

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ผู้วิจัย
ศึกษารวบรวมวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

- ความหมายของความปวด
- อุบัติการณ์ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
- ผลกระทบจากการไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

การจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยวิธีใช้ยา

บทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ

อุปสรรคการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

- ด้านทีมสุขภาพหรือผู้ให้บริการ
- ด้านระบบบริการสุขภาพ
- ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

เครื่องมือวัดอุปสรรคการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

สรุปการทบทวนวรรณคดี

แนวคิดเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน สัมพันธ์กับหลายมิติไม่ว่าจะเป็น
มิติด้านสรีระ ด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม หรือด้านสังคมวัฒนธรรม

ธรรม (Petpichetchian, 2001) ยากที่จะให้ความหมายที่สมบูรณ์ได้ มีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้มากมาย เช่น

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้ความหมายของความปวดว่า “เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ และมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย” (Merskey et al., 1979, pp.250)

แมคคาฟเฟอร์รี่ (McCaffery, 1989) ได้ให้ความหมายของความปวดว่า ความปวดเป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้และยังคงอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี

สรุปความปวด คือความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน สัมพันธ์กันหลายมิติ ซึ่งบุคคลที่กำลังประสบความปวดอยู่จะอธิบายว่าความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจ อาจจะมีการทำลายของเนื้อเยื่อร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ และความปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีความปวดอยู่

อุบัติการณ์ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากจะมีประสบการณ์ความปวด (Agency for Health Care Research and Quality, 2002) จากการศึกษาของอกริดี (2547) เรื่องอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ของ ไทยจำนวน 354 ราย พบว่าอาการปวด/เจ็บ เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง และอาการปวด/เจ็บ เป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุดเป็นอันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร และคณะ (2541) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 104 คน พบว่าความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่นกัน และผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงความปวดในรอบ 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับรุนแรงมาก จากการศึกษาถึงความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ถูกส่งมาปรึกษาที่คลินิกระงับปวด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2538 โดยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนเสียชีวิต จำนวน 451 ราย พบว่าช่วงเวลาของการดูแลเพื่อบำบัดความปวด ร้อยละ 80 อยู่ใน ช่วงการดูแลระหว่าง 1-120 วัน (สถาพร, 2547 ก) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70-72) มีความปวดที่เกิดบริเวณของร่างกายมากกว่า 1 แห่ง (สถาพร, 2547 ก; สมพร และคณะ, 2541) และมีผู้ป่วยมะเร็งมากถึง ร้อยละ 60 ต้องใช้ยามอร์ฟินในการควบคุมความปวด (สถาพร, 2001) ซึ่งความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากสาเหตุ ดังนี้ (Bruera & Neumann, 1999; Mickle, 2002; Ruzicka, Gates, & Fink, 2001)

1. ความปวดจากโรคมะเร็งโดยตรง พบได้ประมาณร้อยละ 65-85 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Bruera & Neumann, 1999; Mickle, 2002) เช่น ความปวดจากมะเร็งกระจายหรือลามมาที่กระดูก หรือเนื้องอกของกระดูก ปวดจากก้อนเนื้องอกของปลายประสาท ปวดจากมะเร็งกดหรือแทรกเบียดเส้นประสาท เป็นต้น

2. ความปวดที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 15-25 ของผู้ป่วยมะเร็ง (Bruera & Neumann, 1999; Mickle, 2002) โดยมีสาเหตุของความปวด ดังนี้

2.1 การผ่าตัด เช่น หลังผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอ ตัดแขน/ขา เป็นต้น

2.2 ได้รับเคมีบำบัด เช่น เจ็บแสบในปาก เนื่องจากเชื้อราในช่องปากอักเสบ (mucolitis) พบได้ในระหว่าง 2-10 วันระหว่างให้ยาเคมีบำบัด (Puntillo, Miaskowski, & Summer, 2003)

2.3 ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยอาจปวดทันทีขณะได้รับรังสีรักษา หรือปวดในระยะต่อมา เนื่องจากมีพังผืดไปรัดกลุ่มประสาท เช่น ความปวด ชา หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงในส่วนที่เลี้ยงโดยเส้นประสาทไขสันหลังระดับที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลายภายหลังได้รับรังสีรักษา (post radiation myelopathy)

3. ความปวดที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งหรือการรักษาโรคมะเร็ง แต่เกิดจากความปวดที่มีอยู่ก่อนดั้งเดิม เช่น ปวดหลังจากกระดูกเสื่อม ปวดศีรษะไมเกรน ปวดท้องจากแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น พบได้ประมาณร้อยละ 3-10 (Bruera & Neumann, 1999; Mickle, 2002)

นอกจากนี้หากแบ่งสาเหตุความปวดตามกลไกของอาการปวด แบ่งได้ 3 สาเหตุหลัก คือ (พงศักราดิ, 2547 ข; ลักขมี, 2546; สถาพร, 2547 ก; Caraceni, 1996; Cherny & Portenoy, 1999)

1. อาการปวดจากการบาดเจ็บหรือจากการอักเสบ (nociceptive or inflammatory pain) เกิดเมื่อประสาทรับความรู้สึก (nociceptor) หรือใยประสาทที่นำความรู้สึกปวดถูกกระตุ้นหรือบาดเจ็บแบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1.1 ความปวดของอวัยวะได้ผิวหนัง (somatic pain) เกิดจากการกระตุ้นตัวรับความปวดในชั้นได้ผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ลึกลงไป ลักษณะความปวดที่พบบ่อยได้แก่ ปวดเมื่อย (aching) ปวดกระตุก (throbbing) และปวดแปลบ (sharp) เป็นต้น

