

## ความรู้และเจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะต่อความปวดจากมะเร็ง และการระงับปวด

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์  
ชัชชัย ปรีชาไว

Interns' knowledge and attitudes regarding cancer pain and cancer pain management  
Nimmaanrat S, Prechawai C.

Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine,  
Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand  
Songkla Med J 2009;27(6):491-501

### Abstract:

**Objective:** *This study aimed to assess the knowledge and attitudes of interns towards cancer pain and its management.*

**Design:** *A descriptive study.*

**Materials and methods:** *The interns who recently graduated from Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, provided their background information and answered a questionnaire about their knowledge and attitudes towards cancer pain and its management.*

**Results:** One hundred and twenty five interns (out of 130) completed the questionnaire.

More than half of the interns (63.4 %) thought that increased analgesic requirements in cancer pain patients resulted from increased pain intensity. Fifty two percent thought that pethidine should not be used in comparison to morphine. About half (51.6%) did not think that long-term use of pethidine contributed to less tolerance, addiction and other side effects. The majority of the interns considered lack of knowledge (83.9%) and incomplete pain assessment (77.4%) as barriers to effective cancer pain management. Nearly half (49.2%) thought that inadequate time for health care professionals to take care of patients was also a barrier to sufficient pain management.

**Conclusions:** About half of the interns showed positive attitudes towards the use of analgesics to control cancer pain. Even though about half of the interns had correct knowledge regarding pain management with opioids, a significant number of them held incorrect knowledge. Inadequate knowledge, incomplete pain assessment and insufficient time to take care of patients were considered as barriers to effective cancer pain management. This study demonstrated that pain education is essential to improve physicians' knowledge, which in turn would improve pain management.

**Key words:** attitudes, cancer pain, knowledge, pain management

### บทคัดย่อ:

**วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินความรู้และเจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (interns) ต่อความปวดและการระงับปวดที่เกิดจากมะเร็ง

**รูปแบบการศึกษา:** การศึกษาเชิงพรรณนา

**วัสดุและวิธีการ:** ใช้แบบสอบถามถึงความรู้และเจตคติต่อความปวดที่เกิดจากมะเร็งและการระงับปวด ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ แพทย์เพิ่มพูนทักษะที่เพิ่งจบการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2551 จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ผลการศึกษา:** แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 125 คน (จาก 130 คน) ได้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งร้อยละ 63.4 คิดว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการการระงับปวดเพิ่มขึ้นเป็นจากระดับความปวดที่รุนแรงขึ้น ร้อยละ 52 ไม่เห็นด้วยว่าควรใช้ pethidine สำหรับระงับปวดเมื่อเปรียบเทียบกับ morphine และร้อยละ 51.6 ไม่เห็นด้วยว่า pethidine ทำให้เกิดการติดยา การติดยา รวมทั้งผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อใช้ในระยะเวลา ส่วนใหญ่คิดว่า อุปสรรคต่อการระงับปวดจากมะเร็งเกิดจากขาดความรู้ (ร้อยละ 83.9) ขาดการประเมินความปวดอย่างครบถ้วน (ร้อยละ 77.4) โดยร้อยละ 49.2 คิดว่าแพทย์และพยาบาลไม่มีเวลาสนใจการระงับปวดของผู้ป่วย

**สรุป:** แพทย์เพิ่มพูนทักษะประมาณครึ่งหนึ่งมีเจตคติที่ถูกต้องต่อการใช้ยาระงับปวดเพื่อบรรเทาความปวดจากมะเร็ง ส่วนใหญ่มีความรู้ในการสั่งยาระงับปวดกลุ่ม opioids อย่างถูกต้อง แต่ส่วนหนึ่งยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ส่วนอุปสรรคนั้น แพทย์เพิ่มพูนทักษะคิดว่าเกิดจากการขาดความรู้ การประเมินไม่สมบูรณ์ และไม่มีเวลาเพื่อดูแลรักษาความปวด ผลการศึกษาชี้ว่า ต้องให้ความรู้แก่แพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การระงับความปวดที่ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การระงับปวด, ความปวดจากมะเร็ง, ความรู้, เจตคติ

## บทนำ

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง แต่กลับพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนมากได้รับการบรรเทาความปวดที่ไม่เพียงพอ โดยอาจพบสูงถึงร้อยละ 50-75<sup>1</sup> อุปสรรคต่อการระงับปวดเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากแพทย์และพยาบาลผู้ให้การรักษาผู้ป่วย<sup>1-4</sup> อุปสรรคจากตัวผู้ป่วยเอง<sup>5</sup> รวมทั้งผู้ที่ดูแลผู้ป่วย<sup>1</sup> และอุปสรรคจากระบบสาธารณสุข<sup>1</sup> อุปสรรคที่เกิดจากแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจัดว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด<sup>2</sup> ดังนั้นความรู้และเจตคติของแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการระงับปวดจากมะเร็ง จึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการให้การรักษามะเร็งเหล่านี้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาขึ้นนี้มาเพื่อประเมินความรู้และเจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (interns) ต่อความปวดที่เกิดจากมะเร็งและการระงับปวดเนื่องจากแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในเบื้องต้น

