing. 2, No. 1 (April, 1980), 9-18.
- Zung, William W.K. "A Rating Instrument for Anxiety Disorders." Psychosomatics. 12, No. 6 (November-December, 1971), 371-372.

วิทยานิพนธ์

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. "สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง." วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2524. (อัคราเนนา)

ชลีพร เขาวนเมธากิจ. "ผลของการพยาบาลแบบเน้นความต้องการด้านจิตใจผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
ที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความเจ็บปวดหลังผ่าตัด." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2522. (อัคราเนนา)

ชมชื่น สมประเสริฐ. "ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล." วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต แผนกวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2526.
(อัคราเนนา)

นิภา ชูติฉัตรชัย. "ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก." วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์, 2522. (อัคราเนนา)

สมศรี รัตนปริยานุช. "ศึกษาวิธีการลูกนึ่งที่สัมพันธ์กับการเจ็บแผลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. (อัคราเนนา)

เสริมกุล แซ่เอ็ง และ ชาลี วชิรศรีสุนทรา. "การศึกษาเรื่องความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรค
มะเร็ง." รายงานการศึกษาเพื่อปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523. (อัคราเนนา)



ภาคผนวก ก.
แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่โรงพยาบาล.....
2. การวินิจฉัยโรค.....
3. วิธีการรักษา.....
4. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่.....เวลา.....
5. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนี้ () เป็นครั้งแรก
() เป็นครั้งที่ 2
() มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป
6. กลุ่ม () ควบคุม
() ทดลอง
- Pre test วันที่.....เวลา.....
- Post test ครั้งที่ 1 วันที่.....เวลา.....
- ครั้งที่ 2 วันที่.....เวลา.....
7. เพศ () ชาย
() หญิง
8. อายุ () 16-25 ปี
() 26-35 ปี
() 36-45 ปี
() 46-55 ปี
() 56-65 ปี
() 66 ปีขึ้นไป

9. ศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่น ๆ (ระบุ).....
10. เชื้อชาติ () ไทย () จีน
() อื่น ๆ (ระบุ).....
11. สถานภาพสมรส () โสด () แต่งงานแล้วอยู่ด้วยกัน
() หย่า () แต่งงานแล้วแยกกันอยู่
() หม้าย
12. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษาปีที่ 1-4
() มัธยมศึกษาปีที่ 3 (ป.7) () มัธยมศึกษาปีที่ 6 (มศ. 3)
() เตรียมอุดมศึกษา (มศ. 5)
() อุดมศึกษา () อื่น ๆ (ระบุ).....
13. อาชีพ () รับจ้าง () เกษตรกรรม
() ค้าขาย () รับราชการ
() อื่น ๆ (ระบุ).....
14. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
() ต่ำกว่า 1,000 บาท () 1,001-2,000 บาท
() 2,001-3,000 บาท () 3,001-4,000 บาท
() มากกว่า 4,000 บาทขึ้นไป
15. ชีตเริ่มของความเจ็บปวด.....มิลลิเมตรปรอท.....นาที่.....วินาที
16. จำนวนยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ
- | ชนิดของยา | วันที่ | เวลา |
|-----------|--------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

17. คะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรุนแรงและความรู้สึกทุกข์ทรมาน
จากความเจ็บปวดของผู้ป่วย

คะแนน	ก่อน พยาบาล	หลังพยาบาล	
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรุนแรงของความเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด			

ภาคผนวก ข.

คู่มือการพยาบาล

การพยาบาล เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เน้นการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผสมผสานกันไปกับการดูแลทางด้านการร่างกาย โดยมีเป้าหมายของการพยาบาลเพื่อ

1. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทางด้านการร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้

2. ช่วยเหลือประคับประคอง และสนับสนุนการตอบสนองของผู้ป่วย เพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ให้มีการปรับตัวที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะที่ผู้วิจัยสร้างความเป็นกันเองและความคุ้นเคยกับผู้ป่วย เริ่มกระทำตั้งแต่วันแรกของการให้การพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพยาบาลเพื่อสร้างความไว้วางใจ และเป็นระยะของการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า โดยการช่วยเหลือประคับประคองความรู้สึก และช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและยอมรับในปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง รวมทั้งให้การพยาบาลทั่วไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดลดลง โดยที่ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการพยาบาลหลังจากได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแล้ว ซึ่งระยะเวลาของการให้การพยาบาลจะใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-60 นาที เป็นเวลา 14 วัน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นระยะที่ผู้วิจัยเตรียมผู้ป่วยให้ยอมรับความจริงของการสิ้นสุดการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันความวิตกกังวลจากภาวะพราก โดยการเริ่มให้ผู้ป่วยรับรู้ ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยไปแล้ว 7 วัน

แผนการพยาบาลเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
 ระยะที่ 1 : ระยะแรกเริ่มของการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
เพื่อสร้างความเป็นกันเองและความคุ้นเคยกับผู้ป่วย	1. เขาชพกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล แสดงความยินดีที่รู้จักกับผู้ป่วย 2. แนะนำตนเอง บอกชื่อ นามสกุล สถานภาพและสถาบันการศึกษา 3. บอกจุดประสงค์ของการมาพบ และบอกผู้ป่วยว่ามีความสนใจอยากจะทำการศึกษาให้ก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ผู้ป่วย และจะช่วยเหลือผู้ป่วยในขอบเขตที่จะช่วยเหลือได้ 4. ชักถามถึงความสุขสบายทั่ว ๆ ไป โดยการถามคำถามปลายเปิดที่สั้น ๆ เช่น "คุณรู้สึกอย่างไรคะ เมื่อ..." และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาในทางคำพูด 5. ให้ความสนใจ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ	- การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยด้วยท่าทีและการแสดงออกของผู้วิจัยต่อผู้ป่วยที่ยอมรับผู้ป่วยเหมือนบุคคลคนหนึ่ง และยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยสนใจ ตีใจที่ผู้สนใจและเห็นใจตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญมั่นคง ที่จะทำให้ผู้ป่วยให้ความเป็นมิตร เชื้อก่อ และไว้วางใจว่าผู้วิจัยสามารถช่วยเหลือ หรือจัดความทุกข์ได้ นอกจากนั้นยังเป็นผู้แรกของผู้ป่วยในการเรียนรู้เกี่ยวกับภูมิหลังในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ความต้องการ เจตคติ รวมทั้งความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเองในขณะที่เจ็บป่วย และความรู้สึกของ	- ผู้ป่วยยอมรับคำพิทหาย สันหาสดีในชั้น มีท่าทางยินดี กระตือรือร้น อยากจะรู้จัก - เพิ่มใจตอบคำถาม และสนทนาด้วยดี - มองด้วยสายตาเป็นมิตร และมีการสัมผัสตาในขณะพูดคุย - ทาที่เปิดเผย และให้ความเป็นกันเอง

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	6. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพ ให้การดูแลที่อ่อนน้อมเป็นกันเอง และพยายามใช้ภาษาง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ 7. บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องได้ในระยะเวลาที่ผู้เกี่ยวข้องศึกษาอยู่	สมาชิกครอบครัวที่แสดงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย	

ระยะที่ 2 : เป็นระยะดำเนินการพยาบาลเพื่อสร้างความไว้วางใจและช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึก และยอมรับในปัญหาของตนเอง
 รวมทั้งให้การพยาบาลทั่วไป เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมีความรู้สึกที่ขมขื่นจากความเจ็บปวดลดลง

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจในผู้วิจัย	1. แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ และยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางกายภาพทาง ตลอดจนคำพูด โดยไม่แสดงความรู้สึกต่อต้านหรือขัดแย้ง และไม่หลีกเลี่ยงผู้ป่วย 2. สัมทนทนกับผู้ป่วยด้วยท่าทีมั่นคง สงบ ใจเย็น ไม่รีบร้อน และพยายามให้เป็นธรรมชาติที่สุด 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ยังสงสัย โดยถามผู้ป่วยถึงเหตุที่ทำให้วิตกกังวล และให้อธิบายชี้แจงในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบตามความเหมาะสม 4. สัมผัสและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยว่า จะได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและสุขสบาย 5. ในการพยาบาลผู้ป่วยด้วยทันท่วงที แสดงออกถึงความจริงใจทั้งคำพูด และการกระทำที่จะให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่	- การสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจให้เกิดขึ้นในผู้ป่วย เป็นวิธีหนึ่งของการสร้างความสัมพันธ์อันดีในการรักษาพยาบาล เพื่อให้โดยอ้อมเกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ครอบคลุมและถูกต้อง จึงจะเป็นแนวทางให้ผู้ช่วยได้พิจารณา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และที่สำคัญคือ เป็นการเริ่มตนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของปัญหา คลายความวิตกกังวล เกิดกำลังใจ และช่วยให้ผู้ป่วยมีการเผชิญและปรับตัวได้อย่างมีเหตุผลและเหมาะสมยิ่งขึ้น	- ผู้ป่วยบายความรู้สึกกับข้อใจอย่างเปิดเผย - สนใจซักถาม และแสดงความคิดเห็น - ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - สัมผัสและแสดงความสนใจ - กลางความช่วยเหลือจากพยาบาล

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาและความต้องการทางจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย และช่วยลดความตึงเครียด เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความไม่เศร้า ของผู้ป่วยในยอลง	6. คอยให้การดูแล ติดตามเยี่ยม และเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 1. มีความรู้สึกไวต่อการแสดงออก หรือการบอกเล่าของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า โดย 1.1 ประเมินพฤติกรรมที่แสดงว่ามีความกลัว ความวิตกกังวล เช่น - กระสับกระส่าย ถอนหายใจบ่อยครั้ง - นอนเอนอ้าอกายหน้าผาก และแสดงสีหน้าครุ่นคิด หรือพูดสับสน ไม่มีสมาธิ - มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทซึมพาราเซตติ โดยไม่มีพยาธิสภาพทางร่างกาย เช่น ใจสั่น ซึ่พจรเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ปวดศีรษะ	- ในขั้นตอนนี้ เป็นระยะสำคัญที่ผู้ป่วยและผู้ป่วยรวมทั่วความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยได้สงบสติ อารมณ์ มีความอบอุ่นใจ ตั้งสติ คิดและหาเหตุผล โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็ง เพื่อที่จะปรับตัววิกฤติการทางอารมณ์ได้ คือ . ทางด้านสติปัญญา - กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ มีความเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วย และผลที่มีต่อตัวเองอย่างถูกต้องตามที่เป็นจริง รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเทคนิคการควบคุมตนเอง แผลงความป่วยเหลือต่าง ๆ และทางเลือกหลาย ๆ วิธี ในการเผชิญและแก้ไขปัญหา	- ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าลดลง - ผู้ป่วยยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกเจ็บปวดลดลง

