แนวทางในการบรรเทาความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Cancer Pain Management Program for End Stage Cancer

พจนา ธาระณะ*
ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต**

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมีความจำเป็นโดยอาศัยหลักการทบทวนอย่างเป็นระบบจากหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพด้วยการพัฒนาแนวทางที่ดีสำหรับการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ และมีความครอบคลุมแบบองค์รวม

Abstract

Cancer pain is significant impact quality of life especially at the end stage of cancer life. By systematic review from scientific evidences for developing cancer pain management for end stage cancer is essential. Nurse also take important roles and responsible in effective cancer pain management based on systematic and holistic pain management program

ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์กรอนามัยโลก (WHO, 2010) กล่าวว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุนำการตายทั่วโลก โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 7.9 ล้านคนที่เสียชีวิตในปี ค.ศ. 2007 หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 13 ของการเสียชีวิตจากทุกๆ สาเหตุรวมกัน และคาดว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆโดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นถึง 12 ล้านคนในปีค.ศ.2030 และในจำนวนนี้ประมาณการณ์กันว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะอยู่ในภูมิภาคเอเชีย และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง หรือยากจนซึ่งยืนยันได้จากสถิติขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาถึงร้อยละ 80 ขึ้นไป เนื่องจากประชาชนในประเทศเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็ง และมีโอกาสในการเข้าถึงการบริการด้านการป้องกัน การตรวจคัดกรอง หรือการบำบัดรักษาโรคมะเร็งยังไม่เพียงพอ เนื่องจากการบำบัดรักษาโรคมะเร็งมีค่าใช้จ่ายที่สูงทำให้ทั้งภาครัฐและประชาชนเอง ไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายใน

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบรรพตพิสัย นครสวรรค์
**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้านการรักษาโรคมะเร็งได้อย่างครอบคลุมและเพียงพอ เช่นเดียวกันในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยพบว่ามะเร็งซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อและเป็นสาเหตุการตายของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยพบว่า อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550–2552 เพิ่มขึ้น จาก 84.9 เป็น 87.6 และ 88.34 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2553:3) ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมารับการรักษาเมื่อโรคอยู่ภาวะรุนแรง หรือมีการแพร่กระจายของเนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง หรืออวัยวะอื่นๆ แล้ว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายเกิดขึ้นมาก และความไม่สุขสบายที่พบบ่อยเป็นอันดับแรกคือ ความเจ็บปวด (World Health Organization, 2010) และปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามเกินกว่าจะรักษาให้หายได้นั้นมีความปวดร่วมด้วยถึงร้อยละ 60–90 และในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 เสียชีวิตในขณะที่ได้รับการบำบัดความปวดที่ไม่เพียงพอ และที่เหลือไม่เคยได้รับการบำบัดความปวดเลย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547 : คำนำ) ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นภาวะที่เกิดจากการที่มะเร็งลุกลามไปยังเนื้อเยื่อ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากก้อนทูมที่ขยายใหญ่ไปกดทับและแพร่กระจายไปสู่ส่วนต่างๆ ของอวัยวะอื่นหรืออวัยวะใกล้เคียงในร่างกายและส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวดเรื้อรังก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากจะเกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ เนื่องจากการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแบบซับซ้อนต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยต้องขาดงานและขาดรายได้ ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการรักษาเพิ่มขึ้นสิ้นเปลืองงบประมาณของประเทศในการสนับสนุนการรักษามากขึ้น (จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551 : 1) โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว เนื่องจากโรคลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยเหล่านี้ทีมผู้รักษาเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งส่วนใหญ่ มักตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือศูนย์บำบัดโรคมะเร็งเฉพาะทาง อย่างไรก็ตามจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้มักมีปัญหาความเจ็บปวดเรื้อรัง และรุนแรง บ่อยครั้งจึงพบว่าญาติผู้ป่วยต้องนำผู้ป่วยกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลอีก โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้บ้านหรืออยู่ในพื้นที่ เพราะผู้ป่วยเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และญาติผู้ดูแลไม่สามารถช่วยจัดการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยได้ดีเพียงพอ เนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการความเจ็บปวดในระดับที่เพียงพอ ดังนั้นเพื่อให้ช่วยบรรเทา หรือจัดการกับความเจ็บปวดได้มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลชุมชนจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชนจะต้องวิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมความปวดจากโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบันว่ามีจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรคอย่างไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการบรรเทา/ควบคุม/จัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นเป็นระบบและเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในทีมผู้ดูแล และสามารถช่วยเหลือบรรเทาหรือจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เน้นรับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการใช้ยาบรรเทาปวดตามชนิด และความรุนแรงของความปวด แต่พบว่าแม้ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับยาแก้ปวดอย่างสม่ำเสมอแล้ว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังมีอาการปวดอยู่ เนื่องจากความปวดนอกจากจะเกิดจากปัจจัยด้านสรีระแล้วยังมีปัจจัย

