

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวด

กาญจนา เพียรบัญญัติ, พยบ.*

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, Ph.D.**

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย ความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมากและเป็นอาการที่พบบ่อย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน กระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำกัดวิถีชีวิตในสังคม มีปัญหาการนอนหลับ มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณทั้งของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งและบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดที่พบบ่อยที่สุด คือ ความปวดที่เกิดจากก้อนมะเร็ง รongลงมา คือ ความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง โดยการบรรเทาความปวดเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ทั้งในบทบาทอิสระและ/หรือบทบาทที่ไม่เป็นอิสระ ในที่นี้กล่าวถึงการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา รวมทั้งการบริหารการจัดการความปวดตามมาตรฐานของ WHO ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการบรรเทาความปวดที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยรวมถึงครอบครัว บทความนี้จะกล่าวถึง แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด กลไกความปวด สาเหตุและปัจจัยเสริมความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ผลกระทบของความปวด การประเมินความปวด และการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: ความปวด, การพยาบาล, ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Pain and nursing care in older persons with cancer

*Kanjana Pianbanyat, B.N.S., RN.**

*Tassana Choowattanapakorn, PhD., RN.***

Abstract

Pain is a feeling of discomfort in the body. Feelings and emotions are major problems and common symptoms with the patient suffering. The impact on their ability to do daily activities, be in public, develop sleep problems, affect mental state as well as the emotional and spiritual health of elderly patients with cancer in addition to the adverse effects on their family members, including stress, anxiety and depression. Over the long run, it will affect the quality of life. The most common cause of the pain is caused by the tumor, followed by the pain linked to cancer treatment. Easing the pain is a critical role of nurses in practice both in the independent and/or dependent roles, herein referred to as pain management by way of not using drugs. This includes the management of pain, according to the WHO. The important role of nurses in alleviating the pain will enhance the patient's ability to do daily activities and the quality of life for patients and their families. This article discusses the concepts related to pain mechanisms, the causes and factors of pain in elderly patients with cancer, the impact of pain, pain assessment and the nurses to manage pain in elderly patients with cancer.

Keywords: *pain, nursing care, older persons with cancer*

* Master Program Candidate, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

บทนำ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบัน นำมาซึ่งปัญหาผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อและหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคมะเร็ง โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเพศชาย คือ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนเพศหญิง คือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม⁽¹⁾ โรคมะเร็งในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 ประชากรทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะป่วยเป็นโรคมะเร็งประมาณร้อยละ 30⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ. 2552 และ 2553 มีประชากรสูงอายุเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 34.02 และ 34.54 ตามลำดับ⁽³⁾

โรคมะเร็งก่อให้เกิดปัญหามากมายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความปวดเป็นปัญหาสำคัญมากและพบบ่อยถึงร้อยละ 30-90 ของกลุ่มอาการในโรคมะเร็ง เป็นความปวดในช่วงการวินิจฉัย ร้อยละ 30-75 ปวดในช่วงการรักษา ร้อยละ 33-59 และปวดในระยะลุกลามของโรค ร้อยละ 65-85⁽⁴⁾ โดยระดับความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 50 เชื่อว่าอุบัติการณ์ของอาการปวดแบบเฉียบพลันในผู้สูงอายุจะลดลงแต่อาการปวดเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น และยังพบว่าเพศหญิงมีอุบัติการณ์ของความปวดสูงกว่าเพศชายและอาการปวดแยกตามส่วนต่างๆ ของร่างกายแตกต่างกัน⁽⁵⁾ อีกทั้งความปวดมีความซับซ้อนมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานของตับและไตที่ลดลง

ส่งผลต่อการเผาผลาญ การกระจายตัว อัตราการเมตาบอลิซึม และขับถ่ายของยาออกจากร่างกายได้น้อยลง⁽⁶⁾ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดที่พบบ่อยที่สุด คือ ความปวดที่เกิดจากก้อนมะเร็งรุกราน คือ ความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง⁽⁷⁾ ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จำกัดวิถีชีวิตในสังคม มีปัญหาการนอนหลับ และการเคลื่อนไหวในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁽⁸⁾ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมีความปวดมากถึงร้อยละ 62 และส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดต่ำกว่าที่ควรจะได้รับ⁽⁹⁾ ความปวดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง⁽¹⁰⁾

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวดมีหลากหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับกันมาก คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของเมลแซคและวอลล์ ได้อธิบายความปวดว่าเมื่อมีสิ่งที่มากระตุ้นทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นแบบแรงกล ความร้อน หรือสารเคมี จะมีการเปลี่ยนพลังงานกระตุ้นเป็นกระแสประสาท ซึ่งเรียกขบวนการนี้ว่า “transduction” โดยผ่านใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้ คือ ใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทขนาดเล็ก ใยประสาทขนาดใหญ่ทำหน้าที่ปิดประตูการรับรู้ความเจ็บปวด และใยประสาทขนาดเล็กทำหน้าที่