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาในแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่กลับมาปฏิบัติงาน ซึ่งแพทย์เพิ่มพูนทักษะเหล่านั้นได้ปฏิบัติงานมาแล้ว 5 เดือนหลังจบการศึกษา การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากการศึกษาของ Jeon และคณะ<sup>1</sup> และ Ger และคณะ<sup>2</sup> เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการรักษาเพื่อระงับปวดจากมะเร็ง 3 ข้อ ความรู้ของแพทย์ในการสั่งยาระงับปวดกลุ่ม opioids 8 ข้อ เจตคติต่อการสั่งยาระงับปวดกลุ่ม opioids 5 ข้อ และความคิดเห็นต่ออุปสรรคในการระงับปวดจากมะเร็ง 9 ข้อ

นำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์เป็นร้อยละ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 11 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA)

## ผลการศึกษา

แพทย์เพิ่มพูนทักษะทั้งหมด 130 คน ตอบแบบสอบถาม 125 คน ชาย 57 คน (ร้อยละ 45.6) หญิง 68 คน (ร้อยละ 54.4) อายุเฉลี่ย 24.8 ปี (พิสัย 22-35 ปี) มีคะแนนเฉลี่ยสะสม 3.33 (พิสัย 2.50-3.85) นับถือศาสนาพุทธ 118 คน (ร้อยละ 96.7) และศาสนาอิสลาม 4 คน (ร้อยละ 3.3)

## เจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวดอย่างเต็มที่เพื่อบรรเทาความปวดจากมะเร็ง

แพทย์เพิ่มพูนทักษะร้อยละ 29.6 คิดว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดอย่างรุนแรงควรได้รับยาระงับปวดอย่างเต็มที่เมื่อการพยากรณ์โรคอยู่ระหว่าง 13-24 เดือน ในขณะที่ร้อยละ 26.4 คิดว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาระงับปวดอย่างเต็มที่เมื่อการพยากรณ์โรคอยู่ระหว่าง 4-6 เดือน แพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนใหญ่คือร้อยละ 73.6 คิดว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการยาระงับปวดไม่มากหรือน้อยจนเกินไป และร้อยละ 63.4 คิดว่าระดับความปวดที่รุนแรงขึ้นเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการยาระงับปวดเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 1)

## ความรู้ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะต่อการสั่งยา ระงับปวดกลุ่ม opioids

ประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์เพิ่มพูนทักษะคือร้อยละ 52 ไม่เห็นด้วยว่าควรใช้ pethidine สำหรับระงับปวดเมื่อเปรียบเทียบกับ morphine และร้อยละ 51.6 ไม่เห็นด้วยว่า pethidine ทำให้เกิดการติดยา การติดยา รวมทั้งผลข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อใช้ในระยะเวลา แพทย์เพิ่มพูนทักษะร้อยละ 46.4 ไม่นิยมสั่งการรักษาด้วยยาระงับปวดกลุ่ม opioids แบบให้เฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องการและร้องขอ (pro re nata - PRN) ในรายที่มีความปวดรุนแรงปานกลางถึงมาก มากกว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 55.2 ไม่เห็นด้วยที่

**ตารางที่ 1 เจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะกลุ่มศึกษาต่อการใช้ยาระงับปวดเพื่อบรรเทาความปวดจากมะเร็งอย่างเต็มที่**

คำถาม	ร้อยละของคำตอบ
1. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดรุนแรงสมควรได้รับยาระงับปวดอย่างเต็มที่เมื่อใดจึงจะเหมาะสม	
ก. การพยากรณ์โรค <1 เดือน	7.2
ข. การพยากรณ์โรค 1-3 เดือน	18.4
ค. การพยากรณ์โรค 4-6 เดือน	26.4
ง. การพยากรณ์โรค 7-12 เดือน	18.4
จ. การพยากรณ์โรค 13-24 เดือน	29.6
2. ท่านคิดว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการยาระงับปวดมากน้อยเพียงไร	
ก. มากเกินไป	16.8
ข. กำลังดี	73.6
ค. น้อยเกินไป	9.6
3. ท่านคิดว่าเป็นเพราะเหตุผลใด ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความต้องการยาระงับปวดเพิ่มขึ้น	
ก. ผู้ป่วยติดยา	4.9
ข. ผู้ป่วยดื้อยา	14.6
ค. ความปวดรุนแรงขึ้น	63.4
ง. ผู้ป่วยมีความกังวลเพิ่มขึ้น	11.4
จ. ผู้ป่วยมีอาการมึนซึมเศร้าเพิ่มขึ้น	5.7
ฉ. ผู้ป่วยเรียกร้องความสนใจ	0.0