ด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องดังเช่น วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์อ้างตามการศึกษาของเฟลเรล (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544 : 2) อธิบายความปวดจำแนกเป็น 4 มิติ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคมและ 4) ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งพบว่าการบรรเทาความปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถบำบัดความปวดที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด จำเป็นจะต้องนำเอาวิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological intervention) มาเสริมกับการใช้ยาจึงทำให้การบำบัดความปวดในผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ โดยที่ยาแก้ปวดจะบรรเทาความปวดที่มีสาเหตุจากสรีระเป็นสำคัญ ในขณะที่วิธีบรรเทาปวดที่ไม่ใช้ยาจะช่วยบรรเทาความปวดที่มีสาเหตุจากปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามบูรณาการการบำบัดตามภูมิปัญญาไทยรูปแบบต่างๆ มาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และจัดบริการการดูแลรักษาแบบทางเลือก (Alternative therapy) หรือการบำบัดเสริม (Complementary therapy) เช่น ธรรมชาติบำบัด การแพทย์พื้นบ้านต่างๆ รวมถึงการใช้สมุนไพร การนวด ประคบ อบสมุนไพร การสัมผัสบำบัด มาผสมผสานกันเรียกว่า การดูแลแบบผสมผสาน (Integrative therapy) (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544 : 2) ซึ่งการดูแลแบบผสมผสานนี้มีพื้นฐานมาจากการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายใส่ใจในความสัมพันธ์ทั้ง 4 มิติของคน และคำนึงถึงส่วนที่เป็นความแตกต่างระหว่างบุคคลในการแสดงออกภายใต้การผสมผสานสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544 : 2)

สำหรับศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับใกล้บ้านประชาชนในท้องถิ่นที่สุดที่มีบุคลากรสุขภาพครบถ้วน ครอบคลุมตั้งแต่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นนอกเมืองทั้งในและนอกเขตเทศบาล เขตสุขาภิบาลในระดับอำเภอ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ประชาชนประกอบอาชีพด้านการเกษตร และคุ้นเคยการการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ บ้างแล้ว โรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ มีขนาดตั้งแต่ 30-90 เตียง มีจำนวนชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบประมาณ 50- 200 ชุมชน มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบทั้งหมดอยู่ในระดับหลักหมื่นคน มีโรงพยาบาลเครือข่ายอยู่ในระดับตำบล และหรืออาจเป็น PCU แม่ข่ายอีกจำนวนหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายที่ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์บำบัดโรคมะเร็งระดับเขต เพื่อกลับไปนอนพักที่บ้านเพื่อรอวาระสุดท้ายแล้วต้องย้อนกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนอีกครั้งแบบผู้ป่วยในอีกเป็นจำนวนหลายร้อยรายต่อโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และยังพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่วัยกลางคนไปจนถึงผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสซึ่งอยู่ในวัยใกล้เคียงกันเป็นผู้ดูแล

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผ่านมาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเน้นการดูแลแบบประคับประคองบรรเทาอาการปวด หรืออาการไม่สุขสบายอื่นๆ เท่าที่ทำได้โดยให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายๆ ไปอยู่แล้ว ส่วนใหญ่การดูแลเน้นการรักษาตามอาการด้วยการให้ยาระงับอาการปวด และผู้ป่วยแต่ละคนมีการตอบสนองต่อยาแก้ปวดแตกต่างกัน โดยยังมีการสร้างการมีส่วนร่วมจากญาติผู้ดูแลไม่มากนัก เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเพิ่มขึ้นญาติหรือผู้ป่วยจะมาขอยาบรรเทาปวดซ้ำ เมื่อความทนต่อยาลดลง และบางรายอาการปวดกำเริบก่อนเวลาที่ควรจะให้ยาแก้ปวดมื้อต่อไป ทำให้พยาบาลไม่สามารถตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวดหรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยตอบ

สนองต่อการให้ยาระงับปวดแตกต่างกัน อาการเจ็บปวดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย และญาติเกิดความวิตกกังวล และไม่พึงสบายใจ หรือบางครั้งลุกลามกลายเป็นความไม่พอใจในการบริการที่ได้รับ ดังนั้นหากมีการเปิดโอกาสให้ญาติหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่ต้น และมีการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับกระบวนการ ขั้นตอนการบรรเทา หรือจัดการความปวด และร่วมมือกันค้นหาวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยทั้งแบบใช้ยา และแบบไม่ใช้ยาด้วยการเสริมกำลังใจ และเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดน่าจะช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลง และลดระดับความไม่พึงพอใจของญาติผู้ดูแลได้ด้วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ควรมุ่งเน้นที่การช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสงบด้วยการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเสริมเพื่อบรรเทาความปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ ได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม แนวทางในการให้การพยาบาลแบบเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในทีมผู้ดูแลนั้นยังไม่แพร่หลาย และในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีการดูแลที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน อีกทั้งทางโรงพยาบาลยังขาดแคลนพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เผชิญอาการปวดยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและอาการทุกข์ทรมานที่คุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะในด้านจิตใจ ความเจ็บปวดจากมะเร็งอาจก่อให้เกิดความเครียด และความท้อแท้สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ ความเจ็บปวดยังเป็นความรู้สึกที่มีอิทธิพลอย่างมากในการทำลายความผาสุก รวมทั้งรบกวนการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยความปวดในโรคมะเร็งระยะสุดท้ายนี้ อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา และความเจ็บปวดยังเกิดได้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะ โดยเฉพาะเมื่อโรคมะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย หรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย วัย 78 ปี มาโรงพยาบาลด้วยการส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลจังหวัดด้วยโรคมะเร็งปอดระยะแพร่กระจายไปที่ตับและถูกส่งตัวกลับบ้านเนื่องจากแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะได้อยู่ใกล้ชิดญาติ และครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต และแผนการรักษามีเพียงการบรรเทาตามอาการเท่านั้น แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้เพียงวันเดียว ญาติผู้ป่วยจำเป็นต้องนำผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนอีกครั้งเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดที่ไม่บรรเทาด้วยยาแก้ปวดแบบรับประทานที่มีอยู่ จึงนำผู้ป่วยกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรักษาอาการปวดอีกครั้ง โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทา หรือควบคุมอาการปวดได้ดีกว่าอยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตาม อาการเมื่อแรกรับในโรงพยาบาลชุมชนพบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ บ่นแน่นหน้าอก แน่นท้อง ปวดท้องข้างขวามากแต่พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นไม่มีการประเมินและลงบันทึกคะแนนความปวดว่าอยู่ในระดับใด ผู้ป่วยยังมีอาการท้องอืดโต ระดับความเข้มข้นออกซิเจนร้อยละ 92 การควบคุมอาการปวดดำเนินการด้วยการให้ยามอร์ฟีนขนาด 3 มิลลิกรัม เจือจางเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง และดูแลให้นอนศีรษะสูง ดูแลให้ออกซิเจนทางสายแคนนูล่าปริมาณ 3 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลมเวนโทลินอัตราส่วน1ต่อ 3 ทุก 4-6 ชั่วโมง สลับกับการให้ยาเบอราดูออล (Beradual NB) ในอัตราส่วน1 ต่อ 3 ทุก 4-6 ชั่วโมง หลังจากได้ยาบรรเทามอร์ฟีนขนาด 3 มิลลิกรัมเจือจางในสารน้ำและหยดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ยังคงไม่พบว่าพยาบาลมีหรือไม่มีการติดตามประเมินผลการจัดการความปวดว่าบรรเทามากน้อยหรือ ดีขึ้น หรือทุเลาอาการปวดลงบ้างหรือไม่ และไม่สามารถระบุได้ว่าหากมีการประเมินใช้วิธีการใดในการประเมิน เมื่อผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่องอีก 2 วัน พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีความต้องการยาแก้ปวดถี่ขึ้น พยาบาลได้รายงานแพทย์เพื่อขอยาแก้ปวดเพิ่มให้กับผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับยา

บรรเทาความปวดเพิ่มอีกชนิด คือยาทรามาดอล (Tramadol) ขนาด 50 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งๆ แต่พบว่าไม่สามารถบรรเทาอาการปวดให้กับผู้ป่วยได้เพียงพอ ในวันที่สามของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังรายงานว่ามีอาการปวดมากขึ้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเริ่มต้นการให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยการพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ และรายงานแพทย์ทราบ แต่ไม่มีการให้ยาบรรเทา หรือควบคุมอาการปวดเพิ่มเติม หลังจากกิจกรรมการเสริมกำลังใจประมาณอีก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้นและปวดมากแต่พยาบาลทำได้เพียงการรอจนครบกำหนดฉีดยาแก้ปวดครั้งต่อไป พยาบาลจึงฉีดยาแก้ปวดมอร์ฟีนให้กับผู้ป่วยอีกครั้งพร้อมกับการดูแลพ่นยาขยายหลอดลมให้ แต่ผู้ป่วยไม่ทุเลาอาการเหนื่อยหอบและอาการปวด ผู้ป่วยมีอาการหายใจลบากเพิ่มขึ้น (Air hunger) โดยที่ญาติผู้ป่วยแจ้งความจำนงไม่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation : CPR) อีกและในที่สุดอีกไม่กี่นาทีต่อมา ผู้ป่วยหยุดหายใจและเสียชีวิตโดยมีญาติอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด

การวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างด้วยระบบ SWOT analysis เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการบรรเทาความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการส่งตัวกลับมาของโรงพยาบาลจังหวัด และศูนย์มะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวในวาระสุดท้าย ซึ่งพบว่าเป็นปัญหามากกว่าที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวเนื่องจากทั้งทีมสุขภาพและญาติยังไม่พร้อมในการจัดการบรรเทาอาการปวด และอาการไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายเพียงพอ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่มีแนวทางในการดูแลการบรรเทาความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จุดแข็ง (Strengths) คือนโยบายระดับชาติและระบบสาธารณสุขของไทยตั้งเป้าหมายให้การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และโรครุนแรงในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติและแวดล้อมด้วยบรรยากาศที่อบอุ่นจากญาติพี่น้อง โดยเห็นได้จากลักษณะผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในเป็นประเภทผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปีและโรงพยาบาลที่ส่งตัวผู้ป่วยกลับมามีเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดโดยบูรณาการการช่วยเหลือระหว่างทีมสุขภาพและทีมญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจึงพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตามข้อมูลสถิติของทุกโรงพยาบาล

