

# การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง Nursing Care for Pain Management in Cancer Patients

อังคณา จงเจริญ\* พย.ม.

Angkana Chongjarearn\* M.N.S.

## บทคัดย่อ

ความปวดเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นอาการสำคัญที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมะเร็ง ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมไปถึงผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดและครอบครัวของผู้ป่วยด้วย พยาบาลซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมะเร็ง ต้องให้ความสำคัญในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อบรรเทาหรือลดความทุกข์ทรมาน รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย การประเมินความปวด และการจัดการความปวด โดยการประเมินความปวด ประกอบด้วย การประเมินขั้นต้น การประเมินจากผู้ป่วยโดยตรง การตรวจร่างกาย และการประเมินผลลัพธ์ ในส่วนการจัดการความปวดแบ่งได้เป็น การจัดการโดยใช้ยา และการจัดการโดยไม่ใช้ยา การพยาบาลเพื่อจัดการความปวด ถือเป็นเรื่องสำคัญ และเป็นประเด็นท้าทายสำหรับพยาบาล การทำให้เกิดผลลัพธ์ในการจัดการความปวดที่ดี พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจทั้งแนวคิดทฤษฎีความปวด การประเมินความปวดแบบครอบคลุม และวิธีการจัดการความปวด

**คำสำคัญ:** การพยาบาลเพื่อจัดการความปวด ผู้ป่วยมะเร็ง

## Abstract

Pain is the most common and significant symptom which is found in cancer patients that cause suffering for them. This suffering

affects the patient's physically, psychologically, socially and spiritually. It also impacts on the patient's families and close relatives. Nurses who are close to cancer patients must emphasize the management of their pains in order for them to relieve or reduce suffering as well as enhancing the quality of their life as much as possible. Nursing for pain management in cancer patients consists of pain assessment and pain management. The pain assessment consists of four parts which are initial assessment, patient self-report, physical examination and assessment of outcomes of pain management. On the other hand, the pain management is divided into pharmacotherapy and non-pharmacological interventions. Nursing for pain management is important and challenging for nurses. In order to achieve effective pain management, nurses need to have knowledge and understanding of the concept of pain, the comprehensive pain assessment and the method of pain management.

**Key words:** Nursing for pain management, cancer patients

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียสูงสุดในบรรดาโรคไม่ติดต่อ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,

\* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2551) เช่นเดียวกับสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ในปี ค.ศ. 2012 ที่พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรในโลกเกิดความเจ็บป่วยและ ความตาย และยังพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกทั้งหมด 14 ล้านคน และพบผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกถึง 8.2 ล้านคน (World Health Organization, 2014) และจากการศึกษาพบว่า ความปวดเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความทุกข์ทรมาน และเป็นอาการสำคัญที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบได้ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 50 และเมื่อโรคมะเร็งมีความรุนแรงมากขึ้น จะพบความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ถึงร้อยละ 90 (Vassiliki & Evangelia, 2007) สองในสามของผู้ป่วยมะเร็ง ต้องทุกข์ทรมานด้วยความเจ็บปวดในระยะเวลาหนึ่งของโรค (Black & Hawks, 2009; Portenoy & Kanner, 1996) ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบลงร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย รวมไปถึงต่อบุคคลใกล้ชิดและครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายหรือบรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วย การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จึงเป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญ ที่พยาบาลควรให้ความตระหนัก และหาวิธีในการช่วยเหลือผู้ป่วยในกลุ่มนี้ บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยคัดเลือกประเด็นสำคัญที่พยาบาลควรมีความรู้และความเข้าใจ ทั้งในประเด็นของอุบัติการณ์ ความหมายของความปวดจากมะเร็ง พยาธิสรีรวิทยา และการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นข้อมูลในเชิงบูรณาการ ที่ได้จากการทบทวนรายงานการวิจัย เอกสารและบทความทางวิชาการ และจากฐานข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความปวด สำหรับพยาบาล ในการช่วยเหลือผู้ป่วย

มะเร็งให้บรรเทาความปวด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเกิดขึ้นได้

### ความปวดจากมะเร็ง

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งสมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (International Association for the study of pain: IASP) ได้ให้ความหมายของความปวดไว้ว่า “ความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกละแวมที่ไมพึงประสงค์ของบุคคล เกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรืออาจจะมีการทำลายของเนื้อเยื่อเกิดขึ้น หรือลักษณะคล้ายกับการถูกทำลาย เสียหายของเนื้อเยื่อ” (International Association for the Study of Pain: IASP, 2014) โดยมีการแบ่งชนิดของความปวดเป็น 2 ชนิด คือ 1) ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อแบบเฉียบพลันสามารถบอกสาเหตุของความปวดได้อย่างชัดเจน ระยะเวลาเกิดมักไม่เกิน 3 เดือน การนำบัดความปวดไม่ซับซ้อน ได้แก่ ความปวดจากการผ่าตัดจากอุบัติเหตุ และโรคชนิดเฉียบพลัน เป็นต้น 2) ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นลักษณะความปวดที่มีการกระจายอย่างกว้างๆ เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 3-6 เดือน มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของโครงสร้างร่างกายในส่วนลึก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกสาเหตุ ช่วงเวลา ลักษณะ และ/หรือ ตำแหน่งที่ปวดอย่างชัดเจนได้ ส่งผลให้การรักษาและการควบคุมอาการปวด มีความซับซ้อน ความปวดชนิดนี้ ได้แก่ ความปวดจากกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคกระดูกพรุน โรครูมาตอยด์ โรคทางระบบประสาท และความปวดจากมะเร็ง เป็นต้น ความปวดจากมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญของความปวดเป็นได้ทั้งความปวดเฉียบพลัน และความปวดเรื้อรัง โดยความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็ง เกิดได้ประมาณร้อยละ 10 เป็นความปวดที่เกิดจากการรักษาด้วยการผ่าตัดใน

ผู้ป่วยมะเร็ง อีกร้อยละ 90 เป็นความปวดชนิดเรื้อรังที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ทั้งจากขนาดและการกดทับของก้อนเนื้อออก การลุกลามและแพร่กระจายของมะเร็ง และผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การบำบัดด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษาหรือ เคมีบำบัด นอกจากนี้ ความปวดยังมีความสัมพันธ์กับสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้แก่ ความกลัว ความเครียด มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง (อนุสตรา ส่งทอง, 2558; Christensen, 2011; Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010; Susan, Patricia & Rosemary, 2010)

### สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

สาเหตุของความปวดจากโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 3 สาเหตุหลัก (American Cancer Society, 2014; Fitzgibbon & Loeser, 2010) ดังต่อไปนี้

1. สาเหตุจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ความปวดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง พบได้มากถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (Fitzgibbon & Loeser, 2010) เกิดจากขนาดของก้อนเนื้อองมะเร็งที่ขยายใหญ่ กด เบียด ทับหรือลุกลามเข้าไปในเส้นประสาท และเนื้อเยื่อมะเร็งมีการแพร่กระจายเข้าสู่กระดูก ต่อมน้ำเหลือง หรือมะเร็งของกระดูกเอง มะเร็งกดหรือแทรกเบียดเส้นประสาท แทรกเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดเลือดน้ำเหลือง ทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) เกิดก้อนและลิ่มเลือดอุดตัน (venous thrombosis or tumor emboli) เกิดการอักเสบของท่อน้ำเหลือง (lymphangitis) ก้อนเนื้อองมะเร็งขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เบียดเยื่อหุ้มอวัยวะต่างๆ พบได้ในมะเร็งของตับ ม้าม ไต และกระดูก การตายของเนื้อเยื่อมะเร็ง การติดเชื้อ การอักเสบ เกิดแผลในบริเวณช่องเยื่อต่างๆ และอาการปวดจากก้อนเนื้อองออกของปลายประสาท (Fitzgibbon & Loeser, 2010)

