

ความปวดในผู้สูงอายุ:

ปัญหาซับซ้อนและการจัดการทางการพยาบาล

Pain in older people:

Complex problems and nursing management

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2560

Volume 40 No.3 (July-September) 2017

ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ พ.ว., Ph.D*

Ladawan Panpanit RN., Ph.D*

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นปัญหาพบบ่อยและมีความซับซ้อนในผู้สูงอายุ การจัดการความปวดประกอบด้วยวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ในขณะที่ความเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุทำให้ผลของยาที่ผู้สูงอายุได้รับแตกต่างจากวัยอื่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหลายโรคจึงมีการใช้ยาหลายขนาน ทำให้มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยามากขึ้น การใช้ยาลำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุจึงมีข้อควรระวังเป็นพิเศษเพื่อป้องกันหรือลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา พยาบาลควรมีความเข้าใจในแนวทางการใช้ยาเพื่อลดปวดและมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความปวด บทความนี้นำเสนอการจัดการความปวดและการใช้องค์ความรู้ตามกระบวนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลดูแลจัดการความปวดในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความปวด ผู้สูงอายุ การจัดการทางการพยาบาล

Abstract:

Pain is a common and complex problem in older people. Pain management includes pharmacological and non-pharmacological approaches. Ageing process alters effect of medication in older people, which is different from other aged groups. Multiple morbidities lead to poly-pharmacy, contributing to higher risk of drug interaction. Pharmacological management for them requires special consideration to prevent or minimize adverse effects. Nurses should make understanding of pharmacological and non-pharmacological approaches in caring for older people with pain. This article focuses on pain management and application of nursing process for guiding nurses to care and manage pain in older people comprehensively and effectively.

keywords: pain, older people, nursing management

*Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University Thailand

บทนำ

ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการแบ่งชนิดของความปวดได้หลายวิธี เช่น แบ่งตามระยะเวลาที่มีอาการ (เป็นปวดเฉียบพลันและปวดเรื้อรัง)¹ แบ่งตามสาเหตุทางพยาธิสรีรวิทยา (เป็นปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ nociceptive pain และปวดจากพยาธิสภาพประสาท neuropathic pain)^{1,2} แบ่งตามโรคที่ทำให้ปวด (เป็นปวดจากมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง)¹ แบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการปวด (เป็นปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง) แบ่งตามรูปแบบของเวลาที่มีอาการปวด (เป็นปวดบางเวลา intermittent pain, ปวดตลอดเวลา continuous pain, ปวดเมื่อทำกิจกรรมบางอย่าง incidental pain, ปวดระหว่างมีอียา breakthrough pain)³ ชนิดของความปวดตั้งที่กล่าวเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ เช่น ความอยากอาหาร การนอนหลับพักผ่อน อารมณ์ สมาธิ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์กับผู้อื่น สุขภาพในชีวิต รายได้และค่าใช้จ่าย คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ⁴ การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดและป้องกันผลกระทบดังกล่าว แต่ปัญหาความปวดและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เช่น ในขณะที่การประเมินความปวดที่ดีที่สุดคือการประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ที่มีความปวดเอง (self-report)⁵ แต่ผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดในการสื่อสารและ/หรือการรู้คิด¹ การจัดการความปวดที่ดีคือการรักษาที่สาเหตุแต่สาเหตุความปวดในผู้สูงอายุจะมีหลายอย่างที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ⁶ สำหรับการจัดการความปวดนั้นแบ่งเป็นวิธีการจัดการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาแต่การเลือกใช้และประยุกต์วิธีการจัดการความปวดดังกล่าวในผู้สูงอายุยังเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลเนื่องจากมีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมจากการเปลี่ยนแปลงตาม

กระบวนการสูงอายุที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา การใช้ยาหลายขนานที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยามากขึ้น รวมทั้งค่านิยมความเชื่อต่อการดูแลความปวดและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล จากความซับซ้อนดังกล่าวข้างต้นพยาบาลจึงควรมีความเข้าใจในวิธีการจัดการความปวดทั้งโดยใช้ยาและไม่ใช้ยาตลอดจนการประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลสำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีความปวด

1. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุโดยใช้ยา
องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวทางในการจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งขึ้นในปี 1980 โดยมีหลักการใช้ยาแบบบันได 3 ขั้น⁷⁻⁸ หลังจากนั้นมีการนำหลักการนี้มาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการจัดการความปวดทั้งที่เกิดจากมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ดังนี้¹

ขั้นที่ 1 ความปวดระดับเล็กน้อย (มีคะแนนความปวดในระดับ 1 – 3 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่เสพติด ที่ใช้บ่อย เช่น acetaminophen (paracetamol) ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDS)¹

ขั้นที่ 2 ความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (มีคะแนนความปวดในระดับ 3-5 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) เป็นการให้ยาอย่างต่อเนื่องจากขั้นที่ 1 และเพิ่มยาที่มีส่วนผสมของยาเสพติด (opioids) ชนิดอ่อนเมื่อมีอาการปวดมากขึ้น (break through pain medication)¹