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	รับประทานอาหารน้อยลง บัสสาวะบ่อย ปวดท้อง ท้องเดิน เป็นตะ - มีการตอบสนองทางร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อเกร็งหรือสั่น เป็นบางส่วน - มีคำพูดที่บ่งถึงอารมณ์ที่แสดง ออกถึงความวิตก กังวล/กลัว ได้แก่ • รู้สึกอ่อนแรง เผลี • เป็นโรคร้ายแรง กลัวว่า จะไมหาย • กลัวคนอื่นรังเกียจ • กังวลว่าฉายรังสีแล้วจะ ทำให้เกิดความเจ็บปวด • ต้องรักษานาน ทำงานไม่ ได้ ไม่มีรายได้ ต้องเป็น ภาระครอบครัว ฯลฯ	หลักการและเหตุผล - ให้ผู้ป่วยสามารถ ยอมรับได้ มีการแสดงออกทางความ รู้สึกที่เหมาะสม โดยให้ออกาสสำหรับ ผู้ป่วยที่จะตอบสนองต่อการให้การ พยาบาล ซึ่งอาจจำเป็นต่อไปเวลานาน หนึ่งสัปดาห์แต่บุคลิกภาพของผู้ป่วยแต่ละ บุคคล	

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	1.2 ประเมินพฤติกรรมที่แสดงว่ามีความเข้มเคร้า เช่น - สิ้นหาหมมอง เคร้าสรอย - เวลาพ่น้ำตาลลอ - ทาทางทอเต เปอหมาย - สิ้นหวัง - เจยเมย ไม่สนใจเมื่อญาติหรือพยาบาลเข้ามาพูดคุย ไม่รับฟังหรือตอบรับคำแนะนำหรือการกระทำใด ๆ ของแพทย์ - พยาบาล และผู้วิจัย - รองไห นอนมองเพดานด้วย - แวดตาเหมอลอย - นั่งหรือนอนเง้งย ๆ ไม่สนใจ - รับประทานอาหารและยา - พุดต้า เคลื่อนไหวช้า - เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ - ้งงาน มีพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตร โกรธโดยไม่มีเหตุผล		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	มีคำพูดและความรู้สึกที่พึง ถึงอารมณ์เศร้า ได้แก่ • รู้สึกหดหู่ใจ รู้สึกตนเอง ไร้ค่า ตำตอย • รู้สึกว่าเป็นเวรกรรมของ ตนเอง • รู้สึกถูกแกล้งในอก ลำคอตีบ ตัน หรือเจ็บปวดไปหมด • รู้สึกทรมานมาก อยากจะ ตาย ฯลฯ 2. ให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างแท้จริงโดย รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และประเมินความทุกข์ยากกำลังต้อง การจะบอกอะไร รวมทั้งกระตุ้นให้ ผู้ป่วยระบายพูดถึงความทุกข์ที่อยู่ใน จิตใจของผู้ป่วย 3. นำข้างเคียงผู้ป่วย ไปมีสัมผัสแสดง ความเห็นใจ		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	4. รักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยไว้ ไม่ วิจารณ์ ชัดแจ้งหรือโต้เถียงกับผู้ป่วย พยายามให้เหตุผลและแสดงออกให้ ผู้ป่วยทราบว่าเข้าใจ และพยายาม ช่วยเหลือในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อ ผู้ป่วย 5. ไม่ปล่อยปละหรือใจกว้างในสิ่งที่ เกินความเป็นจริง แต่จะให้คำอธิบาย ความกระจ่างในสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการของ โรคนี้ ทั้งนี้การอธิบายจะตั้งอยู่บน คำวินิจฉัยของแพทย์ และไม่ขัดต่อ แผนการรักษาของแพทย์ 6. ชี้แจงให้ผู้ป่วยได้รับรู้ขั้นตอนและ ประโยชน์ของการรักษา เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยมีความหวัง และเป่าหมายใน การรักษา 7. แก้ไขความเข้าใจผิดเรื่องการฉาย รังสีจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด และ		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	เพื่อให้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากสัณยจะเปลี่ยนไปในระยะฉายรังสี แต่จะกลับมาเป็นปกติหลังจากเลิกฉายแล้ว 8. ไม่ต่อเนื่องอาการผิดปกติจากการฉายรังสีให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น 9. ช่วยเฝ้าระวังหรือลดทอนให้ผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด 10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง พร้อมช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรักภูมิใจและมุนามะพยายามที่จะช่วยเหลือตนเอง		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	11. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และเน้นให้เห็นถึงส่วนดี หรือความสำคัญของผู้ป่วยที่ผ่านมานในอดีต 12. รวมกันแก้ปัญหากับผู้ป่วย และชี้ให้เห็นถึงผลของการใช้กลไกทางจิต หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ของผู้ป่วย 13. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในมากที่สุด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เป็นผู้เลือกแนวทางในการปรับตัว ซึ่งเป็นทางออกที่ประโยชน์ เหมาะสม และใช้ได้ผลดี 14. จัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย หรือแลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกัน คิดเห็นกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน หรือมีปัญหาคลายคลึงกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ยอมรับ และพบวิถีทางการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสามารถกำหนดความหวังที่เป็นจริงสำหรับตนเองได้		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนและนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น	15. เบี่ยงเบนความสนใจ โดยจัดหางานง่าย ๆ หรือกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อนใช้เวลาสั้น ๆ และอยู่ในขอบเขตความสามารถของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อให้เพลิดเพลินและไม่หมดมนต์ต่อความรู้สึกของตนเอง 16. บอกเล่าถึงความต้องการทางจิตใจของผู้ป่วย โทณในครอบครัวที่มีความสำคัญเขาใจและช่วยผู้ป่วยได้มากขึ้น 17. คิดค้นน้กึ่งคัมส่งเคราะห์ของแผนกเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล	- โดยธรรมชาติผู้ป่วยจะมีแรงมีกำลังใจ อารมณ์ดี เมื่อออกจากโรค หรือผลของการรักษาอยู่แล้ว ย่อมมีความตั้งใจจากด้านจิตใจหรืออารมณ์ และมีความเจ็บปวดทรมานด้วย จะเป็นเหตุส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยไม่ได	- ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดทางอารมณ์เพลีย - สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ทั้งกลางวันและกลางคืน - สามารถนอนหลับ راحتเดียว
	1. ประเมินแผนแผนในการนอนหลับพักผ่อน และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการพักผ่อนในแต่ละวัน 2. จัดจัดหาต่าง ๆ ที่เป็นต้นเหตุทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล โดยซักถามปัญหาในการนอนหลับพักผ่อน และให้คำ		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	สิ่งที่คาดหวัง
	อธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ 3. แนะนำสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในตึก เพื่อช่วยให้เกิดความคุ้นเคย 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พยาบาลตามความเป็นจริง และสร้างภาพพจน์ที่ดีแก่ผู้ป่วย 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบง่าย มีการถ่ายเทอากาศ มีแสงสว่างเท่าที่จำเป็น และหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น 6. จัดทานอนให้สบาย และจัดบริเวณเตียงนอนให้สะอาด แห้ง ผ้านปูที่นอนเรียบตึง 7. ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการผ่อนคลาย โดยการพูดคุยกับผู้ป่วย และนำเพลงให้หรือแนะนำให้กำหนดลมหายใจเข้าออกช้า ๆ เป็นจังหวะ คิดคำนึงถึงสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ	รับบริการพักผ่อนและนอนหลับที่เพียงพอ ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้มี การพักผ่อนและนอนหลับที่เพียงพอ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องการอย่างยิ่ง เพราะเป็นการช่วยย่นระยะเวลา และส่งมอบพลังงานของผู้ป่วยไว้ เพื่อเสริมความแข็งแรงของร่างกาย และอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญ หรือมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น	ติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 5 ชั่วโมง - ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ เช่น ขอยาแก้ปวดไม่ถี่มากทุก 4-6 ชั่วโมง

