

# ความปวดและการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

## Pain and Nursing Care for Pain Management in Cancer Patients

ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส\*, พย.ม  
Chutima Chantamit-o-pas, M.N.S

### บทคัดย่อ

ความปวดเป็นประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและทำให้เกิดความทุกข์ทรมานซึ่งพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งทุกวัยและทุกระยะการดำเนินโรค อุปสรรคที่สำคัญในการจัดการความปวดเกิดจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ในการจัดการความปวด ความกลัวผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวด ความกลัวการติดยาเสพติดภายหลังใช้ยาแก้ปวด และการบริหารจัดการยาแก้ปวดที่ไม่เหมาะสม บทความนี้กล่าวถึง สาเหตุและปัจจัยเสริมความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และแนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งกล่าวถึงการจัดการอาการปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา การลดปัจจัยเสริมความปวด การใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งการบริหารจัดการยาแก้ปวด เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการบรรเทาอาการปวด ที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยมะเร็ง

คำสำคัญ : ความปวด การจัดการความปวด ผู้ป่วยมะเร็ง

### Abstract

Pain is a common and distress symptom experienced by cancer patients of all ages and all stages of cancer. The major barriers to adequate cancer pain management based on

the lack of professional knowledge in pain management, fear of side effects from pain relief, fear of addiction and inappropriate of pain relief. This article aims to describe the cause and contributing factors, effect of pain on quality of life, and promotion of knowledge to manage cancer pain. The literature review demonstrated that non-pharmacologic management by reducing those factors and using cognitive behavior therapy and pharmacological management by nurses. Nurses play important roles to promote pain relief, activity of daily living and quality of life of persons with cancer pain.

**Key word** : Cancer pain, nursing care, pain management, cancer patients

### บทนำ

ผู้ป่วยมะเร็งมักพบปัญหาความปวดได้บ่อย โดยมีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 75 และผู้ป่วยมะเร็งระยะโรคลุกลามพบอาการปวดมากถึงร้อยละ 90 ถึง 95 (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010) โดยมีระดับความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 50 ในขณะที่ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่มีความปวดรู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่สามารถจะทนได้ และมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย

\* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มะเร็งที่มีความปวดได้รับการจัดการความปวดอย่างไม่เหมาะสม (Spies, Rehberg, Schug, Jaehnichen, & Harper, 2008) สำหรับในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีปัญหาความปวดจากมะเร็งถึงร้อยละ 62 และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและได้รับยาแก้ปวดต่ำกว่าที่ควรจะได้รับ (Nagaviroj & Jaturapatporn, 2009) และร้อยละ 32.6% ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดไม่เคยได้รับการจัดการเรื่องความปวด (ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ และคณะ, 2551) และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดจะได้รับการรักษาต่อเมื่อผู้ป่วยร้องขอการรักษาและส่วนใหญ่จะได้รับยาบรรเทาปวดพื้นฐาน ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการจัดการความปวดไม่เหมาะสม เกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง (Nagaviroj & Jaturapatporn, 2009)

ในปัจจุบัน ความปวดถูกกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 พยาบาลต้องประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับการประเมินความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการหายใจ โดยที่ภายหลังการประเมินความปวดแล้ว ผู้ป่วยที่มีความปวดควรได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม แต่จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ และผู้ป่วยมะเร็งยังมีความต้องการการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่โรคลุกลาม

### ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด (theory of pain)

ทฤษฎีที่อธิบายกลไกการเกิดความปวดซึ่งได้รับการยอมรับและเป็นที่ยอมรับนำมาใช้มากที่สุดคือ ทฤษฎีการควบคุมประตู (gate control theory) ของ มิลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1996) ได้ อธิบายว่า การเกิดความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นอยู่กับสัญญาณประสาทความปวดที่ผ่านเข้ามาในชั้นไขสันหลัง

บริเวณ (substantia gelatinosa) ซึ่งในบริเวณนี้ จะมีประตู (gate) ซึ่งทำหน้าที่เปิด-ปิด รับความรู้สึกปวดโดยที่สัญญาณประสาทที่ผ่านเข้ามาในไขประสาทขนาดใหญ่ที่นำกระแสประสาทอย่างรวดเร็ว (ไขประสาทเอ) จะกระตุ้นการทำงานของเซลล์บริเวณ ชับสแตนต์เทีย จีลาทีโนซ่า ซึ่งจะไปยังยังการทำงานของเซลล์ที่ (transmission cell หรือ T cell) ทำให้เกิดการปิดประตูรับสัญญาณความปวด ในทางกลับกัน สัญญาณประสาทที่ผ่านเข้ามาในไขประสาทขนาดเล็กที่นำกระแสประสาทอย่างช้า (ไขประสาทซี) จะกระตุ้นการทำงานของเซลล์ บริเวณ ชับสแตนต์เทีย จีลาทีโนซ่า ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่ทำให้เกิดการเปิดประตูรับสัญญาณความปวด โดยที่สัญญาณประสาทที่ผ่านเข้ามาในเส้นประสาทขนาดเล็กและใหญ่สามารถควบคุมการเปิดและปิดประตูได้ทั้งสัญญาณประสาทขาขึ้นและขาลง

ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายความปวดที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม (Melzack & Wall, 1996) เช่น การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวด ในขณะที่การกระตุ้นเส้นไขประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวดผิวหนักแรงๆ ทำให้ความปวดลดลง และการกระตุ้นการทำงานของก้านสมองที่มากเกินไป เช่น การที่ผู้ป่วยถูกกระตุ้นด้วยเสียง แสง ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เกิดความปวดได้ ในขณะที่การยับยั้งการทำงานของก้านสมอง โดยการฝึกลมหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการ สามารถช่วยลดความปวดได้ รวมทั้งการกระตุ้นสมองส่วนคอร์เทกซ์และทาลามัสที่มากเกินไป เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆ ทำให้ความปวดเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่เรียนรู้วิธีการจัดการกับความปวด ลดความวิตกกังวล จะช่วยยับยั้งการทำงานของสมองส่วนบนสามารถลดความปวดได้

### สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเกิดได้จากหลาย

สาเหตุด้วยกัน และพบได้ในทุกระยะการดำเนินของโรค ทั้งจากความก้าวหน้าของโรคมะเร็ง การรักษาต่างๆ สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งสรุปได้ดังนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2552; ศศิกานต์ นิมนานรัชต์, 2553; Christensen, 2011; Smeltzer et al., 2010; Spies et al., 2008)

1. จากกระบวนการดำเนินของโรคมะเร็ง พบบ่อยถึงร้อยละ 60-90 เช่น มะเร็งมีการแพร่กระจาย (metastasis) ไปที่กระดูกซึ่งพบบ่อยที่สุด ทำให้มีความปวดจากการทำลายเนื้อกระดูก หรือทำให้มีกระดูกอ่อนตัวยุบลงและหัก มะเร็งลุกลามโดยตรงไปเนื้อเยื่อรอบๆ หรือกระจายลุกลามไปกดหรือเบียดเส้นประสาทหรือไขสันหลัง กดเบียดหลอดเลือดทำให้มีการคั่งของเลือด ทำให้อวัยวะบวมตึงและปวดรวมทั้งความปวดที่เกิดจากมะเร็งแทรกเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด เกิดหลอดเลือดอุดตัน หรือเกิดการอักเสบของหลอดน้ำเหลือง หรือมีการลุกลามไปอวัยวะภายใน ทำให้เกิดการอุดตันของอวัยวะภายในที่มีลักษณะเป็นช่องกลวง เช่น ลำไส้อุดตัน ท่อน้ำดีตีบตัน เป็นต้น และการตายของเนื้อเยื่อมะเร็ง ซึ่งทำให้เกิดแผลบริเวณรอยโรค เกิดการอักเสบ ติดเชื้อ

2. จากการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง พบได้ร้อยละ 10-25 ได้แก่ ความปวดที่เกิดจากการตรวจวินิจฉัย เช่น การเจาะหรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ การส่องกล้อง ความปวดจากการผ่าตัด เช่น จากการผ่าตัดตัดเต้านมทั้ง (mastectomy) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การผ่าตัดปอดในผู้ป่วยมะเร็งปอด (thoracotomy) การตัดแขนขา (amputation) ทำให้เกิดอาการปวดหลอนหลังตัดแขนขา (phantom limb pain) จากการให้เคมีบำบัด ทำให้มีการเสื่อมสลายของใยประสาท (axon) มีผลต่อประสาทส่วนปลายทำให้เกิดอาการปวดชาบริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า (Blumenthal, 2009; Newton, Hickey & Marrs,

2009) เช่น ยาเคมีบำบัดกลุ่มวินคาอัลคาลอยด์ (vinca alkaloid) เช่น Vincristine, Paclitaxel ยาเคมีบำบัดกลุ่มแพลตินัม (platinum) เช่น cisplatin, oxaliplatin ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้ปลายประสาทอักเสบ (peripheral neuropathy) เป็นต้น นอกจากนี้ ยาเคมีบำบัดบางชนิดสามารถทำให้เกิดการอักเสบของช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื้อตับตายได้ ซึ่งก่อให้เกิดความปวดกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และความปวดจากการได้รับรังสีรักษา ซึ่งรังสีรักษาทำให้เกิดพังผืดไปล้อมขยับประสาท เกิดการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาท และจากผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาจะมีการเปลี่ยนแปลงแตกเป็นแผลและมีน้ำเหลืองซึม คล้ายแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่เรียกว่า มอยซ์เดสควาเมชัน (moist desquamation)

3. ความปวดจากสาเหตุอื่นๆ พบได้ร้อยละ 3-10 เช่น การมีแผลกดทับ มีภาวะท้องผูก ปวดไมเกรน ปวดจากมีข้อเข่าเสื่อม ปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain) เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งยังเกิดความปวด 2 ส่วนหลัก (Sikorski & Barker, 2009) คือ ความปวดอย่างต่อเนื่อง (ongoing pain) ซึ่งเป็นความปวดที่มีลักษณะของความปวดแบบตื้อๆ คุ้ยๆ และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่ออาการของโรคลุกลาม และความปวดแทรก (breakthrough pain) ซึ่งเป็นความเจ็บปวดที่เกิดเพิ่มจากความปวดเดิมที่มีอยู่ อาการปวดแทรกอาจเกิดจากการกระตุ้น เช่น การไอ จาม อาการท้องอืด การผายลม การทำแผลหรือเกิดขึ้นเอง โดยที่ความปวดที่เกิดขึ้นจะปวดในระยะเวลาสั้นๆ เป็นครั้งคราว และอาจจะปวดหลายๆ ครั้งในแต่ละวัน

### ปัจจัยส่งเสริมความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการดำเนินของโรค

เดียวกัน หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน อาจพบระดับความปวดที่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจัยหลายอย่างที่เป็นปัจจัยส่งเสริมความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