จะเพิ่มขนาดของยากลุ่ม opioids ให้สูงขึ้นแต่ยังคงให้แบบ PRN ในรายที่มีความปวดอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ร้อยละ 37.6 ไม่เห็นด้วยว่าการบริหารยากลุ่ม opioids แบบ PRN สามารถลดผลเสียจากการใช้ opioids เช่น การติดยา การติดยา และการเกิดผลข้างเคียง แพทย์เพิ่มพูนทักษะร้อยละ 43.2 ไม่เห็นด้วยว่าผู้ป่วยทุกรายอยากได้ยาฉีดระงับปวดมากกว่ายาชนิดรับประทาน ในขณะที่ร้อยละ 30.4 มีความเห็นตรงกันข้าม คือเห็นว่าผู้ป่วยทุกรายอยากได้ยาฉีดระงับปวดมากกว่ายาชนิดรับประทาน แพทย์เพิ่มพูนทักษะร้อยละ 33.6 ไม่เห็นด้วยว่ายาฉีดมีประสิทธิภาพระงับปวดมากกว่ายาชนิดรับประทาน ในขณะที่ร้อยละ 42.4 มีความเห็นตรงกันข้าม คือเห็นว่ายา

ฉีดมีประสิทธิภาพมากกว่ายาชนิดรับประทาน การศึกษานี้ พบว่าร้อยละ 57.6 ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะไม่เห็นด้วยว่าการดูดซึม morphine จากทางเดินอาหารเกิดขึ้นช้าและไม่สมบูรณ์ จนไม่ยอมให้ผู้ป่วยรับประทาน morphine แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถรับประทานได้เป็นปกติแล้ว (ตารางที่ 2)

**เจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะกลุ่มศึกษาต่อการสั่ง opioids**

ส่วนใหญ่ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะคือร้อยละ 68 และร้อยละ 8.8 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเองใช้ความระมัดระวังอย่างมากในการควบคุมขนาดและ

## ตารางที่ 2 ความรู้ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะกลุ่มศึกษาต่อการสั่งยาาระงับปวดกลุ่ม opioids

	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่มี ความเห็น (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)
1. เมื่อผู้ป่วยต้องการยาาระงับปวดกลุ่ม opioids ท่านมักเลือก สั่งการรักษาด้วย pethidine มากกว่า morphine	6.4	52.0	7.2	33.6	0.8
2. pethidine ทำให้เกิดการดี้อยา การติดยา และผล ข้างเคียงน้อยกว่าเมื่อใช้ในระยะยาว	8.1	51.6	16.9	22.6	0.8
3. ท่านมักนิยมสั่งการรักษาด้วย opioids แบบ PRN ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง	10.4	46.4	6.4	33.6	3.2
4. ท่านจะเพิ่มขนาดของยากกลุ่ม opioids ให้สูงขึ้นแต่ยังคงให้ แบบ PRN ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดรุนแรงและต่อเนื่อง	11.2	55.2	4.0	25.6	4.0
5. การบริหารยากกลุ่ม opioids แบบ PRN สามารถลด ผลร้ายของ opioids เช่น การดี้อยา การติดยา และ การเกิดผลข้างเคียง	6.4	37.6	29.6	24.8	1.6
6. ผู้ป่วยทุกรายอยากได้ยาฉีดระงับปวดมากกว่า ยาชนิดรับประทาน	5.6	43.2	15.2	30.4	5.6
7. การระงับปวดด้วยยาฉีดมีประสิทธิภาพกว่ายาชนิด รับประทาน	4.0	33.6	13.6	42.4	6.4
8. การดูดซึม morphine จากทางเดินอาหารช้าและ ไม่สมบูรณ์ ดังนั้น แม้ผู้ป่วยของท่านสามารถรับประทาน ได้เป็นปกติ ท่านก็ไม่อยากให้ผู้ป่วยรับประทาน morphine	9.6	57.6	23.2	9.6	0

ความถี่ของการบริหารยาาระงับปวดกลุ่ม opioids เพื่อ  
ป้องกันไม่ให้เกิดการดี้อยาและการติดยา แต่ส่วนใหญ่คือ  
ร้อยละ 63.2 และร้อยละ 19.2 ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย  
อย่างยิ่งว่าขนาดของยากกลุ่ม opioids ที่ผู้ป่วยได้รับควร  
ต่ำกว่าขนาดที่ต้องการมาก เพื่อป้องกันการเกิดการดี้อยา  
ในขณะที่ร้อยละ 53.6 และร้อยละ 32.8 ไม่เห็นด้วยและ  
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรบอกผู้ป่วยหรือญาติว่ายากกลุ่ม  
opioids เป็นยาที่ไม่ดี ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรใช้ความอดทน