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	8. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มนมหรือน้ำอื่น ๆ 1 แก้ว ก่อนนอน		
	9. ให้อาการปลอดภัย หรือยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์		
	1. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้แก่ ความต้องการ ความชอบ นิสัยในการรับประทานอาหาร ปัจจัย ที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ปริมาณของอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ เป็นต้น	- ภาวะของโรคความดันโลหิตสูง ความเครียดทางอารมณ์ มีผลกระทบต่อนิสัยการรับประทานอาหารของผู้ป่วย มักจะมีน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ร่ายกายซูบผอม ความต้านทานและความทนต่อภาวะต่าง ๆ ลดลง - มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอ นอกจากจะช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยให้สมบูรณ์แล้ว ยังทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงยิ่งขึ้น เป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและอดทนต่อความเจ็บปวดได้เช่นกัน	- ผู้ป่วยเจริญอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้น - น้ำหนักตัวคงที่หรือลดลงไม่มากกว่า 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ - ลักษณะโดยทั่วไปดูสดชื่น แข็งแรง ไม่มีอาการซูบผอม อ่อนเพลีย นัยตาเล็กโหล - ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง - ผู้ป่วยสามารถเผชิญและอดทนต่อความเจ็บปวดได้

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	4. ดูแลผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำทางปาก หรือทางหลอดเลือดดำ หรือทางสายยางให้อาหารเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยอมขวานปากบ่อย ๆ โดยเฉพาะก่อนและหลังอาหาร 6. จัดอาหารให้สะอาด นารับประทาน มีโปรตีน แคลอรี่ และวิตามินสูง และเหมาะสมกับการของโรค 7. จัดสภาพแวดล้อมในขณะที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เหมาะสม ไม่มีกลิ่นรบกวน หรือเสียงดังรบกวน ไม่พึงปรารถนาอื่น ๆ เช่น กลิ่นไหม้คั่ว ฆนะพยาบาล กำลังให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอื่น 8. คอยกระตุ้นและชักชวนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร หรือจัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
จุดประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมี การขับถ่ายปกติ	9. ชี้แนะให้ผู้ป่วยสังเกตและ บันทึกการ		
	10. แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า และ เหมาะสมกับสรีระ		
	1. ประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการ ตามปกติหรือไม่ และสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยมีอาการขับถ่ายผิดปกติ	- เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น เพื่อให้มีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวลซึ่งเป็นการช่วย ลดปัจจัยส่งเสริมไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น เจ็บปวดเพียงมากขึ้น	- มีการขับถ่ายอย่าง เป็นปกติ - ไม่มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ
	2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้พอเพียงกับ ความต้องการของร่างกาย อย่าง น้อยวันละ 2,000 ซี.ซี.		
	3. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผัก ผลไม้ เมื่อมีอาการท้องผูก		
	4. ติดตามเกี่ยวกับการขับถ่ายอย่าง ของผู้ป่วยในแต่ละวัน ถ้ามีอาการ ผิดปกติ ให้สังเกตและรายงานแพทย์		
	5. สอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง ในกรณีที่สามารถทำได้ หรือ ออกกำลังกายด้วยวิธีที่เหมาะสมกับ สภาพอาการของผู้ป่วย		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย และไม่เมื่อยล้า	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการ โดยไม่ขัดกับการรักษา โดยจัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องช่วยพยุงต่าง ๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย 2. จัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย เข้ายิมออกกำลังกาย หรือชกมวย 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา เช่น การเดินเล่น การเกร็งและผ่อนคลายของกล้ามเนื้อบางส่วน โดยการเริ่มหายใจเข้า-ออก ช้า ๆ ขณะหายใจเข้าให้เกร็งกล้ามเนื้อ และคลายในขณะที่ยายใจออก	- ความตั้งใจตรงตามอารมณ์ ความตั้งใจตรงตามเนื้อ และ ความเจ็บปวดที่มีลักษณะซึ่งกันและกันเป็นวงจร การบรรเทาอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ช่วยให้การบรรเทาอาการทั้งสองผสมผสานกัน เพราะสมองและการทำงานของกล้ามเนื้อเกี่ยวข้องกัน ในภาวะที่มีความเครียด และความเจ็บปวด ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และการแสดงอารมณ์อื่น ๆ มักจะทำให้เกิดการเกร็งและหดรัดตัวของกล้ามเนื้อ ก่อให้เกิดความเมื่อยล้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวดได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้กล้ามเนื้อของผู้ป่วยมีความแข็งแรงขึ้น และให้มีการผ่อนคลาย นอกจาก	- ผู้ป่วยบอกความรู้สึกสงบ รู้สึกสบาย หรือรู้สึกง่วง - ไม่เมื่อยล้า หรือเจ็บปวดหรือเมื่อยล้า หรือไม่มีแรง - ผู้ป่วยมีความยินดีและสนใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ - ผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรง และทางพออนคลาย

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	4. จัดทำแผนฟื้นฟูผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย และถูกต้องตามแนวของร่างกาย 5. แนะนำให้ผู้ป่วยพลิกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ 6. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องให้การดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย เช่น การอาบน้ำ เช็ดตัว การทำความสะอาดปากและฟัน ผม เล็บ หรือหมวดเดรา ตามความเหมาะสม และให้การดูแลผิวหนัง เอาใจใส่ป้องกันการเกิดการติดเชื้อ และแผลกดทับ 7. ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเอง จัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำความสะอาดของร่างกายให้ และคอยดูแลให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม	จะช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับความเมื่อยล้า นอนหลับพักผ่อนได้ ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลงแล้ว ในที่สุดยังจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้อีกด้วย	

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
เพื่อช่วยลดความรู้สึกลึกซึ้ง ที่มาจากความ เจ็บปวดที่รุนแรง และ ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น	1. ค้นหาสาเหตุและประเมินความเจ็บ ปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยไม่เอา ความคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัยเป็น เครื่องตัดสินในการแปลความ และ วินิจฉัยทางการพยาบาล 1.1 ดูลักษณะทั่วไป เช่น กริยา ท่าทาง ไม่มีความสุข บนเจ็บปวดตาม ร่างกายทั่วไป 1.2 ประเมินภาวะความเจ็บปวด ของผู้ป่วยจาก • การบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ตำแหน่ง ลักษณะความรุนแรง ลักษณะ การเริ่ม และระยะเวลาของการเจ็บปวด อาการที่รวมด้วย สิ่งที่ทำให้เจ็บปวด มากขึ้นหรือน้อยลง สิ่งที่เคยใช้ควบคุม หรือป้องกันความเจ็บปวดที่ผ่านมา ชนิด และประสิทธิผลของยาที่ใช้ในการบรรเทา ความเจ็บปวด	หลักการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกลึก ปวดที่แท้จริงประเมินประเด็นสำคัญ 2 ประการ คือ 1. ประเมินและวินิจฉัยทางการ พยาบาล เพื่อหาสาเหตุและจัดสาเหตุ ตามร่างกายและจิตใจ ของความรู้สึกลึก เจ็บปวดให้หมดไปหรือบรรเทา 2. ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อผ่อนคลาย ความไม่สุขสบายทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ โดยการดูแลความทุกข์ ทางร่างกาย การเพิ่มการควบคุม เกี่ยวกับการรับรู้และจดจำถึงความ เป็นจริงที่ถูกต้อง และลดความทุกข์ ทรมานเกี่ยวกับการเร่าทางด้านอารมณ์ ที่เป็นความกลัว ความวิตกกังวล และ ความซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยคำนึง วาระร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีความ สัมพันธ์กันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	- ผู้ป่วยอากาทุกขทรมาน น้อยลง มีสมาธิและหาทาง ผ่อนคลาย - สามารถนอนหลับ พักผ่อนได้ - ความกลัว ความวิตกก กังวล และความรู้สึกลึก ซึ้งที่รบกวนจิตใจ เจ็บปวดลดลง - ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะ เผชิญกับความเจ็บปวด และพยายามหาวิธี บรรเทาความเจ็บปวด ด้วยตนเอง เป็น ประชาธิปไตย เบี่ยงเบน ความสนใจ, กระตุ้น ผิวหนังด้วยการนวด ฯลฯ เป็นต้น