ขั้นที่ 3 ความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (มีคะแนนความปวดในระดับ 7-10 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) เป็นการให้ยาต่อเนื่องจากขั้นที่ 1-2 และเพิ่มการใช้ยาในกลุ่มที่เสพติดชนิดออกฤทธิ์แรง เช่น morphine, fentanyl, buprenorphine, methadone, oxycodone อย่างต่อเนื่อง เพิ่มยาเมื่อจำเป็นด้วยยาที่ออกฤทธิ์สั้นเพื่อให้สามารถปรับขนาดของยาได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีความปวดรุนแรง¹

Riley และคณะ⁹ เสนอแนวทางการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาเพิ่มเป็น 5 ชั้น ดังนี้⁹⁻¹⁰

ขั้นที่ 4 ความปวดยังคงมีอยู่หรือมีอาการข้างเคียงที่ไม่สามารถทนได้ เป็นการพิจารณาเปลี่ยนชนิดของยากกลุ่ม opioids เมื่อผู้สูงอายุมีความปวดลดลงน้อยกว่า 30 % ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาหลังจากได้รับยาในขั้นที่ 3 แล้ว หรือเกิดอาการข้างเคียงมาก เช่น สับสน ประสาทหลอน อาการง่วงซึม ภาวะปากแห้งระดับ 3

ขั้นที่ 5 ความปวดไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยากกลุ่ม opioids เป็นการพิจารณาจัดการความปวดโดยวิธีการทางวิสัญญีวิทยา เช่น nerve block ซึ่งอาจเป็น local, para-vertebral, หรือ epidural block

หลักการให้ยาแบบขั้นบันไดนี้ได้แนะนำให้พิจารณาใช้ยา ร่วมในการจัดการความปวด (co-analgesics หรือ adjuvants) ทุกชั้นตามความเหมาะสม ยาที่ใช้บ่อยมี 6 กลุ่ม¹¹ ได้แก่

1) antidepressants ใช้ในการจัดการความปวดแบบ neuropathic pain โดยใช้กลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs) เป็นอันดับแรก หากไม่สามารถใช้ได้พิจารณาใช้กลุ่ม serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) 2) anticonvulsants ใช้จัดการความปวดแบบ neuropathic pain 3) corticosteroid ใช้ลดความปวดจาก inflammation, nerve compression, diffuse bone pain, bowel obstruction จัดการระยะเฉียบพลันสำหรับความปวดวิกฤติจากโครงสร้างระบบประสาท กระดูกหรือความดันในกะโหลกจากมะเร็งในสมอง 4) bisphosphonate ใช้จัดการความปวดในผู้ที่มี bone metastasis 5) antispasmodics ใช้ลดความปวดจาก muscle spasm ที่มีกพบร่วมกับ acute neuropathic pain และ 6) muscle relaxant¹¹

2. การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) และเภสัชจลศาสตร์ (pharmacokinetics) ที่เกี่ยวข้องกับการดูดซึม การกระ

จ่ายตัว การเมตาบอลิซึม การกำจัดยา การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงของยา ตลอดจนปฏิกริยาระหว่างยา ส่งผลให้การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาต้องใช้ความระมัดระวังและอาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุบางราย¹² การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาจึงมีความสำคัญในการจัดการความปวดทุกชนิดอย่างครอบคลุม มีส่วนช่วยเสริมประสิทธิภาพและลดความจำเป็นในการใช้ยาเพื่อจัดการความปวด ทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อย และส่วนใหญ่มีประโยชน์หลายด้าน เช่น ลดความวิตกกังวล เพิ่มความสุขสบายและคุณภาพชีวิต ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลความปวดได้เสนอแนะว่าวิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการจัดการโดยวิธีใช้ยาร่วมกับวิธีไม่ใช้ยาร่วมกัน¹³ การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาแบ่งหมวดหมู่ได้หลายวิธี ในบทความนี้แบ่งเป็น 5 ชนิดคือ¹⁴

1) การบำบัดด้วยการกระทำต่อร่างกาย (manipulative and body-based practices) หรือวิธีการทางกายภาพ (physical strategies) เป็นการเปลี่ยนแปลงพลังงานในตัวบุคคลที่มีผลต่อระบบต่างๆ ในร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ การยอมให้สารผ่านเยื่อ การยึดขยายของเนื้อเยื่อ การไหลเวียน รวมทั้งการทำงานของระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง ตัวอย่างการนำไปใช้ เช่น

1.1 การนวด¹⁵ ส่งผลไปกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายผ่านไซนส์หลังไปยังสมอง เชื่อว่าการนวดทำให้ระดับของ serotonin และ dopamine เพิ่มขึ้น ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณที่นวด ยับยั้งการนำกระแสความปวดไปยังสมอง ช่วยให้บรรเทาความปวด โดยอาจนวดด้วยมือ ข้อศอก หน้าผาก เท้าหรือใช้อุปกรณ์อื่นร่วมด้วย เช่น หินอุ่น/ร้อน การนวดมีหลายชนิดแต่ละชนิดมีเทคนิคและวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น การนวดแผนไทย การนวดแบบสวีดิช การนวดจุดสำคัญ (trigger point massage) การนวดเท้า (reflexology) จากการศึกษาพบว่า การ

นวดเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุใช้บ่อยในการบรรเทาปวด¹⁶⁻¹⁷ ช่วยบรรเทาอาการปวดในข้อเข่าเสื่อม ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ลดการใช้ยา ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดการรับรู้ความปวดจากมะเร็ง^{15-16, 18-20}