1.2 ความปวดของอวัยวะภายใน (visceral pain) เกิดจากการบาดเจ็บต่อระบบประสาทซิมพาเทติกที่เลี้ยงอวัยวะ ซึ่งรอยโรคเกิดจากรอยโรคของอวัยวะในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน มีการกดเบียด การยืดขยาย หรือการหดตัวอย่างผิดปกติของผนังกล้ามเนื้อเรียบ ลักษณะความปวดมักถูกอธิบายในรูปของความปวดที่อยู่ลึก ปวดตื้อๆ ปวดถ่วง (dragging) ปวดคล้ายถูกบีบรัดหรือปวดเสียดหรือถูกกด (squeezing or pressurelike) และมักมีอาการปวดร้าวไปยังบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ลึกลงไป

2. อาการปวดจากความผิดปกติทางระบบประสาท (neuropathic pain) เกิดเมื่อระบบประสาทส่วนปลายและ/หรือประสาทส่วนกลางมีการบาดเจ็บหรือทำหน้าที่ผิดปกติ ทำให้มีลักษณะปวดแสบปวดร้อน (burning) ปวดเหมือนมีอะไรมาตีแทง (stabbing) ปวดเมื่อสัมผัส (allodynia) (ลักขมี, 2546)

3. อาการปวดทางจิตหรือไม่ทราบสาเหตุ (psychogenic or idiopathic pain) เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมอง ซึมเศร้า วิตกกังวลถึงความเจ็บป่วยของตนเอง กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล กลัวตายอย่างทรมาณจากความปวด ทั้งหมดนี้ทำให้ทนต่อความปวดได้น้อยลง (เพ็ญแข, 2549) โดยความปวดนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเร้าด้วยสิ่งที่ทำให้บาดเจ็บ หรือความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทรับรู้ ผู้ป่วยจะแสดงออกของอาการทางจิตที่เด่นและชัดเจนมากพอที่จะทำให้เชื่อว่ามิพยาธิสภาพทางจิตใจ ความปวดชนิดนี้อาจเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุจริงๆ ที่จะทำให้เกิดอาการปวด หรือมิสาเหตุจริง แต่อาการปวดมีมากกว่าที่ควรจะเป็น

ความปวดที่แบ่งตามระยะเวลาในการเกิดความปวด (พงศักรดี, 2547 ก; สถาพร, 2547 ก; Kozier, Erb, & Berman, 2000; Kean et al., 2002; Laskin, 2002) แบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1. ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ร่างกายได้รับอันตราย มีการบาดเจ็บหรือมิพยาธิสภาพ จนกระทั่งการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพนั้นหายไป เป็นความปวดที่บุคคลส่วนใหญ่เคยประสบ มีลักษณะเหมือนสัญญาณเตือนภัย มักเกิดขึ้นทันทีทันใด และจะทุเลาไปภายหลังได้รับการรักษาหรือหายเองได้โดยไม่ต้องรักษา สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดในอนาคต โดยระยะเวลาของความปวดน้อยกว่า 6 เดือน

2. ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คงอยู่ตลอดเวลา หรืออาจเกิดขึ้นเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด มีระยะเวลาความปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มักไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ บริเวณที่ปวดกว้าง บวกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน

ผลกระทบจากการไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ความปวดจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายโดยมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (วงจันทร์, 2547 ก; ศศิกันต์, 2547; McCaffery & Pasero, 1999; Phillips & Cousins, 1986)

1. ระบบทางเดินหายใจ ความปวดจากสาเหตุการผ่าตัด หรืออุบัติเหตุบริเวณทรวงอกและช่องท้อง มีผลทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหายใจ ปฏิกิริยาตอบสนองของไขสันหลัง (spinal reflex response) ที่เหนือการควบคุม (involuntary) ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ (reflex) แบบกล้ามเนื้อหด

เกร็งในบริเวณที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ รวมถึงบริเวณโดยรอบ ทำให้กล้ามเนื้อในบริเวณทรวงอก และช่องท้องไม่ขยับ การขยับของทรวงอกที่ลดลง อาจทำให้เกิดปอดแฟบ (atelectasis) ทางลัดในช่องปอด (intrapulmonary shunting) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercarbia) ภาวะออกซิเจนต่ำ (hypoxemia) และอากาศในปอดมีจำนวนต่ำกว่าปกติ (hypoventilation) ได้ นอกจากนี้การลดลงของความจุปริมาตรลมในช่องปอด (vital capacity) ทำให้ไอและขับเสมหะได้ไม่เต็มที่ จนอาจเกิดปอดอักเสบ (pneumonia) ตามมาได้

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดเฉียบพลันที่รุนแรงมีผลให้ระบบประสาทซิมพาติก (sympathetic nervous system) ทำงานมากผิดปกติ เกิดหัวใจเต้นเร็ว ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น ความดันเลือดและปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานของหัวใจและความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น ในขณะที่การนำออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เนื่องจากหัวใจที่เต้นเร็วมีผลลดระยะเวลาคลายตัวของหัวใจอย่างเต็มที่ (diastolic filling time) ทำให้หัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคของหลอดเลือดโคโรนารี (coronary) อยู่เดิม

3. ระบบกล้ามเนื้อ ความปวดจะทำให้เกิดปฏิกิริยาการหดตัวของกล้ามเนื้อ (reflex muscle spasm) ความปวดและการเคลื่อนไหวที่ลดลงทำให้เกิดการเสื่อมของการเผาผลาญ (metabolism) ของกล้ามเนื้อ จนกล้ามเนื้อลีบแบนและกลับสู่การทำงานที่ปกติได้ล่าช้า

4. ระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ ความตึงของระบบประสาทซิมพาติก (sympathetic tone) ที่เพิ่มขึ้น มีผลเพิ่มความตึงของหูรูด (sphincter tone) และลดการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหาร และทางเดินปัสสาวะ จนเกิดภาวะลำไส้อืด (ileus) และปัสสาวะกั่งตามลำดับ นอกจากนี้ยังทำให้ปริมาตรกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น จนอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ภาวะนี้ร่วมกับการลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้เสี่ยงต่อการสำลัก จนเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonitis) ที่รุนแรงได้

5. ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนด้านการทำลาย (catabolic hormones) คือ กลูคาγον (glucagon) คอร์ติซอล (cortisol) และ แคททีโคลามีน (catecholamine) ร่วมกับการลดลงของฮอร์โมนด้านเสริมสร้าง (anabolic hormones) คืออินซูลิน (insulin) และเทสโทส-เตอร์โรน (testosterone) ผู้ป่วยจะเกิดการเสียสมดุลของไนโตรเจน (negative nitrogen balance) การคงสภาพของคาร์โบไฮเดรต (carbohydrate intolerance) และเพิ่มการสลายไขมัน

6. ระบบเลือด ทำให้เกร็ดเลือดเกาะตัว ลดการสลายไฟบริน (fibrinolysis) และเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (hypercoagulability)

7. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวน แต่กระบวนบริติคูลอเอ็นโดทีเลียล (reticuloendothelial) จึงเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

8. การเผาผลาญของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเผาผลาญ (metabolism) ของร่างกาย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เกี่ยวกับคาร์โบไฮเดรต จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น คือต่ออินซูลิน โปรตีนในกล้ามเนื้อถูกทำลายไปสร้างน้ำตาล เพิ่มการสลายไขมัน มีผลให้กรดไขมันอิสระ (free fatty acid) คีโตนบอดี (ketone bodies) และแลคเตท (lactate) เพิ่มขึ้น

9. ผลทางด้านจิตใจ ความปวดเฉียบพลันมักทำให้เกิดความกลัว กังวล และนอนไม่หลับ ความปวดเรื้อรังทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีความโกรธ และมักแสดงออก หรือระบายอารมณ์โกรธกับบุคลากรทางการแพทย์

การจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยวิธีใช้ยา

การใช้ยาแก้ปวดเป็นวิธีการสำคัญในการรักษาความปวดจากมะเร็ง โดยยึดหลักบรรเทาความปวดที่เกิดผลไม่พึงประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยน้อยที่สุด ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ (ลักษณะ, 2546) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำขั้นตอนการใช้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็ง 3 ขั้นตอน (ลักษณะ, 2546; องค์การอนามัยโลก, 2534) คือ

ขั้นที่ 1 เมื่อผู้ป่วยมีความปวดเล็กน้อย ให้ยากลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid) และอาจให้ยาเสริม (adjuvants) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

ขั้นที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมีความปวดปานกลางถึงรุนแรง ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid) และอาจให้ยากลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid) และยาเสริม (adjuvants) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

ขั้นที่ 3 เมื่อผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงมาก ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioid) และอาจให้ยากลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid) และยาเสริม (adjuvants) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

ชนิดของยาแก้ปวด

ยาแก้ปวดที่เกิดจากโรคมะเร็ง สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (ลักษณะ, 2546; สถาพร, 2547 ก) คือ

1. ยาบรรเทาปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid) ใช้บรรเทาความปวดในระดับน้อยถึงปานกลางออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างโพรสตาแกรนดิน (prostaglandins) บริเวณที่มีการบาดเจ็บ ได้แก่

พาราเซตามอล แอสไพริน และยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงที่สำคัญ คือ ระบายท้องทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ข้อดีของยากลุ่มนี้ คือไม่ก่อให้เกิดภาวะที่คือต่อยา (tolerance) ภาวะที่ร่างกายชินต่อยา (physical dependence) และการติดยา (addiction) (สถาพร, 2547 ก)

2. ยาบรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ ใช้บรรเทาปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ออกฤทธิ์ที่ประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้นโอปิออยด์รีเซพเตอร์ (opioid receptor) ภายในสมองซึ่งอยู่ส่วนสมองสีเทา ชารามัส และคอร์ซอลลอร์นของไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อศูนย์ควบคุมการหายใจ การไอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่ก้านสมอง ออกฤทธิ์ต่อการหลั่งฮอร์โมนที่ไฮโปทาลามัสและลิมบิก ในการควบคุมอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความปวด ทำให้อารมณ์ดี นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้บีบตัวลดลง เกิดอาการท้องผูก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่นอนกับที่นานๆ และยังมีผลต่อการกดการหายใจที่ศูนย์การหายใจที่ก้านสมอง ยาบรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (สถาพร, 2547 ข) คือ

2.1 ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ใช้บรรเทาความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ โคดีอีน (codeine) ออกซีโคโดน (oxycodone) เป็นต้น ซึ่งมีฤทธิ์อ่อนกว่ามอร์ฟีน 12 เท่า ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง ยานี้ ออกฤทธิ์บรรเทาปวดได้ดีเมื่อใช้ร่วมกับยาพาราเซตามอลหรือแอสไพริน ผลข้างเคียงของยาล้ำยกับมอร์ฟีน แต่อาการท้องผูกมีมากกว่ามอร์ฟีน