ต่อความปวดให้มากที่สุด ส่วนใหญ่ของแพทย์เพิ่มพูน  
ทักษะคือร้อยละ 48.8 และร้อยละ 20.8 ไม่เห็นด้วยและ  
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าจะให้การสนับสนุนผู้ป่วยรายที่ใช้  
ความอดทนต่อความปวดและปฏิเสธการใช้ยาาระงับปวด  
กลุ่ม opioids ส่วนเจตคติข้อสุดท้ายนั้น ร้อยละ 68.5 และ  
ร้อยละ 12.9 ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนเอง  
ไม่ชอบสั่งยาาระงับปวดกลุ่ม opioids เพราะมีผลข้างเคียง  
ที่รุนแรง คือเกิดการกดการหายใจ (ตารางที่ 3)

### ตารางที่ 3 เจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะกลุ่มศึกษาในการสั่งยากลุ่ม opioids

	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่มี ความเห็น (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (ร้อยละ)
1. ท่านมีความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมขนาดและความถี่ของการบริหารยากลุ่ม opioids เพื่อป้องกันการเกิดการติดยาและการติดยา	0.0	11.2	12.0	68.0	8.8
2. ขนาดของยา opioids ที่ผู้ป่วยได้รับควรต่ำกว่าขนาดที่ต้องการมาก เพื่อป้องกันการเกิดการติดยา	19.2	63.2	9.6	7.2	0.8
3. ท่านมักบอกผู้ป่วยหรือญาติว่ายา opioids เป็นยาที่ไม่ดี ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรใช้ความอดทนต่อความปวดให้มากที่สุด	32.8	53.6	7.2	6.4	0.0
4. ท่านจะให้การสนับสนุนผู้ป่วยรายที่ใช้ความอดทนต่อความปวดและปฏิเสธการใช้ยาระงับปวดกลุ่ม opioids	20.8	48.8	16.0	14.4	0.0
5. ท่านไม่ชอบสั่งยาระงับปวดกลุ่ม opioids เพราะมีผลข้างเคียงที่รุนแรง คือ กัดกร่อนหายใจ	12.9	68.5	7.3	10.5	0.8

#### อุปสรรคต่อการระงับปวดจากมะเร็ง

แพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนใหญ่คิดว่า อุปสรรคต่อการระงับปวดจากมะเร็งเกิดจาก ขาดความรู้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 83.9) ขาดการประเมินความปวดอย่างครบถ้วน (ร้อยละ 77.4) อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ไม่คิดว่าอุปสรรคเกิดจากแพทย์ปฏิเสธการสั่งยา opioids (ร้อยละ 76.6) หรือพยาบาลปฏิเสธที่จะให้ยา opioids แก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 64.5) ผู้ป่วยไม่ยอมบอกว่าตนเองปวด (ร้อยละ 63.7) ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะได้รับยา opioids (ร้อยละ 70) ญาติของผู้ป่วยไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้รับยา opioids (ร้อยละ 77.4) ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายเงินค่ายาระงับปวดได้ (ร้อยละ 87.9) ในขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.2) คิดว่าแพทย์และพยาบาลไม่มีเวลาให้ความสนใจกับความต้องการการระงับปวดของผู้ป่วย (ตารางที่ 4)

#### วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงว่า แพทย์เพิ่มพูนทักษะมีเจตคติที่เป็นบวกต่อการให้ยาระงับปวดเพื่อบรรเทาความปวดจากมะเร็ง ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับผลการศึกษาจากประเทศเกาหลีของ Yun และคณะ<sup>6</sup> แต่ตรงข้ามกับผลการศึกษาของ Ger และคณะ<sup>2</sup> ที่แสดงว่าแพทย์ได้หวั่นส่วนใหญ่มีเจตคติที่เป็นลบต่อการสั่งใช้ยา opioids แม้ว่าส่วนใหญ่ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะในการศึกษานี้ มีความรู้ที่ถูกต้องในการสั่งใช้ยาระงับปวดกลุ่ม opioids แต่ส่วนหนึ่งซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ผลการศึกษานี้ตรงกับผลการศึกษาของ Ger และคณะ<sup>2</sup> ที่พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ของไต้หวันขาดความรู้เกี่ยวกับการระงับปวดจากมะเร็งอย่างชัดเจน