1.2 การบำบัดด้วยอุณหภูมิร้อน/เย็น ได้แก่ ประคบเย็น ประคบร้อน การใช้น้ำอุ่นกระแสน้ำ (warm whirlpool) การใช้คลื่นความร้อน ultrasound, short wave diathermy โดยความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความเย็นช่วยลดการส่งสัญญาณประสาท ความปวดในบริเวณนั้น พบว่าการประคบร้อนหรือเย็นเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุใช้บ่อยในการบรรเทาปวด²⁰ และการประคบด้วยความเย็นช่วยลดความปวดและการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด²¹

1.3 เทคนิคการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทผ่านผิวหนัง (transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) โดยการวางแผ่นกระตุ้นไฟฟ้าอย่างอ่อนที่ผิวหนังบริเวณที่ปวดหรือใกล้เคียงส่งผลกระตุ้นใยประสาทที่หนาและเร็ว ยับยั้งการนำกระแสประสาทความปวด¹⁸ หรือ percutaneous electrical nerve stimulation, PENS) โดยการฝังเข็มร่วมกับการปล่อยกระแสไฟฟ้า จากการศึกษาพบว่าช่วยลดปวดในผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง²²

1.4 การออกกำลังกายและการจัดท่าลดความปวดได้โดยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ พบว่าการออกกำลังกายช่วยลดความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้สูงอายุ²³

นอกจากนี้การบำบัดด้วยการกระทำต่อร่างกายยังรวมถึงการทำกายภาพบำบัด การฝังเข็ม การกดจุด การจัดกระดูกสันหลัง (spinal manipulation: chiropractic, osteopathic) การใช้อุปกรณ์/ กายอุปกรณ์ช่วย (เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน รองเท้าที่เหมาะสม เป็อกไม้ตาม)

2) การบำบัดด้วยการเชื่อมโยงกายและจิต (mind-body interventions) หรือ การบำบัดทางจิตใจ (psychological methods) ใช้แนวคิดความเชื่อมโยงระหว่างกายและจิต โดยมีทิศทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคมของบุคคลมีผลต่อสุขภาพและความผาสุก หากมีความบกพร่องในมิติใดมิติหนึ่งจะส่งผลต่อมิติอื่น ๆ จิตใจส่งผลเชิงบวกต่อร่างกายได้ เช่น การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy, CBT) การผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การสะกดจิต การสะท้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การสร้างจินตภาพ (guided imagery) ดนตรีบำบัด การบำบัดด้วยศิลปะ การเดินรำเพื่อการบำบัด โยคะ สุนทรบำบัด (aromatherapy) สุนทรบำบัดร่วมกับการนวด วิธีการทางศาสนาและจิตวิญญาณ (เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ)¹⁹

การบำบัดทางจิตใจส่งผลให้ระดับ endogenous opioids (endorphins, enkephalins, dynorphins) ในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งสารนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ที่ตัวรับโอปิเอท (opiate receptor) คล้ายมอร์ฟิน จึงระงับการหลั่งสารสื่อประสาทของความปวด ทำให้ควบคุมการปวดได้ และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความปวด เพิ่มความสุขสบายและผ่อนคลาย²⁴⁻²⁵ ตัวอย่าง เช่น

2.1 สุนทรบำบัด เชื่อว่าสุนทรบำบัดทำให้ตัวรับกลืนในจมูกส่งสัญญาณประสาทผ่าน olfactory nerve ไปยัง limbic legion ยับยั้ง glutamate binding และเพิ่มการทำงานของ gamma aminobutyric acid (GABA) จึงช่วยลดปวดได้¹⁹ พบว่าการใช้น้ำมันสุนทรบำบัดเทลงบนก๊อสปราศจากเชื้อให้สุดดมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 5 นาทีช่วยลดอาการไม่สุขสบายทางกาย²⁶ การใช้น้ำมันขิงร่วมกับการนวดช่วยลดความปวดและข้อติดแข็งในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า²⁷

2.2 ดนตรีบำบัด เชื่อว่าดนตรีช่วยยับยั้งการกระตุ้นความปวดและทำให้มีการหลั่ง endorphin

ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด²⁸ ช่วยลดปวดในผู้สูงอายุ²⁹ ดนตรีที่ช่วยลดความปวดในงานที่ผ่านมาเป็นดนตรีที่มีความเร็วของจังหวะ 60-90 ครั้งต่อนาที³⁰⁻³¹ ชนิดดนตรีต่างๆ เช่น ดนตรีไทยประยุกต์และเพลงไทยบรรเลงที่ผสมผสานกับเสียงธรรมชาติ³⁰ เพลงบรรเลงพื้นเมืองอีสานที่ไม่มีเนื้อร้องให้ความรู้สึกสนุกสนาน ร่าเริงและสบายใจ³¹ เพลงบรรเลงเลียนเสียงธรรมชาติ³²