2. สาเหตุจากการรักษา ความปวดที่เกิดจาก

การรักษา เกิดจากภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียงต่างๆ จากการรักษา พบได้ร้อยละ 19 ของผู้ป่วยมะเร็ง ตัวอย่างเช่น อาการปวดภายหลังผ่าตัดก้อนเนื้อมะเร็งออก การผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผ่าตัดก้อนต่อมน้ำเหลืองที่คอ ผ่าตัดแขนขาเพื่อรักษามะเร็ง อาการปวดจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น เจ็บแสบในปาก เนื่องจากเยื่อในช่องปากอักเสบ ปวดจากเส้นประสาทบริเวณแขน (brachial plexopathy) อาการปวดจากได้รับรังสีรักษา เนื่องจากมีพังผืดไปรัดแขนงกลุ่มประสาท หลังการฉายแสงรักษามะเร็งที่บริเวณใกล้เคียงกลุ่มประสาท เช่น อาการปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงในส่วนที่เลี้ยงโดยประสาทไขสันหลังในระดับต่างๆ ภายหลังจากการฉายแสง (post radiation myelopathy) การฉายรังสีบริเวณแขนงประสาท brachial ทำให้เกิดพังผืด (fibrosis) บริเวณไหล่ มือ แขนข้างที่ทำให้เกิดอาการปวด ชา และอ่อนแรงได้ (American Cancer Society, 2014)

3. สาเหตุจากภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ ความปวดที่เกิดจากภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ พบได้ประมาณ ร้อยละ 3-10 ของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นความปวดที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้โดยตรง แต่เชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ (psychological) ของผู้ป่วยมะเร็ง เริ่มตั้งแต่การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย และมีปฏิกริยาทางจิตใจ ส่งผลต่อการปรับสัญญาณกระแสประสาทรับรู้ความปวด (modulation) ภายในสมองส่วนที่แสดงความรู้สึก หรือ ระบบลิมบิก (limbic system) ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์เมื่อเกิดความปวด (George & Jon, 2005) ในระหว่างการเผชิญอาการต่างๆ ของโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็ง และจัดการความปวดจากมะเร็ง นอกจากนี้ สาเหตุจากภาวะด้านอารมณ์และจิตใจยังถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระดับความอดทนของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด (pain threshold or tolerance for pain) อีกด้วย (Rudolf, Marijana,

Veljko, Ana-Strahinja & Lovorka , 2010)

สรุปสาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ซึ่งมีการแบ่งความรุนแรงของโรคที่ดูจากขนาดของก้อนมะเร็งที่มีการเจริญเติบโต จนอาจเกิดการกดทับระบบประสาท ก้อนมะเร็งมีการลุกลาม (invasive) ไปยังต่อมและทางเดินน้ำเหลือง และมีการแพร่กระจาย (metastasis) ของเซลล์มะเร็งเข้าไปในกระดูก ซึ่งมีการใช้รูปแบบการแบ่งความรุนแรงของโรคตามระบบ TNM (Tumor, Node, Metastasis) ที่พัฒนาโดยของค์กรมะเร็งในสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee on Cancer :AJCC) และถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย (American Joint Committee on Cancer, 2015) นอกจากนี้ ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งยังเกิดได้จากการรักษา ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัด การได้รับรังสีรักษา การให้เคมีบำบัด เป็นต้น และยังพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะโรคลุกลาม จะมีระดับความรุนแรงของความปวดตั้งแต่ มีความปวดปานกลาง จนถึงมีความปวดอย่างรุนแรง (McGuire, 2010) สภาวะทางจิตใจและการขาดความรู้ความเข้าใจ ในการบำบัดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ก็มีส่วนในการ ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดมากขึ้น และระดับความอดทนของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด ลดลงอีกด้วย

### พยาธิสรีรวิทยาของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เกี่ยวข้องกับกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้ (พัสนนท์ คุ่มทวีพร., 2553; สุวรรณิ สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงสิต, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมมา จิระจรัส, 2555; Von Gunten, 2011)

1. ความปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (nociceptive pain) เกิดเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลาย และ/หรือมีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย (peripheral nociceptive) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรู้สึก

ปวดตื้อๆ (somatic pain) บอกรตำแหน่งได้ชัดเจน เช่น ปวดตามผิวหนังจากการผ่าตัด ปวดจากแผลในช่องปาก (mucositis) ปวดตามตำแหน่งของกระดูกจากการแพร่กระจายของมะเร็ง เป็นต้น และอาจรู้สึกปวดลึกถึงอวัยวะภายใน (visceral pain) ได้จากการที่เซลล์มะเร็งทำลายเนื้อเยื่ออวัยวะภายในเช่น ลำไส้ ม้าม ตับ เป็นต้น ทำให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และหลอดเลือดในอวัยวะภายใน ผู้ป่วยจึงไม่สามารถบรรยายลักษณะความปวดได้ชัดเจน ลักษณะของความปวดจากอวัยวะภายในจึงเป็นแบบปวดเกร็งเมื่อย ปวดร้าว หรือ อาการปวดร้าวที่ไหล่ จากก้อนมะเร็งตับที่โตขึ้น (Von Gunten, 2011)

2. ความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท (neuropathic Pain) เกิดจากก้อนมะเร็งไปกดทับเส้นประสาท หรือมีการทำลายระบบประสาทจากการรักษามะเร็ง เช่น มะเร็งที่ระบบประสาท อาการปวดหลอน (phantom Pain) จากการผ่าตัดส่วนรยางค์ การแพร่กระจายของมะเร็งไปตามเส้นประสาทรับความรู้สึก เป็นต้น ลักษณะอาการปวดมักเป็นอาการปวดแสบปวดร้อน ร่วมกับอาการชา (Von Gunten, 2011)

3. ความปวดแบบผสม (mixed pain) เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ พยาธิสภาพของระบบประสาทและความปวดจากสภาวะจิตใจ ความเครียด ที่ไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด (pain receptor) แล้วส่งสัญญาณไปสมองใหญ่ส่วนรับสัมผัส (sensory cortex) และระบบประสาทด้านการแสดงอารมณ์ ความรู้สึก (limbic system) ของผู้ป่วย ทำให้อาการปวดเป็นแบบผสม และเกิดร่วมกับความรู้สึกทุกข์ทรมาน (พัสนนท์ คุ่มทวีพร, 2553; Von Gunten, 2011)

การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
“การพยาบาล” เป็นการกระทำในการช่วยเหลือ

ดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการโรคและ/หรือยับยั้งการลุกลามของโรค รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ จะต้องเป็นการให้บริการทางการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และมีการประเมินว่าบริการเป็นไปตามมาตรฐาน และผู้รับบริการพึงพอใจ ดังนั้น การให้การพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จึงเป็นประเด็นสำคัญ และท้าทายสำหรับพยาบาล ซึ่งถือเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด (คณะอนุกรรมการจริยธรรม, 2545)

“การจัดการความปวด” เป็นการใช้ปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัด ลด บรรเทา และควบคุมความปวด ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากความปวด ซึ่งคณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint Commission Accreditation on Health Care Organization [JCAHO], 2001) ได้ตั้งมาตรฐานในเรื่องความปวดไว้ว่า “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการประเมินและการรักษาความปวด” JCAHO ได้ทำการกระตุ้นให้โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของความปวด โดยระบุให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพตัวที่ห้า (the fifth vital sign) ที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายเช่นเดียวกับอุณหภูมิกาย ชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิต (ซัชชีย์ ปรัชญาไฉและคณะ, 2550; JCAHO, 2001) ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต้องได้รับการประเมินความปวด และได้รับการดูแลรักษาความปวดอย่างเหมาะสม รวมถึงได้รับการประเมิน และติดตามซ้ำในรายที่ปวดหรือมีข้อบ่งชี้ว่าจะมีความปวด และประเมินผลการจัดการความปวด ด้วยการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย จากการประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วย