#### ตารางที่ 4 อุปสรรคต่อการระงับปวดจากมะเร็ง

	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่มีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการระงับปวด	83.9	16.1
2. ขาดการประเมินความปวดที่สมบูรณ์	77.4	22.6
3. แพทย์ปฏิเสธการสั่งยา กลุ่ม opioids	23.4	76.6
4. พยาบาลปฏิเสธที่จะให้ยา กลุ่ม opioids แก่ผู้ป่วย	35.5	64.5
5. แพทย์และพยาบาลไม่มีเวลาให้ความสนใจกับความต้อการการระงับปวดของผู้ป่วย	49.2	50.8
6. ผู้ป่วยไม่ยอมบอกว่าตนเองปวด	36.3	63.7
7. ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะได้รับยา กลุ่ม opioids	21.0	79.0
8. ญาติของผู้ป่วยไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยได้รับยา กลุ่ม opioids	22.6	77.4
9. ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายเงินค่ายาระงับปวดได้	12.1	87.9

แพทย์เพิ่มพูนทักษะร้อยละ 29.6 คิดว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดรุนแรงสมควรได้รับยาระงับปวดอย่างเต็มที่เมื่อการพยากรณ์โรคอยู่ระหว่าง 13-24 เดือน (ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานที่สุดในตัวเลือกรวมของคำถามนี้) จากการศึกษาของ Von Roenn และคณะ<sup>3</sup> พบว่าร้อยละ 31 ของแพทย์จะรอจนกว่าการพยากรณ์โรคไม่เกิน 6 เดือน จึงจะเริ่มให้ยาระงับปวดอย่างเต็มที่ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Cleeland และคณะ<sup>4</sup> ที่พบว่าร้อยละ 23 ของแพทย์รังสีรักษาจะรอจนกว่าการพยากรณ์โรคไม่เกิน 6 เดือน จึงจะเริ่มให้ยาระงับปวดอย่างเต็มที่เช่นกัน เจตคติเช่นนี้อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดที่ล่าช้ากว่าที่ควร เพราะผู้ป่วยควรได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเต็มที่ไม่ว่าจะเป็นระยะใดของโรคก็ตาม

แพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนหนึ่งคิดว่าผู้ป่วยต้องการยาระงับปวดมากเกินไป ซึ่งควรมีการปรับเปลี่ยนเจตคติเช่นนี้ เพราะอาจนำไปสู่การระงับปวดที่น้อยเกินไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดความปวดที่ไม่เพียงพอ

แพทย์เพิ่มพูนทักษะจำนวนหนึ่งคิดว่าผู้ป่วยต้องการยาระงับปวดเพิ่มเพราะผู้ป่วยติดยาหรือดื้อยา การศึกษาของ Peker และคณะ<sup>7</sup> ก็ให้ผลการศึกษาไปในทำนองเดียวกันคือ เกือบ 3 ใน 4 ของแพทย์ชาวตุรกีมีความวิตก

ว่าผู้ป่วยจะติดยา ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็งเกิดการติดยา (psychological dependence) น้อยมาก<sup>8</sup> จนไม่ควรถือเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ<sup>9</sup> ส่วนการดื้อยา (pharmacological tolerance) นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตามหลักของเภสัชวิทยา การดื้อยาคือการที่ยา กลุ่ม opioids มีประสิทธิภาพในการระงับปวดลดลงเมื่อใช้ไปแล้วชั่วระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยจึงมีความต้องการขนาดของยา กลุ่ม opioids เพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ผลการบรรเทาความปวดเท่าเดิม เกิดการดื้อยาได้ในผู้ป่วยรายใดก็ตามที่ใช้ยา กลุ่ม opioids นานกว่า 1-2 สัปดาห์ การดื้อยาเกิดจากการกระตุ้นที่ N-Methyl-D-Aspartate (NMDA) receptor หรือการเพิ่มจำนวนของ NMDA receptor จากการที่ยา กลุ่ม opioids จับซ้ำๆ ที่ opioid receptor หรือเกิดจากการลดลงของจำนวน opioid receptor เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยา กลุ่ม opioids เป็นเวลานาน<sup>10</sup> อย่างไรก็ตาม การดื้อยาเกิดได้ไม่บ่อยและไม่ถือเป็นปัญหาในทางปฏิบัติเช่นกัน<sup>9</sup> สามารถแก้ไขการดื้อยาได้โดยเพิ่มขนาดของยาระงับปวด opioid หรือใช้ยาที่มีฤทธิ์ลดปวดตัวอื่นร่วมด้วย นอกจากจะเกิดการดื้อต่อฤทธิ์ระงับปวดแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดการดื้อ (tolerance) ต่อผลข้างเคียงของยา กลุ่ม opioids ด้วย เช่น ดื้อต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ ง่วงซึม<sup>11</sup> ซึ่งการ



ต่อการเกิดผลข้างเคียงเป็นผลดี ทำให้ปรับขนาดยา กลุ่ม opioids ให้สูงขึ้นตามความต้องการของผู้ป่วยได้

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ประมาณหนึ่งในสาม ของแพทย์เพิ่มพูนทักษะยังเลือกสั่ง pethidine มากกว่า morphine แต่โดยทั่วไปแล้ว ไม่ควรใช้ pethidine สำหรับการรักษาระยะยาว<sup>12</sup> โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง<sup>9</sup> หรือมีภาวะพร่องสารน้ำ<sup>11</sup> เนื่องจาก norpethidine ซึ่งเป็น active metabolite ของ pethidine ถูกขับออกทางไต norpethidine จะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย สั่น กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้อกระดูกทั่วเป็นหย่อมๆ และชักได้ โดย naloxone (opioid antagonist) ไม่สามารถแก้ฤทธิ์ของ norpethidine และอาจทำให้อาการของการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางเป็นมากขึ้น<sup>13</sup> ด้วยเหตุผลต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว จึงแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ pethidine

จำนวนแพทย์เพิ่มพูนทักษะกว่าครึ่งหนึ่งไม่คิดว่า เมื่อใช้ pethidine ในระยะยาวจะทำให้เกิดการติดยา การติดยา และผลข้างเคียงน้อยกว่า แตรอยละ 22.6 ยังคิดตรงกันข้าม จึงควรให้การศึกษาเพื่อแก้ไขความรู้ที่ไม่ถูกต้องนี้ เพราะ pethidine ในขนาดที่ระงับปวดได้เท่ากับ morphine (equianalgesic dose) ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงคือ กดการหายใจได้เท่ากับ morphine<sup>14</sup>

แม้ว่าแพทย์เพิ่มพูนทักษะร้อยละ 46.4 ไม่นิยมการสั่ง ยาระงับปวดกลุ่ม opioids เฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องการ (PRN) แตรอยละ 33.6 (ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูง) นิยมสั่งแบบ PRN นอกจากนี้ ร้อยละ 25.6 คิดว่าแม้ว่าจะเพิ่มขนาดของ ยา กลุ่ม opioids ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากขึ้นและปวดอย่างต่อเนื่อง ก็ยังคงให้แบบ PRN อยู่ ควรให้การศึกษา เพื่อแก้ไขความรู้ที่ไม่ถูกต้องนี้เช่นกัน ซึ่งในทางปฏิบัติแล้ว แนะนำให้ (ต้อง) ให้ยาตามเวลา (around the clock) ให้เหมาะสมกับยา กลุ่ม opioids แต่ละชนิด ทั้งนี้เพื่อให้ระดับ ยาในพลาสมาเพียงพออยู่เสมอ<sup>15</sup> จึงจะป้องกันไม่ให้เกิด ความปวดอย่างต่อเนื่องได้<sup>16</sup> ส่วนการบริหารยาแบบ PRN นั้น ต้องสั่งใช้ในผู้ป่วยทุกรายเพื่อเป็น rescue dose สำหรับ

ความปวดที่เกิดขึ้นหรือมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นครั้งคราว (breakthrough pain)<sup>9</sup>

แพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนหนึ่งคิดว่าผู้ป่วยทุกราย อาจได้ยาฉีดระงับปวดมากกว่ายาชนิดรับประทาน ซึ่ง อาจเป็นเพราะยา กลุ่ม opioids ชนิดรับประทาน เช่น ชนิดน้ำเชื่อม หรือเม็ด ไม่แพร่หลายและมีเฉพาะในบาง โรงพยาบาลเท่านั้น โดยทั่วไปแล้ว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) แนะนำให้บริหาร ยาระงับปวดโดยวิธีรับประทาน ส่วนการบริหารโดยวิธีฉีด จะใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ คือ ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลืน ไม่ได้ ทางเดินอาหารอุดตัน หรือมีความผิดปกติในการดูด ซึมของทางเดินอาหาร ความปวดที่รุนแรงไม่เป็นข้อบ่งชี้ให้ บริหารยาแบบฉีด<sup>9</sup>

แพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนใหญ่คิดว่า การระงับปวด ด้วยยาฉีดมีประสิทธิภาพกว่ายาชนิดรับประทาน ซึ่ง สาเหตุอาจเป็นเพราะขาดประสบการณ์ในการใช้ยาระงับ ปวดกลุ่ม opioids ชนิดรับประทานตามข้อจำกัดที่กล่าว ถึงแล้วข้างต้น หรือขาดความรู้และประสบการณ์ในการ เปลี่ยนขนาดยาจากแบบฉีดมาเป็นแบบรับประทาน ซึ่ง Scottish Intercollegiate Guidelines แนะนำว่า ถ้า สามารถควบคุมความปวดด้วยวิธีฉีดได้ดี ขนาดยาชนิด รับประทานจะเป็น 2 เท่าของขนาดที่ฉีด แต่ถ้าไม่สามารถ ควบคุมความปวดได้ดีด้วยขนาดของยาฉีดที่ใช้อยู่ ขนาด ของยาชนิดรับประทานจะเป็น 3 เท่าของขนาดยาฉีด<sup>9</sup> เพื่อให้การระงับปวดด้วยวิธีรับประทานมีประสิทธิภาพก็ต้อง คำนวณขนาดของยาที่ใช้ให้ถูกต้อง และต้องคำนึงด้วยว่า ยาชนิดรับประทานออกฤทธิ์ช้ากว่าชนิดฉีด จึงควร (ต้อง) แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างเหมาะสมด้วย

ในส่วนของเจตคติของแพทย์เพิ่มพูนทักษะนั้น ร้อยละ 68 มีความระมัดระวังอย่างมากในการควบคุมขนาดและ ความถี่ของการบริหารยาระงับปวดกลุ่ม opioids เพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดการติดยาและการติดยา ตามเหตุผลที่ กล่าวไปแล้ว ผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็งควรได้รับยา ระงับปวดอย่างเพียงพอทั้งแบบ around the clock และ



PRN ตลอดจนการเกิดการติดยาและติดยาก็พบน้อยจนไม่นับเป็นปัญหาที่ต้องกังวล ดังนั้น ควรให้ความรู้เพื่อแก้ไขเจตคติเช่นนี้

แพทย์เพิ่มพูนทักษะส่วนใหญ่มีเจตคติที่เป็นบวกต่อขนาดยากลุ่ม opioids ที่ผู้ป่วยควรได้รับ แต่ก็ยังมีแพทย์เพิ่มพูนทักษะอีกจำนวนหนึ่ง (แม้จะเป็นสัดส่วนที่ไม่มาก) มีเจตคติที่เป็นลบ เนื่องจากเจตคติที่เป็นลบเหล่านี้มีผลให้การระงับปวดขาดประสิทธิภาพ จึงควร (ต้อง) ปรับเปลี่ยนเจตคติให้ถูกต้อง ซึ่งสามารถทำได้ทางหนึ่งโดยการให้ความรู้

เมื่อสอบถามถึงอุปสรรคต่อการระงับปวดจากมะเร็งพบว่าสาเหตุหลักเกิดจาก ไม่มีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการระงับปวด การศึกษาของ Elliott และคณะ<sup>17</sup> พบเช่นกันว่า แพทย์ขาดความรู้อย่างชัดเจนถึง 9 หัวข้อจากทั้งหมด 14 หัวข้อที่ทำการศึกษา นอกจากนี้ สาเหตุหลักยังมาจากขาดการประเมินความปวดที่สมบูรณ์ ซึ่งตรงกับการศึกษาของหลายๆ ประเทศ เช่นการศึกษาของ Joen และคณะ<sup>1</sup> (ประเทศเกาหลี), Ger และคณะ<sup>2</sup> (ประเทศไต้หวัน), Von Roenn และคณะ<sup>3</sup> (ประเทศสหรัฐอเมริกา), Cleeland และคณะ<sup>4</sup> (ประเทศสหรัฐอเมริกา), Larue และคณะ<sup>5</sup> (ประเทศฝรั่งเศส), Yun และคณะ<sup>6</sup> (ประเทศเกาหลี), Elliott และคณะ<sup>17,18</sup> (ประเทศสหรัฐอเมริกา), Green และคณะ<sup>19</sup> (ประเทศสหรัฐอเมริกา) และ Inphum และคณะ<sup>20</sup> (ประเทศไทย) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งตรงกับคำแนะนำของหลายๆ การศึกษา<sup>1-4,6,7,17-20</sup>

สาเหตุหลักอีกประการหนึ่ง คือ แพทย์และพยาบาลไม่มีเวลาให้ความสนใจกับความต้องการการระงับปวดของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยที่สำคัญ เนื่องจากมีจำนวนของผู้ป่วยมากกว่าจำนวนของบุคลากรสาธารณสุขมาก

แพทย์เพิ่มพูนทักษะจำนวนหนึ่งมีความคิดว่าบุคลากรสาธารณสุขเป็นอุปสรรคของการระงับปวด ดังนั้นควรมีการให้ความรู้แก่แพทย์และพยาบาลเพื่อลดอุปสรรคจากการที่บุคลากรสาธารณสุขปฏิเสธการใช้ยา opioids