3) การบำบัดด้วยพลังงาน (energy therapies) หรือ การบำบัดด้วยพลังชีวิต (biofield therapies) เชื่อว่าร่างกายมนุษย์มีระบบพลังงานลึกลับที่แผ่ซ่านเข้าไปในโครงสร้างทางร่างกายและขยายออกไปรอบนอกร่างกายในลักษณะของพลังจักรวาลหรือพลังชีวิตไหลผ่านและอยู่ในสิ่งมีชีวิตทุกชนิด การไหลของพลังงานอย่างอิสระและสมดุลในระบบพลังงานลึกลับนี้จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการฟื้นหายเองตามปกติของบุคคล การเจ็บป่วยหรือความผิดปกติสามารถตรวจพบได้ในระบบพลังงาน และผู้บำบัดด้วยพลังงานช่วยส่งเสริมความสามารถในการฟื้นหายเองในร่างกายของบุคคลโดยวิธีสัมผัสหรือไม่สัมผัสกับร่างกายของผู้รับการบำบัด เช่น การสัมผัสเพื่อการหาย การสัมผัสเพื่อการบำบัด³³ พบว่าการบำบัดวิธีนี้ช่วยลดปวดในผู้สูงอายุ³⁴

4) การบำบัดทางชีววิทยา (Biologically based practices) เป็นการใช้วัสดุหรือสารจากธรรมชาติมาใช้ในการบำบัด เช่น สมุนไพร ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ น้ำมันจากต้นไม้หรือพืชผัก น้ำมันหอมระเหย วิตามิน อาหารเสริม บางส่วนมีงานวิจัยที่พบว่าช่วยลดปวด³⁵⁻³⁶ ขณะที่ผลิตภัณฑ์หลายชนิดที่ไม่ผ่านการรับรองแต่มีการโฆษณาชวนเชื่ออย่างหลากหลายในประเทศไทย²⁰

5) ระบบการแพทย์ทางเลือก (alternative medical systems) หรือ whole medical systems เป็นการบำบัดซึ่งประกอบด้วยวิธีการข้างต้นภายใต้ความเชื่อและทัศนคติต่าง ๆ เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนไทย การแพทย์อายุรเวท พบว่าช่วยบรรเทา

ปวดได้³⁷

ทั้งนี้วิธีการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาแต่ละวิธีอาจสามารถใช้สำหรับความปวดได้หลายชนิดเนื่องจากความปวดส่งผลต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ความปวดในด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลต่อด้านอื่น ๆ ด้วย

3. กระบวนการพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีปัญหาความปวด

พยาบาลสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งโดยวิธีใช้ยาและโดยวิธีไม่ใช้ยาไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความปวดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

ผู้สูงอายุหญิง วัย 84 ปี มีปัญหาสมองเสื่อม ความดันโลหิตสูงและกระดูกพรุน เกิดอุบัติเหตุหกล้มเมื่อเดือนที่แล้วตรวจไม่พบความผิดปกติ แต่หลังจากนั้นมีอาการซึมลง นอนเกือบตลอดทั้งวัน ไม่ยอมลุกเดิน ต้องปลุกจึงจะลุกมารับประทานอาหาร เกิดแผลกดทับขึ้น ยาเดิมที่ได้รับได้แก่ amlodipine, CaCO₃, fosamax, salt tab, omeprazole, folic acid, B.co เข้ารับการรักษาด้วยอาการซึมลงมากขึ้น ไม่พูด ปลุกไม่ตื่น วินิจฉัยโรคเป็น acute kidney injury ยาที่ได้รับเพิ่ม ได้แก่ ceftazidime, thiamine, 50% MgSO₄, senokot, depakine, paracetamol, morphine sulphate tablet (MST), lantus สภาวะเมื่อแรกรับ มีอาการสับสน ในบางช่วง ไม่ทราบวันเวลา สถานที่ สามารถสื่อสารรู้เรื่องได้บางครั้ง แขนขาบวม ร้องครวญครางขอความช่วยเหลือเป็นระยะ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาวและหลาน 2 คน อายุ 2 ปี และ 6 เดือน ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ แต่บุตรสาวไม่ค่อยมีเวลามาเฝ้าดูแลเนื่องจากต้องดูแลหลานเล็ก 2 คน รายละเอียดเกี่ยวกับกรณีศึกษาอธิบายเพิ่มเติมในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

การดูแลกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความปวดตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เป็นดังนี้

3.1) การประเมินผู้สูงอายุที่มีปัญหาความปวด

เป็นการประเมินความปวดและประสิทธิภาพของการจัดการความปวดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง การประเมินความปวดในผู้สูงอายุควรประกอบด้วย (1) การประเมินจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุ (2) การสังเกตพฤติกรรม และ (3) การประเมินความปวดทางด้านสรีระ³⁸

สำหรับกรณีศึกษานี้มีข้อจำกัดในการได้รับข้อมูลจากผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความบกพร่องในการรู้คิดและการสื่อสาร จึงต้องใช้ข้อมูลอื่น จากการสังเกตพฤติกรรมพบว่ากรณีศึกษากระสับกระส่ายไปมานิ้วมือเกร็งงอ ปลอดภัยด้วยคำพูดและการสัมผัสไม่ดีขึ้น ร้องเสียงดังครวญคราง ขณะทำแผลแสดงหน้านิ้วตัวขมวด ร้องเสียงดังมากขึ้น พยายามเคลื่อนไหวร่างกายไปมา ส่วนการประเมินความปวดทางด้านสรีระมีความซับซ้อนสำหรับกรณีศึกษา โดยพบว่าหายใจ room air ไม่หอบเหนื่อย ชีพจร 84-114 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135-187/48-86 mmHg แต่การมีโรคความดันโลหิตสูงทำให้ประเมินได้ไม่ชัดเจนว่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นในบางช่วงเกิดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความปวดหรือจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี

ในการประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุรายนี้ไม่สามารถใช้เครื่องมือประเมินที่ใช้ในผู้ที่ไม่มีภาวะผิดปกติในการรู้คิดและการสื่อสาร เช่น คำช่วยจำที่ใช้เป็นแนวทางประเมินความปวด OPQRSTUV (O – Onset; P – provoking, precipitating factors, and relieving factors; Q – quality of pain; R – radiation; S – severity; T – timing; U – understanding/ Impact; V – Values)¹³ การระบุตำแหน่งที่ปวดด้วยแบบประเมิน The pain drawing³⁹ และการประเมินความรุนแรงของความปวดด้วย Numeric rating scale (NRS) ที่มีระดับคะแนนความปวด 0-10¹

เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในการประเมินความปวดในกรณีศึกษานี้จึงเป็นเครื่อง

มือประเมินในผู้ที่มีความผิดปกติในการรู้คิดและ/หรือ การสื่อสาร เช่น behavioral observation measures of pain⁴⁰ แบบประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่มีความสามารถจำกัดในการสื่อสาร (pain assessment checklist for seniors with limited Ability to Communicate-II (PACSLAC))⁴¹ และเครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับมาก (Pain assessment in advanced dementia: PAINAD)¹ การประเมินความปวดในกรณีศึกษาใช้ PAINAD เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีระดับคะแนน 0- 10 เช่นเดียวกับ NRS

ในการค้นหาสาเหตุของความปวดทางกายภาพพบแผลกดทับ 2 ตำแหน่งคือ บริเวณก้นกบเป็นแผลกดทับเกรด 4 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 10x10 cm และ บริเวณสะโพกขวาเป็นแผลกดทับเกรด 3 ขนาด 5x10cm. pain score เมื่อแรกรับเป็น 7 คะแนนหลังให้การดูแลความปวดด้วยยา pain score ลดลงเป็น 4 คะแนน ขณะทำแผล pain score เพิ่มขึ้นเป็น 9 คะแนน จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุนี้มีความปวดชนิด nociceptive pain จากการมีแผลกดทับและปวดมากขึ้นขณะทำแผล

ส่วนการประเมินว่ามีความปวดชนิด neuropathic pain ร่วมด้วยหรือไม่นั้น เครื่องมือคัดกรอง เช่น DN4 ซึ่งประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับลักษณะความปวด (ว่าเป็นแบบปวดแสบ ร้อน ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง ปวดเหมือนถูกไฟช็อตหรือไม่) และอาการที่เกิดพร้อมกับความปวด (ว่ามีอาการชู่ซ่าเหมือนเป็นเหน็บ แผลปลาบคล้ายเข็มตำ ขาไร้ความรู้สึก คันหรือไม่) ร่วมกับการตรวจร่างกาย⁴²⁻⁴³ ไม่สามารถใช้ได้กับกรณีศึกษานี้เพราะผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลดังกล่าว

3.2) และ 3.3) การวินิจฉัยปัญหาและการวางแผนการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษานี้คือ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ โดยมีเป้าหมายระยะสั้นคือลดความปวดโดยเฉพาะความปวดขณะทำ

แผล เป้าหมายระยะยาวคือลดผลกระทบและขจัดสาเหตุของความปวด

3.4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้³⁸

ก. ระยะก่อนเกิดความเจ็บปวด เป็นการให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเผชิญกับความปวด มีความแตกต่างในผู้ที่มีและไม่มีข้อจำกัดในการรู้คิดและการสื่อสารสำหรับการพยาบาล ผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัดในการรู้คิดและการสื่อสาร ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเผชิญความปวดที่เพิ่มขึ้นจากการทำแผล เพื่อลดความปวดระหว่างการทำแผลโดย

- ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการทำแผล โดยเฉพาะผลต่อการลดความปวดในระยะยาว รวมทั้งการปฏิบัติตัวขณะทำแผลที่จะไม่เพิ่มความปวด เช่น การไม่ขยับเท้าไปมา อาจใช้วิธีการผ่อนคลายช่วย

- กระตุ้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้แจ้งพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุปวด ให้ความมั่นใจในการช่วยเหลือดูแลเมื่อปวด

- สร้างเสริม/ ทบทวนทักษะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการความปวดขณะทำแผลโดยใช้วิธีการบำบัดทางจิตใจ เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การสวดมนต์ การใช้ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ

กรณีศึกษาที่มีข้อจำกัดในการดูแลดังกล่าวข้างต้น การพยาบาลในระยะนี้ที่สามารถทำได้ ได้แก่ ประเมินความปวดและดูแลให้ยาลดปวดก่อนการทำแผลเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ขณะทำแผล

- เพิ่มระดับความทนต่อความปวด ด้วยการดูแลทั้งปัจจัยภายใน (เช่น ดูแลให้ได้รับการพักผ่อน ได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ) และปัจจัยภายนอก (เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม ลดสิ่งรบกวนด้านเสียง อุณหภูมิ กลิ่น และความไม่สุขสบาย)