มะเร็งที่มีประสพการณ์ความปวดจากพยาธิสภาพ และการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยให้ข้อมูลความพึงพอใจในการจัดการความปวด สรุปได้ 4 ประเด็นสำคัญ ที่บอกถึงคุณภาพในการจัดการความปวด คือ 1) การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาเป็นไปอย่างถูกต้อง 2) ในการรักษาต้องเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย 3) ในการรักษาต้องมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และ 4) การจัดการความปวดต้องเป็นการจัดการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย พยาบาลและแพทย์ การตระหนักและกระตือรือร้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความเจ็บปวดได้มากขึ้น (Becek, Towseley, Berry, Lindau, Field & Jenson, 2009; Susan, Patricia & Rosemary, 2010) จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งในการจัดการความปวดนั้น ผู้ป่วยคำนึงถึงการรักษาโรคมะเร็งหรือการจัดการกับอาการร่วมต่างๆ ในระหว่างที่มีความปวดร่วมไปด้วย อาจกล่าวอีกนัยได้ว่า “การจัดการอาการปวด จะต้องจัดการอาการร่วมจากโรคมะเร็งไปพร้อมๆ กัน โดยต้องคำนึงถึงความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน” (National Cancer Institute: NCI, 2015) และสนองตอบต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องมีสมรรถนะเพื่อจัดการความปวดใน 4 เรื่องดังนี้ 1) ให้ความช่วยเหลือในขณะมีความปวด 2) ให้ข้อมูล และความรู้ในเรื่องต่างๆ 3) ดูแลให้ยา และ 4) ตระหนักในการรีบเร่งช่วยเหลือในการจัดการกับความปวด เมื่อผู้ป่วยมีความปวด (Tone, Torill, Marit & Astrid, 2009) การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง มีแนวทางการจัดการดังกล่าว (หน้า 16) ตามแนวทางของ JCAHO (2001) และ National Cancer Institute: NCI (2015) ดังนี้

1. การประเมินความปวด (pain Assessment) ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง มีลักษณะของ

ความปวดไม่ตรงไปตรงมา เนื่องจากมีปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเบี่ยงเบนหลายประการ ทำให้การประเมินต้องใช้ข้อมูล หรือรายละเอียดประกอบค่อนข้างมาก ควรมีการประเมินทั้งในช่วงแรกที่มีความปวดและประเมินติดตามเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง การประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง จึงต้องกระทำภายใต้พื้นฐานความเข้าใจทางพยาธิสรีรวิทยาของโรค ตลอดจนลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย โดยแบ่งการประเมินความปวดตามช่วงเวลาดังนี้

1.1 การประเมินขั้นต้น (initial assessment) เป้าหมายเพื่อทราบลักษณะความปวดที่เกิดจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคมะเร็ง เพื่อระบุความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย รายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา การตรวจร่างกาย ประวัติของผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ประวัติการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง และการประเมินทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากความปวดมะเร็งเป็นเรื่องซับซ้อนเกี่ยวข้องกับทั้งด้านกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

1.2 การประเมินจากผู้ป่วยโดยตรง (patient self-report) เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุด เพราะความปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว (individual or subjective) ที่ไม่มีใครสามารถบอกหรือบรรยายแทนกันได้ดีเท่าตัวผู้ป่วยเอง แต่ในบางสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการสื่อสาร การรับรู้ การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ดูแล หรือครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น ในการประเมินความปวดจากผู้ป่วยโดยตรงนั้น มีเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด (pain measurement) (Black & Hawks, 2009; Veterans Health Administration/Department of Defense[VHA/DoD], 2002; Von Gunten, 2011; Wilkie, 2000)

1.2.1 การประเมินความรุนแรงความปวดเป็นตัวเลข (numeric rating scale: NRS) โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามว่ามีความปวดมากเท่าใด ตั้งแต่ 0 คือไม่ปวดเลย จนถึง 10 คือปวดมากที่สุด แล้วออกมาตัวเลขตามแบบประเมิน ดังภาพที่ 1

#### 0-10 Numeric Pain Intensity Scale \*



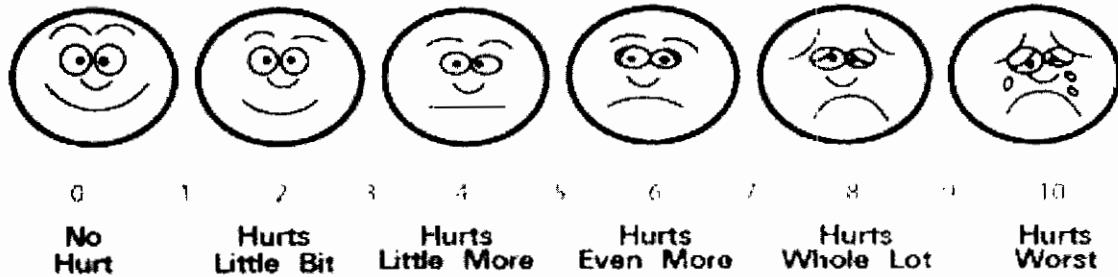
ภาพที่ 1 Numeric rating scale: NRS

ที่มา : The British Pain Society 2014 from <http://www.vicburns.org.au/management-of-a-patient-with-a-minor-burn-injury/pain-management/pain-assessment.html>

1.2.2 การประเมินความรุนแรงความปวดรูปภาพใบหน้า (face picture pain scale) โดยให้ผู้ป่วยเลือกรูปใบหน้าที่บอกถึงระดับความปวดแล้ว

บันทึกตัวเลขที่ความหมายตรงกับกับรูปหน้านั้น แบบประเมินนี้จึงเหมาะกับผู้ป่วยเด็ก และผู้ที่ปัญหาในการสื่อสารด้วย ดังภาพที่ 2

## Wong Baker Face Scale



ภาพที่ 2 Face picture pain scale

ที่มา : The British Pain Society (2014) from <http://www.vicburns.org.au/management-of-a-patient-with-a-minor-burn-injury/pain-management/pain-assessment.html>

1.2.3 การประเมินความรุนแรงความปวดแบบเส้นตรง (Visual analog scale: VAS) โดยให้ผู้ป่วยกากบาทบนเส้นตรงที่ยาว 10 ซม. เพื่อบอกถึงระดับความปวด การวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้วัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่ไม่ปวดจนถึง เครื่องหมายกากบาทเป็นเซนติเมตร ดังภาพที่ 3

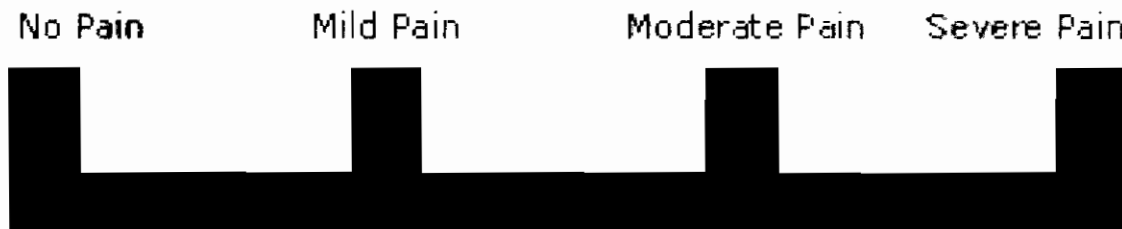
## Visual Analog Scale (VAS)\*



ภาพที่ 3 Visual analog scale: VAS

ที่มา : The British Pain Society 2014 from <http://www.vicburns.org.au/management-of-a-patient-with-a-minor-burn-injury/pain-management/pain-assessment.html>

1.2.4 เครื่องมือประเมินความรุนแรงความปวดโดยการบอกเล่า (Verbal pain intensity scale) เป็นการบอกความรุนแรงความปวด โดยให้ผู้ปวดดูในแบบประเมิน และอธิบายความปวด ตามระดับในแนวตั้งของแบบประเมินตั้งแต่ ไม่ปวด(No pain) ปวดเล็กน้อย(Mild pain) ปวดปานกลาง(Moderate pain) และปวดรุนแรง(Severe pain) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 Verbal pain intensity scale