1. การรับรู้ความปวด ผู้ป่วยมะเร็งแต่ละคนจะรับรู้ความปวดแตกต่างกันตามประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับกันความปวด (pain threshold) และความทนต่อความปวด (pain tolerance) (Rowswell, 2007) เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือถูกแยกอยู่ในห้องแยก จะทำให้ระดับกันความปวดลดลงและผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีความปวดมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลที่ดีจากญาติหรือผู้ดูแล หรือได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาล จะสามารถนอนหลับได้ดี ทำให้ระดับกันความปวดมากขึ้นและผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีความปวดน้อยลง เป็นต้น สำหรับความทนต่อความปวดนั้นขึ้นกับประสบการณ์ความปวดที่เคยได้รับมาก่อน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่เคยคลอดบุตรโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องมาก่อน ทำให้เคยมีประสบการณ์ความปวดจากการผ่าตัดทางหน้าท้อง เมื่อต้องได้รับการผ่าตัดหน้าท้องเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยบางคนมีความทนต่อความปวดและขอยาบรรเทาปวดน้อย

2. อายุ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยจะประเมินระดับความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ในขณะที่ผู้ป่วยวัยสูงอายุจะรับรู้ความรุนแรงของความปวดต่ำกว่า (Wilson et al., 2009) สำหรับประเทศไทยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรุนแรงของความปวด แต่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งวัยสูงอายุจะได้รับผลกระทบจากความปวดต่ำกว่าและมีอารมณ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความเกรงใจผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งมีความเชื่อทางศาสนาเป็นหลักยึดทางใจ ทำให้ยอมรับต่อความปวดได้ง่ายกว่า (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2552)

3. เพศ พบว่า เพศหญิงมีความทนทานต่อความปวดต่ำกว่าและมักจะแสดงออกถึงความปวดมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากวัฒนธรรมทำให้เพศชายจะแสดงออกถึงความปวดน้อยกว่าเพศหญิง (Sikorski & Barker, 2009) และสำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์ความปวดไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการรับรู้ความปวด และระดับความรุนแรงของความปวด รวมทั้งการเลือกวิธีการเผชิญกับปัญหาความปวดและระดับการรบกวนการดำเนินชีวิตในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (นาดา ลักษณ์ทัย ทิพาพร วงศ์ห่มกุก และ วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2010)

4. ความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม มีผลต่อความปวดของผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากความทนต่อความปวดของแต่ละเชื้อชาติไม่เท่ากัน ความเชื่อทางศาสนา และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดแตกต่างกันและแสดงออกถึงความปวดที่ไม่เหมือนกัน นอกจากนี้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ทำให้การประเมินความรุนแรงของความปวดไม่เท่ากัน จากการรวบรวมงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดในหลากหลายเชื้อชาติ (Al-Atiyyat, 2009) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นชนกลุ่มน้อยจะมีความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งผิวขาว ผู้ป่วยมะเร็งเชื้อชาติแอฟริกันอเมริกันจะมีความปวด ความทุกข์ทรมานจากความปวด และความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งผิวขาว ในผู้ป่วยหญิงแอฟริกันอเมริกันจะมีความเชื่อทางวัฒนธรรมในการห้ามใช้ยาบรรเทาปวดและห้ามแสดงออกถึงความปวดที่มีอยู่ (Eun-Ok, Lim, Clark & Chee, 2008) และผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนส่วนใหญ่จะไม่บ่นปวดและไม่ร้องขอยาแก้ปวดจากพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งชาวแม็กซิโกมีความต้องการยาแก้ปวดในการบรรเทาอาการปวดเร็ว

ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้และจะแสดงออกถึงความเจ็บปวด โดยการพูดมากกว่าการประเมินเป็นค่าคะแนนความปวด (Al-Atiyat, 2009) นอกจากนี้การศึกษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งชาวเอเชีย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งชาวเอเชียจะบ่นปวดน้อยมากและจะขอยาบรรเทาปวดเมื่อระดับความปวดรุนแรง เนื่องจากชาวเอเชียมีความคิดว่า ความปวดเป็นเรื่องธรรมชาติ และพยายามใช้ชีวิตให้เป็นปกติ รวมทั้งมีความเชื่อว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” จึงทำให้ความปวดลดน้อยลง (Eun-Ok, Yi, Hee & Wonshik, 2008)

5. การให้ความหมายของความปวด เนื่องจากความปวดเป็นสัญญาณเตือนความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ที่มีความปวดมักจะคิดว่าการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น อาการของมะเร็งแย่ง และผู้ป่วยบางรายเข้าใจว่าตนเองใกล้เสียชีวิต ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลให้ระดับกันความปวดลดลง ผู้ป่วยจึงรู้สึกปวดเพิ่มมากขึ้นได้ (Cleary, 2000)

6. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเหนื่อยล้า ซึมเศร้า รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีความวิตกกังวล มีความกลัว จะเพิ่มความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2552; Davis, Khoshknabi & Yue, 2006)

### ผลกระทบของความปวดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวดจัดเป็นดัชนีสำคัญต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง จากการศึกษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศกรีซ (Mystakidou et al., 2006) จำนวน 120 ราย พบว่า ความปวดมีผลรบกวนอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตการทำงานในบ้านและนอกบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความสุขในชีวิตลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับในประเทศเกาหลี (Ryu, Kim, Cho, Kwon, Kim & Fu, 2010) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย พบว่า ระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่งและมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งของประเทศจีน (Edrington, Miaskowski, Dodd, Wong & Padilla, 2007) จากงานวิจัย 24 เรื่องที่ศึกษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ความปวดมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและมีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้ามากขึ้น และมีผลต่อความสามารถในการเผชิญกับปัญหาในชีวิต และจากการศึกษาอาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย (สมบูรณ์ เทียนทอง นุจรี ประทีปะวณิช จุฬากรณี ลิ้มวัฒนานนท์ สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์ ประเสริฐเลิศสงวนสินชัย และลักขมีย์ ชาญเวทซ์, 2549) โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รับไว้ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อบำบัดความปวดจากโรคมะเร็งจำนวน 520 ราย พบว่า ระดับความปวดสูงสุดที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยอาการปวดที่เพิ่มมากขึ้นมีผลเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าอาการปวดที่ลดลง คือ อาการปวดเพิ่มขึ้น 3 คะแนนทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 10.3 คะแนน ในขณะที่อาการปวดลดลง 3 คะแนนทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 7.3 คะแนน จากงานวิจัยนี้ทำให้พยาบาลต้องตระหนักถึงการบริหารยาบรรเทาปวดให้เหมาะสม

เพราะความปวดที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง  
จัดการให้ตั้งแต่เริ่มต้น

## แนวทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วย มะเร็ง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดการ  
ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ประเด็นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย  
มะเร็งได้รับการจัดการความปวดไม่เหมาะสม เกิดจาก  
ความกลัวผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวด กลัว  
การติดยา บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ในการ  
จัดการความปวด รวมทั้งการขาดความสามารถใน  
การเข้าถึงยาบรรเทาปวดจากปัญหาทางการเงิน  
(Sun, Borneman, Piper, Kocsywas & Ferrell,  
2008) สำหรับประเทศไทยพบว่า เกิดจากการที่  
บุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ความเข้าใจใน  
การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง และจากนโยบาย  
การควบคุมการใช้ยาเสพติด (Fainsinger, 2009)  
รวมทั้งทัศนคติในการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มยา  
โอปิออยด์ (opioids) ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์  
ผู้ป่วยและผู้ดูแลวิตกกังวลกลัวติดขยาเสพติดภายหลัง  
ใช้ยาบรรเทาปวด (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ เต็มศักดิ์  
พึงรัศมี และชัชชัย ปรีชาไว, 2551; Nagaviroj &  
Jaturapatporn, 2009) และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มี  
ความปวดได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์น้อยกว่า  
ความจำเป็นที่ต้องใช้ และผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย  
ใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์สำหรับจัดการกับ  
ความปวดน้อยกว่าประเทศญี่ปุ่นและประเทศสิงคโปร์  
(Nagaviroj & Jaturapatporn, 2009) ทั้งที่การใช้  
ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาที่จะ  
ติดยาบรรเทาปวดน้อยมาก

นอกจากนี้จากการศึกษาของวิมุกดา วรกุล  
วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และกิตติกร นิลมานันต์  
(2551) ได้ศึกษาอุปสรรคต่อการจัดการความปวด  
จากโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล จำนวน 97 คู่

พบว่า อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อ  
ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือผู้ป่วยกลัวการ  
ติดต่อยาบรรเทาปวด ทำให้คิดว่าควรเก็บยาบรรเทา  
ปวดไว้ใช้เมื่อคราวจำเป็นจริงๆ เท่านั้น และกลัวว่าถ้า  
ใช้ต่อไปจะไม่ได้ผลดีเหมือนเดิม นอกจากนี้ผู้ป่วยมี  
ความเชื่อว่า ผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวดให้ผู้อื่นฟัง รวม  
ทั้งคิดว่าหากบอกถึงความปวดจะทำให้เพิ่มความวิตก  
กังวลให้กับผู้ดูแลได้ ดังนั้น เพื่อให้การจัดการความ  
ปวดของผู้ป่วยมะเร็งเป็นไปตามเป้าหมายสูงสุดคือให้  
ผู้ป่วยมะเร็งปราศจากความปวด ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข  
และเป็นปกติสุข พยาบาลควรมีความรู้และมีย  
บทบาทที่สำคัญในการช่วยป้องกันและบรรเทาความ  
ปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนี้

1. การประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง  
พยาบาลควรเอาใจใส่ในการสอบถามความปวดใน  
ผู้ป่วยมะเร็งเช่นเดียวกับการประเมินสัญญาณชีพ  
และต้องประเมินอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการบันทึก  
ในบันทึกทางการพยาบาลอย่างชัดเจน โดยที่ต้อง  
ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยและเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วย  
พูด ไม่ใช้ความคิดเห็นของพยาบาลเป็นหลักในการ  
ตัดสินใจความปวดของผู้ป่วย รวมทั้งต้องยอมรับความ  
แตกต่างด้านสังคมและวัฒนธรรม รูปแบบคำถามที่ใช้  
ประเมินความปวด (Christensen, 2011; Cleary,  
2000) มีดังนี้

- 1.1. ถามสิ่งทำให้เกิดความปวดและสิ่ง  
บรรเทาความปวด ได้แก่ อะไรทำให้เกิดอาการปวด  
ท่านทำอะไรจึงทำให้อาการปวดลดลง