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	เกี่ยวกับ - การสังเกตและตรวจพบ - การเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาทางกลาเมเนื้อ เช่น กลาเมเนื้อเกร็งหนาเบ/เหยเก ชมวดคิว หลับตาแน่น กัดฟันแน่น จิกเทา บิดตัวไปมา ลูบคลำหรือถูวนวตริเวดที่ปวด เปลี่ยนทนายอย ๆ กระสับกระส่าย หรือเคลื่อนไหวอริยบาลน้อยลง เป็นต้น - การเปลี่ยนแปลงของอัตราและลักษณะการเต้นของหัวใจ เป็น เร็วและแรง หรือเตชะ่า เป็นต้น - การเปลี่ยนแปลงของอัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร เช่น เร็วแรง สม่่าเสมอ หรือช้า เบาไม่ม่่าเสมอ หายใจเร็ว หรือหอบลึก เป็นต้น - ลักษณะทางฉวทงที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ตัวเย็นขึ้น ชนตงถัน หรือฉวทงเหง ปากเฉง ตัวรอน มีเหงอออกมาก เป็นต้น	ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทำให้กระตบกระเทอนทงบุดล โดยเฉพาะอยางยงความรูสึกทกขทรมานที่เกิดขึ้นรวมทบความเจ็บปวด พยาบาลม่ทบาทล้าตัยที่จะช่วยเหลื่อหรือบรรเทาได้ เพื่อส่งเสริมความชมเชยงทางจิตใจใหม่ ประสบทความรูสึกเจ็บปวดไปในทางที่ดี ซึ่งจะมีผลต่อการเผชิญกับโรคและการปรับตัวของผู่วยอยางมาก	

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	1.3 ประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เช่น • ร้องไห้ คร่ำครวญ ซึมเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่าย หวาดกลัว หงุดหงิด ก้าวร้าว สมาธิลดลง ไม่ยอมพูดคุยพบปะกับบุคคลอื่น หรือต้องการเพื่อนเป็นต้น • คำพูด และความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงว่า ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลต่อความเจ็บปวด เช่น - ผู้ป่วยถามสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด - ต้องการให้มันอยู่ไกล ๆ ขณะเกิดความเจ็บปวด - กล่าวว่าจะไม่หายจาก ความเจ็บปวด - พูดถึงความตาย ความทุกข์ทรมาน ฯลฯ		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	- รู้สึกว่าเจ็บปวดไม่สามารถ บรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างแท้จริง - รู้สึกว่าได้รับความเจ็บปวด ที่รุนแรงมากที่สุดในชีวิต 2. จัดต้นเหตุทำให้เกิดความเจ็บปวด และช่วยในการรักษาของแพทย์เกี่ยวกับ วิธีการต่าง ๆ ที่บรรเทาความ เจ็บปวดให้ดำเนินไปด้วยดี 3. อยู่กับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการเจ็บปวด ในกำลังใจ และแสดงความเห็นอก เห็นใจ โดยการสัมผัสหรือจับมือ อย่างเบา ๆ 4. ให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความ รู้สึกเจ็บปวด และอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจว่าไม่ใช่สิ่งผิดแต่อย่างไร 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของ ความเจ็บปวด และความพยายามของ แพทย์และพยาบาลที่หาทางแก้ไขช่วย เหลือ เพื่อลดความวิตกกังวล เกิด		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	ความเชื่อมั่น ใจกว้างใจ และมี ประสบการณ์ของความรูสึกเจ็บปวด ไปในทางที่ดี 6. ยอมรับว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน อย่างจริงใจ ให้ความสนใจและติด ตามผลอย่างสม่ำเสมอ แสดงออกให้ ผู้ป่วยทราบว่ามีคนอื่นที่เข้าใจและคอย เผื่อใจอยู่ 7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และให้การยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยรายงานในโทรศัพท์ 8. ป้องกันไม่ให้อาการเจ็บปวดหรือส่งเสริม ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือส่งเสริม ความเจ็บปวดให้มากขึ้น โดยการจั ดหาที่เหมาะสม การนวด การลูบ การสัมผัสผิวหนัง การใช้ความร้อน หรือความเย็นประคบ เป็นต้น		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการผ่อนคลาย และพักผ่อนได้เพียงพอ โดยวางแผนการพยาบาล เพื่อมีโหรงถาวผู้ป่วยบอยเกินไป 10. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สะมุและไม เป็นกันเอง มีความจริงใจและเต็มใจที่จะช่วยเหลือ เพื่อใหผู้ป่วยเกิดความสบายใจ มีความมั่นใจ และมีความล่งใจที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดได้ 11. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และสับตากับผู้ป่วยขณะพูดคุย หรือให้การพยาบาล 12. เบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวดใหผู้ป่วยเพลิดเพลินกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ชวนผู้ป่วยพูดคุยถึงเรื่องต่าง ๆ อานหนังสือ ห่งเพลง ดูโทรทัศน์ การทำงานฝีมือ การเล่นเกมส์ การนับตัวเลขดอยหลัง ฯลฯ เป็นต้น		