ที่มา : The British Pain Society (2014) from <http://www.intelihealth.com/article/the-purpose-of-pain-scales>

นอกจากนี้ในการประเมินจากผู้ป่วยโดยตรงนี้ พยาบาลควรให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งที่มีความปวด โดยอาจใช้เป็นแผนภาพรูปร่างกาย แล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตรงตำแหน่งที่ปวด การเปลี่ยนแปลงของอาการปวด ที่อาจสัมพันธ์กับวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย

1.3 การตรวจร่างกาย (physical examination) เป็นการประเมินความปวด โดยเน้นพยาธิสรีรวิทยาและพฤติกรรมความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง การตรวจทางระบบประสาท ความรู้สึก โดยเฉพาะบริเวณที่ปวด อาจระบุชนิดของความปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท (neuropathic pain) ได้ ในการตรวจร่างกายต้องมีการวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต) พยาธิสรีรวิทยาตามระยะของโรคมะเร็ง การรักษามะเร็ง พยาธิสรีรวิทยาของความปวดแต่ละชนิด (nociceptive pain, neuropathic pain, mixed pain) ลักษณะความปวด (somatic pain, visceral pain) พฤติกรรมความปวดของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อมร่วมด้วยเสมอ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง ผลกระทบของความปวดที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อบุคคลรอบข้าง ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัวและสังคม การแสดงออกอื่นๆ เป็นต้น

1.4 การประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวด (assessment of outcomes of pain management) เป็นการประเมินความปวดภายหลังการจัดการด้วยยา โดยใช้เครื่องมือการประเมินซึ่งเป็นแบบวัดความรุนแรงความปวด และการประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวด เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยปวด เป็นสิ่งสำคัญในการปรับแผนการจัดการประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาแก้ปวดนั้น ต้องมีเกณฑ์ประเมินความรุนแรงของความปวดตามแบบวัดในข้อ 1.2 โดยถ้าเป็นการให้ยารับประทาน ให้ประเมินหลังผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด

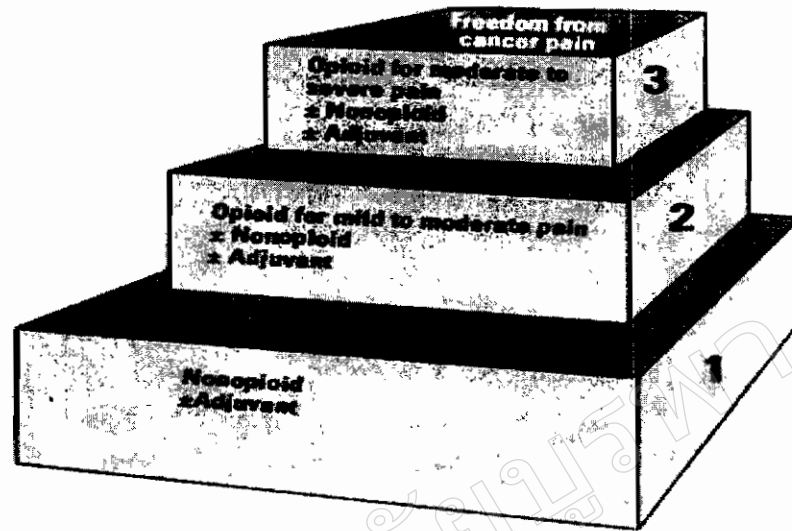
30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ถ้าเป็นยาฉีดให้ประเมินหลังฉีดยา 10-20 นาที และหากเป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียว ให้ประเมินความปวดหลังจากใช้วิธีการจัดการความปวดไปแล้วประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในการประเมินจะทำให้พยาบาลทราบถึงประสิทธิภาพของการจัดการความปวด โดยเฉพาะการบริหารยาแก้ปวด และยังสามารถวางแผนการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา การจัดการความปวดที่เน้นด้านการส่งเสริมทางจิตใจ หรือการบำบัดเสริมอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล หรือทำให้พยาบาลได้ข้อมูลเพื่อประสานการดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ด้วย

2. การจัดการความปวด (pain management) การจัดการความปวด เป็นบทบาทของพยาบาล ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาหรือลดความปวดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่สามารถเป็นไปได้ การจัดการความปวดแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การจัดการโดยการใช้ยา (pharmacotherapy) เป็นการพิจารณาให้ยาแก้ปวดในการจัดการความปวดซึ่งมี 3 กลุ่ม คือ ยาแก้ปวด กลุ่มประเภทไม่เสพติด (non-opioids) ยาแก้ปวดกลุ่มประเภทเสพติด (opioids) และยาเสริม (adjuvant) โดยยึดหลักการในการให้ยา 3 ขั้นได้ขั้นตอน (three step ladder) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO Analgesic Ladder) (Susan, Janna, & April, 2007) กล่าวคือ ขั้นได้ขั้นที่ 3 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับรุนแรง (คะแนน 7-10 ตามมาตราวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดรุนแรง (opioid drugs) ได้แก่ morphine, fentanyl หรือ methadone ขั้นได้ขั้นที่ 2 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง (คะแนน 4-6 ตามมาตราวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดน้อย (weak opioid drugs) ได้แก่ codeine และ tramadol และขั้นได้ขั้นที่ 1 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย



(คะแนน 1-3 ตามมาตรฐาน) ใช้ยาระงับปวดชนิดไม่เสพติด (non-opioid drugs) ได้แก่ paracetamol, aspirin, corticosteroids และ NSAIDs ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การให้ยา 3 ขั้นบันได (three step ladder) ตามเกณฑ์ WHO analgesic ladder ที่มา: Susan, Patricia & Rosemary. (2010) from <http://allaboutnursingcare.blogspot.com/2007/12/pharmacologic-management-of-pain.html>

โดยมีหลักการที่สำคัญในการใช้ยาเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้

1) การใช้ยาตามหลักการให้ยา 3 ขั้นบันได (three step ladder) ในผู้ป่วยมะเร็งสามารถใช้หลักการในการพิจารณาได้ 5 หลักการสำคัญ คือ การบริหารยาโดยเน้นให้ทางปาก (Manoj, Paul, & M Krishnan, 2010) การให้ยาตามเวลาอย่างต่อเนื่อง การให้ยาตามขั้นบันได การให้ยาโดยคำนึงถึงตัวบุคคล และการให้ยาโดยคำนึงถึงการตอบสนองของผู้ป่วยดอยาแก้ปวดร่วมด้วย

2) การเลือกใช้ยาแก้ปวดให้เลือกใช้ยาตามระดับความรุนแรงของความปวด “WHO analgesic ladder” โดยพิจารณาให้ยาเสริม (adjuvant) ร่วมด้วยเสมอ โดยกลุ่มยาเสริมที่แนะนำคือ กลุ่มยาด้านเศร้า (antidepressant) กลุ่มยาคลายความกังวล (anti-anxiety) กลุ่มยากันชัก (anticonvulsant)

3) เลือกใช้ยาในขั้นที่ 1 ร่วมกับขั้นที่ 2 หรือ

3 เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการระงับปวดและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากยาแต่ละกลุ่มลง แต่ไม่ใช้ยา weak opioids ร่วมกับ strong opioids

4) การบริหารยาจะต้องเป็นลักษณะต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่ควรบริหารยาเมื่อมีความปวดเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ระดับยาในร่างกายคงที่ และสามารถควบคุมความปวดได้ดี นอกจากนี้จะต้องมียาขนานสำหรับเพิ่มเติมในช่วงที่ผู้ป่วยปวดระหว่างเวลาได้รับยาเดิมด้วย เพื่อเป็นการระงับ break through pain