จุดอ่อน (Weakness) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบำบัดในระดับโรงพยาบาลชุมชนโดยทีมสุขภาพพกลับพบว่าการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่มีการบูรณาการกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ยังไม่มีแนวทางในการดูแลพัฒนาการบรรเทาความปวดแบบครอบคลุมทั้งการใช้ยา และการไม่ใช้ยา หรือการประยุกต์ภูมิปัญาท้องถิ่นที่ชัดเจน และยังไม่สะท้อนบทบาทของทีมพยาบาลที่รับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง การบรรเทาและควบคุมความปวดจากโรคมะเร็งยังมีแนวทางการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันและไม่มีมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ยังเป็นการดูแลตามประสบการณ์ในการบรรเทาความปวดของพยาบาลแต่ละคน การดูแลจะเน้นปฏิบัติงานตามหน้าที่ การฉีดยาตามเวลา การตรวจบันทึกสัญญาณชีพ และประการสำคัญพยาบาลที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ยังไม่เคยผ่านการฝึกอบรม หรือเตรียมความรู้ทัศนคติ และทักษะการบรรเทา จัดการความปวดสำหรับโรคมะเร็งแบบก้าวหน้า (Advance) ทำให้ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังพบว่ายังไม่สามารถบูรณาการการบรรเทาความปวดกับวิธีการบำบัดเสริม หรือการบำบัดทางเลือกอื่นๆ และยังไม่มีการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือการบริการแผนไทยที่มีให้บริการอยู่แล้วในโรงพยาบาลชุมชนให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการบรรเทาความปวดแบบบูรณาการได้

อย่างไรก็ตามโอกาสพัฒนา (Opportunities) มีดังต่อไปนี้ คือจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการรักษาต้องใช้เวลานานและค่าใช้จ่ายสูง โรงพยาบาลมีเป้าหมายที่ชัดเจน

ที่ต้องการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีมาตรฐาน เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพโรงพยาบาลในการตรวจสอบจากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นโยบายโรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย

สำหรับอุปสรรค (Threats) ที่วิเคราะห์ได้ในปัจจุบันพบว่า ปัจจุบันทีมสุขภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดแนวทาง/รูปแบบ/โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อใช้ในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนในการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประกอบการสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายในระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีประสิทธิภาพขึ้น ครอบคลุมการกำหนดกรอบคำจำกัดความผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม หรือมีการกระจายของโรคไปยังระบบต่างๆของร่างกาย และไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีการใดๆ (ชาลิยา วามะลุน และคณะ, 2551: 10) สำหรับความหมายของความปวดตามคำจำกัดความของสมาคมการศึกษาความปวดสากล (International Association for the Study of Pain) ได้ให้หมายว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ และความรู้สึกไม่สุขสบายและไม่พึงปรารถนาของบุคคลซึ่งสัมพันธ์กับการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรภาพของมะเร็งเพื่ออธิบายกลไกความปวดที่เกิดขึ้น อธิบายได้ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อย ซึ่งเป็นผลจากเซลล์เนื้อร้ายที่เจริญเติบโตผิดปกติ มีการแผ่แทรกซึมเบียดเข้าไปในเซลล์ของร่างกายปกติและบริเวณที่อยู่ใกล้เคียงทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดและเซลล์มะเร็งยังมีการแพร่กระจายทางหลอดโลหิตและหลอดน้ำเหลืองที่กระจายอยู่ทั่วทุกอวัยวะของร่างกายและลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น อุบัติการณ์ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค ซึ่งความปวดพบได้ทุกระยะของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลามร้อยละ 60-90 จะมีความปวดที่รุนแรงและร้อยละ 81 มีความเจ็บปวดมากกว่า 2 ตำแหน่ง (จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551 : 8-9) โดยพบว่าความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามเป็นผลมาจากทั้งก้อนมะเร็งโดยตรงโดยพบร้อยละ 60-85 เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งขยายตัวทำลายเนื้อเยื่อและกดเบียดเส้นประสาทที่มาเลี้ยงอวัยวะที่เป็นมะเร็งและอวัยวะใกล้เคียง หรือจากการที่ก้อนลุกลามไปอวัยวะต่างๆ เช่น กระดูก ทำให้เกิดอาการปวดในกระดูก ตับ สมอง ลำไส้ เป็นต้น ความปวดนี้เรียกรวมกันว่าความปวดนอซิเซฟทิฟ (Nociceptive pain) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554 : 150) และยังพบว่ามีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ได้แก่ สารพี (Substance P) ซีโรโทนิน (Serotonin) แบรดดีไคนิน (Bradykinin) โปรสตาแกลนดิน โปรสตาแกลนดินอี1 (Prostaglandin E1) และโปรสตาแกลนดินอี 2 (Prostaglandin E2) และโปตัสเซียมที่มีบทบาททำให้ตัวรับความปวด (Nociceptor) เกิดความไวต่อการรับรู้ความปวดมากขึ้น ส่วนเซลล์มะเร็งที่ลุกลามไปอวัยวะภายในเป็นความปวดที่เกิดจากตัวกระตุ้นความปวดอวัยวะภายใน (Visceral nociceptive pain) หรือการกระจายของมะเร็งไปที่เส้นประสาท เมื่อใยประสาทส่วนปลายได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายทำให้เกิดการขัดขวางการนำสัญญาณประสาทรับความรู้สึก การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติหรือเสื่อมไป (Dysesthesia) ทำให้ปวดแบบตื้อๆ ตลอดเวลา อาจชาและปวดแสบปวดร้อน (Neuropathic pain) (ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 13-14) ส่วนความปวดที่เกิดจากการรักษามะเร็งด้วยการผ่าตัด ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา พบได้ร้อยละ 15-25 (จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551:10) เช่นการที่เยื่อบุช่องปากหรือหลอดเลือดดำอักเสบจากยาเคมีบำบัด หรือเส้นประสาทถูกทำลายด้วยรังสี นอกจากนี้ยังมีความปวดที่เกิดจากจิตใจ (Psychogenic pain) อาจเกิดโดยไม่มีสาเหตุจริงหรือมีสาเหตุจริงแต่อาการปวดจะปวดมากกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ป่วยมักมีอาการซึมเศร้า โกรธ วิตกกังวล รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับเพราะผู้ป่วยมักปวดเวลากลางคืนมากกว่า