2.2 ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioid) สำหรับการบรรเทาปวดระดับรุนแรง ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เมทาโดน (methadone) ไฮโดรมอร์ฟีน (hydromorphone) และ เมเพอริดีน (meperidine) เป็นต้น มอร์ฟีนเป็นยาที่นิยมใช้และสามารถบรรเทาปวดได้เกือบหมด เมื่อดูดซึมเข้ากระแสเลือดและระดับยาในกระแสเลือดถึงระดับที่ระงับปวด โดยระดับยาที่น้อยที่สุดที่ระงับปวดได้ คือ minimal effective analgesic concentration (MEAC) เมื่อมีการเพิ่มขนาดยาขึ้นอีก ทำให้มีผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด เช่น ง่วงซึม หรือกดการหายใจ สำหรับการบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง เมเพอริดีนเป็นยาแก้ปวดที่แนะนำให้ยับยั้งการใช้ โดยถูกจัดเป็นยาที่ถูกพิจารณามาใช้ในกลุ่มท้ายๆ (สถาพร, 2547 ข) เนื่องจากพบมีการสะสมของนอร์เพทริดีน (norprthidine) ซึ่งเป็นเมตาโบไลต์ที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กล้ามเนื้อสั่นกระตุก (tremor) รีเฟล็กซ์ (reflex) ไข้หวัด ประสาทหลอน (hallucination) และชัก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องไต (ลักษณะ, 2547) การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง จะเกิดภาวะติดยาทางกาย (physical dependence) และภาวะคือยา (psychological dependence) ร่วมด้วย ซึ่งเป็นการตอบสนองทางเภสัชวิทยาตามปกติต่อการใช้ยาเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง (องค์การอนามัยโลก, 2534)

3. ยาเสริม (adjuvants analgesics) ได้แก่ยากลุ่มเบนโซไดเซพีน (benzodiazepines) ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดความวิตกกังวล คลายเครียด ยากลุ่มนี้ช่วยตัดวงจรต่อเนื่องของความปวดที่เกิดจากความวิตกกังวล และการเกร็งของกล้ามเนื้อ จึงช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความปวดได้ดีขึ้น ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ

บทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

การจัดการความปวดจะมีประสิทธิภาพได้ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงควรมีความเชื่อในบทบาทที่ถูกต้องและตรงกัน เพื่อให้เกิดการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ (วงจันทร์, 2547 ก)

1. การประเมินความปวดและรายงานความปวดให้กับแพทย์และพยาบาลทราบ เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ความรู้สึกส่วนบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นผู้ที่จะรายงานความปวดได้ดีที่สุด เนื่องจากมีความเที่ยง (reliability) และตรง (validity) มากที่สุด (Puntillo et al., 2003) แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง อาจเนื่องจากมีปัญหาด้านความคิด ความจำ หรือระดับความรู้สึกตัว ผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลสำคัญอีกคนหนึ่ง ที่จะรายงานความปวดแทนผู้ป่วยได้ เนื่องจากเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้ทราบวาพฤติกรรม ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยเป็นอย่างไร และถือว่าผู้ดูแลเป็นผู้มีอิทธิพลที่สำคัญในการจัดการความปวดของผู้ป่วย (Given, Given, & Kozachik, 2001)

2. การวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลแต่ละคนจะมีความเชื่อ ทัศนคติ และการให้คุณค่าในตนเอง ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนเพื่อทำความเข้าใจ และเลือกวิธีการจัดการความปวด พร้อมกับกำหนดเป้าหมายในการจัดการความปวดร่วมกับทีมสุขภาพ นำไปสู่ความพึงพอใจในการรักษา (พงศภารดี, 2547 ก) จะทำให้ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ และถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การดูแลในเรื่องการบริหารยาแก้ปวด โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องเป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดที่ถูกต้องเหมาะสมกับความปวดและแผนการรักษา รวมถึงการสังเกต และรายงานอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน ง่วงซึม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

4. การเลือกใช้วิธีการบรรเทาปวด โดยวิธีไม่ใช่ยาร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาจำเป็นต้องทำร่วมกับการบรรเทาปวดที่ใช้ยา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีที่สุดในการบรรเทาปวด แต่เนื่องจากวิธีดังกล่าวต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย คือ มีความชอบ

ถนัด หรือสนใจ จึงจะทำให้การจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยามีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเลือกวิธีการบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยา

5. การติดตามประเมินผลของการจัดการความปวด ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินผลของการจัดการความปวดว่าเหมาะสม สามารถบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวดหรือไม่ พร้อมรายงานผลที่ประเมินได้ให้แพทย์และพยาบาลทราบ เพื่อปรับเปลี่ยนขนาด ชนิดของยาแก้ปวด หรือวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

อุปสรรคการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งจะมีปัญหาในการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ มากกว่าผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งต้องประสบกับความปวดที่รุนแรงและยาวนานกว่า ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความกลัว หรือมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีความปวดทั่วไป อุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งจัดการกับความปวดได้ไม่มีประสิทธิภาพ สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยหลักๆ ได้ 3 ปัจจัย คือ (1) ด้านทีมสุขภาพหรือผู้ให้บริการ (2) ด้านระบบบริการสุขภาพ (3) ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล (Payne, 2000)

โดยในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

อุปสรรคการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพด้านทีมสุขภาพหรือผู้ให้บริการ ได้แก่

ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ จากงานวิจัยของจอห์นสัน, รัชนี, และวงจันทร์ (2546) เรื่องความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดในพยาบาลจำนวน 98 คน ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ พยาบาลประจำการมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดต่ำกว่าอาจารย์พยาบาล ซึ่งตรงกับงานวิจัยของกาญจณี และวงจันทร์ (2545, อ้างตามจอห์นสัน, รัชนี, และวงจันทร์, 2546) ศึกษาในกลุ่มพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 134 คน พบว่าพยาบาลมีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้ช่วยพยาบาลมีความรู้ระดับต่ำในเรื่องการประเมินความปวด ส่วนเรื่องของความเชื่อพบว่าพยาบาลรับรู้ว่าได้จัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย สูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ายามีการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย (วชิราพร, 2545)

นอกจากนี้พบว่าแพทย์มีความลังเลใจในการใช้ยาแก้ปวด นำไปสู่การจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความรู้และการประเมินความปวดที่ไม่เหมาะสม โดยแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งจะมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดที่เหมาะสมสูงกว่าแพทย์ทั่วไป (Ger et al., 2000; Pharm, Strauss-Liviatan, & Cherny, 1999)

อุปสรรคการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพด้านระบบบริการสุขภาพ

ไม่มีระบบการจัดการความปวดที่เป็นระบบ พยาบาลยังขาดการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุริธา (2540) เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด และวิธีจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าพยาบาลประเมินความปวดโดยการถามเท่านั้น ไม่พบการใช้เครื่องมือประเมินความปวด สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลยังไม่ได้ประเมินความปวดอย่างมีระบบ

ขาดผู้ชำนาญเฉพาะด้านในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย วิธีบรรเทาปวดที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เช่น การใช้ดนตรีบำบัด เทคนิคการผ่อนคลาย การสร้างจินตนาการ การนวด วิธีการเหล่านี้ต้องใช้เวลาในการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ มีข้อจำกัดในการหาอุปกรณ์ และขาดผู้เชี่ยวชาญในเทคนิคที่จะใช้ รวมทั้งไม่มีเวลาเพียงพอเนื่องจากมีภาระงานมาก (ประณีต, อนงค์, และดวงดาว, 2546) ดังนั้นวิธีการจัดการความปวดโดยวิธีเหล่านี้จึงพบว่ามีการใช้น้อย (พรจันทร์, 2541)

ขาดทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการความปวด เนื่องจากการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายอาชีพในทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และจิตแพทย์

อุปสรรคการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ที่อาจทำให้การประเมินและการจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพ คือ ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเนื่องจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแล จะมีข้อกังวล (concern) และความกลัวหลายอย่าง พบว่าปัญหาที่เกิดจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องมี 4 ด้าน ประกอบด้วย 8 ปัจจัย คือ (Gunnarsdottir et al., 2002)

1. ความเชื่อผลกระทบทางสรีระ (physiological effect) ซึ่งประกอบด้วยข้อกังวล 3 ปัจจัย คือ

1.1 การไม่สามารถติดตามอาการตนเอง (concern that analgesics may block one's ability to monitor illness symptom) ผู้ป่วยมะเร็งบางคนอาจจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดที่มีความแรงในการระงับปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในภาวะมีนงงหรือหลับเกือบตลอดเวลา ทำให้ยากต่อการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ต้องติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากสัญญาณชีพ หรืออาการแสดงอื่นๆ ที่ต้องอาศัยการสังเกตและติดตามอย่างใกล้ชิด

(Hawkins, 1997 as cited in Gunnarsdottir et al., 2002) และการใช้ยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น (Ersek, Kraybill, & Pen, 1999)

1.2 กังวลเกี่ยวกับการดื้อยา (concerns about tolerance) ผู้ป่วยมะเร็งจะมีอาการปวดที่รุนแรงและมีระยะเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กังวลว่าหากมีการใช้ยาแก้ปวดมากๆ หรือนานๆ จะทำให้ตนเองเกิดอาการดื้อยา (Anderson et al., 2002; Lin & Ward, 1995; Paice et al., 1998; Riddell & Fitch, 1997; Ward & hernandez, 1994) ซึ่งอาการดื้อยา (tolerance) หมายถึงการที่ร่างกายผู้ป่วยปรับตัวต่อยาเมื่อใช้ยามาแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้มีความต้องการยาในปริมาณที่สูงขึ้น (วงจันทร์, 2539) พบว่ายาโอปิออยด์จะทำให้เกิดการดื้อยาได้เร็ว หากบริหารยาที่ออกฤทธิ์แรงด้วยวิธีฉีด โดยผลการดื้อยาในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดมอร์ฟินเข้าหลอดเลือด 6-8 ครั้งติดต่อกัน จะทำให้เกิดการดื้อยา และมีการดื้อยาไขว้กันระหว่างกลุ่มโอปิออยด์ (ศิริภรณ์, 2540) เช่น หากผู้ป่วยดื้อยามอร์ฟิน อาจพบว่าผู้ป่วยมีการดื้อยาเพ็ทิดีนด้วย เป็นต้น วอร์ดและคณะ (Ward et al., 1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 270 คน ร้อยละ 49 กลัวการดื้อยา และคิดว่าจะขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดรุนแรงเท่านั้น ซึ่งโดยหลักการบริหารจัดการกับความปวด หากได้รับยาแก้ปวดตั้งแต่ระดับความปวดยังไม่รุนแรงจะบรรเทาปวดได้ดีกว่า การได้รับยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดรุนแรง จากการศึกษาของโทเมสันและคณะ (Thomason et al., 1998) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 239 คน พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 90 บอกว่ายาแก้ปวดสามารถบรรเทาปวดได้ แต่ในกลุ่มเดียวกันร้อยละ 30 กลัวการดื้อยาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ร้องขอยาแก้ปวด ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 35.9 เกิดระดับความปวดที่รุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่กลัวการดื้อยาจะมีระดับความรุนแรงความปวดสูงกว่าผู้ป่วยที่กลัวการติดยาแก้ปวด (Paice, Toy, & Shott, 1998) และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลัวการดื้อยา (Aranda et al., 2004; Lin, 2000)

1.3 กังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด (concerns about side effect) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของโรค จะมีระดับความปวดที่รุนแรง ยาแก้ปวดที่ดีที่สุดคือ มอร์ฟิน แต่มอร์ฟินมีอาการข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เชื่องซึม เวียนศีรษะ หน้ำมืดตาช้ำ สับสน จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนปฏิเสธการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟิน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 239 คน ร้อยละ 58 รายงานว่าฤทธิ์ของยาแก้ปวด ทำให้พวกเขารู้สึกแสบ ่วง มึน งง ไม่เป็นของตัวเอง (Thomason et al., 1998) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดประสบการณ์ไม่ดีในการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟิน ส่งผลต่อความคิดและความเชื่อ จึงทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนยอมทนปวดโดยไม่ยอมขอยาแก้ปวด เพราะไม่ยอมมีอาการเชื่องซึม เวียนศีรษะ หรือรู้สึกสับสน สอดคล้องกับการศึกษาของวิลล์และวูตัน (Will & Wootton, 1999) ในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนในฮ่องกง 48 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 33 ยอมทนปวดดีกว่าที่จะทนอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความกังวลเกี่ยวกับอาการ