5) ใช้หลักการการจัดการความปวดหลายวิธีร่วมกัน โดยทำไปพร้อมๆ กับการให้ยาแก้ปวด เพื่อให้ระงับปวดได้ดี และปราศจากภาวะแทรกซ้อน

6) การใช้ opioids ต้องตระหนักถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก คับ กระตุก ถ่ายปัสสาวะลำบาก กดการหายใจ ฯลฯ โดยให้การพยาบาลเพื่อป้องกันร่วมด้วย

7) หลักการจัดการความปวดแบบ nocicep-

tive pain ให้ยาแก้ปวดรับประทานเป็นหลัก ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก (WHO) และรักษาสาเหตุที่ทำให้ปวด เช่น แผลอักเสบติดเชื้อ เป็นต้น

8) หลักการรักษาความปวดแบบ neuropathic pain ให้จัดการตามลักษณะความปวด เช่น ปวดแบบเจ็บเสียวแปลมร้าว (radiating) ปวดเหมือนเข็มทิ่มแทงปวดเหมือนไฟช็อต ให้ยากลุ่มระงับชัก ปวดแบบแสบร้อนเหมือนถูกน้ำร้อนลวก หรือเสียวสะดุ้งเมื่อสัมผัสเพียงเบาๆ หรือมีอาการชา (paresthesia) ร่วมด้วย ให้ยากลุ่ม Antidepressants ปวดจากสาเหตุเฉพาะที่ อาจใช้ยาทาลดปวดเฉพาะที่ (topical agents) บางชนิด เช่น ยาชาเฉพาะที่ชนิดทาภายนอก (lidocaine jelly/cream/EMLA) และ capsaicin cream (เจลพริก) เป็นต้น

นอกจากนั้น ในการจัดการความปวดโดยการให้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลไม่ควรกังวลว่าผู้ป่วยจะติดยาแก้ปวด แต่ควรคำนึงถึงการบรรเทาปวดเป็นเรื่องสำคัญ หากอาการปวดนั้น เกิดอย่างต่อเนื่อง หรือความรุนแรงของอาการปวดเพิ่มขึ้น ควรพิจารณาร่วมกับแพทย์ในการปรับยาแก้ปวด และอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เราอาจพบอาการปวดแบบ “break through pain” ซึ่งเป็นอาการปวดที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าจะได้รับยาแก้ปวดคงที่แล้ว หรือพบอาการปวดแบบ “incident pain” ซึ่งเป็นอาการปวดที่เกิดจากมีเหตุการณ์อื่นเพิ่มจากปกติ ตัวอย่างเช่น ความปวดที่เกิดจากการมีวิธีการรักษาเพิ่มขึ้น ความปวดที่เกิดจากการทำแผล ความปวดที่เกิดจากการทำกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งทั้ง break through pain และ incident pain อาจต้องระงับด้วยการเสริมยาแก้ปวดที่ออกฤทธิ์เร็ว และสามารถให้ผู้ป่วยได้ทันที เมื่อผู้ป่วยต้องการ (Foley, 2012; Manoj, Paul & M Krishnan. 2010; National Cancer Institute: NCI. 2015) ส่วนในประเด็นของการเกิดอาการจากการใช้ยาแก้ปวด พยาบาลควรปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาใช้ยาบรรเทาอาการข้างเคียง

นั้น หรืออาจปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับปริมาณยาแก้ปวด หรือปรับเปลี่ยนด้วยยาแก้ปวด แต่ไม่ควรงดยาแก้ปวด เพราะการงดยาแก้ปวด จะยังทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก และในการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต แพทย์อาจใช้พิจารณาให้การรักษาทางวิสัญญี โดยการฉีดยาแก้ปวดเข้าน้ำไขสันหลังหรือเส้นประสาทส่วนที่ทำให้เกิดการเจ็บปวดโดยตรงหรืออาจเป็นการผ่าตัดเส้นประสาท ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาอาการปวดด้วยวิธีต่างๆ ด้วย

2.2 การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological interventions) เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการความปวด และยังมีหลักฐานสนับสนุนว่า “การจัดการความปวดมากกว่า 1 วิธี” (ศศิภานต์ นิยมมานวิรัตน์ และคณะ, 2552; JCAHO, 2001) ดังนั้น การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา สามารถทำร่วมกับการใช้ยาได้ในทุก ๆ โดยมียุทธศาสตร์ที่สนับสนุนว่า การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องกระทำร่วมกันทั้งแบบการใช้ยาในการจัดการความปวด และการไม่ใช้ยาหรือการบำบัดอื่นๆ ร่วมด้วย โดยพยาบาลต้องเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน การจัดการกับความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นการจัดการความปวดที่เน้นการดูแลบำบัดทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ซึ่งถือเป็นวิธีการที่สำคัญมาก เนื่องจากปัญหาด้านจิตใจนั้น สามารถทำให้อาการทางกายกำเริบหรือรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล มีผลต่อการจัดการความปวด ความสนใจเอาใจใส่ของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้และสนับสนุนด้านกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการให้บริการของพยาบาล และส่งผลให้เพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (pain

threshold) ได้มากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บปวดลดลง (Krishna, 2012)

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล จึงเป็นอีกประเด็นที่ทำให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพ โดยคุณสมบัติของพยาบาลที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการคือ ใจดี (kind) มนุษย์สัมพันธ์ดี (friendly) อ่อนนุ่ม (warm) เป็นคนดี (nice) ให้กำลังใจ (cheerful) รับผิดชอบ (committed) และเต็มใจในการช่วยเหลือ (pleasant) ตามลำดับ (Vassiliki & Evangelia, 2007) สรุปได้ว่า พยาบาลควรให้ความสำคัญและตระหนักในการดูแลบำบัดทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง ควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ทุกระยะ ตลอดจนถึงวาระสุดท้ายที่การรักษาของแพทย์ไม่อาจช่วยผู้ป่วยได้ โดยยึดหลักการในการปฏิบัติดังนี้

1. ให้ความเข้าใจ พุดคุย และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลจัดการความปวด ซึ่งจะบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่า ผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้ง พยาบาลและญาติจะดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความหวาดกลัว วิตกกังวล และความทุกข์ทรมานจากอาการปวด

2. เข้าใจถึงสภาพจิตใจหรืออารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด โดยใช้หลักการสื่อสารที่ดีในการตอบคำถามกับผู้ป่วยและญาติ ตามความเหมาะสมและสถานการณ์ เปิดโอกาสให้ทั้งผู้ป่วยและญาติได้ระบายความวิตกกังวล คอยรับฟัง ให้กำลังใจ และอยู่ใกล้ชิด

3. ให้ข้อมูลวิธีการดูแล แผนการรักษาในระยะเวลาต่างๆ ตลอดจนให้ความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงการดูแลความปวดและอาการอื่นๆ

4. ส่งเสริมการเผชิญปัญหา การควบคุมสถานการณ์ ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมที่แก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะนำมาสู่การปรับสภาพจิตใจ และอารมณ์

5. ปรึกษาปรึกษา ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับในเรื่องอาการ พยาธิสภาพ การรักษา และธรรมชาติของโรคตามระยะของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับ และปรับตัวอยู่กับโรค

6. ฝึกให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคต่างๆ ในการควบคุมอาการปวด เช่น การหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ การปรับแนวคิดต่อความปวด และการฝึกสมาธิ เทคนิคผ่อนคลาย การจินตนาการ และอื่นๆ ซึ่งอาจต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการฝึกสอนร่วมด้วย

7. แสดงความเข้าใจ เอื้ออาทร ความพร้อมในการช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หาวิธีการทางการแพทย์ ในการสนับสนุน ช่วยเหลือ รวมทั้งวิธีทางศาสนา ความเชื่อ เพื่อสนับสนุนด้านจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยว ไม่จดจ่อกับอาการปวด