แก่ผู้ป่วย ในส่วนของอุปสรรคจากผู้ป่วยและญาตินั้น แพทย์และพยาบาลควรให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการใช้ยา opioids เพราะผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ก็ต้องป้องกันหรือแก้ไขผลข้างเคียงนั้น เช่น ให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ เปลี่ยนวิธีบริหารยา opioids เช่น ให้ทางช่องน้ำไขสันหลัง (intrathecal) แทนการรับประทาน<sup>9</sup> (ซึ่งจะช่วยลดขนาดของยา opioids ลงประมาณ 200-300 เท่า จึงลดผลข้างเคียงได้) หรือลดขนาดยา opioids ลงเพื่อลดการเกิดผลข้างเคียง โดยใช้ยาระงับปวดตัวอื่นเสริม (coanalgesic) เพื่อคงผลการระงับปวดที่เพียงพอไว้ หรือเปลี่ยนไปใช้ opioids ตัวอื่นแทน (opioid rotation)<sup>21,22</sup>

## สรุป

ประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์เพิ่มพูนทักษะแสดงเจตคติที่ต้องต่อการให้ยาระงับปวดเพื่อบำบัดความปวดจากมะเร็ง แม้ว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในการสั่งยาระงับปวดกลุ่ม opioids อย่างถูกต้อง แต่ส่วนหนึ่งซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ส่วนอุปสรรคต่อการระงับปวดนั้น แพทย์เพิ่มพูนทักษะมีความเห็นว่าเกิดจากการขาดความรู้ ขาดการประเมินความปวดที่ครบถ้วน และไม่มีเวลาให้การดูแลรักษาความปวด ผลการศึกษาชี้ชัดเจนว่ามีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้แก่แพทย์เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดจากมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องและมีเจตคติที่เป็นบวก ซึ่งจะนำไปสู่การระงับความปวดที่ดียิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Jeon YS, Kim HK, Cleeland CS, et al. Clinicians' practice and attitudes toward cancer pain management in Korea. Support Care Cancer 2007;15:463-9.
2. Ger LP, Ho ST, Wang JJ. Physicians' knowledge

- and attitudes toward the use of analgesics for cancer pain management: a survey of two medical centers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2000;20:335-44.
3. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993;119:121-6.
  4. Cleeland CS, Janjan NA, Scott CB, et al. Cancer pain management by radiotherapists: a survey of radiation therapy oncology group physicians. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:203-8.
  5. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, et al. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *Br Med J* 1995;310:1034-7.
  6. Yun YH, Park SM, Lee K, et al. Predictors of prescription of morphine for severe cancer pain by physicians in Korea. *Ann Oncol* 2005;16:966-71.
  7. Peker L, Celebi N, Canbay O, et al. Doctors' opinions, knowledge and attitudes towards cancer pain management in a university hospital. *Agri* 2008;20:20-30.
  8. Schug SA, Ritchie JE. Principles of oral analgesic therapy in cancer pain. In: Sykes N, Fallon MT, Patt RB, editors. *Clinical pain management - cancer pain*. London: Arnold; 2003;p.123-41.
  9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in patients with cancer - a national clinical guideline [monograph on the Internet]. Edinburgh: SIGN Publication: 2000 [cited 2007 Dec 1] Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/44/index.html>
  10. Pharo GH, Zhou L. Pharmacologic management of cancer pain. *J Am Osteopath Assoc* 2005;105(Suppl5):S21-S8.
  11. Auret K, Pickstock S. Pain Management in palliative care - an update. *Aust Fam Physician* 2006;35:762-5.
  12. Whitecar PS, Jonas AP, Clasen ME. Managing pain in the dying patient. *Am Fam Physician* 2000;61:755-64.
  13. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. *Acute pain management: scientific evidence*. 2<sup>nd</sup> ed. Melbourne: Australian Government National Health and Medical Research Council; 2005.
  14. Coda BA. Opioids. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editors. *Clinical Anesthesia*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006;p.353-85.
  15. Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. Management of cancer pain, clinical practice guideline No. 9. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research; 1994.
  16. Fallon M. The current situation with cancer pain. In: Justins DM, editor. *Pain 2005 - an updated review*. Seattle: IASP Press; 2005;p.165-9.
  17. Elliott TE, Murray DM, Elliott BA, et al. Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: a survey from the Minnesota cancer pain project. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:494-504.
  18. Elliott TE, Murray DM, Oken MM, et al. Improving cancer pain management in communities: main results from a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 1997;13:191-203.

- 
19. Green CR, Wheeler JRC. Physician variability in the management of acute postoperative and cancer pain: a quantitative analysis of the Michigan experience. *Pain Med* 2003;4:8-20.
  20. Inphum P, Pukdeenaun M. Attitudes and knowledge of physicians and nurses toward cancer pain management in Khon Kaen hospital. *Thai J Anesthesiology* 2008;34:193-207.
  21. American Society of Anesthesiologists. ASA practical guidelines for cancer pain management. *Anesthesiology* 1996; 84:1243-57.
  22. Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1996;335:1124-32.