เปิดประตูการรับรู้ถึงความเจ็บปวด ทั้งใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็กต่างก็ส่งสัญญาณออก ส่วนหลังของไขสันหลัง ผ่านเซลล์-ที ไปยังสมอง และในขณะเดียวกัน ใยประสาททั้งสองนี้ยังส่งแขนงไปยังเซลล์ของซัสเทนเทีย จีลาทีโนซา ซึ่งเป็นเซลล์ยับยั้งและกระตุ้นการทำงานของเซลล์-ที เมื่อซัสเทนเทีย จีลาทีโนซา ได้รับการกระตุ้นจากใยประสาทขนาดใหญ่ มีผลให้เซลล์ของซัสเทนเทีย จีลาทีโนซายับยั้งการทำงานของเซลล์-ที มากขึ้น ดังนั้นใยประสาทขนาดใหญ่จึงทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเซลล์-ที ส่วนใยประสาทขนาดเล็ก มีผลตรงข้าม คือไปกระตุ้นการทำงานของเซลล์-ที นั้นเอง โดยเซลล์-ที ทำหน้าที่เสมือนเปิด-ปิด ประตู การส่งสัญญาณไปยังสมอง ถ้าการส่งกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าการส่งกระแสประสาทขนาดใหญ่ สัญญาณประสาทจะส่งผ่านประตูควบคุมความเจ็บปวดที่เปิดออกแล้วนำขึ้นไปยังสมองเพื่อรับรู้ถึงความเจ็บปวด แต่ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าใยประสาทขนาดเล็ก ระบบควบคุมประตูจะปิดประตู สัญญาณประสาทจึงไม่สามารถนำขึ้นไปยังสมองได้ ทำให้ไม่เกิดอาการปวด เนื่องจากสมองไม่รับรู้ถึงความปวด⁽¹¹⁾

กลไกความปวดจากเมเร็ง

กลไกการเกิดความปวดจะนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกความปวดจากเมเร็งเกิดจากกระบวนการทางชีวเคมีและสรีรวิทยา 5 กระบวนการด้วยกัน⁽¹²⁾ คือ

1. Transduction คือ การชักนำให้เกิดสัญญาณประสาทเกิดขึ้นเมื่อตัวรับ nociceptor

(C-fiber) ของเซลล์รับความรู้สึกเจ็บปวดอันดับแรก (first-order neuron) โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณไฟฟ้าผ่านระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ A-delta และใยประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง ในระหว่างกระบวนการนี้เนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย และตัวรับความรู้สึกบริเวณผิวหนังถูกกระตุ้นนั้นจะเกิดการหลั่งสารชีวเคมีต่างๆ เช่น พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) เป็น pain sensitizers ช่วยให้ปลายประสาทของ C-fiber (nociceptor) อ่อนไหว มี threshold ที่ต่ำลง เมื่อ nociceptor ถูกกระตุ้นจะส่งกระแสไฟฟ้าไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลังแต่ในขณะเดียวกันจะมีกระแสประสาทบางส่วนวิ่งสวนทางออกไปยังทางแยกของ nociceptor ไปหลั่งสารซัสเทน เทีย (substance P) ออกจากปลายประสาท C-fiber ซึ่งสารซัสเทน เทีย ที่หลั่งออกมานี้จะไปกระตุ้นและขยายหลอดเลือดให้หลั่งสารเบรดีไคนิน (bradykinin) ออกมาพร้อมกับสารหลั่งสารฮิสตามีน (histamine) และสารซีโรโทนิน (serotonin) สารที่ถูกหลั่งออกมาทั้งหมดนี้จะไปช่วยกระตุ้น nociceptor ทำให้ threshold ลดลงไปแล้วเกิดเป็น nerve action potential วิ่งไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง เพื่อส่งต่อไปยัง cerebral cortex แล้วแปลผลเป็นความปวดขึ้น

2. Transmission เป็นการส่งกระแสไฟฟ้าในรูปของ nerve action potential จากปลายประสาทรับความรู้สึก เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางผ่านไขสันหลัง ในกระบวนการนี้มีการใช้สารสื่อประสาท คือ substance P ในการส่งผ่านหรือขยายสัญญาณประสาท รวมทั้งปรับลดสัญญาณประสาทด้วย เมื่อสัญญาณประสาทถูกส่งผ่านมาถึง thalamus จะมีเซลล์ประสาทรับความรู้สึก

อันดับที่สาม รับสัญญาณจากเซลล์ความรู้สึก
อันดับที่สองแล้วส่งต่อไปยังเปลือกสมองบริเวณที่
รับความรู้สึก

3. Modulation การปรับแต่งสัญญาณ
ประสาท ทำให้บุคคลรับรู้และตอบสนองต่อความ
เจ็บปวดไม่เท่ากัน โดยเส้นใยประสาทขนาดใหญ่
และขนาดเล็ก ส่งความรู้สึกเป็นกระแสไฟฟ้าไปยัง
substantia gelatinosa (SG) ซึ่งทำหน้าที่เปิด-ปิด
รับความรู้สึกปวดตามทฤษฎีควบคุมประตูของ
Melzack and Wall เมื่อกระตุ้นเส้นใยประสาท
ขนาดใหญ่จะมีผลกระตุ้นการทำงานของ SG cell
ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของ T cell เป็นการปิด
ประตู ทำให้ไม่ได้รับความรู้สึกปวด ในทางตรงกันข้าม
ถ้ากระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก จะไปยับยั้ง
การทำงานของ SG cell แต่กระตุ้นการทำงานของ
T cell ทำให้ประตูเปิด ทำให้เกิดความรู้สึกปวดได้