ก่อนการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา พยาบาลต้องมีการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความปวดก่อน ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงออกในแบบต่างๆ เช่น ความโกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า และหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการตอบสนองนั้นคือการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอจากการประเมินการรับรู้ต่อความเจ็บปวดที่ผิดพลาด (Steven, 2011) นอกจากนั้น ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาจะเน้นการจัดการทางจิตวิทยา (Psychological Intervention) โดยการบำบัดทางพฤติกรรม และการรับรู้ของผู้ป่วย (cognitive-behavioral therapy : CBT) ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐานในการจัดการ 4 ข้อตามลำดับ ได้แก่ 1) การประเมินขั้นต้นเกี่ยวกับความคิดและการรับรู้ (assessment and initial conceptualization) ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความปวดที่ได้กล่าวมาในขั้นต้น 2) การร่วมมือในการจัดการความคิดใหม่ (moving toward a new conceptualization) เป็นการหาวิธีการในการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ 3) การพัฒนาความรู้และทักษะ (education and skill development) เป็นการแสวงหา

ทักษะและพัฒนาความรู้ใหม่ ๆ ในการช่วยเหลือจัดการความปวดให้ผู้ป่วย โดยกระทำอย่างต่อเนื่อง และ 4) บูรณาการการจัดการเพื่อควบคุมอาการปวด (generalization and relapse prevention) เป็นการนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาใช้ในการจัดการความปวดตามสถานการณ์จริงที่เกิดกับผู้ป่วย (Scott, Jane & James, 2014) สำหรับวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่นิยมมีดังต่อไปนี้

1. การใช้การกระตุ้นที่ผิวหนัง (cutaneous stimulation) เป็นการกระตุ้นสัญญาณประสาทที่ผิวหนัง ทำให้เกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณความปวดและกระตุ้นการหลั่งสารเคมีคล้ายมอร์ฟินในระบบประสาทส่วนกลางร่วมด้วย ทำให้ความปวดลดลง

1.1 การใช้ความร้อน (heat therapy) ช่วยลดความเร็วในการนำกระแสประสาทรับความรู้สึกปวด โดยช่วยลดความปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนเลือด ลดอาการบวม และใช้ลดปวดจากการรักษาด้วยยาเคมี และมีการรั่วซึมของยาเคมีออกนอกหลอดเลือด (extravasation) การใช้การประคบร้อน คือ ให้ใช้เฉพาะบริเวณที่ปวด ประคบนานประมาณ 20-30 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง (พัสมนต์ กุ่มทวีพร, 2553; ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ และพัสมนต์ กุ่มทวีพร, 2548; Russell, 2015; Susan, Janna & April, 2007; Tone, Torill, Marit & Astrid, 2009; Wilkie, 2000)

1.2 การใช้ความเย็น (cold therapy) จะช่วยลดอาการปวดและบวม ช่วยป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้ด้วย โดยการทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการหลั่งสารเคมีที่เป็นต้นเหตุของอาการปวดเฉียบพลัน เช่น กรดแลคติก (lactic) ไคนิน (kinin) ซีโรโตนิน (serotonin) และฮิสตามีน (histamine) เป็นต้น ความเย็นสามารถใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ปวดภายหลังการผ่าตัด หรือใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดทำลายเนื้อเยื่อสูง (vesicant) และเกิดการรั่วซึมออก

นอกหลอดเลือด (extravasation) โดยคำแนะนำในการใช้การประคบเย็น คือ ห่อแผ่นประคบเย็นด้วยผ้าและวางประคบเฉพาะบริเวณที่ปวดโดยตรง ประมาณ 20-30 นาที ทุกชั่วโมง (พัสมนต์ กุ่มทวีพร, 2553; ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ และพัสมนต์ กุ่มทวีพร, 2548; Russell, 2015; Susan, Janna & April, 2007; Tone, Torill, Marit & Astrid, 2009; Wilkie, 2000)

1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) หรือ การบำบัดทางร่างกายและกิจกรรมบำบัด (physical or occupational therapy) เป็นการสอนให้ผู้ป่วย ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมเพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของร่างกายลดปวด โดยอาจใช้หนักกิจกรรมบำบัด มาช่วยสอนทักษะปฏิบัติต่างๆ สามารถทำได้ทุกวัน ตามสภาพของผู้ป่วย (Scott, Jane & James, 2014)

1.4 การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า (electrical stimulation) หรือ การกระตุ้นเส้นประสาทผ่านผิวหนังด้วยไฟฟ้า (transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) เป็นการใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าจากการนำไฟฟ้าในแบตเตอรี่ มากระตุ้นสัญญาณประสาทที่ผิวหนัง ทำให้สัญญาณประสาทรับความรู้สึกที่ผิวหนังซึ่งมีการกระตุ้นนี้ มีความเร็วและความแรง มากกว่าการถูกกระตุ้นจากตัวกระตุ้นความเจ็บปวด ทำให้ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งลดลง การกระตุ้นด้วยไฟฟ้านี้ อาจใช้ในประกอบกับการบำบัดเพื่อจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการฝังเข็ม ซึ่งจะใช้ตัวกระตุ้นความถี่ต่ำๆ (Cynthia, Sean, Jose, Adriane & Rosanne, 2000)

2. การปรับพฤติกรรมและการรับรู้ (cognitive-behavioral measures) เป็นการบำบัดทางการรับรู้ต่อความปวด และพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความปวด

2.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) โดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ด้วยการยืดเหยียด และเกร็งกล้ามเนื้อ (tension relaxation) ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งบริหารการหายใจ (relaxation with breathing) ร่วมด้วย ช่วยทำให้เกิดการปรับพฤติกรรม ความคิด จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย และช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด (distraction) ทำให้ผู้ป่วยปวดลดลง (Timothy, 2015).

2.2 การใช้กลิ่นหอมบำบัด (aromatherapy) เป็นการใช้กลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยซึ่งสกัดจากพืชธรรมชาติ ที่มีฤทธิ์ต่อการปรับพฤติกรรมทางอารมณ์และจิตใจ ช่วยทำให้ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปวดลดลง นำมาใช้ในการรักษาความปวดโดยอาจผ่านการสูดดม การนวด เป็นต้น เช่น น้ำมันหอมกลิ่นลาเวนเดอร์ คลายเครียด ทำให้หลับได้ดี ช่วยลดการอักเสบ กลิ่นคาโมไมด์ ช่วยให้อ่อนคลาย ลดอาการซึมเศร้า กลิ่นโรสแมรี่ ช่วยลดการอักเสบ ลดซึมเศร้า เป็น การใช้วิธีนี้จะไปกระตุ้นการหลั่งสารคล้ายมอร์ฟินในร่างกาย เช่น เอ็นดอร์ฟิน เอ็นเคฟาลิน และซีโรโทนิน เพื่อช่วยลดอาการปวด (Cynthia, Sean, Jose, Adriane & Rosanne, 2000 ; Kim, Nam & Paik, 2005)

2.3 ไบโอฟีดแบค (biofeedback) เป็นการใช้เครื่องมือเพื่อเชื่อมโยงระหว่างภาวะสุขภาพร่างกายกับภาวะด้านอารมณ์ โดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีและตลอดระยะเวลาที่มีความปวดเกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต การหดตัวของกล้ามเนื้อ ตัวอย่างเช่น ถ้ากล้ามเนื้อหดตัวจะได้ยินเสียงแหลมต่ำ ถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นจะมีสัญลักษณ์รูปกระดิ่งปรากฏขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะที่มีความปวด ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงข้อมูลของตนเอง (Chris, 2015)

2.4 การทำสมาธิ (meditation) โดยการให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนในท่าที่สบายในสถานที่ให้สงบ

และกำหนดจุดสนใจของตนเอง เช่น การกำหนดจุดสนใจไปที่ลมหายใจเข้าออก หรือภาพ หรือความนึกคิดตามความเชื่อที่ตนมีอยู่ การทำสมาธิจะก่อให้เกิดพลังทำให้ร่างกายและจิตใจรู้สึกสงบ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด (Distraction) ไปที่อื่น ทำให้ลดความปวดได้ (Wilkie, 2000; สุวรรณี สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจกุล, ประไพ อริยประยูร และ มั่นมณา จิระจรัส, 2555; อนุสตรา ส่งทอง, 2558)