กลางวัน อาจเป็นเพราะหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง (นิยา สออารีย์,2546 : 10) ควบคุมอารมณ์และไม่ค่อยมีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมทำให้ความปวดเรื้อรังและรุนแรงมากขึ้น

ในทางปฏิบัติพบว่ามีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหลายประการทั้งที่เกี่ยงข้องกับระบบบริการสุขภาพ บุคลากร(แพทย์ พยาบาล) และจากตัวผู้ป่วยและญาติ ในส่วนของระบบบริการสุขภาพพบว่า หลายหน่วยงานมีความตื่นตัวและให้ความสำคัญในการจัดการความปวด แต่การให้บริการเพื่อบรรเทา หรือควบคุมความปวดยังไม่เป็นระบบ ไม่มีการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบรองรับ และไม่มีการจัดบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเรื่องนี้มารับผิดชอบโดยตรง การให้บริการยังขาดการประเมินและบันทึกความปวดอย่างเป็นระบบและไม่มีประสิทธิภาพ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554 : 158)

ในด้านบุคลากรพบว่า การขาดความรู้และทักษะ และมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินปวด การบันทึก การรายงาน การใช้ยาแก้ปวด โดยเฉพาะยากลุ่มโอปิออยด์ รวมถึงวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช้ยา เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, ชัชชัย ปรีชาวัย, 2553 : 423-429) ในเวลาเดียวกันในด้านตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยังพบว่าผู้ป่วยและญาติที่มักมีความกลัว และข้อกังวล (Concerns) โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแก้ปวด ทั้งผู้ป่วยและญาติมักกลัวว่าจะเกิดการดื้อยาแก้ปวด กลัวติดยาแก้ปวด และกลัวไม่มีความสามารถเพียงพอหรือไม่มั่นใจในการติดตามอาการได้ด้วยตนเอง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554 : 158) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ และการทบทวนความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกด้วยการใช้ผลงานวิจัยเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ และค้นหาว่า มีวิธีการใดที่จะช่วยบรรเทาความปวดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้คำสำคัญการสืบค้น ได้แก่ พยาบาลกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง, ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง, cancer pain, cancer pain management, effective of complementary cancer pain และมีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมทุกระดับ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 – 2008 เลือกงานวิจัยทุกระดับ ผลการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้นสรุปได้ดังนี้ การศึกษาของจิรามาศ ชูทองรัตน์. ในปี พ.ศ. 2551(จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551 : 27-28,56-58) เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง ต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งหน่วยระงับปวด โรงพยาบาลมหาราชนครซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ประกอบด้วย แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งขณะอยู่ที่บ้าน ความหมายของความเจ็บปวดในโรคมะเร็ง ความจำเป็นและความสำคัญของการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง วิธีการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดชนิดที่เป็นตัวเลข วิธีการบันทึกการรายงานความเจ็บปวดและวิธีการบันทึกจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองที่บ้าน การจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยาและการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นจังหวะหรือการทำสมาธิ มอบคู่มือให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้มีการซักถามข้อสงสัยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลงและมีความพึงพอใจมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและทำให้การจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ส่วนการศึกษาของทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 23-41,113 เรื่องการรับรู้ความสามารถและการ

ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) ถึงวิธีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การใช้ความร้อนหรือความเย็น ดนตรีบำบัด (Music therapy) การนวด (Massage) การทำสมาธิ (Meditation) การจินตภาพ (Imagery) การสัมผัส (Touch) และการสัมผัสบำบัด (Touch therapy) พบว่าสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลในการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยได้โดยต้องมุ่งพัฒนาความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาโดยวิธีไม่ใช้ยา และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลที่รับผิดชอบและผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น คเวคคีบูมและคณะ (Kwekkeboom et al., 2008 : 185 – 194) ซึ่งเป็นการทบทวนเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการควบคุมความปวดกด้วยวิธีการสร้างจินตภาพ พบว่าการลดความปวดโดยการสร้างจินตภาพ (Imagery) และการผ่อนคลายเป็นวิธีการเบี่ยงเบนความคิดของผู้ป่วยออกจากความปวดไปสู่สถานที่ที่สร้างความพึงพอใจเพื่อให้ละทิ้งสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในขณะนั้น ตัวอย่างเช่นผู้ป่วยอาจจินตนาการถึงชายหาดหรือเนินเขาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการผ่อนคลายและการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและออกกำลังกายแบบผ่อนคลายทางร่างกายหรือจิตใจ เพื่อคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและเพื่อลดความเครียดทางอารมณ์ ผ่อนคลายความตึงเครียด พบว่ากระตุ้นให้เกิดการตอบสนองที่สามารถบรรเทาอาการปวดให้ทุเลาความรุนแรงลงได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบผ่อนคลาย เช่นการหายใจลึกและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีประโยชน์ในการรักษาอาการปวดมะเร็งสำหรับผู้ป่วยบางราย (Robb, K. A., Williams, J. E., Duvivier, V., & Newham, D.J.,2006 : 82 – 90)