5. Pain perception การรับรู้ความเจ็บปวด
โดยที่ความรู้สึกปวดแปลได้ที่ thalamus ส่วนความ
รู้สึกเจ็บแปลได้ที่เปลือกสมองบริเวณ parietal
lobe การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวดว่า
มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้นให้เกิด
ความเจ็บปวด ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความ
เจ็บปวด บุคลิกภาพ ความสามารถในการเผชิญ
ปัญหาและสภาพอารมณ์ขณะนั้น

5. Pain behaviors เมื่อร่างกายรับรู้ความ
ปวด ร่างกายก็จะแสดงอาการออกมา เช่น หน้าว่
คิ้วขมวด ร้องครวญ เป็นต้น

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

สาเหตุของความปวดจากโรคมะเร็งมีหลาย
สาเหตุด้วยกัน ทั้งจากระยะของโรคมะเร็งและ

การรักษา สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ
โรคมะเร็งสรุปได้ดังนี้⁽¹³⁾

1. จากการเกี่ยวเนื่องของโรคมะเร็ง (Due to tumor involvement) พบบ่อยถึงร้อยละ
60-90 เช่น มะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่กระดูก
ซึ่งพบบ่อยที่สุด ทำให้มีความปวดจากการทำลาย
เนื้อกระดูก หรือทำให้มีการยุบตัวของกระดูกอ่อน
มะเร็งลุกลามโดยตรงไปกดหรือเบียดเนื้อเยื่อ
รอบๆ หรือกระจายไปกดหรือเบียดเส้นประสาท
หรือไขสันหลัง กดเบียดหลอดเลือดดำทำให้เกิดการ
คั่งของเลือด ทำให้อวัยวะบวมตึงและปวด รวมทั้ง
ความปวดที่เกิดจากมะเร็งแทรกเข้าสู่หลอดเลือด
หรือหลอดเลือดน้ำเหลือง ทำให้เกิดการหดตัวของ
หลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดอุดตัน หรือเกิด
การอักเสบของหลอดเลือด หรือมีการลุกลาม
ไปอวัยวะภายใน ทำให้เกิดการอุดตันของอวัยวะ
ภายใน เช่น ท่อน้ำดีตีบตัน ลำไส้อุดตัน เป็นต้น

2. จากการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง (Pain associated with diagnosis and treatment) พบได้ร้อยละ 10-25 ได้แก่
ความปวดที่เกิดจากการทำหัตถการต่างๆ ที่กระทำ
เพื่อให้ได้ถึงการวินิจฉัยหรือการบอกระยะของโรค
มะเร็ง เช่น การส่องกล้อง การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ
ความปวดจากการผ่าตัด จากการได้รับยาเคมีบำบัด
อาทิเช่น ผื่นเย็บเมือกอักเสบ หลอดเลือดดำอักเสบ
เนื้อเยื่อตายจากภาวะ Extravasation ภาวะปวด
กล้ามเนื้อ ปวดข้อ และที่พบได้บ่อยครั้งขึ้นจาก
ยาเคมีบำบัด กลุ่ม Taxanes, Vinca Alkaloids
และ Platinum drugs ต่างถูกพบว่าก่อให้เกิด
ผลข้างเคียงด้านการทำลายเส้นประสาท มีผลต่อ
ระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการปวดชา
บริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า⁽¹⁴⁾ ซึ่งในกรณีนี้พบว่า

การบาดเจ็บของเส้นประสาทร่วมกับการเกิดความปวดที่มีลักษณะผิดปกติอย่างยาวนาน ไม่สามารถให้การควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นได้ดีเท่าที่ควร จากยาแก้ปวดชนิดต่างๆ ที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน และจากการได้รับรังสีรักษา ก่อให้เกิดภาวะผิวเยื่อเมือกอักเสบ โรคทางระบบประสาทและไขสันหลังผิดปกติ ซึ่งต่างก็ก่อให้เกิดความปวดในเวลาต่อมา

3. ความปวดที่ไม่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งหรือจากการรักษาโรคมะเร็ง (Pain unrelated to Cancer or Treatment) พบได้ร้อยละ 3-10 โดยมากเป็นความปวดธรรมดาที่พบเกิดขึ้นได้เป็นปกติวิสัยในคนทั่วไป อาทิเช่น ปวดตามข้อ ปวดไมเกรน หรือปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain) เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวด

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุจะเป็นโรคมะเร็งในตำแหน่งเดียวกัน ได้รับการรักษาเหมือนกัน แต่ก็ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดจากโรคมะเร็ง มีดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และเพศ ซึ่งพบว่า

1.1 อายุ อาจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ และการแสดงออกถึงความรู้สึกปวดที่มีความแตกต่างกันบ้างในระดับความอดทนต่อการปวด ซึ่งสัมพันธ์กับอายุ สำหรับในผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้การปวดเปลี่ยนไป เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การส่งสัญญาณประสาท และการรับรู้ช้าลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่ความรุนแรงของอาการปวดไม่ลดลง⁽¹⁵⁾