2.5 การสะกดจิต (hypnosis) การใช้เทคนิคนี้ สามารถใช้ได้ผลดีควบคู่ไปกับการใช้ยาแก้ปวด โดยพยาบาลที่ใช้เทคนิคนี้ ต้องผ่านการฝึกอบรมการสะกดจิตมาก่อน การสะกดจิตเป็นการดึงความคิดความฝันของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเข้าใจถึงความปวดที่เกิดขึ้นในร่างกายตนเอง ช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับสภาวะทางอารมณ์ และส่งเสริมความคิดความรู้สึกเชิงบวก ทำให้ดึงความสนใจออกจากความปวด ความปวดจึงลดลง นอกจากนี้ ยังช่วยลดอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ที่เกิดจากผลกระทบของการรักษาโรคมะเร็งได้ด้วย (Gerard, 2015)

2.6 การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) โดยการจัดกิจกรรมฟังดนตรี ร่วมกับการร้องเพลงที่ผู้ป่วยชอบ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ดนตรีบำบัดควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมบำบัดอื่นๆ เช่น การเต้น (dance therapy) ศิลปะบำบัด (art therapy) โดยการใช้ดนตรีร่วมกับการทำกิจกรรมที่ชอบประกอบ ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย มีผลช่วยกระตุ้นให้มีอาการหลั่งสารเอนโดรฟินส์ (endorphin) ลดภาวะตึงเครียดในร่างกาย และมีโครงสร้างสารคล้ายมอร์ฟินภายในร่างกาย ช่วยลดความปวดได้ (Barrie, 2011)

## สรุป

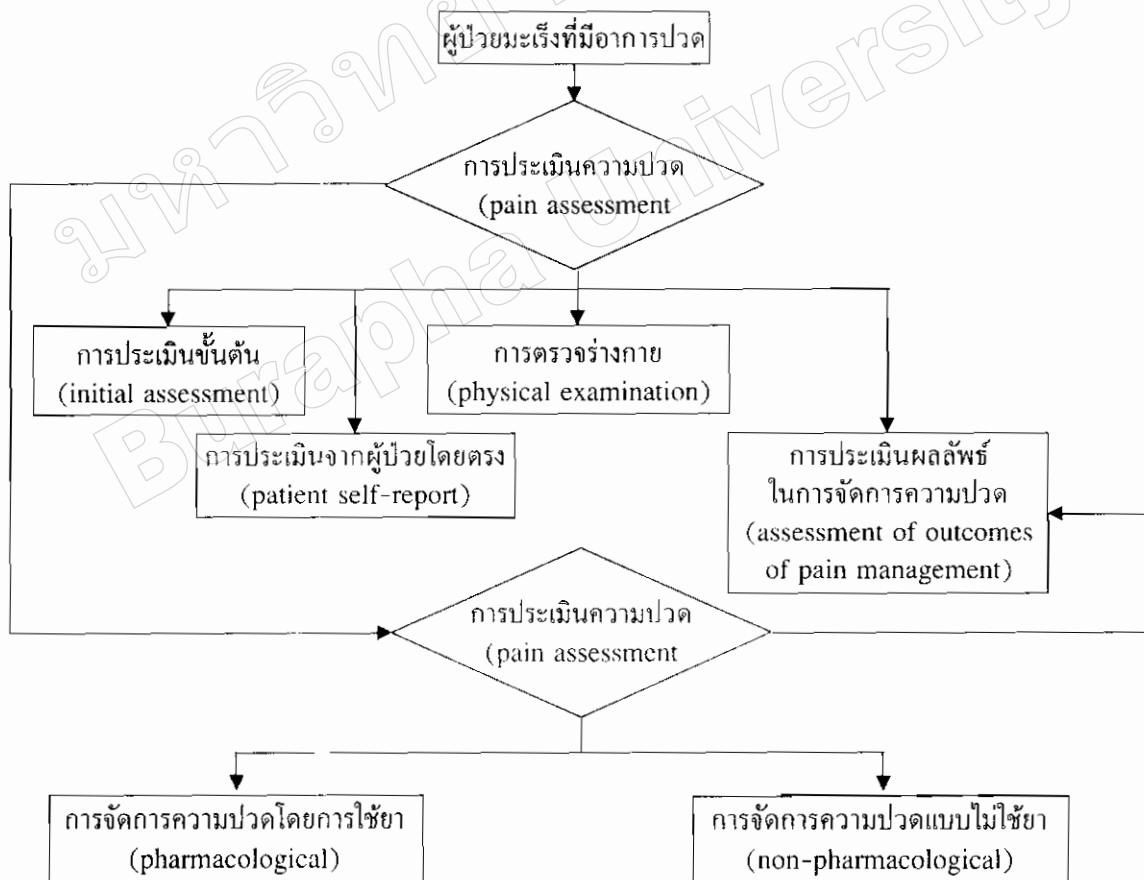
ความปวด เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งเป็นอันดับหนึ่ง การจัดการความปวดเป็นการปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัด ลด บรรเทา

และควบคุมความปวด ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากความปวด พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องให้ความสำคัญในการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ต้องจัดการความปวด ไปพร้อมๆ กับอาการร่วมจากโรคมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในการจัดการความปวดของผู้ป่วยแต่ละคน และพยายามสนองตอบต่อความคาดหวัง ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเริ่มตั้งแต่

**ขั้นที่ 1** การประเมินความปวด ประกอบด้วย 1) การประเมินขั้นต้น (initial assessment) ซึ่งประเมินจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคมะเร็ง ความรุนแรงและผลกระทบของความปวด 2) การประเมินจากผู้ป่วยโดยตรง (patient self-report) เป็นการประเมินโดย

ใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด 3) การตรวจร่างกาย (physical examination) และ 4) การประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวด (assessment of outcomes of pain management)

**ขั้นที่ 2** การจัดการความปวด (Pain management) เป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อบรรเทาหรือลดความปวดของผู้ป่วย แบ่งเป็นการจัดการโดยใช้ยา (pharmacotherapy) และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological interventions) เป็นการจัดการความปวดที่เน้นการดูแลบำบัดทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นสำคัญ ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล และสามารถทำร่วมกับการใช้ยาได้ในทุกระยะดังแผนภูมิ



แผนภูมิ : การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

## เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการจริยธรรม. (2545). *แนวทางการสร้างเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์ วนกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2550). *ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พงษ์การดี เจาตะเกษตริน. (2547). *ความปวด Pain ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่มที่ 1*. กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- \_\_\_\_\_. (2547). *บำบัดความปวด pain management ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- \_\_\_\_\_. (2547). *การรักษาอาการปวดมะเร็ง cancer pain relief (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ผีเสื้อ.
- พัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง : การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- ศศิกานต์ นิมมารัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว. (2552). *ความปวดและการระงับปวด : Pain & pain management 2 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิริวรรณ วินิจสร, จิราภรณ์ ทองสุโชติ และพัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2548). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและรักษาด้วยรังสีเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- สุวรรณี สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโลงศิล, ประไพ อริยประยูร และแมนมมา จิระจรัส. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. สมุทรปราการ: สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- อนุสตรา ส่งทอง. (2558). *การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดจากโรคมะเร็ง*, เข้าถึงได้จาก [http://www.chulacancer.net/uploads/articles\\_attc/14067-03893.pdf](http://www.chulacancer.net/uploads/articles_attc/14067-03893.pdf)
- American Cancer Society. (2014). *What causes pain in people with cancer?*. Retrieved from <http://www.cancer.org/treatment/treat-mentsandsideeffects/physicalsideeffects/pain/paindiary/pain-control-causes-of-cancer-pain>
- \_\_\_\_\_. (2014). *Guide to controlling cancer pain: What do I need to know about pain control?* Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002906-pdf.pdf>
- American Joint Committee on Cancer. (2015). *Cancer staging references*. Retrieved from <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>
- Barrie, R. C. (2011). *Complementary therapies in cancer care music therapy*. Retrieved from <http://news.cancerconnect.com/complementary-therapies-in-cancer-care-music-therapy>
- Beck, S.L., Towseley, G.L., Berry, P.S., Lindau, K., Field, R.D , & Jenson, S. (2009). *Core aspects of satisfaction with pain management: Cancer patients perspectives*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=core%20aspects%20of%20satisfaction%20with%20pain%20management%20cancer%20patients%20perspectives&cmd=correctspelling>.
- Black M. J., & Hawks H. J. (2009). *Medical-surgical nursing: Clinical management for*