- 1.2. ถามลักษณะของความปวดเป็นแบบใด  
เช่น ปวดแปลบๆ ปวดตื้อๆ เป็นต้น

- 1.3. ถามถึงบริเวณที่มีความปวดเกิดขึ้น  
เช่น ท่านมีอาการปวดบริเวณใด หรือส่วนใดของร่างกาย  
และอาการปวดมีการกระจายไปที่ใดบ้าง

- 1.4. ถามระดับความรุนแรงของความปวด  
ว่าอยู่ระดับใด ซึ่งในการประเมินระดับความรุนแรง

ของความปวด พยาบาลสามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินความปวดที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การประเมินโดยให้ค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 (Numerical rating scales: NRS) หรือใช้แบบประเมินชนิดบรรยายความปวด (Verbal descriptor scales: VDS) หรือใช้แบบประเมินชนิดภาพใบหน้าแสดงความปวด (Faces pain scale: FPS) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในวัยเด็กที่อายุน้อยกว่า 3 ปี ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาความจำ ผู้พิการด้านการพูด แนะนำให้ใช้แบบ

ประเมินชนิดภาพใบหน้าแสดงความเจ็บปวด (FPS) หรือแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงออกเมื่อมีความปวดโดยสังเกตการแสดงออกของสีหน้า การเคลื่อนไหว ของขา ลำตัว การร้องไห้และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability pain scale: FLACC) (ซัชชัย ปรีชาไว, 2552; Dewit, 2009) โดยที่การประเมินแต่ละส่วนจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 เมื่อประเมินครบทุกข้อ ให้หาค่าคะแนนมารวมกันจะได้คะแนนตั้งแต่ 0-10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงออกเมื่อมีความปวด FLACC

หัวข้อการประเมิน	คะแนน 0	คะแนน 1	คะแนน 2
สีหน้า (face)	สีหน้าเฉย ๆ หรือยิ้ม	หน้าเบ้ หรือนิ้วคิ้วขมวดเป็นครั้งคราว	หน้านิ้วคิ้วขมวดตลอดเวลา หรือมีอาการกางสั้น กัดกราม
ขา (legs)	หย่อนสบาย ๆ ไม่เกร็ง	ขาเกร็ง	เตะขาไปมาหรือขาขึ้นไปขิดลำตัว
การเคลื่อนไหวของลำตัว (activity)	นอนสงบในท่าสบาย ๆ	งอลำตัวและเกร็ง	ดิ้นไปมา เกร็งตัวมาก
การร้องไห้ (cry)	ไม่ร้อง	ร้องครางเบา ๆ เป็นพัก ๆ	ร้องครวญตลอดเวลาหรือกรีดร้อง บ่นเจ็บ
การปลอบโยน (consolability)	ผ่อนคลาย พูดคุยรู้เรื่อง	สามารถปลอบให้สงบได้เมื่อออกหรือพูดปลอบ	ไม่อาจปลอบหรือทำให้สงบได้เลย

ที่มา : ซัชชัย ปรีชาไว, (2552)

1.5. ถามระยะเวลา เช่น อาการปวดเกิดขึ้นนานเท่าไร อาการปวดเริ่มขึ้นเมื่อใดและหมดไปเมื่อใด รวมทั้งตอนนี้ยังมีอาการปวดหรือไม่

1.6. ถามผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ผลกระทบต่อการนอนหลับ เช่น อาการปวดรบกวนการนอนหลับของท่านหรือไม่อย่างไร ผลกระทบต่ออารมณ์ เช่น อาการปวดทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร และผลกระทบต่อการทำกิจกรรม เช่น อาการปวดมีผลต่อการทำกิจกรรมอะไรบ้าง

1.7. ถามปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อในสาเหตุของความปวด ความรู้และความคาดหวังในการรักษาความปวด ความกลัวความวิตกกังวลมีหรือไม่ เรื่องใดและทำให้มีอาการปวด

เพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างไร เป็นต้น

1.8. ถามการรักษาที่ได้รับและประวัติความปวดในอดีตของผู้ป่วย เช่น ขณะนี้ท่านได้รับการฉายรังสีหรือไม่ บริเวณใด หรือได้รับยาเคมีบำบัดรวมทั้งประวัติการใช้ยาในอดีตและปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่มของยาเสพติดเพราะผู้ป่วยที่เคยใช้ยาเสพติดมาก่อนจะมีความยากลำบากในการประเมินว่าเป็นความปวดจริงจากโรคมะเร็งหรือเป็นความต้องการจากอาการติดยา รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่ต้องการยาแก้ปวดในขนาดยาที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งปกติ

2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นบทบาทการพยาบาลที่พยาบาลสามารถให้การดูแล

บรรเทาอาการปวดได้อย่างอิสระ กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถช่วยบรรเทาอาการปวด ได้แก่

2.1. การดูแลจัดสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้สงบ สะอาด อี้อต่อการพักผ่อนนอนหลับ รวมทั้งอาจสนับสนุนให้ญาตินำสิ่ง que ผู้ป่วยชอบมาไว้บริเวณรอบเตียงของผู้ป่วย เช่น ภาพของบุคคลที่รัก เป็นต้น (Cleary, 2000) นอกจากนี้พยาบาลยังมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เหมาะกับการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น จัดสวนหย่อม หรือ ปลูกต้นไม้รอบหอผู้ป่วยเพื่อช่วยสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สามารถเพิ่มระดับกันความปวด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปวดลดลง

2.2. การดูแลความสุขสบายให้กับผู้ป่วย มะเร็ง เช่น การจัดท่านอนเพื่อช่วยลดความปวด หรือ ดูแลที่นอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึก สุขสบาย โดยดูแลให้ที่นอนและเครื่องนอนสะอาด ไม่ เปียกชื้น ไม่แข็งหรือนิ่มจนเกินไป หรือดูแลเสื้อผ้าให้ เป็นผ้าที่อ่อนนุ่ม ไม่ระคายเคืองผิวหนังและระบาย อากาศได้ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี บริเวณลำตัว ช่องท้อง แขนขา เป็นต้น (Cleary, 2000)

2.3. การปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่ง สามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การเบี่ยงเบนความ สนใจ การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึก หายใจ การทำสมาธิ การฟังดนตรี การจินตนาการ เพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย รวมทั้งการใช้เทคนิค การสัมผัส เช่น การสัมผัสผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล ด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน หรือการนวดเพื่อผ่อนคลาย ซึ่งการนวดควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มะเร็งแต่ละราย (จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี สมจิต หนูเจริญกุล และ วราภรณ์ ไวกกุล, 2004; เทวิกา เทพญา, 2546; วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544; อุไร นิโรชนันท์, 2539; Christensen, 2011; Cleary, 2000; Ferrell-Torry & Glick, 1993; Kaliyaperumal & Subash, 2010)

2.4. การใช้ความเย็นประคบเพื่อลดความ

ปวด ความเย็นจะช่วยลดความเร็วในการนำกระแส ประสาทรับความรู้สึกปวด สามารถใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ที่ปวดภายหลังการผ่าตัด มีอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูก (Kumar, 2011) หรือประคบบริเวณที่ยาเคมี บำบัดรื้อสู่เนื้อเยื่อ แต่ถ้าเป็นยาเคมีบำบัดกลุ่มเวช ภัณฑ์ (vesicant drug) วินคาอัลคาลอยด์ (vinca alkaloids) หรือเทคแซน Taxane เช่น Vincristine, Vinblastine, Etoposide, Taxol ให้ประคบร้อน บริเวณที่มียารั่วเข้าสู่เนื้อเยื่อ จะช่วยลดอาการบวม และความปวดได้ (Newton, Hickey & Marrs, 2009)

2.5. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย เป็นการกระตุ้นให้การไหลเวียนของ เลือดดีขึ้น ลดอาการบวมปวด เช่น การแนะนำให้ ผู้ป่วยมะเร็งด้านบริหารข้อไหล่ เคลื่อนไหวแขน เพื่อป้องกันแขนบวม เป็นต้น (Newton, Hickey & Marrs, 2009) จากการใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอจำนวน 42 ราย (Mc Neely et al, 2008) พบว่า สามารถลดอาการปวดได้ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

2.6. การดูแลด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย เนื่อง จากความกลัว ความวิตกกังวล หมดหวัง ท้อแท้ ซึม เศร้า จะทำให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มมากขึ้น พยาบาล ควรดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความจริงใจ เอื้ออาทร ยิ้มแย้ม รวมทั้งควรมีการชมเชยให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและจัดการกับ ความปวดได้อย่างเหมาะสม (สำนักพัฒนาวิชาการ แพทย์ กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

2.7. การดูแลด้านสังคมและวัฒนธรรม ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม จะมีการแสดงออกของความปวดที่แตกต่างกัน ผู้ป่วย มะเร็งอาจแสดงออกด้วยอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธ หงุดหงิด เอะอะไว้วาย หรือกรีดร้อง พยาบาลควรแสดงท่าที ขอมรับด้วยความสงบระมัดระวังคำพูด รวมทั้ง การแสดงสีหน้าท่าทางที่บ่งบอกถึงความไม่พอใจ



โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยและญาติร้องขอยาบรรเทาปวด (Christensen, 2011; Newton, Hickey & Marrs, 2009)

2.8. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการบรรเทาความปวด ควรเน้นให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่า ความทุกข์ทรมานจากความปวดสามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาบรรเทาปวดอย่างถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยและญาติยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับยาบรรเทาความปวด ทั้งในเรื่องของกรคิดยา การดื้อยา รวมทั้งให้ความรู้ในการสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดการกับผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด และให้ความรู้วิธีการบรรเทาปวดด้วยการไม่ใช้ยา (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) จากการศึกษาของ จิรามาศ ชูทองรัตน์ (2551) ที่ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลจัดการความปวดด้วยตนเองกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย ซึ่งจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของความปวด ความจำเป็นและความสำคัญของการจัดการความปวดด้วยตนเอง วิธีประเมินความปวด การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา กลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งได้รับการจัดการความปวดด้วยตนเองตามปกติ ภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

2.9. การดูแลด้านจิตวิญญาณ การดูแลด้านนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ความปวดลดน้อยลง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีความคิด ความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยมะเร็งชาวมุสลิมมีความคิดว่า ต้องอดทนและทนต่อความปวดที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความเชื่อที่แข็งแกร่งในการตอบแทนสำหรับความเมตตาและการให้อภัยของพระเจ้า หรือความเชื่อในการใช้น้ำมันตักปิดเป่าความปวด (Al-Atiyyat, 2009) ดังนั้น พยาบาลควรทำ

ความเข้าใจและให้ข้อมูลที่เหมาะสมในการบรรเทาความปวด และควรอนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามความเชื่อบางอย่างได้ ถ้าไม่กระทบต่อการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Cleary, 2000)

3. การบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยา ในประเทศไทยได้ยึดหลักปฏิบัติในการบรรเทาปวดตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) (2002) ซึ่งกำหนดให้ใช้ยาบรรเทาความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเป็น 3 ขั้นบันได (3 steps ladder) ซึ่งวิธีบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยาตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกคือ

ขั้นที่ 1 ให้ยาที่ไม่มีส่วนผสมของโอปิออยด์ (non opioids) ได้แก่ ยา Paracetamol, Aspirin, NSAIDs ในผู้ป่วยมะเร็งที่ประเมินความรุนแรงของความปวดในระดับความปวดน้อย (NRS 1/10-3/10) โดยให้ร่วมกับยาเสริม (adjuvant) หรือไม่ก็ได้ ปัจจุบันยาเสริมที่ใช้ในการบรรเทาปวด ได้แก่ ยาต้านเศร้า (antidepressants) เช่น amitriptyline, imipramine, desipramine, nortriptyline หรือกลุ่มยากันชัก เช่น carbamazepine, oxcarbazepine, phenytoin, sodium valproate, gabapentin, pregabalin หรือกลุ่มยาสเตียรอยด์ (steroid)

ขั้นที่ 2 ถ้าความปวดไม่ดีขึ้นด้วยการใช้ยาตามขั้นที่ 1 หรือในผู้ป่วยมะเร็งที่ประเมินความรุนแรงของความปวดในระดับความปวดปานกลาง (NRS 4/10-6/10) ให้ใช้ยาที่มีส่วนผสมของโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioids) ได้แก่ ยา codeine, tramadol และหรือให้ยาที่ไม่มีส่วนผสมของโอปิออยด์และหรือให้ยาเสริมร่วมด้วยก็ได้

ขั้นที่ 3 ถ้าความปวดไม่ดีขึ้นด้วยการใช้ยาตามขั้นที่ 2 หรือในผู้ป่วยมะเร็งที่ประเมินความรุนแรงของความปวดในระดับปวดรุนแรง (NRS 7/10 - 10/10) ให้ใช้ยาโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioids) ได้แก่ ยา morphine, methadone, fentanyl และ

หรือให้ยาที่ไม่มีส่วนผสมของโอปิออยด์และยาเสริมร่วมด้วยก็ได้

สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจผลของการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโรค (สุภัทรี สุบงกช ศุภัญญา ควรนิคม นุจรี ประทีปวิช และเอื้อมแน สุขประเสริฐ, 2551) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่เคยใช้ยาบรรเทาปวดมาก่อนจำนวน 159 ราย และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยาบรรเทาปวดเป็นประจำจำนวน 102 ราย ได้รับยาบรรเทาปวดโดยยึดหลักปฏิบัติตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาตามหลักปฏิบัติ มีระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 ดังนั้น วิธีการบรรเทาปวดด้วยแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกเหมาะสมและสามารถควบคุมความปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งที่ เคยได้รับยาบรรเทาปวดมาก่อนและผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่เคยใช้ยาบรรเทาปวดมาก่อน นอกจากนี้ พยาบาลควรบริหารยาแก้ปวดให้เหมาะสม โดยประเมินความรุนแรงของความปวดโดยเลือกใช้วิธีการประเมินให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งแต่ละรายก่อนการให้ยาบรรเทาปวด ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามประเมินตรวจสอบความถูกต้องในการให้ยา ซึ่งควรประเมินภายหลังให้ยา 30 นาที-1 ชั่วโมง และถ้าพบว่าอาการปวดไม่ดีขึ้นควรรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อปรับยาบรรเทาปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

## สรุป

ความปวดจัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง การจัดการความปวดจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งให้ปราศจากความปวด โดยการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ให้การพยาบาลโดยการไม่ใช้ยาบรรเทาปวด และบริหารจัดการการใช้ยาบรรเทาปวดอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ พยาบาลควรพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งมีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ผิดในการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มยาโอปิออยด์ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เพราะการบรรเทาปวดอย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ลดความทุกข์ทรมานจากความปวดเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

## เอกสารอ้างอิง

จิราณี สุนทรกุล ณ ชลบุรี สมจิต หนูเจริญกุล และวารภรณ์ ไวกกุล. (2004). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 8(3), 173-181.

จิรามาศ ชูทองรัตน์. (2551). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็ง หน่วยระงับปวด โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

ซัชชัย ปรีชาไว. (2552). การประเมินและวัดความปวด. ใน ศศิกานต์ นิรมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และซัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด = Pain & pain management 2* (หน้า 27-56). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

เทวีกา เทพญา. (2546). *ผลการวัดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นาตา ลักนหทัย ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และวิจิตร ศรีสุพรรณ. (2010). ความแตกต่างระหว่างเพศสภาวะกับประสบการณ์ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งในไทย: การวิเคราะห์ด้วยแบบสมการโครงสร้าง. *พยาบาลสาร*, 37(4), 110-126.

ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ สุณี เลิศสินอุดม เอี่ยมแข สุขประเสริฐ อนัญพงษ์ พันธุ์ณี นุจรี ประทีปะวณิช สิริทิพย์ วัฒนอุดมโรจน์ อุดล จังพานิช และทศิยา เทพขุนทอง. (2551). ความสุขของความปวดและการรักษาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *จดหมายเหตุทางการแพทย์*, 91(12), 1873-1878.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2552). การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด = Pain & pain management 2* (หน้า 197-224). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. (2544). *ผลของการวัดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิมุกดา วรกุล วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และกิตติกร นิลมานัด. (2551). อุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการใช้ยา: เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(2), 70-81.