ข้างเคียงของยาแก้ปวดเช่นกัน (Aranda et al., 2004; Lin, 2000; Ward, Berry, & Misiewicz, 1996) จะเห็นได้ว่าอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดเป็นอุปสรรคการจัดการความปวด ดังนั้นหากมีการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟีน แพทย์และพยาบาลควรให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงของยามอร์ฟีนควบคู่กันไปด้วยเสมอ

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความปวด (fatalism) ประกอบด้วย 1 ปัจจัย คือความเชื่อที่ว่าความปวดจากมะเร็งเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ และไม่สามารถจัดการได้ (believing that pain is an inevitable part of having cancer, and that nothing can be done to relieve it) ผลสะท้อนของความเชื่อนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลล์และวัตตัน (Will & Wootton, 1999) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนในฮ่องกงจำนวน 48 คน นับถือศาสนาพุทธ 24 คน พบว่าร้อยละ 79 (38 คน) ยอมรับว่าความปวดเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะความปวดจากมะเร็งไม่มีใครที่จะรักษาได้ และจากการศึกษาของเยตส์และคณะ (Yates et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 50 (57 คน) มีความเชื่อที่ว่าความปวดไม่มีทางจะควบคุมได้ รวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 324 คน ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิขนาดใหญ่ 8 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 63 เชื่อว่า ยาแก้ปวดไม่สามารถควบคุมความปวดจากมะเร็งได้ (Dawson, Sellers, Spross, Jablonski, Hoyer, & Solomon, 2005) ดังนั้นหากผู้ป่วยยอมรับความปวดเพราะถือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จะทำให้ผู้ป่วยไม่รายงานความปวดแก่แพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการบรรเทาปวด

3. การสื่อสาร (communication) ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

3.1 กังวลว่าการกล่าวถึงความปวดจะเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์ไปจากการรักษาโรคมะเร็ง (concerns about distracting the physician from treating the cancer) ผู้ป่วยมะเร็งมีความปวดที่เรื้อรัง ทำให้มีประสบการณ์ และความคิดที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความคิดว่าการรายงานความปวดของตน จะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์ให้มุ่งแต่บรรเทาความปวดมากกว่าการให้ความสนใจในการรักษาโรคมะเร็ง จากการศึกษาของวอร์ดและคณะ (Ward et al., 1993) พบว่าผู้ป่วยเชื่อว่าการบ่นปวดทำให้แพทย์ให้ความสนใจในการรักษาโรคลดลง เพราะให้ความสนใจในการรักษาความปวดมากกว่ารักษาโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่กล้ารายงานความปวดให้แพทย์และพยาบาลทราบ

3.2 เชื่อว่าผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวด (belief that “good” patient do not complain about pain) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาเรื่องความปวด ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับผู้อื่น ไม่ว่าจะป็นญาติหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ (ปิยาภรณ์, 2544) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งพยายามที่จะลดภาระเหล่านั้น และผู้ป่วยมะเร็งยังต้องการเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น จึงทำให้เกิดความคิดหรือความเชื่อว่าการเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวด เพราะการบ่นปวด

จะทำให้แพทย์มีภาระในการให้การดูแลรักษาเพิ่มขึ้น พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งในฮ่องกงจำนวน 48 คน หลีกเลี่ยงการพูดถึงความปวด (Will & Wootton, 1999) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่รายงานความปวด จะทำให้ความปวดนั้นไม่ได้รับการบรรเทา ส่งผลให้ระดับความปวดรุนแรงขึ้น

4. ความเชื่อเกี่ยวกับกลัวจะเกิดอันตราย (harmful effect) ประกอบด้วยความกลัว 2 ปัจจัยคือ

4.1 กลัวการติดยา (fear of addiction) ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดในการบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องและนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งมีความปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง อาการติดยาทางจิต (psychological dependence) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีความต้องการยา เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ โดยที่ไม่มีสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดทางด้วนร่างกาย หรือถึงแม้ว่าความปวดจะหมดไปแล้วความต้องการได้รับยายังมีอยู่ เมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดมาระยะหนึ่ง อาจเกิดการติดยาและอาการต้องการยาได้ ซึ่งไม่ได้แสดงว่าเกิดการติดยา (วงจันทร์, 2539) ส่วนอาการติดยาทางกาย (physical dependence) คือมีอาการและอาการแสดงอย่างเฉียบพลันของการขาดยา (withdrawal) ถ้างดยาโอปิออยด์ทันทีทันใดหรือเมื่อได้รับสารต้านฤทธิ์ยาพวก โอปิออยด์ (opioid antagonist) (องค์การอนามัยโลก, 2534) โอกาสติดยามีน้อยมากประมาณร้อยละ 1 (McCaffery & Beebe, 1989) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่กลัวการติดยาแก้ปวด (สมพร และคณะ, 2541; Anderson et al., 2002; Dawson et al., 2005; Lin, 2001; Paice et al., 1998; Riddell & Fitch, 1997; Ward et al., 1996; Ward & hernandez, 1994; Will & Wootton, 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอกับการระงับปวด ทำให้ระดับคะแนนความปวดมีค่าสูง (Paice et al., 1998; Ward et al., 1996; Will & Wootton, 1999) จากการศึกษาทำให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการติดยาแก้ปวดที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อและปฏิบัติในทางที่ผิดก่อให้เกิดอุปสรรคในการจัดการความปวด พบว่าญาติหรือผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลัวผู้ป่วยติดยาแก้ปวดเช่นกัน (Aranda et al., 2004; Ferrell et al., 1991; Lin, 2000) หากผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องกลัวการติดยาที่ตรงกัน ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสไม่ได้รับยาแก้ปวดเพิ่มขึ้น (Lin, 2000)