- positive outcomes* (8<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Saunders.
- Brown, D., & McCormack, B. G. (2011). Developing the practice context to enable more effective pain management with older people: An action research approach. *Implementation Science*, 6(9), 1-14.
- Christensen, B.L. (2011). Pain management, comfort, rest, and sleep. In B.L. Christensen, & E.O. Kockrow (Eds.), *Foundations and adult health nursing* (6<sup>th</sup> ed., pp. 394-409). St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Chris, W. (2015). *Biofeedback and pain relief*. Retrieved from [http://consumer.healthday.com/encyclopedia/holistic-medicine-25/mis-alternative-medicine-news-19/biofeedback-and-pain-relief-645767.html?utm\\_expId=38353083-4.pIV1hUrQR8K0MJ1\\_OqjLag.0&utm\\_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.co.th%2F](http://consumer.healthday.com/encyclopedia/holistic-medicine-25/mis-alternative-medicine-news-19/biofeedback-and-pain-relief-645767.html?utm_expId=38353083-4.pIV1hUrQR8K0MJ1_OqjLag.0&utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.co.th%2F)
- Cynthia, X.P., Morrison, R. S., Jose, N., Adriane F-B., & Rosanne, M.L. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 20(5), 374-378.
- Dalton, J.A., Toomey, Timothy, T., & Workman, M. R. (2015). *Pain relief for cancer patients*. Retrieved from [http://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/1988/12000/pain\\_relief\\_for\\_cancer\\_patients.2.aspx](http://journals.lww.com/cancernursingonline/abstract/1988/12000/pain_relief_for_cancer_patients.2.aspx)
- Fitzgibbon, D.R., & Loeser, J.D. (2010). *Cancer pain: Assessment, diagnosis and management*. Philadelphia. Retrieved from [http://en.wikipedia.org/wiki/Cancer\\_pain](http://en.wikipedia.org/wiki/Cancer_pain).
- Foley, K. M. (2012). The treatment of cancer pain. *Journal of Nursing Science & Health*, 35(1), 69-81.
- George. R. H., & Jon, S. (2005). *The psychology of pain*. Retrieved from <http://williams.medicine.wisc.edu/painpsychology.pdf>
- Gerard, V. S. (2015). *Hypnotic approaches in the cancer patient*. Retrieved from <http://www.triroc.com/sunnen/topics/approaches.htm>.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2014). *The IASP definition of pain*. Retrieved from [http://en.wikipedia.org/wiki/International\\_Association\\_for\\_the\\_Study\\_of\\_Pain](http://en.wikipedia.org/wiki/International_Association_for_the_Study_of_Pain).
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. (2001). *JCAHO pain management standard*. Retrieved from <http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp>.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2003). *New JCAHO pain care treatment standards*. Retrieved from <http://www.ipcaz.org/pages/new.html>.
- Kim, M.J., Nam, E.S., & Paik, S.I. (2005). The effects of aromatherapy on pain, depression, and life satisfaction of arthritis patients. *Tachan Kanho Hakhoe Chi*, 35(1),



186-194.

- Krishna, S.M. (2012). Patients' perceptions of nurses' caring behaviors and post-operative pain management on the surgical wards of Jigme Dorji Wangchuk National Referral Hospital in Bhutan. *Journal of Nursing Science & Health*, 35(1), 69-81.
- Lugton, J., & McIntyre, R. (2005) *Palliative care: The nursing role*. Edinburgh : Elsevier/Churchill Livingstone.
- Manoj, P., Paul, S., & M Krishnan, N. (2010). *Pain relief in cancer patients*. Retrieved from [https://www.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=6QMXdyD0dywC&oi=fnd&pg=PA157&dq=pain+relief+in+cancer+patients&ots=yIYsKmwCk2&sig=NIO8MIk3bNIOw325gahNsyIGCdM&redir\\_esc=y#v=onepage&q=pain%20relief%20in%20cancer%20patients&f=false](https://www.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=6QMXdyD0dywC&oi=fnd&pg=PA157&dq=pain+relief+in+cancer+patients&ots=yIYsKmwCk2&sig=NIO8MIk3bNIOw325gahNsyIGCdM&redir_esc=y#v=onepage&q=pain%20relief%20in%20cancer%20patients&f=false).
- McGuire, L.L. (2010). Pain: The fifth vital sign. In D.D. Ignatavicius, & M.L. Workman (Eds.). *Medical surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Saunders/Elsevier.
- National Cancer Institute: NCI. (2015). *Pain*. Retrieved from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/pain/HealthProfessional/page1>
- \_\_\_\_\_. (2015). *Pain assessment*. Retrieved from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/pain/HealthProfessional/page2>
- Portenoy, R.K., & Kanner, R.M. (1996). *Pain management : Theory and practice*. Philadelphia: F.A. Davis company.
- Powell, S. K. (2000). *Case management: A practical guide to success in managed care*. Philadelphia: Lippincott.
- Rudolf G., Marijana B., Veljko D., Ana-Strahinja R., & Lovrka B. (2010). Psychological problem of patients with cancer. *Psychiatra Danubina*, 22(2), 227-230.
- Russell, K. P., & Pauline, L. (2015). Management of cancer pain. *The Lancet*, 353, 1695-1700.
- Scott, M. F., Jane. C. B., & James, P.R. (2014). *Management of pain*. (4<sup>nd</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.C. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Susan, M.H., Janna, C.R., & April, H. V. (2007). *The pharmacological management of pain*. Retrieved from <http://allaboutnursing-care.blogspot.com/2007/12/pharmacologic-management-of-pain.html>.
- Steven, D.W. (2011). *Pain management: Psychological interventions* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Susan L. B., Patricia H. B., & Rosemary B. F. (2010). Core aspects of satisfaction with pain management: Cancer patients' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(1), 100-115.

- Timothy, M. (2015). *Cancer pain: Relief is possible*. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-pain/art-20045118>
- Tocher, J., Rodgers, S., AC Smith, M., Watt, D., & Dickson, L. (2012). Pain management and satisfaction in postsurgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3361-3371.
- Tone, R., Torill, G., Marit, L., & Astrid, K. W. (2009). Nursing pain management-A qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. *Pain Management Nursing*, 10(1), 48-55.
- Vassiliki, P., & Evangelia, P. (2007). Assessing patients' satisfaction and intensity of pain as outcomes in the management of cancer-related pain. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 424-433.
- Von Gunten, C.F. (2011). Pathophysiology of pain in cancer. Retrieved from [http://journals.lww.com/jpho-online/Fulltext/2011/04001/Pathophysiology\\_of\\_Pain\\_in\\_Cancer.3.aspx?WT.mc\\_id=HPxADx20100319xMP#](http://journals.lww.com/jpho-online/Fulltext/2011/04001/Pathophysiology_of_Pain_in_Cancer.3.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP#)
- Veterans Health Administration/Department of Defense|VHA/DoD]. (2002). *VHA/DoD Clinical practice guideline for the management of postoperative pain*. Retrieved from <http://www.qualitytools.ahrq.gov>.
- Wilkie, D. J. (2000). Nursing management pain. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems*. (5<sup>th</sup> ed.)(pp.126-154). St. Louis: Mosby.
- World Health Organization. (2014). *Cancer statistics*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>