- ให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการหายของแผล อันเป็นการแก้ไขที่สาเหตุ

ข. ระยะที่มีความเจ็บปวด เป็นการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การดูแลให้ได้รับการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาสำหรับกรณีศึกษาเป็นรูปแบบที่พยาบาลเป็นผู้ให้ยา ส่วนรูปแบบให้ผู้ป่วยควบคุมการได้รับยาเอง (Patient Control Analgesia: PCA)³⁸ ไม่สามารถทำได้ เพราะข้อจำกัดในการรู้คิดและการสื่อสาร กรณีศึกษานี้มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาและยากับโรค เนื่องจากได้รับยาหลายขนานและมีปัญหาการทำงานของไต ในการให้ยาพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา โดยกรณีศึกษาได้รับยา paracetamol และ MST ซึ่ง paracetamol อยู่ใน acetaminophen เป็นยาในบันไดขั้นที่ 1 ของหลักการใช้ยาแบบบันได 3 ขั้น¹ แม้ว่ายาในกลุ่มเหล่านี้โดยทั่วไปจะมีอาการข้างเคียงน้อย แต่สำหรับผู้สูงอายุยานี้จะทำให้เกิดพิษต่อตับได้หากใช้เกินขนาด พยาบาลจึงควรเฝ้าระวังขนาดยาที่ได้รับ โดยตระหนักถึงส่วนประกอบของยาในรูปแบบการผสมกับยาอื่นอีกด้วย หากมีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDS เพิ่มเติมต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายถึงแก่ความตายได้ เช่น ภาวะเลือดออก ไตวาย¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีศึกษานี้มีปัญหาการได้รับบาดเจ็บของไต (Acute kidney injury) อยู่ด้วย

ส่วน MST เป็นยากลุ่ม opioids ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือปัญหาท้องผูกที่พบได้สูงถึง 95 % ในผู้ที่ได้รับยานี้¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีศึกษามีปัจจัยเสริมอื่นเพิ่มเติมที่ส่งผลให้เกิดท้องผูก เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการสูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง พยาบาลจึงควรมีการวางแผนป้องกันและดูแลปัญหานี้ ตั้งแต่เริ่มการให้ยา กรณีศึกษานี้ได้รับยา senokot เป็นยาระบายควบคู่กับ MST พยาบาลจึงควรดูแลให้ได้รับยาระบายตามแผนการรักษา กระตุ้นการเคลื่อนไหว

ร่างกายที่เหมาะสม ทั้งนี้กรณีศึกษามีแผลขนาดใหญ่ที่ก้นกบและสะโพกทำให้การเคลื่อนไหวที่มีการกระทบกระเทือนต่อแผลนี้จะทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นได้จึงต้องทำอย่างระมัดระวัง รวมทั้งมีการติดตามอาการท้องผูกอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการประยุกต์ใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาใน 5 หมวดดังกล่าวข้างต้นมีข้อจำกัดหลายอย่างในกรณีศึกษาสำหรับหมวดที่ 1 วิธีการทางกายภาพหลายอย่างไม่เหมาะสมและทำได้ลำบากหากผู้สูงอายุให้ความร่วมมือน้อย หมวดที่ 3 การบำบัดด้วยพลังงานพยาบาลไม่มีทักษะในการบำบัดดังกล่าว หมวดที่ 4 การบำบัดทางชีววิทยาอาจส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาที่กำลังได้รับหลายขนานในปัจจุบัน พยาบาลจึงเลือกใช้หมวดที่ 2 การบำบัดทางจิตใจซึ่งมีผลเสียน้อยและทำได้ง่ายที่สุด อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายเนื่องจากการเลือกชนิดของการบำบัดทางจิตใจตามความชอบหรือความคุ้นเคยของผู้สูงอายุทำได้ลำบากเพราะไม่มีข้อมูลจากผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล พยาบาลใช้ข้อมูลที่ได้รับว่ากรณีศึกษานับถือศาสนาพุทธ จึงทดลองใช้การเปิดบทสวดมนต์ให้ฟังเบา ๆ ระหว่างการทำแผลพร้อมทั้งสังเกตการตอบสนองพบว่า pain score ขณะทำแผลลดลงจาก 9 เหลือ 4 คะแนน

นอกจากการจัดการความปวดโดยตรงแล้ว พยาบาลควรดูแลเพื่อช่วยขจัดสาเหตุของความปวดทางกายภาพที่แก้ไขได้ เช่น การมีบาดแผลหรือการอักเสบต่างๆ รวมทั้งมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สำหรับกรณีศึกษานี้ได้รับการผ่าตัดทำความสะอาดแผล (debridement) และมีการดูแลเพื่อส่งเสริมการหายของแผลจนแผลดีขึ้นอาการปวดลดลง จึงมีคำสั่งการรักษาหยุดให้ยา MST เหลือเพียง Paracetamol สำหรับให้เวลาจำเป็นเมื่อปวด

ค. ระยะหลังเกิดความปวด
ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งกระตุ้นให้มีความปวดหรือมีความ

ปวดเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น การตรวจ การทำหัตถการต่างๆ อาจมีความกลัวและวิตกกังวลต่อความปวดที่เพิ่งประสบมา พยาบาลจึงควรให้การดูแลเพื่อลดภาวะดังกล่าวด้วยการเปิดโอกาสให้พูดถึงและรับฟังผู้สูงอายุเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดที่เพิ่งผ่านพ้นมา³⁸ รวมทั้งให้คำแนะนำตามปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละคน นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่ดีของผู้สูงอายุและครอบครัว/ผู้ดูแล

สำหรับกรณีศึกษานี้มีข้อจำกัดในการให้การดูแลดังกล่าว เมื่อแผลดีขึ้นปัญหาสุขภาพอื่นควบคุมได้ pain score ลดลงเป็น 1-3 คะแนนแพทย์จึงให้กลับไปดูแลที่บ้าน การพยาบาลเพื่อมีการดูแลจัดการความปวดที่เหมาะสมตลอดจนการดูแลแผลที่เป็นสาเหตุของความปวดอย่างต่อเนื่องคือการฝึกทักษะให้กับบุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการดูแลความปวดและการทำแผลรวมทั้งการส่งเสริมการหายของแผลที่บ้าน พร้อมทั้งประสานกับสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3.5) การประเมินผลการพยาบาล
การประเมินผลการพยาบาลเพื่อปรับแผนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลทางการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษานี้ประเมินจากพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องหลังให้การพยาบาล พบว่า pain score ลดลงสามารถควบคุมความปวดได้ดีขึ้น ลดผลกระทบของความปวดต่อผู้สูงอายุและครอบครัว อาการกระสับกระส่าย เคลื่อนไหวไปมา ร้องครางขอความช่วยเหลือลดลงทั้งขณะพักและขณะทำแผล นอนหลับได้มากขึ้น ทำให้ความเครียดและวิตกกังวลของครอบครัวลดลงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ก่อนกลับบ้านผู้สูงอายุยังแสดงออกถึงความปวดในระดับเล็กน้อย สรุปผลการจัดการความปวดได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบางส่วน ส่วนเป้าหมายในการขจัดสาเหตุของความปวดต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านนั้นพยาบาลมีการประเมิน

การเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวพบว่าบุตรสาวมีความรู้และทักษะในการดูแลแผลที่บ้านโดยมีบุคลากรจากสถานพยาบาลใกล้บ้านคอยผู้ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ ทักษะในการดูแลตลอดจนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ในขณะที่การจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุมีความซับซ้อนหลายประการ พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อตัดสินใจเลือกมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้สูงอายุแต่ละคนให้เหมาะสมตามบริบทแวดล้อม โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลตั้งแต่ในระยะก่อนมีความปวด สำหรับความปวดที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้า ในระหว่างที่มีความปวด และภายหลังจากความปวด โดยมีเป้าหมายร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุและครอบครัว

References

1. Miller CA. Caring for older adults experiencing pain. In: Miller CA, editor. Nursing for wellness in older adults. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p. 581-97.
2. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy. [online] 2012 [cited 1 October 2013]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
3. MacLeod R. Pain management in palliative care. Hammond Care; 2014; Available from: <http://www.palliativecarebridge.com.au/resources/painmanagementInpalliativecare.pdf>.
4. Panpanit L. Pain in older people and nursing care. Journal of Nursing Science & Health 2015; 38(suppl):82-91. (in Thai)
5. Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. British Journal of Anaesthesia. 2013;111(1):19-25.
6. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. The BMJ [serial on the Internet]. 2015; 350(532): Available from: <http://doi.org/10.1136/bmj.h532>.
7. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid?: Twenty-four years of experience. Canadian Family Physician 2010; 56(6):514-7.
8. World Health Organization. WHO's cancer pain ladder for adults. [online] 2017 [cited 1 October 2013]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
9. Riley JR, Ross JK, Gretton S, Roger A'Hern, Bois R, Welsh K, et al. Proposed 5-step World Health Organization analgesic and side effect ladder European Journal of Pain Supplements 2007;1(1):23-30
10. Van Griensven H, Strong J, Unruh AM, editors. Pain: a textbook for health professionals. 2nd ed. Edinburgh : New York Churchill Livingstone Elsevier; 2014.
11. Thai Association for the Study of Pain (TASP). Clinical Practice Guideline for Cancer Pain. [online] 2013 [cited 1 October 2013]. Available from: http://www.pain-tasp.com/main/images/stories/download/cpg/CPG_cancer_pain_2556.pdf (in Thai)
12. Kaye AD, Baluch AR, Kaye RJ, Niaz RS, Kaye AJ, Liu H, et al. Geriatric pain management, pharmacological and nonpharmacological considerations. Psychology & Neuroscience