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการตอบสนองต่อความปวด พบว่า เพศชายจะแสดงความรู้สึกของความปวดน้อยกว่าเพศหญิง แต่การตอบสนองความปวดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสังคมและวัฒนธรรมด้วย⁽¹⁶⁾

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ปัจจัยที่พบว่ามีความสำคัญ ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง ตำแหน่งที่มีความปวด จำนวนตำแหน่งที่มีความปวด และระยะเวลาที่มีความปวด

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ ความจำ และการให้ความหมายของความปวด⁽¹⁷⁾

3.1 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการสูญเสียความจำ ความสามารถในการคิด คำนวน การตัดสินใจ ความตั้งใจและการรวบรวมความคิด จะมีความยากลำบากในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด

3.2 ประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความปวด โดยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้การจัดการความปวดยากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดี

3.3 การให้ความหมายของความปวด ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักคิดเชื่อมโยงว่าอาการปวด เป็นสัญญาณเตือนว่าโรครุนแรงขึ้นหรือการลุกลามของมะเร็งที่เป็นมากขึ้น ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น กระทบการดำเนินชีวิตและทำให้ความหวังลดลง นอกจากนี้พบว่า ความคิดที่ว่าตนเองจะไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นได้มีความสัมพันธ์กับความปวด⁽¹⁸⁾

4. ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์

4.1 ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ความกลัว

โดยความวิตกกังวล ความกลัว จะไปกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว ส่งผลให้เพิ่มระดับความเจ็บปวด กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความวิตกกังวล ความกลัวสูง จะมีคะแนนความรุนแรงความปวดสูง⁽¹⁹⁾

4.2 ภาวะซึมเศร้า ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น ทั้งในเรื่องของความรุนแรงของความปวด (pain intensity) และความทุกข์ทรมานจากความปวด (pain distress)

5. ปัจจัยด้านสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับความปวด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุจัดการกับความปวดได้ดีขึ้น

6. ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ปัจจัยนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกเกี่ยวกับความปวด โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่มีความเชื่อในลี้ลับศักดิ์สิทธิ์ และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะใช้สิ่งนี้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเวลาที่เกิดความปวดโดยการสวดมนต์ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ผลกระทบของความปวด

ความปวดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย⁽²⁰⁾ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อการเล่นตนเองในกิจกรรมต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้

1.1 การเคลื่อนไหวลดลง ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นขณะเคลื่อนไหว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยลดความสามารถในการทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง เพื่อไม่ไปกระตุ้นความเจ็บปวด

1.2 ลดความสามารถในการนอนหลับ ความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งเป็นสาเหตุโดยตรงที่ไปรบกวนการนอนหลับ หรือหลับได้ในช่วงสั้นๆ ในช่วงที่ได้รับยาแก้ปวด และจะตื่นเมื่อฤทธิ์ของยาแก้ปวดลดลง

1.3 ลดความสามารถด้านประสาทสัมผัสและความจำ ระดับความเจ็บปวดที่สูงขึ้นทำให้ผู้ป่วยคิดอะไรไม่ออก เพราะต้องต่อสู้กับความเจ็บปวด คิดแต่เรื่องปวดเท่านั้น

2. ด้านจิตอารมณ์ ความเจ็บปวดเป็นลี้ภัยร้าย โดยตรง ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายและจิตอารมณ์ ดังนี้ ลดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เมื่อมีความเจ็บปวดผู้ป่วยมักจะหงุดหงิดง่าย เพิ่มความกลัว วิตกกังวล ส่งผลให้ความอดทนต่อความปวดลดลง เกิดภาวะทอดถอย ซึมเศร้าได้

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ลดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม เมื่อมีอาการปวดมาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจึงลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันที่พร่องไป ส่งผลให้รายได้ลดลง ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

4. ด้านจิตวิญญาณ การให้ความหมายกับชีวิต โรคมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของชีวิตอย่างมาก เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งนำไปสู่ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ

การประเมินความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล การรายงานอาการปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ถือเป็นตัวชี้วัดอาการปวดที่เชื่อถือได้มากที่สุด⁽²¹⁾ เครื่องมือที่ช่วยในการประเมินอาการปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคเมเร็งมีหลากหลาย

ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการปวดมีหลายแบบ ดังนี้

เครื่องมือประเมินความปวดในมิติทางเดียว (One-Dimension/ Scale)

1. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale : VAS) ให้ผู้ป่วยจุดลงบนเส้นตรงนั้นตรงที่ผู้ป่วยคิดว่าประมาณความปวดตอนนั้นๆ จากการศึกษาพบว่ามีความเที่ยงตรงที่เพียงพอต่อการวัดระดับความรุนแรงของความปวด แต่ยากสำหรับการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ

ไม่รู้สึกรู้สึกปวดเลย _____ ปวดมากที่สุด
0 10

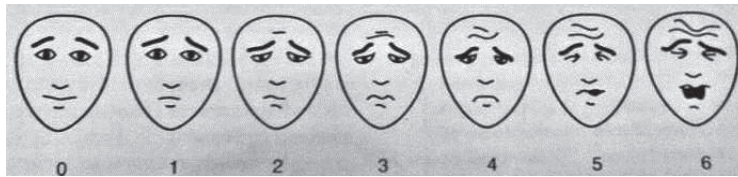
2. Verbal Descriptive Scale (VDS) เป็นการประเมินโดยให้ผู้ป่วยใช้คำบอกเล่าด้วยคำพูดง่ายๆ ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกปวดขณะนั้น ข้อดี คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยมักใช้คำกลางๆ เช่น ปวดมาก อาจบอกแค่ปวดปานกลาง ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง

0	1	2	3	4	5
ไม่ปวด	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดค่อนข้างมาก	ปวดมาก	ปวดมากที่สุด

3. มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอด โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรง เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้บ่อย เนื่องจากง่าย และไม่สิ้นเปลืองเวลา ข้อดี คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว การมีตัวเลขกำกับทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความปวดได้ง่าย⁽²²⁾

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่ปวดเลย _____ ปวดมากที่สุด

4. มาตรวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale : FPS) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้บอกตำแหน่งของสีหน้าที่ตนเองรู้สึกปวดในขณะนั้น ใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านความคิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง



ภาพแสดง: มาตรวัดความปวดรูปหน้าคน (Face Pain Scale)

5. มาตรวัดความปวดของสจ๊วต (Stewart's pain color scale) โดยให้ผู้ป่วยเลือกแถบสีตามระดับความปวดของตนเอง ข้อดี คือ ทำให้แยกระดับความปวดได้ชัดเจน ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยบางคนมีความรู้สึกปวดไม่สัมพันธ์กับสีของมาตรวัด ไม่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่ตาบอดสี

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
เขียว เหลือง	เหลือง	เหลือง ส้ม	ส้ม	ส้ม แดง	แดง	แดง น้ำตาล	น้ำตาล	ดำ น้ำตาล	ดำ
ไม่รู้สึกปวด			ปวด ปานกลาง				ปวดมาก จนทนไม่ได้		

เครื่องมือวัดความปวดแบบหลายทิศทางหรือแบบผสมผสาน (multidimension pain assessment tools) มีดังนี้

1. The Short-Form McGill Questionnaire (McGill-SF) เป็นการวัดความปวด โดยมีคะแนนเต็ม 15 คะแนน เป็นการประเมินความปวดทั้งความรุนแรงและคุณภาพ⁽²³⁾

2. The Functional Pain Scale มีระดับคะแนน 0-5 คะแนน เป็นการวัดความรุนแรงและการทำหน้าที่หรือผลกระทบต่อร่างกายจากอาการปวด โดยเฉพาะความสามารถในการดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ และการใช้โทรศัพท์⁽²⁴⁾

3. McGill Pain Questionnaire เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสูง และเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความปวดชนิดหลายมิติที่ใช้มากที่สุด ประเมินความปวดโดยลักษณะของกลุ่มคำ 20 กลุ่มคำ 10 กลุ่มคำแรก เป็นการวัดมิติด้านความรู้สึก (sensory dimension) อีก 5 กลุ่มคำ เป็นการวัดมิติด้านอารมณ์ (affective dimension) ส่วนอีก 5 กลุ่มคำ เป็นการประเมินด้านอื่นๆ ข้อดี คือ การแบ่งออกเป็นชุดคำต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกคำได้ตรงกับความปวดที่ตนเองประสบได้มากที่สุด⁽²⁵⁾ แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา เนื่องจากค่อนข้างยาว อาจทำให้ผู้ป่วยให้ความสนใจลดลง

4. Brief Pain Inventory (BPI) มักใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 2 ส่วน คือ ความรุนแรงและผลกระทบจากความปวดในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน และข้อคำถามอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ เป็นข้อมูลความรุนแรงของความปวด 16 องค์ประกอบ

การจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเมะเร็ง

การจัดการความปวดถือเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเมะเร็ง การที่จะบำบัดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการบำบัดความปวด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้อาการปวดและส่งผลให้การบำบัดความปวดในวัยสูงอายุซับซ้อนมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการบำบัดความปวด⁽²⁶⁾ ดังนี้

1. สัดส่วนของไขมันมากขึ้น ในขณะที่ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทั้งน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์และในเซลล์ จากปริมาณน้ำในตัวที่เคยมีถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัวจะลดน้อยกว่าเดิมร้อยละ 15 (เหลือร้อยละ 45 ของ Total body weight) การเปลี่ยนแปลงปริมาณไขมันและน้ำในร่างกายจะมีผลอย่างมากกับการกระจายตัวของยา ดังนั้นยาที่ละลายในน้ำจะมีการกระจายตัวลดลง ทำให้ระดับยาในเลือดสูงกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนยาที่ละลายในไขมันจะมีการกระจายตัวมากขึ้น ยาส่วนหนึ่งจะต้องไปละลายในไขมันที่มีปริมาณมากขึ้น ทำให้เหลือยาในกระแสเลือดลดลง ผลคือระดับยาดำกว่า