สำหรับการศึกษาของกอร์ดอน และคณะ (Gordon D.B.,et al., 2005 : 1574 – 1580) เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ สรุปได้ว่า สมาคมความปวดสหรัฐอเมริกา (American pain society : APS) ได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวด เพื่อให้การจัดการความปวดแบบเฉียบพลันและความปวดจากโรคมะเร็งดีขึ้น โดยปรับจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาในปี ค.ศ.1995 และได้ทำข้อเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดเพิ่มเติม คือ

– การประเมินความปวด ควรมีมาตรฐานเป็นระบบ กำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 มีการบันทึกให้เห็นอย่างชัดเจน และสามารถนำมาจัดการปวดได้อย่างรวดเร็ว

– การประเมินความปวด ไม่จำเป็นต้องประเมินเฉพาะความรุนแรง ต้องประเมินตำแหน่งลักษณะความปวด และปัจจัยอื่นๆ รวมถึงผลกระทบของความปวด การรักษาและผลการรักษาที่ได้รับมาก่อน

– บุคลากร ควรติดตามประเมินผลของการจัดการความปวด รวมถึงอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการความปวด และรักษาตามความจำเป็น โดยมีเป้าหมายให้คะแนนความปวดที่รุนแรงที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาต่ำกว่า 4 จากคะแนนเต็ม 10 ข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย

1. ประเมินความปวด

1.1 ประเมินความปวดในมะเร็งทุกรายทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยถามระดับความปวดขณะนี้ ถ้ามีอาการปวดสอบถามความในรอบ 24 ชั่วโมง หรือรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาด้วย โดยถามความปวดรุนแรงที่สุด ความปวดน้อยที่สุด ความปวดโดยเฉลี่ย (Gordon D.B., et al., 2005 : 1577)

1.2 ประเมินความปวดควรครอบคลุมทุก 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Pain intensity score)

ความคิด ความเชื่อและการให้ความหมายความปวด) ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด สาเหตุความปวด (ชนิดและตำแหน่งของโรค ระยะของโรคมะเร็ง การรักษา ระยะเวลาที่ปวด จำนวนตำแหน่งที่ปวด) สภาพอารมณ์ (วิตกกังวล กลัว ซึมเศร้า) สังคม (ความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อน กลุ่มผู้ป่วย สัมพันธภาพกับผู้อื่น) จิตวิญาณ (ความเชื่อทางศาสนา ความหวัง ความหมายของชีวิต) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554 : 168)

1.3 ประเมินระดับความปวด (Pain intensity) ของผู้ป่วย โดยใช้ Numeric rating scale (จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551 : 7,27–28) เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นตัวเลข 0–10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และคะแนน 10 หมายถึง ความเจ็บปวดมากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยมี คะแนนความเจ็บปวด 1–3 หมายถึง มีความเจ็บปวดเล็กน้อยคะแนนความเจ็บปวด 4–6 หมายถึง มีความเจ็บปวดปานกลาง และคะแนนความเจ็บปวด 7–10 หมายถึง มีความเจ็บปวดรุนแรง

1.4 กำหนดความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 คือ ให้มีการประเมินความปวดผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกวัน และบันทึกเป็นหลักฐานเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่น (Gordon D.B., et al., 2005 : 1574–1580)

2. หลักการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งเน้นตามความรุนแรงของความปวดโดยกำหนดให้ยาเป็นลำดับ