- 2014; 7(1):15–26.
13. Registered Nurses’ Association of Ontario. Nursing best practice guideline: Assessment and management of pain. [online] 2013 [cited 28 August 2016]. Available from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB-_FINAL_DEC_2.pdf
 14. U.S. National Library of Medicine. Complementary and alternative medicine. [online] 2013 [cited 20 March 2017]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/tsd/acquisitions/cdm/subjects24.html>
 15. Chiamonte D, Adamo CD, Morrison B. Integrative approaches to pain management. In: Benzon HT, Rathmell JP, Wu CL, Turk DC, Argoff CE, Hurley RW, editors, Practical management of pain. Philadelphia, PA: Elsevier; 2014. p. 658–68.
 16. Pitantanakun P, Surit P. Chronic pain management of older persons living in a Community. Journal of nurses’ association of Thailand, north-eastern division 2011; 29 (4): 58–68.
 17. Panpanit L, Carolan-Olah M, McCann TV. A qualitative study of older adults seeking appropriate treatment to self-manage their chronic pain in rural North-East Thailand. BMC Geriatrics 2015; 15(166):1–11
 18. Pianbanyat K, Choowattanapakorn T. The effect of nursing process combined with Swedish massage on pain in older persons with lung cancer. Kuakarun Journal of Nursing 2015; 22(1):98–112. (in Thai)
 19. Singh P, Chaturvedi A. Complementary and alternative medicine in cancer pain management: A systematic review. Indian Journal of Palliative Care 2015; 21(1):105–15.
 20. Panpanit L. Striving to maintain well-being: self-management of chronic pain by elderly people living in rural communities in North-East Thailand. [Ph.D. Thesis in Nursing]. Melbourne, Australia: Victoria University; 2012.
 21. Watkins AA, Johnson TV, Shrewsbury AB, Nourparvar P, Madni T, Watkins CJ, et al. Ice Packs reduce postoperative Midline in Incision pain and narcotic use: A randomized controlled trial. Journal of the American College of Surgeons 2014; 219(3):511–7.
 22. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott A, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. Age and Ageing 2013; 42(Suppl 1):i1–57.
 23. Ishak NA, Zahari Z, Justine M. Effectiveness of strengthening exercises for the elderly with low back pain to improve symptoms and functions: A systematic review. Scientifica (Cairo). 2016; 3230427. doi:10.1155/2016 /3230427
 24. Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. Bonica’s management of pain. 4th ed. Baltimore, Md : Lippincott, Williams & Wilkins; 2010.
 25. Kwekkeboom KL, Abbott-Anderson K, Wanta B. Feasibility of a patient-controlled cognitive behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. Oncology Nursing Forum 2010; 37(3):E151–E9.
 26. Lakhani SE, Sheaffer H, Tepper D. The effectiveness of aromatherapy in reducing pain: A systematic review and meta-analysis. Pain research and treatment [serial online] 2016 [cited 28 August

- 2016]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5192342/pdf/PRT2016-8158693.pdf>
27. Yip Y, Tam A. An experimental study on the effectiveness of massage with aromatic ginger and orange essential oil for moderate to severe knee pain among the elderly in Hong Kong. *Complementary Therapies in Medicine* 2007; 16:131-8.
28. Shrestha S, Patricia S, Devkota R. A critical literature review on non-pharmacological approaches used by older people in chronic pain management. *Indian Journal of Gerontology* 2013; 27(1):135-61.
29. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. *Cochrane database of systematic reviews* 2013; (10. Art. No.: CD004843. DOI: 10.1002/14651858.CD004843.pub3).
30. Songwathana P, Putarat U. Effects of applied Thai music on pre and postoperative pain and anxiety. *Thai Journal of Nursing Council* 2007; 22(2):72-86. (in Thai)
31. Juangpanich U, Onbunreang J, Iunlud J, Khansorn T, Vatanasapt P. Effect of music therapy on anxiety and pain in cancer patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(1):46-52. (in Thai)
32. Im-erb P, Kongchoom W, Rimsueb K. The effects of music therapy on post-operative pain. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2013; 23(3):53-62. (in Thai)
33. Potter PJ. Energy therapies in advanced practice oncology: An evidence-informed practice approach. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology* 2013; 4(3):139-51.
34. Wardell D, Decker S, Engebretson J. Healing touch for older adults with persistent pain. *Journal of Holistic Nursing* 2012; 26(4):194-202.
35. Siddiqui MJ, Min CS, Verma RK, Jamshed SQ. Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: A mini review. *Pharmacognosy Reviews* 2014; 8(16):81-7.
36. Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. Knowledge-base. [online] 2015 [cited 29 March 2017]. Available from: <http://ttdkl.dtam.moph.go.th/> (in Thai)
37. Bruckenthal P. Integrating nonpharmacologic and alternative strategies into a comprehensive management approach for older adults with pain. *Pain management Nursing* 2010; 11(Suppl 2):S23-S31.
38. Thongcharoen W. Nursing care for older people with pain In: Thongcharoen W, editor, *Sciences and art in gerontological nursing*. Bangkok: Mahidol University; 2011. p. 155-71. (in Thai)
39. Lacey RJ, Lewis M, Jordan K, Jinks C, Sim J. Interrater reliability of scoring of pain drawings in a self-report. *Health Survey SPINE* 2005; 30(16):E455-E8.
40. Ebert M, Kerns R, editors. *Behavioral and psychopharmacologic pain management*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
41. Ellis-Smith C, Evans CJ, Bone AE, Henson LA, Dzingina M, Kane PM, et al. Measures to assess commonly experienced symptoms for

- people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC Medicine* 2016; 14(38):1-12.
42. Thai Association for the Study of Pain (TASP). Clinical guidelines for neuropathic pain. Bangkok: Beyond Enterprise; 2008. (in Thai)
43. International Association Study of Pain. Diagnosis and classification of neuropathic pain. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(7):1-6.