ปกติ แต่ค่าครึ่งชีวิตของยายาวขึ้น และถ้าได้รับยาเกินขนาดก็จะเกิดพิษจากยานานขึ้น

2. ขนาดของตับ น้ำหนักของตับ และปริมาณเลือดที่ผ่านตับลดลงตามสัดส่วนของขนาดตับที่เปลี่ยนไป Cytochrome P450 ที่มีหน้าที่สำคัญในการ Oxidation substance ต่างๆ ได้แก่ ยาที่มี Metabolism ผ่านตับ ทำงานน้อยลงและมีผลทำให้ Prolong half life ของยาที่ต้อง Metabolism ผ่านตับนานขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิด Adverse drug reaction จากการใช้อย่างมากขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไต การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของไตจะลดลงไปร้อยละ 50 ขนาดของไตและจำนวนเนฟรอนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ที่ไกลเมอรูลัสพบการหนาตัวของเยื่อบุผนัง และมีเยื่อคอลลาเจนเพิ่มขึ้น เลือดที่มาเลี้ยงไตมีปริมาณลดลง การกรองที่ไตลดลง การทำหน้าที่ของท่อไตลดลง ทำให้การขับถ่ายของยาทำได้น้อยลง เนื่องจากกระบวนการขับถ่ายยาทางไตขึ้นอยู่กับกรซึมซาบของเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณไต การที่ไตทำงานลดลงเพราะมีเลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลง ทำให้ Creatinine clearance ลดลง สิ่งที่สำคัญมากที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของไต คือ การขับถ่ายยาจะลดลงตาม Creatinine clearance ที่ลดลง จึงต้องปรับขนาดยาที่ขับถ่ายทางไตทุกครั้ง ถึงแม้ยานั้นจะไม่มี Nephro toxic ก็ตาม เพราะระดับยาในเลือดที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆได้⁽²⁷⁾

4. การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย จะทำหน้าที่ลดลงช้าๆตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเมื่อเซลล์ประสาทเสื่อมหรือตายลงจะไม่มี

การสร้างเซลล์ประสาทขึ้นมาใหม่ ทำให้การสร้างสารสื่อประสาทลดลง เมื่อมีการสร้างสารเหล่านี้แปรปรวนไปจะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อการบำบัดความปวด

บทบาทพยาบาลเพื่อจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง โดยใช้บทบาทอิสระและไม่อิสระ แต่บทบาทอิสระถือเป็นบทบาทที่สำคัญ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เพื่อให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเป็นไปตามเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้ป่วยสูงอายุปราศจากความปวด สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บทบาทพยาบาลที่สำคัญในการช่วยป้องกันและบรรเทาความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง มีดังนี้

บทบาทการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

การบรรเทาความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ถือเป็นบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยลดขนาดของการใช้ยาแก้ปวด ลดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา⁽²⁸⁾ มีดังนี้

1. การใช้วิธีทางกายภาพ (Physical or Cutaneous stimulation) เป็นการกระตุ้นผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อ มีดังนี้

1.1 การประคบร้อน-เย็น (Heat and Cold Applications) การประคบร้อนช่วยทำให้

เกิดการขยายตัวของเส้นเลือด และเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ส่วนการประคบเย็นจะช่วยลดการหลั่งสารเคมี เช่น กรดแลคติก โปแตสเซียม อีออน และฮิสตามีน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความปวด การประคบร้อน-เย็น ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ดี

1.2 การนวด (Massage) การนวดสามารถบรรเทาอาการปวดได้ โดยส่งเสริมให้มีการหลั่ง Endorphine และ Enkephaline จากการยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทของใยประสาทขนาดเล็กเอ เดลตา และใยประสาทซี และการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เอ เบต้า ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นเซลล์ เอส จี ให้ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทไปประสาทกับที เซลล์ ทำให้กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีกระแสประสาทผ่านส่งไปยังสมอง เป็นผลให้อาการปวดลดลง จากการศึกษาการนวดแบบสวีดิชในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่อาศัยที่สถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Solid tumor (lung, breast, prostate, colorectal) อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 18 ราย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดแบบสวีดิชบริเวณมือและแขน เท้าและขา เป็นระยะเวลา 20 นาที ผลการวิจัยพบว่า การนวดแบบสวีดิชสามารถลดความปวดและผ่อนคลายภาวะเครียดทางร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁽²⁹⁾

1.3 การจัดท่า (Positioning) การจัดท่าเป็นวิธีการที่ทำให้มีความสุขสบาย ช่วยขจัดแรงกดบริเวณที่ปวด จึงเป็นตัวช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความเจ็บปวด

1.4 การใช้เครื่อง TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

เป็นการกระตุ้นปลายประสาทด้วยเครื่องไฟฟ้าผ่านผิวหนัง การใช้เครื่อง TENS ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าต่ำ โดยจะไปกระตุ้นเส้นใยประสาทส่วนปลายขนาดใหญ่และยับยั้งการส่งผ่านของสัญญาณความปวด ทำให้ความปวดลดลง เวลากระตุ้นประมาณ 20-30 นาที ซึ่งสามารถลดความปวดได้นานถึง 3-4 ชั่วโมง โดยให้การรักษาประมาณ 3-4 ครั้ง/วัน