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
	13. ดูแลให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้องตามขนาด และเวลาที่ควรจะให้ พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา 14. กระตุ้นและแนะนำญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการที่ได้ผล เช่น พัดลมให้กำลังใจ ในการสัมผัส เล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความสามารถ ความมีประโยชน์ หรือความรู้สึกลับประทับใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และมองเห็นคุณค่าความสามารถของตนเอง		

ระยะที่ 3 : ระยะสิ้นสุดของการช่วยเหลือ

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	หลักการและเหตุผล	ผลที่คาดหวัง
- เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้ยอมรับการสิ้นสุดการช่วยเหลือจากผู้วิจัย	1. ในสัปดาห์ 2 ของการพยาบาล ผู้วิจัยจะเตือนผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ถึงเวลาที่เหลือที่จะมีการสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย 2. ให้อำนาจแก่ผู้ป่วยว่า ถ้าต้องการความช่วยเหลือ สามารถติดต่อขอใช้บริการของโรงพยาบาลได้ทุกขณะ และมีพยาบาลคนอื่น ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้เช่นกัน 3. พุดลาผู้ป่วยและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ผู้วิจัยจะต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป แต่ก็จะคอยติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ 4. ส่งเอกสารผู้ป่วยมีปฏิกริยาตอบโต้อย่างไร ต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ	เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข็งชิน และเข้าใจตนเอง- มากขึ้นแล้ว ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้วิจัยอีกต่อไป กิจกรรมพยาบาล ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยจำเป็นต่อการสิ้นสุดลง แต่มีใ้คหมายความว่า เป็นการสิ้นสุดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลได้ผลสมบูรณ์ตามเป้าหมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมผู้ป่วยให้ยอมรับการสิ้นสุดการช่วยเหลือจากผู้วิจัย เพราะการยุติสัมพันธภาพของการให้การพยาบาลเป็นรายบุคคลจะมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยที่ยังคงมีความรู้สึกผูกพันอยู่กับผู้วิจัย อาจเกิดความอาลัยอาวรณ์วิตกกังวลต่อภาวะพรากและรู้สึกเสียใจหรือสูญเสียได้	ผู้ป่วยแสดงออกด้วยคำพูดและท่าทางว่าเขาใจไม่มีอาการโกรธ ไม่พอใจหรืออาการซึมเศร้าปรากฏ

วิธีการคำนวณในการวิเคราะห์ทางสถิติ

I. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความกลัว ความวิตกกังวล ตามแบบของ
ครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร¹

$$r_{\alpha} = \frac{N}{N-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_x^2} \right)$$

เมื่อ N = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบสอบถาม
 $\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของข้อสอบวัดแต่ละข้อ
 s_x^2 = ความแปรปรวนของข้อสอบวัดทั้งหมด

$$\sum s_i^2 = 16.71$$

$$\begin{aligned} s_x^2 &= \frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)} \\ &= \frac{10 \times 34122 - (580)^2}{10(10-1)} \\ &= \frac{341220 - 336400}{90} \end{aligned}$$

$$= 53.56$$

$$r_{\alpha} = \frac{20}{20-1} \left(1 - \frac{16.71}{53.56} \right)$$

$$= 1.05 \times \frac{36.85}{53.56}$$

$$= 1.05 \times 0.68$$

$$= 0.714$$

¹ ประคอง กรรณสูตร, สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์, (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บรรณกิจ, 2525), หน้า 54.

II. กำหนดหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอวัดความเข้มเศร้า ตามแบบของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร¹

$$r_{xx'} = \frac{N}{N-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_x^2} \right)$$

เมื่อ N = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบสอวัด

$\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของข้อสอวัดแต่ละข้อ

s_x^2 = ความแปรปรวนของข้อสอวัดทั้งหมด

$$\sum s_i^2 = 14.27$$

$$s_x^2 = \frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}$$

$$= \frac{10 \times 14692 - (372)^2}{10(10-1)}$$

$$= \frac{146920 - 138384}{90}$$

$$= 94.84$$

$$r_{xx'} = \frac{21}{20} \left(1 - \frac{14.27}{94.84} \right)$$

$$= 1.05 \times \frac{80.57}{94.84}$$

$$= 1.05 \times 0.85$$

$$= 0.89$$

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

ตารางที่ 13 แสดงคะแนนความกลัว ความวิตกกังวล ความเริ่มเศร้าของตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังให้การพยาบาล