3. ขั้นบันได้ 3 ขั้น (WHO, 2010) คือขั้นที่ 1 ปวดเล็กน้อย ใช้ยากลุ่มไม่เข้าโอปิออยด์ ได้แก่ อเซตามิโนเฟน อเซทิลซาลิไซลิก เอซิด ในผู้ป่วยที่ปวดเล็กน้อยจนถึงปานกลาง โดยอาจให้ร่วมกับยาบรรเทาอาการอื่นๆ หรือไม่ก็ได้ ขั้นที่ 2 ปวดปานกลาง ให้ยากลุ่มโอปิออยด์ ที่มีฤทธิ์อ่อน ได้แก่ โคเดอีน ทรามาดอล ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอากรปวดปานกลางจนถึงระดับรุนแรงและอาการไม่ดีขึ้นเมื่อดูแลตามขั้นตอนที่ 1 แล้ว นิยมให้ยากลุ่มที่ไม่เข้าโอปิออยด์ และยาบรรเทาอาการเสริมร่วมกัน ขั้นที่ 3 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงและปวดมากไม่สามารถบรรเทาได้จากการดูแลขั้นตอนที่ 2 แล้วจำเป็นต้องพิจารณาให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์แรง ได้แก่มอร์ฟีน ออกซิโคโดน ไฮโดรมอร์ฟีน เฟนมานิล และเมทาโดน ซึ่งยาในกลุ่มนี้ ไม่มีขนาดยาสูงสุดสำหรับความปวดรุนแรง และอาจจะพิจารณาให้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยากลุ่มบรรเทาอาการอื่นๆ ได้ สำหรับการให้ยากลุ่มโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์สั้นควรให้ทุกๆ 4 ชั่วโมง โดยการให้ทางช่องปากจะออกฤทธิ์สูงสุดภายในเวลา 60 นาที หากฉีดให้ทางใต้ผิวหนัง ยาจะออกฤทธิ์ภายในเวลา 30 นาที และทางหลอดเลือดดำ ยาออกฤทธิ์ภายในเวลา 15 นาที ยกเว้นยาเฟตานิลชนิดแปะผิวหนังที่ออกฤทธิ์ลดปวดในเวลา 8 – 12 ชั่วโมง และเปลี่ยนแผ่นยาได้ทุกๆ 72 ชั่วโมง การเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับชนิดของความปวด ควรเริ่มต้นให้ยาเมื่ออาการปวดเริ่มปวดไม่มาก โดยไม่ต้องรอจนอาการปวดสูงสุดจนทนไม่ไหว โดยจากยากลุ่มไม่เข้าโอปิออยด์ และติดตามอาการปวดเป็นระยะทุก 1/2 – 1 ชั่วโมง หากพบว่าอาการปวดยังไม่ดีขึ้นให้เพิ่มยาที่ออกฤทธิ์แรงขึ้นเช่นยากลุ่มโอปิออยด์ สำหรับอาการปวดเนื่องจากการระคายเคืองประสาท (Neuropathic pain) ให้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์แล้วไม่ตอบสนองจำเป็นต้องเสริมด้วยยาอื่นๆ แต่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มเดียวกันหลายชนิดในเวลาเดียวกัน เช่น ยาแก้อักเสบกลุ่มที่ไม่เข้าสเตียรอยด์ (NSAIDs) ควรเลือกใช้เพียงชนิดเดียวในช่วงเวลาหนึ่งๆ เพราะมีความเสี่ยงเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ และควรพิจารณาใช้วิธีการที่ไม่คุกคามก่อน เช่น ใช้การรับประทาน เนื่องจากความปวดจากโรคมะเร็งมักเกิดแบบคงที่ จึงควรพิจารณาให้ยาตามเวลา (Around the clock) แต่เมื่อมีความปวดเพิ่มขึ้นอีก (Breakthrough pain) จึงพิจารณาให้ยาอื่นๆ เสริมเพิ่มเติมอีกครั้ง

3. หลักการบริหารยาแก้ปวดที่ควรคำนึงถึงเสมอคือ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554 : 168)

3.1 ให้ยาแก้ปวดตามเวลา โดยตรวจสอบความถูกต้องของชนิด ขนาด วิถีทางที่ให้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3.2 ติดตามผลของยาแก้ปวดหลังให้ยา 30 นาที – 1 ชั่วโมง หากพบว่า

- อาการปวดลดลงน้อยมากหรือไม่ลดลง คะแนน NRS ≥ 7 (คะแนนเต็ม 10) คือ รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนขนาดยา และให้ยาเพิ่มเติมทันที

- อาการปวดลดลงบ้าง คะแนน NRS 4-6 พิจารณาบริหารยาแบบเมื่อผู้ป่วยร้องขอ เป็นให้ยาตามเวลา และรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนขนาดยาตามความเหมาะสมต่อไป

- อาการปวดลดลงมาก คะแนน NRS ≤ 3 บริหารยาตามแผนการรักษาต่อไป

3.3 สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด โดยประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและให้ความรู้โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติให้ถูกต้อง ร่วมกับสังเกตผลอาการข้างเคียง (ยาโอปิออยด์ เช่น คลื่นไส้ ท้องผูก คันฯลฯ ยาแก้อักเสบชนิดไม่เข้าสเตียรอยด์ เช่น ปวดท้อง ถ่ายดำ)

3.4 สังเกตผลอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดบันทึก ถ้ามีผลข้างเคียงรายงานแพทย์

3.5 ในรายที่ปวดปานกลางถึงรุนแรงและการสั่งการรักษาด้วยยาแก้ปวดไม่เป็นตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกแนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนการรักษา

4. การลดปวดโดยการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

4.1 เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การนวด การใช้ความเย็น การใช้ความร้อน (ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 26-30,33-37) ตัวอย่างเช่น การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ (Breathing relaxation/Rhythmic deep breathing) วิธีนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวตามธรรมชาติ ลดการกระตุ้นประสาทซิมพาเททิก ทำให้ทั้งร่างกาย และจิตใจผ่อนคลาย บรรเทาความปวด และความรู้สึกกลัวได้

4.2 การลดความปวดโดยสร้างจินตภาพ (Imagery) และการผ่อนคลายเป็นวิธีการเบี่ยงเบนความคิดของผู้ป่วยออกจากความปวดไปสู่สถานที่ที่สร้างความพึงพอใจเพื่อให้ละทิ้งสิ่งที่เกิดความเครียดในขณะนั้นไป (Kwekkeboom et al., 2008 : 185 - 194 ; ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 37)

4.3 วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นวิธีการเบี่ยงเบนความคิดของผู้ป่วยออกจากความปวดไปสู่สิ่งอื่น ตัวอย่างเช่น การฟังดนตรี เรื่องตลกขำขัน การร้องเพลง การดูโทรทัศน์ การพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจ หรือทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ เป็นต้น (ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 23-25)

4.4 ดนตรีบำบัด (Music therapy) ดนตรีช่วยให้ผ่อนคลายเบี่ยงเบนความสนใจ มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกแยกตัว ช่วยส่งเสริมการรักษาฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจให้ดีขึ้น) (ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 31-33)