1.5 การสัมผัส (Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ คล้ายกับการนวดทำให้ SG ทำงานมากขึ้น ยับยั้งการทำงานของ T cell ทำให้ประตูปิด ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ซึ่งทำให้อาการปวดลดลง ส่งผลต่อการผ่อนคลายด้านจิตใจ

1.6 การกดจุด (Acupressure) เป็นวิธีการอีกวิธีหนึ่งในการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งอาศัยหลักการเดียวกันกับการนวด

2. การปรับกระบวนการความคิด (Cognitive-behavioral techniques) เป็นกลวิธีในการปรับการตีความในการรับรู้ความรู้สึกปวด การเผชิญกับความปวดโดยการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับความปวดได้แก่

2.1 การสอนหรือการให้ข้อมูล (Information support) การสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวด เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความกลัว ความวิตก

กังวล และเป็นการเพิ่มระดับความทนต่อความปวด

2.2 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นการผ่อนคลายอารมณ์ และความวิตกกังวล เช่น การผ่อนคลายโดยการควบคุมการหายใจ (Rhythmic Breathing) การทำสมาธิ (Meditation) เป็นการเน้นความสนใจของบุคคลออกไปจากความเจ็บปวด

2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นวิธีการเบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจของบุคคลมายังสิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำทำให้บุคคลหันเหความสนใจออกจากความเจ็บปวด ลดการรับรู้ความรู้สึกต่อความปวด นอกจากนี้ยังกระตุ้นจะทำให้เกิดการหลั่ง Endorphins และ Enkephalins ซึ่งเป็นสารยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจจึงสามารถลดการรับรู้อาการปวดและเพิ่มความทนต่ออาการปวดได้ เช่น ดนตรีบำบัด (Music therapy) การอ่านหนังสือ การสนทนากับผู้อื่น และการสร้างจินตภาพ จากการศึกษาวารลักษ์ณ์ นิมวัย⁽³⁰⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างจินตภาพแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เงียบสงบ มีอุณหภูมิที่พอเหมาะ และสิ่งแวดล้อมที่มีความรู้สึกปลอดภัย จะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว และทนต่ออาการปวดได้มากขึ้น

บทบาทการบรรเทาความปวดโดยใช้ยา

วิธีการบริหารยาเพื่อบรรเทาอาการปวดใช้ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้กำหนดหลักการใช้ยาระงับปวด โดยอาศัยจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ ตามระดับความรุนแรงของอาการปวดประกอบด้วยบันได 3 ขั้น (WHO three steps Analgesic Ladder)⁽³¹⁾ ดังนี้

ขั้นที่ 1 อาการปวดในระดับเล็กน้อย (Mild pain) แนะนำให้ใช้ยาระงับความปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน และยาแก้แสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในรายที่มีอาการปวดในระดับเล็กน้อย (มีคะแนน 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)

ขั้นที่ 2 อาการปวดในระดับปานกลาง (Moderate pain) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 1 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด หรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาระงับปวดชนิด Weak opioids ร่วมกับยาระงับปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น Codeine Tramol Tramadol ในรายที่มีอาการปวดในระดับปานกลาง (มีคะแนนตั้งแต่ 4-6 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)

ขั้นที่ 3 อาการปวดในระดับรุนแรง (Severe pain) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 2 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาระงับปวดชนิด Strong opioids ร่วมกับยาระงับปวดชนิด Non-opioids และ/หรือยาเสริม เช่น Morphine Fentanyl หรือ Methadone ในรายที่มีอาการปวดในระดับรุนแรง (มีคะแนนตั้งแต่ 7-10 จากการใช้มาตรวัดความปวดที่มีคะแนน 0-10)

สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของสุกัสร และคณะ⁽³²⁾ เรื่องการสำรวจผลของการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้ยาบรรเทาปวดโดยใช้หลักปฏิบัติตามหลักการขององค์การอนามัยโลกมีระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 ดังนั้นวิธีการบรรเทาปวดโดยใช้ยาตามหลักการขององค์การอนามัยโลกเหมาะสมและสามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลควรบริหารยาแก้ปวดให้เหมาะสมโดยการประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งแต่ละรายก่อนการให้ยาแก้ปวด รวมทั้งในเรื่องของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งนั้น อาจจะต้องมีการคัดกรองในเรื่องของภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย เพื่อที่จะได้ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด นอกจากนั้นการประเมินตรวจสอบความถูกต้องหลังการให้ยาแก้ปวดภายหลังให้ยา 30 นาที-1 ชั่วโมง และถ้าพบว่าอาการปวดไม่ดีขึ้น ควรรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อปรับยาแก้ปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งต่อไป อันจะนำไปสู่การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเป็นปัญหาที่พบบ่อย และความปวดจากมะเร็งเป็นความปวดแบบเรื้อรัง ซึ่งความปวดในผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างไปจากวัยอื่นในเรื่องของสรีรวิทยา