ตัวอย่าง คู่	ความกลัว ความวิตกกังวล				ความเริ่มเศร้า							
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม					
	ก่อน	หลัง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2	ก่อน	หลัง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2	ก่อน	หลัง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2	ก่อน	หลัง ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2				
1	68	55	58	70	67	73	34	28	30	40	37	45
2	73	67	61	76	72	68	37	33	30	43	39	37
3	39	34	30	37	44	49	29	23	22	27	30	30
4	66	53	55	63	68	78	38	28	31	39	42	46
5	56	50	52	58	64	69	25	24	25	27	30	32
6	67	64	58	60	64	51	34	31	29	37	29	31
7	70	62	54	64	59	58	46	40	36	39	34	31
8	58	51	44	54	59	63	24	22	19	31	32	32
9	59	53	48	55	51	47	27	21	20	31	30	28
10	61	56	44	69	73	75	48	45	41	49	53	55
11	73	68	64	67	68	74	47	42	38	41	39	44
12	68	60	56	64	59	56	43	37	34	46	44	44
13	72	79	45	68	70	64	39	41	32	32	32	30
14	67	64	52	62	57	54	41	39	35	36	39	30
15	74	63	61	69	74	70	47	42	39	43	44	47

ตารางที่ 14 แสดงคะแนนการรู้ลึก เจ็บปวดและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมจากความเจ็บปวดของตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการพยาบาล

ตัวอย่าง ผู้ รู้	ความรู้ลึก เจ็บปวด						ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมจากความเจ็บปวด					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
		ผู้ รู้ ที่ 1	ผู้ รู้ ที่ 2		ผู้ รู้ ที่ 1	ผู้ รู้ ที่ 2		ผู้ รู้ ที่ 1	ผู้ รู้ ที่ 2		ผู้ รู้ ที่ 1	ผู้ รู้ ที่ 2
1	8	8	10	8	8	10	4	3	3	3	4	4
2	8	8	5	8	8	8	4	4	2	4	4	3
3	5	5	2	5	5	8	3	2	2	2	3	3
4	8	5	8	5	8	8	4	1	3	2	3	3
5	10	8	10	8	10	10	3	3	3	3	3	4
6	8	8	8	8	5	5	4	3	3	3	3	3
7	8	8	5	8	5	5	3	2	1	3	3	2
8	5	5	2	8	5	5	3	2	1	3	3	2
9	8	5	5	5	5	8	3	2	1	3	3	3
10	10	8	5	8	8	10	4	3	1	3	3	4
11	8	5	2	5	8	8	4	3	1	2	3	3
12	8	5	5	5	5	2	4	3	2	3	3	2
13	8	8	5	8	5	5	4	3	2	3	2	1
14	5	5	2	10	8	5	3	3	2	4	3	2
15	8	8	8	5	8	8	4	4	3	2	3	3

III. 1. การทดสอบค่าความแปรปรวนของความถี่ ความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

$$\begin{aligned}
 F &= \frac{s_1^2}{s_2^2} \\
 &= \frac{4.67}{35.76} \\
 &= 0.131
 \end{aligned}$$

จากตาราง $F_{(.01, 14)} = 3.70$.°. Accept $H_0 : s_1^2 = s_2^2$

2. การทดสอบค่าความแปรปรวนของความเข้มเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

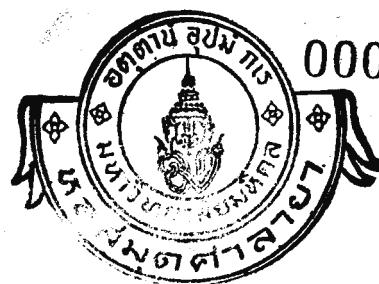
$$\begin{aligned}
 F &= \frac{s_1^2}{s_2^2} \\
 &= \frac{4.80}{13.71} \\
 &= 0.350
 \end{aligned}$$

จากตาราง $F_{(.01, 14)} = 3.70$.°. Accept $H_0 : s_1^2 = s_2^2$

3. การทดสอบค่าความแปรปรวนของระดับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

$$\begin{aligned}
 F &= \frac{s_1^2}{s_2^2} \\
 &= \frac{0.31}{0.59} \\
 &= 0.525
 \end{aligned}$$

จากตาราง $F_{(.01, 14)} = 3.70$.°. Accept $H_0 : s_1^2 = s_2^2$



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของคู่มือการพยาบาล เพื่อลด
ความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดใน
ผู้ป่วยมะเร็ง

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. อาจารย์สุทธิดัน พิมพพงศ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ฟาริดา อิบราฮิม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต. สกล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ สมจิต หนูเจริญกุล | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์า สมพงษ์ | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคตร | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 9. อาจารย์ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. อาจารย์ อรพรรณ ลีอนุวัชชัย | วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 11. อาจารย์ ชุติพร เชาวนเมธากิจ | วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย |
| 12. คุณสุภา จุฑะศรี | ผู้ตรวจการพยาบาล แผนกรังสีวิทยา
โรงพยาบาลศิริราช |
| 13. คุณสุภา สมโภชพิสุทธิ์ | หัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็ง ตึก 72 ปี ชั้น 6
โรงพยาบาลศิริราช |