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ เต็มศักดิ์ ฟังรัมย์ และชัชชัย ปรีชาไว. (2551). ความรู้และเจตคติของนักศึกษาแพทย์ต่อความปวดจากมะเร็งและการระงับปวด.

*สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(5), 423-429.

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2553). *ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ = Textbook of pain and pain management in clinical practice*. สงขลา : ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมบุญรดี เทียนทอง นุจรี ประทีปะวณิช จุฬารณดี ลิมวัฒนานนท์ สาวิตรี เมธาพิบูลไพโรจน์ ประเสริฐเลิศสงวนสินชัย และลักขมี ชาญเวช. (2549). อาการปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาแบบสหสถาบันในประเทศไทย. *จดหมายเหตุทางการแพทย์*, 89(8), 1120-1126.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

สุกัศรี สุนงคช, สุกัญญา ควรรนิคม, นุจรี ประทีปะวณิช และเอี่ยมแข สุขประเสริฐ. (2551). การสำรวจผลของการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 4(1), 77-96.

อุไร นิโรชนันท์. (2539). *ผลการวัดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Al-Atiyyat, N.M.H. (2009). Cultural diversity and cancer pain. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(3), 154-164.

Blumenthal, D.T. (2009). Assessment of neuropathic pain in cancer patients. *Current Pain and Headache Reports*, 13(4), 282-287.

Christensen, B.L. (2011). Care of the patient with cancer. In B.L. Christensen, & E.O. Kockrow (Eds.), *Foundations and adult health*

nursing (6<sup>th</sup> ed., pp. 2014-2043). St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.

Cleary, J.F. (2000). Cancer pain management. *Journal of The Moffitt Cancer Center*, 7(2), 120-131.

Davis, M.P., Khoshknabi, D., & Yue, G.H. (2006). Management of fatigue in cancer patients. *Current Pain and Headache Reports*, 10(4), 260-269.

Dewit, S.C. (Eds.). (2009). *Medical-surgical nursing : Concepts & practice*. China: Saunders Elsevier.

Edrington, J., Miaskowski, c., Dodd, M., Wong, C., & Padilla, G. (2007). A review of the literature on the pain experience of Chinese patients with cancer. *Cancer Nursing*, 30(5), 335-346.

Eun-Ok, I., Lim, H., Clark, M., & Chee, W. (2008). African American cancer patients' pain experience. *Cancer Nursing*, 31(3), 38-46.

Eun-Ok, I., Yi, L., Hee, K.Y., & Wonshik, C. (2008). Asian American cancer patients' pain experience. *Cancer Nursing*, 31(3), 17-23.

Fainsinger, R.L. (2009). Cancer pain-come so far, but so far to go. *Pain Research Manage*, 14(5), 346-347.

Ferrell-Torry, A. & Glick, O.J. (1993). The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nursing*, 16(2), 93-101.

Kaliyaperumal, R. & Subash, J.G. (2010). Effect of music therapy for patients with cancer

pain. *International Journal of Biological and Medical Research*, 1(3), 79-81.

Kumar, S.P. (2011). Cancer pain: A critical review of mechanism-based classification and physical therapy management in palliative care. *Indian Journal Palliative Care*, 17(2), 116-128.

McNeely, M.D., Parliament, M.B., SeiKaly, H., Jha, N., Magee, D.J., Haykowsky, M.J., & Courneya, K.S. (2008). Effect of exercise on upper extremity pain and dysfunction in head and neck cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer*, 113(1), 214-222.

Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-978.

Mystakidou, K., Eleni, T., Efi, P., Emmanuela, K., Antonis, G., & Lambros, V. (2006). Psychological distress of patients with advanced cancer: Influence and contribution of pain severity and pain interference. *Cancer Nursing*, 29(5), 400-405.

Nagaviroj, K. & Jaturapatporn, D. (2009). Cancer pain-progress and ongoing issues in Thailand. *Pain Research Manage*, 14(5), 361-362.

Newton, S., Hickey, M., & Marrs, J. (2009). *Mosby's oncology nursing advisor: A comprehensive guide to clinical practice*. St. Louis: Mosby/Elsevier.

Rowswell, M. (2007). Care of the patient with cancer. In M. Walsh, & A. Crumble (Eds.). *Watson's clinical nursing and related sciences* (7<sup>th</sup> ed., pp. 187-243). Edinburgh:

Bailliere Tindall.

Ryu, E., Kim, K., Cho, M.S., Kwon, I.G., Kim, H.S., & Fu, M.R. (2010). Symptom clusters and quality of life in Korean patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer Nursing*, 33(1), 3-10.

Sikorski, K.A., & Barker, D.M. (2009). Clients with Pain. In J.M. Black, & J.H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes* (8<sup>th</sup> ed., pp. 351-384). St. Louis, MO: Saunders.

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.

Spies, C.D., Rehberg, B., Schug, S.A., Jaehnichen, G., & Harper, S.J. (2008). *Pocket*

*guide pain management*. Germany: Le-tex publishing services.

Sun, V., Borneman, T., Piper, B., Koczywas, M., & Ferrell, B. (2008). Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 65-71.

Wilson, K.G., Chochinov, H.M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P.R., Macmillan, K., Luca, M.D., O'Shea, F., Kuhl, D., & Fainsinger, R.L. (2009). Prevalence and correlates of pain in the Canadian national palliative care survey. *Pain Research and Management*, 14(5), 365-370.

World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines* (2<sup>nd</sup> ed.). Italy: World Health Organization.