ที่เปลี่ยนแปลง อีกทั้งในบางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถอธิบายลักษณะของอาการปวดได้ชัดเจน หรือไม่ สามารถอธิบายถึงตำแหน่งและสาเหตุของอาการปวดได้แน่ชัด เนื่องจากผู้สูงอายุโรคมะเร็งบางรายมีปัญหาในการรับรู้ ความเข้าใจ และการสื่อสาร ส่งผลให้การประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุทำได้ค่อนข้างยาก ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพ โดยการประเมินความปวด การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา รวมทั้งการสอน และให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

ซึ่งญาติเป็นผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดอีกคนหนึ่งที่จะช่วยให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยสูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลควรพัฒนาองค์ความรู้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ผิดในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มยาโอปิออยด์ให้กับผู้ป่วยสูงอายุและญาติ เพราะการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสมจะส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความทุกข์ทรมานจากความปวด อีกทั้งยังส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งและครอบครัวด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Attasara A, Buasom R. Hospital-based cancer registry 2009. Bangkok: National Cancer Institute, Ministry of Public Health; 2010.
2. World Health Organization. National cancer control programs: policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติโรคของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
4. Yates PM, Edwards HE, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Skerman HM, Najman JM. Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. J Pain Symptom Manage 2002;23:393-405.
5. สมบูรณ์ เทียนทอง. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. ใน: ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, บรรณาธิการ. ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2554. หน้า 88-100.
6. Gibson J, Weiner D. Pain and Older Adult. Pennsylvania: IASP Press; 2005.
7. Urban D, Cherny N, Catane R. The management of cancer pain in the elderly. Crit Rev Oncol Hematol 2010;73:176-83.

8. Maas HA, Janssen-Heijnen ML, Olde Rikkert MG, Machteld Wymenga AN. Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. *Eur J Cancer* 2007;43: 2161-9.
9. Nagaviroj K, Jaturapatporn D. Cancer pain--progress and ongoing issues in Thailand. *Pain Res Manag* 2009;14:361-2.
10. Gianni W, Madaio RA, Di Cioccio L, D'Amico F, Policicchio D, Postacchini D, et al. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;51:273-6.
11. Melzak R. From the gate to the neuromatrix. *Pain* 1999;6:121-6.
12. Schmidt BL, Hamamoto DT, Simone DA, Wilcox GL. Mechanism of cancer pain. *Mol Interv* 2010;10:164-78.
13. Christensen BL. Care of the patient with cancer. In: Christensen BL, Kockrow EO, editors. *Fundamentals and adult health nursing*. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2011. p. 2014-43.
14. Blumenthal DT. Assessment of neuropathic pain in cancer patients. *Curr Pain Headache Rep* 2009;13:282-7.
15. Sikorski AK, Barker MD. Clients with pain. In: Black MJ, Hawks HJ, editors. *Medical-surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2005. p.440-85.
16. Potter J, Higginson IJ. Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. *Lung Canc* 2004;43:247-57.
17. Black J, Hawks J. Client with pain. St. Louis: Elsevier; 2005.
18. Burke MK, Brown E, Lemon P, Eby L. *Medical surgical nursing care*. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2007.
19. Jablonski A. A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life. *J Hosp Palliat Nurs* 2005;7:23-36.
20. Hughes J, editor. *Pain management from basics to clinical practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2008.
21. Ardery G, Herr KA, Titler MG, Sorofman BA, Schmitt MB. Assessing and managing acute pain in older adults: a research base to guide practice. *Medsurg Nurs* 2003; 12:7-18; quiz 19.

22. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. Clin Geriatr Med 2001;17:457-78, vi.
23. Kitisomprayoonkul W. Revised Thai short-form McGill pain questionnaire (Revised Th-SFMPQ). Chula Med 2005;49:143-55.
24. Gloth FM 3rd, Scheve AA, Stober CV, Chow S, Prosser J. The Functional Pain Scale: reliability, validity, and responsiveness in an elderly population. J Am Med Dir Assoc 2001;2:110-4.
25. Valley MA. Pain measurement. In: Raj PP, editor. Pain medicine: a comprehensive review. Missouri: Mosby; 2003.
26. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
27. Goldstein NE, Morrison RS. Treatment of pain in older patients. Crit Rev Oncol Hematol. 2005;54:157-164.
28. Hadjistavropoulos T, Hadjistavropoulos DH. Pain management for older adults. USA: IASP Press; 2008.
29. Hodgson NA, Lafferty D. Reflexology versus Swedish massage to reduce physiologic stress and pain and improve mood in nursing home residents with cancer : a pilot trial. Evid Based Complement Alternat Med 2012;2012:456897. doi: 10.1155/2012/456897.
30. วรลักษณ์ นิมวัย. ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจิตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการใช้ ยาระงับปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง [วิทยานิพนธ์ปริณญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
31. Ersek M, Poe CK. Pain. In: Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR, editors. Medical-surgical nursing : assessment and management of clinical problems. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2004.
32. สุภัทร์ สุนงคช, ศุภัญญา ควรรนิคม, นุจรี ประทีปะวณิช, เอื้อมแซ สุขประเสริฐ. การสำรวจผลของการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2551;4:77-96.