4.5 การทำสมาธิ (Meditation) ช่วยให้จิตไม่หวั่นไหวไม่เศร้าหมอง (ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 35-36 ; จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551 : 24) ด้วยการฝึกจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย มุ่งความสนใจไปกับสิ่งใด สิ่งหนึ่งเพียงประการเดียว เช่น กำหนดลมหายใจเข้าออก การยุบพองของหน้าท้อง หรือการรับรู้สติรับรู้อิริยาบทของร่างกาย จิตใจตลอดเวลา รูปแบบการทำสมาธิอาจพิจารณาเลือกให้สัมพันธ์กับหลักความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยแต่ละคน จะช่วยให้ปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น

4.6 การสัมผัส (Touch) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบำบัดรักษาทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจกล่าวได้ 2 ลักษณะคือการสัมผัส (Touch) คือการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด เป็นการรับรู้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทางผิวหนัง เป็นการแตะต้องตัวกันเพื่อให้ผู้ที่ได้รับมีความสุขสบาย อบอุ่นใจ ปลอดภัย หรือผู้เชี่ยวชาญ มุ่งหรือเพ่งจิตออกไปเพื่อหวังให้เกิดการบรรเทาปวด (ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์, 2546 : 38-40)

4.7 การนวด (Massage) ปัจจุบันนับเป็นบริการแพทย์แผนไทยที่บูรณาการอยู่ในการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชนอยู่แล้ว นอกจากการนวด

ยังผสมผสานด้วยการประคบสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดทั่วไป จึงเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยผลจากการศึกษาของวันเพ็ญ บุญสวัสดิ์ พบว่า ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการปวดในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง นอกจากการใช้ยาแก้ปวดตามเวลาแล้ว อาจยังไม่เพียงพอที่จะบรรเทาความไม่สุขสบาย และอาการปวดได้ หากพยาบาลหรือญาติผู้ดูแลเสริมด้วยการนวดผ่อนคลายเบาๆ จะช่วยบรรเทาอาการปวดและเบี่ยงเบนความกังวลของผู้ป่วยลงได้ ในเวลาเดียวกันผู้ป่วยยังรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ และสบายใจขึ้น จากการที่มีคนให้ความสนใจ สัมผัสอย่างตั้งใจและเต็มใจ ซึ่งไม่มีผลเสีย และไม่ขัดแย้งกับผลการรักษาแผนปัจจุบัน หลักการนวดแผนไทยขั้นพื้นฐานตามแนวทางของวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เน้นรูปแบบการนวดทั้งการกด การคลึง การบีบ การดึง การบิด การดัด การทุบหรือการสับด้วยฝ่ามือ หรือสันมือ แต่ไม่นิยมใช้การเหยียบสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีกระดูกและโครงสร้างร่างกายเปราะบาง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักและข้อเคลื่อนได้ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาข้อบ่งห้ามในการนวดอื่นๆ ทั่วไปอีกด้วย เช่น ไม่นวดในขณะมีไข้สูง มีการอักเสบ เป็นโรคผิวหนัง หรือไม่นวดตรงบริเวณอวัยวะที่เป็นโรคมะเร็งโดยตรง เป็นต้น เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้นได้

5. โปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง (จิรามาศ ชูทองรัตน์, 2551 : 7) และพยาบาลต้องร่วมตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวเพื่อลดความปวดได้อย่างถูกต้อง

สรุปแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดในระดับที่แตกต่างกันและมักเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาจำเป็นต้องมีการประเมินระดับความปวดอย่างเป็นระบบมีการจัดการความปวดแบบองค์รวมที่ผสมผสานทั้งวิธีการใช้ยา และเสริมด้วยวิธีการอื่นๆ แบบไม่ใช้ยา ทั้งนี้โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากญาติผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มต้น และมีการเตรียมความพร้อมทีมพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมบำบัดความปวดที่มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามประเมินผลการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งหากสามารถบูรณาการการจัดการความปวดได้อย่างสมบูรณ์ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขสบายที่สุดในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง.** กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จิรามาศ ชูทองรัตน์. (2551). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเองต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งหน่วยระงับปวดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เชียงใหม่.

ชาลิยา วามะลุน และคณะ. (2551). **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี**. อุบลราชธานี.

ทิพย์ถาพร เพชรประพันธ์. (2546). **การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). **การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. (2544). **ผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: สงขลา.

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, ชัชชัย ปรีชาวัย. (2553). **ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ**. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ .

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **สถิติสาธารณสุข**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://bps.ops.moph.go.th/healthinformation/สถิติ52/2.3.6_52.pdf retrieved Jan 2010. (วันที่ค้น 20 มกราคม 2553).

Kwekkeboom et al. (2008). Patients' perceptions of the effectiveness of guided imagery and progressive muscle relaxation interventions used for cancer pain. **Complement their clinical practice.** 14(3): 185-194.

Gordon D.B.,et al. (2005). American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. **Archives of internal medicine**. 165 : 1574-1580.

Robb, K. A., Williams, J. E., Duvivier, V., & Newham, D. J. (2006). A pain management program for chronic cancer-treatment-related pain : A preliminary study. **The journal of pain.** 7(2) : 82-90.

WHO. (2010). [Online]. Available http://www.who.int/cancer/en/index.html. (Retrieved December 2010).