4.2 กลัวยาแก้ปวดจะกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (fear that medications may impair the immune system) ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความกลัวว่ายาแก้ปวดจะกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดจะกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Breitbart et al., 1998) ความจริงการใช้ยาแก้ปวดเป็นบางครั้งไม่พบว่ามีผลกด

ภูมิคุ้มกันร่างกายแต่อย่างใด แต่สำหรับการใช้เป็นเวลานานติดต่อกัน อาจจะมีผลต่อภูมิคุ้มกันร่างกาย เช่นอาจทำให้เกิดการติดเชื้อง่ายกว่าปกติ (Page, 2005)

เครื่องมือวัดอุปสรรคการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

วอร์ดและคณะ (Ward et al., 1993) ได้สร้างเครื่องมือวัดอุปสรรคการจัดการความปวด (Barrier Questionnaire: BQ) ประกอบด้วยอุปสรรค 8 ปัจจัย คือ 1) กลัวการติดเชื้อ 2) กลัวการศัลยกรรม 3) ต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดี 4) กลัวการฉีดยา 5) กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด 6) กลัวเป็นการเบียดเบียนความสนใจของแพทย์ไปจากโรคมะเร็ง 7) ยอมรับว่าความปวดจากมะเร็งเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ 8) ความปวดเป็นตัวบ่งชี้ว่าอาการหรือโรครุนแรงขึ้น โดยแต่ละปัจจัยมีคำถาม 3 ข้อ ยกเว้นอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด (side effect) มีคำถาม 6 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของเครื่องมือรวม = 0.89 และของแต่ละปัจจัยอยู่ในช่วง 0.54–0.91

ชุงและคณะ (Chung et al., 1999) ได้นำแบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวดของวอร์ดและคณะมาประยุกต์ และเพิ่มอุปสรรคด้านระยะเวลาการให้ยาแก้ปวด (time interval) อีก 1 ปัจจัยมีคำถาม 3 ข้อ รวมทั้งหมดเป็น 9 ปัจจัย เท่ากับ 30 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของเครื่องมือรวม = 0.73

กัณนาร์สตอทเทียและคณะ (Gunnarsdottir et al., 2002) ได้นำแบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวดของวอร์ดและคณะมาปรับปรุง เรียกว่าแบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวดภาคสอง (Barriers Questionnaire II: BQ-II) โดยได้เปลี่ยนอุปสรรคด้านกลัวการฉีดยา และความปวดเป็นตัวบ่งชี้ว่าอาการหรือโรครุนแรงขึ้นออก เนื่องจากพบว่าในปัจจุบันได้มีวิวัฒนาการ ในการบริหารยาแก้ปวด โดยนิยมฉีดยาทางหลอดเลือดดำ แทนการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทำให้ความกลัวการฉีดยาของผู้ป่วยลดลง ส่วนปัจจัยความปวดเป็นตัวบ่งชี้ว่าอาการหรือโรครุนแรงขึ้น ได้ตัดออกเนื่องจากเป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การแก้ไขได้ โดยเพิ่มอุปสรรคด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเอง และกลัวยาแก้ปวดจะกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแทน โดยแต่ละปัจจัยมีคำถาม 3 ข้อ ยกเว้นอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด (side effect) มีคำถาม 6 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ เมื่อทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) พบว่ามี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความเชื่อผลกระทบทางด้านสรีระ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับความปวด 3) การสื่อสาร และ 4) ความเชื่อเกี่ยวกับกลัวจะเกิดอันตราย และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน

(internal consistency reliability) ของเครื่องมือรวมเท่ากับ 0.89 และของแต่ละปัจจัยอยู่ในช่วง 0.75–0.85

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ใช้แบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวด ภาคสอง (Barriers Questionnaire II: BQ-II) ของกันนาร์สคอตเทียและคณะ (Gunnarsdottir et al., 2002) เนื่องจากมีการพัฒนาให้เป็นระบบ เหมาะกับวิวัฒนาการของการรักษาความปวดจากมะเร็งในปัจจุบัน และสอดคล้องกับความเชื่อ ข้อกังวล ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน หรือแม้กระทั่งกับประชาชนทั่วไป (Gunnarsdottir & Ward, 2005)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

ความรุนแรงของความปวด

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีอุปสรรคการจัดการความปวดเพิ่มสูงขึ้น (Lin, 2000) และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลง (Ward et al., 1998) นอกจากนี้ ยังพบว่าระดับความปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด ความพึงพอใจในการบรรเทาปวด และการรับรู้เป้าหมายในการบรรเทาปวดลดลง (Riddell & Fitch, 1997)

ปัจจัยส่วนบุคคล ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่บุคคลนั้นจะตัดสินใจว่าตนมีความปวดหรือไม่ โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยปัจจัย ดังนี้

1. อายุ ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ความปวดมากกว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลอายุน้อย ทำให้วัยผู้ใหญ่แสดงออกถึงความปวดน้อยกว่าวัยเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรพิเชฐเชียร (2001) พบว่าปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย และการรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยผู้สูงอายุมีสภาพอารมณ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย และมีการรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยจะมีคะแนนของอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง (Gunnarsdottir et al., 2002; Lin & Ward, 1995; Ward et al., 1993; Ward, Carlson-Dakes, Hughes, Kwekkeboom, & Donovan, 1998; Dawson et al., 2005) และผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีคะแนนอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง (Lin, 2000) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลที่มีความเห็นในการจัดการความปวดขัดแย้งกันจะมีอายุมากเช่นกัน (Lin, 2001)

2. เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศมีอิทธิพลต่อความปวดและการจัดการความปวด เพศหญิงจะไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าเพศชาย (Jackson, Lezzi, Chen, Ebnet, & Eglitis, 2005) ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลง่าย อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศในร่าง

กาย (Berkley, 2000) เด็กชายจะถูกสอนและฝึกให้อดทนมาตั้งแต่เด็ก ทำให้สังคมยอมรับการแสดงออกต่อความปวดของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Unruh, 1996) เพศที่ต่างกันพบว่าเพศหญิงทนต่อความปวดน้อยกว่าเพศชาย จากการศึกษาความเชื่อความปวดระหว่างเพศหญิงและเพศชายในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีจำนวน 100 คน พบว่าเพศชายทนต่อความปวดที่เกิดจากความเย็นที่ทำให้หลอดเลือดตีบตัวได้มากกว่าเพศหญิง และเพศชายรายงานความรู้สึกปวดน้อยกว่าเพศหญิง (Krogh, Hatton, & Ellery, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ใหญ่จำนวน 160 คน (ชาย 80 คน หญิง 80 คน) พบว่าเพศหญิงจะมีระดับความรุนแรงของความปวดที่เกิดจากการเอามือจุ่มในน้ำอุณหภูมิ -1 องศาเซลเซียสมากกว่าเพศชาย (Kallai, Barke, & Voss, 2004) ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงมีความกลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดมากกว่าเพศชาย (Lin & Ward, 1995; Ward et al., 1993) และผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงที่ประสบกับอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด จะมีความลังเลใจที่จะใช้ยาแก้ปวดสูง (Palos, Mendoza, Cantor, Aday, & Cleeland, 2004) แต่ผู้ป่วยมะเร็งเพศชายจะมีความเชื่อว่าความปวดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สูงกว่าเพศหญิง (Chung, French, & Chan, 1999) และผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย มีคะแนนอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูงกว่าเพศหญิง (Lin, 2000) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเพศชายมีความกลัวการติดยาแก้ปวดสูงกว่าเพศหญิง (Aranda et al., 2004)

3. การศึกษา ระดับการศึกษาที่มากขึ้นทำให้มีความตระหนัก และมีการพัฒนาตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีคะแนนของอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง (Dawson et al., 2005; Lin & Ward, 1995; Ward et al., 1993; Ward et al., 1998; Ward & Hernandez, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของลิน (Lin, 2000) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ต่ออุปสรรคการจัดการความปวดในได้หวั่น จำนวน 159 คู่ พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีคะแนนของอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลที่มีความเห็นไม่สอดคล้องในการจัดการความปวดจะมีการศึกษาต่ำเช่นกัน (Lin, 2001)

4. เชื้อชาติ พบว่าความแตกต่างของเชื้อชาติมีผลต่อการแสดงออกถึงความปวด โดยพบว่าคนผิวขาวมีความทนต่อความปวดได้มากกว่าคนผิวดำ และผิวเหลือง ตามลำดับ (McGuire & Sheidler, 1993) จากการศึกษาของเพช ทอย และช็อต (Paice, Toy, & Shott, 1998) ในผู้ป่วยมะเร็งประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยเชื้อชาติสเปนจะมีความกลัวการดิ้อยามากกว่าคนแอฟริกา-อเมริกา และฝรั่งเศสขาว

5. ศาสนา ความเชื่อด้านศาสนาอาจทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่รายงานความปวด หรือถามถึงแผนการจัดการความปวด รวมถึงการไม่บ่นถึงเรื่องความปวดแม้ว่าจะได้รับการจัดการความปวดที่

ไม่เหมาะสม โดยพบว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาคริสต์ที่มีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตนตามคำสอน จะยอมทนต่อความปวด เพราะคิดว่าความปวด เป็นการไถ่บาป (Bosch & Banos, 2002) ส่วนศาสนาอิสลาม พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อว่าผู้ที่อดทนต่อความเจ็บปวด ย่อมได้รับการลดบาปและได้กุศล เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของศรัทธา เพราะฉะนั้นผู้ที่อดทนต่อการพิสูจน์ของอัลลอฮ์ ถือว่าเป็นลักษณะของการศรัทธาต่ออัลลอฮ์อย่างหนึ่ง (นุรุดดีน, 2540) ทางศาสนาพุทธ ความปวด คือเวทนาหรือความรู้สึกทางกายที่มนุษย์รับรู้ในเบื้องต้น เป็นทุกข์ชนิดหนึ่งของมนุษย์รับรู้โดยจิตส่วนลึกหรือจิตไร้สำนึก เชื่อว่าความทุกข์ทรมานนี้ถูกกำหนดโดยกรรมของแต่ละบุคคล (พงศักราดิ, 2547 ค)

6. รายได้ รายได้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีผลต่ออุปสรรคการจัดการความปวด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีรายได้น้อย มีคะแนนของอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง (Ward et al., 1993; Ward & Hernandez, 1994) และผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีข้อกังวลการดื้อยาสูงกว่าผู้ดูแลมีรายได้สูง (Aranda et al., 2004)

สรุปการทบทวนวรรณคดี

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่า ความเชื่ออุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ รายได้ ความเชื่อด้านศาสนา และระดับความรุนแรงของความปวด หากผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีการรับรู้ความปวดที่ตรงกันในระดับต่ำ จะส่งผลให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพลดลง (Lin, 2001) ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเนื่องจากความปวด ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจตามมามาก ดังนั้นหากสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องอุปสรรคการจัดการความปวดได้ถูกต้อง ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป