

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วย มะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ยาลดปวด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธีและวิธีที่มีการปฏิบัติจากมากไปน้อยตามลำดับ ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลบางประการ และเหตุผลของการเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่มีความปวด จำนวน 100 ราย ทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษานในหอผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม นรีเวชกรรม หู คอ จมูก พิเศษทั่วไป หน่วยรังสีรักษา และคลินิกระงับปวด และฝังเข็ม ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2546 ถึง มีนาคม 2547 โดยการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัย นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย จำนวน 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วย มะเร็ง

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วย มะเร็ง

ส่วนที่ 5 เหตุผลของการเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลบางประการ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การจัดการกับความปวดกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61 เพศชายร้อยละ 39 มีอายุเฉลี่ย 56 ปี (SD = 11.61) นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 91 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 79 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36 รองลงมาคือทำงานบ้าน ร้อยละ 32 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 68 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รองลงมาคือเบิกค่ารักษาได้จากส่วนราชการ ร้อยละ 54 และ 35 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมากที่สุด ร้อยละ 34 รองลงมาคือ มะเร็งศีรษะและคอ ร้อยละ 27 และมะเร็งเต้านม ร้อยละ 14 ซึ่งจำแนกเป็นผู้ป่วยในจำนวน 59 ราย และผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย มีระยะเวลาในการเริ่มรักษาโรคตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 20 ปี ( $\bar{X}$  = 2 ปี 5 เดือน, SD = 10.50) และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวด ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 20 ปี ( $\bar{X}$  = 1 ปี 8 เดือน, SD = 7.00)

ตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา คิดเป็นร้อยละ 72 โดยได้รับความรู้จากคำแนะนำจากบุคคลอื่น เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 63 รองลงมาคือจากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 19 ผู้ป่วยทุกรายเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งในจำนวนนี้บอกว่าประสบผลสำเร็จจากการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาเป็นบางครั้งและทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75 และ 22 ตามลำดับ และพึงพอใจในการปฏิบัติวิธีดังกล่าวถึง ร้อยละ 95

## ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาหลายวิธีร่วมกัน โดยพบว่าการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (NPRP) โดยรวมทุกวิธีอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 1.30, SD = 0.47) ส่วนระดับการปฏิบัติ NPRP ในแต่ละวิธี ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะวิธีที่มีการปฏิบัติมากที่สุด 4 วิธี (3 อันดับแรก) เรียงตามลำดับดังนี้ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ดูรูปภาพ หรือพูดคุยกับบุคคลอื่น ( $\bar{X}$  = 1.93, SD = 0.91) 2) การสัมผัส ( $\bar{X}$  = 1.71, SD = 0.82) 3) การผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การคลายกล้ามเนื้อ ( $\bar{X}$  = 1.70, SD = 1.00) และ 4) การนวด ( $\bar{X}$  = 1.52, SD = 1.11) ซึ่งทุกวิธีดังกล่าวข้างต้น มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูล  
การเจ็บป่วย (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย	ร้อยละ
<b>เพศ</b>	
ชาย	39.0
หญิง	61.0
<b>อายุ (<math>\bar{X} = 56, SD = 11.61</math>)</b>	
กลุ่ม 1 (30-47 ปี)	26.0
กลุ่ม 2 (48-65 ปี)	50.0
กลุ่ม 3 (66-81 ปี)	24.0
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	91.0
อิสลาม	9.0
<b>สถานภาพสมรส</b>	
โสด	3.0
คู่	79.0
หม้าย/หย่า/แยก	18.0
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ไม่ได้เรียน	18.0
ประถมศึกษา	56.0
มัธยมศึกษา	15.0
อุดมศึกษา	11.0
<b>อาชีพหลัก</b>	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11.0
รับจ้าง	9.0
เกษตรกรรวม	36.0
งานบ้าน	32.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย	ร้อยละ
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน</b>	
ต่ำกว่า 3,000 บาท	14.0
3,001-6,000 บาท	43.0
6,001-9,000 บาท	18.0
9,001-12,000 บาท	13.0
มากกว่า 12,000 บาท	12.0
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>	
เพียงพอ	68.0
ไม่เพียงพอ	32.0
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>	
บัตร 30 บาท	54.0
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	35.0
จ่ายค่ารักษาเอง	4.0
สังคมสงเคราะห์	3.0
ประกันสังคม	3.0
<b>ประเภทของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ</b>	
ผู้ป่วยใน	59.0
ผู้ป่วยนอก	41.0
<b>การวินิจฉัยโรค</b>	
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	34.0
มะเร็งศีรษะและคอ	27.0
มะเร็งเต้านม	14.0
มะเร็งระบบอื่น ๆ	25.0
<b>ระยะเวลาที่เริ่มรักษาโรค (<math>\bar{X}</math> = 2 ปี 5 เดือน, SD = 10.50*)</b>	
2 เดือน - 6 ปี	88.0
6 ปีขึ้นไป - 12 ปี	8.0
12 ปี - 20 ปี	4.0
<b>ระยะเวลาที่เริ่มปวด (<math>\bar{X}</math> = 1 ปี 8 เดือน, SD = 7.00*)</b>	
3-6 เดือน	48.0
6 เดือนขึ้นไป	52.0

หมายเหตุ \* ตัวเลขที่ใช้ในการคำนวณใช้ฐานคิดเป็นเดือน

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับความรู้ในการปฏิบัติ การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (NPRP) ประสบการณ์ในการปฏิบัติ และความพึงพอใจในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ข้อมูลการได้รับความรู้/ประสบการณ์/ความพึงพอใจใน การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
<b>การได้รับความรู้ในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา</b>		
ไม่เคย	28	28.00
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	72	72.00
คำแนะนำจากบุคคลอื่น*	63	87.50
โทรทัศน์*	19	26.38
หนังสือพิมพ์/ตำราหรือวารสารทางการแพทย์*	13	18.06
วิทยุ*	9	12.50
กิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน*	3	4.17
แหล่งอื่น ๆ*	12	16.67
<b>ประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา</b>		
เคยปฏิบัติ	100	100.00
ไม่เคยประสบผลสำเร็จ	1	1.00
ประสบผลสำเร็จบางครั้ง	75	75.00
ประสบผลสำเร็จทุกครั้ง	22	22.00
ไม่ตอบ	2	2.00
<b>ความพึงพอใจในการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา</b>		
ไม่พึงพอใจ	3	3.00
พึงพอใจ	95	95.00
ไม่ตอบ	2	2.00

หมายเหตุ \* ใช้สถิติการเทียบร้อยละในกลุ่มที่เคยได้รับความรู้การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (n = 72)

ตาราง 3 จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา  
ของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี เรียงตามลำดับวิธีที่มีการปฏิบัติจากมากไปน้อย (N=100)

การปฏิบัติในการบรรเทาความ ปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (NPRP)	ระดับการปฏิบัติ				$\bar{X}$	SD
	มาก (3) ร้อยละ	ปานกลาง (2) ร้อยละ	น้อย (1) ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ (0) ร้อยละ		
1. การเบี่ยงเบนความสนใจ*	29	44	18	9	1.93	0.91
2. การสัมผัส*	16	46	31	7	1.71	0.82
3. การผ่อนคลาย*	21	46	15	18	1.70	1.00
4. การนวด*	23	32	19	26	1.52	1.11
5. การใช้ดนตรี	14	23	23	40	1.11	1.10
6. การจินตนาการ	13	22	28	37	1.11	1.05
7. สมาธิ	12	22	12	54	0.92	1.12
8. การประคบความเย็น	13	16	17	54	0.88	1.10
9. การประคบความร้อน	8	14	27	51	0.79	0.97
การปฏิบัติโดยภาพรวมทุกวิธี	-	-	-	-	1.30	0.47

หมายเหตุ \* วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาที่มีระดับการปฏิบัติมาก 4 วิธี (3 อันดับแรก)

การปฏิบัติ NPRP ในแต่ละวิธีมีคะแนนเต็ม 3 คะแนน

### ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาอยู่ในระดับสูง (คะแนนเต็ม = 30,  $\bar{X}$  = 23.75, SD = 2.38) โดยแบ่งเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความปวด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับสูง (คะแนนเต็ม = 5,  $\bar{X}$  = 4.29, SD = 0.81) และเมื่อพิจารณาความรู้รายด้านเกี่ยวกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีแยกตามรายด้าน พบว่าการประคบความร้อน/ความเย็น มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 1.53, SD = 0.73) ส่วนวิธีอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การผ่อนคลาย สมาธิ การนวด การสัมผัส การใช้ดนตรี และการจินตนาการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในระดับสูงทุกวิธี ( $\bar{X}$  = 1.70 - 4.35, SD = 0.39 - 0.81)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี (N=100)

ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (คะแนนเต็ม)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\bar{X}$	SD
1. ความรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวด (5)	4.29	0.81
2. การประคบความร้อน/ความเย็น (3)	1.53	0.73
3. การเบี่ยงเบนความสนใจ (2)	1.70	0.52
4. การผ่อนคลาย (5)	4.35	0.69
5. สมာธิ (3)	2.38	0.66
6. การนวด (3)	2.11	0.65
7. การสัมผัส (3)	2.85	0.39
8. การใช้ดนตรี (3)	2.26	0.71
9. การจินตนาการ (3)	2.28	0.81
ความรู้โดยรวม (30)	23.75	2.38

และเมื่อพิจารณาความรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีแยกเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายมีความรู้และตอบข้อคำถามถูก 5 อันดับแรกในเรื่องต่อไปนี้ คือ 1) การสัมผัสช่วยให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัส 2) การหายใจเข้าออกลึก ๆ สามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดได้ 3) การผ่อนคลายช่วยให้ร่างกายปราศจากความตึงเครียด อารมณ์ดีขึ้นและสามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดได้ โดยข้อคำถาม 3 ข้อ ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างตอบถูกร้อยละ 100 4) การทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดสิ่งที่มีารบกวนอารมณ์และช่วยให้ทนความปวดได้มากขึ้น และ 5) การผ่อนคลายช่วยบรรเทาความปวดได้ เพราะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณที่ปวดคลายตัว ข้อคำถาม 2 ข้อ ดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างตอบถูกร้อยละ 99 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกเป็น 5 อันดับสุดท้ายคือ 1) การประคบความร้อนหรือประคบความเย็นสามารถประคบได้ทั้งบริเวณที่ปวดและบริเวณใกล้เคียง จึงจะได้ผลดีในการบรรเทาความปวด กลุ่มตัวอย่างตอบถูกร้อยละ 12.2 2) การนวดเป็นวิธีที่ทุกคนสามารถปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดได้ ตอบถูกร้อยละ 44.8 3) การฝึกสมาธิเพื่อให้ได้ผลดีในการบรรเทาความปวด เหมาะ

สำหรับผู้ที่เคยฝึกปฏิบัติมาอย่างสม่ำเสมอ ตอบถูกร้อยละ 57.3 4) การปฏิบัติผ่อนคลายให้ได้ผลดี ควรปฏิบัติก่อนเริ่มมีอาการปวด ตอบถูกร้อยละ 62.4 และ 5) การจินตนาการเพื่อบรรเทาความปวด ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีทั้งความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง ตอบถูกร้อยละ 66.3 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูก 5 อันดับแรก และ 5 อันดับสุดท้าย ของข้อความถามความรู้โดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีแยกตามรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับความปวดและ การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$\bar{X}$	SD	ตอบถูก (ร้อยละ)
คำถาม 5 อันดับแรกที่ตอบถูก			
1. การสัมผัสช่วยให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ เป็นการ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัส	1.00	0.00	100.0
2. การหายใจเข้าออกลึก ๆ สามารถเบี่ยงเบนความสนใจ ออกจากความปวดได้	1.00	0.00	100.0
3. การผ่อนคลายช่วยให้ร่างกายปราศจากความตึงเครียด อารมณ์ดีขึ้นและสามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความ ปวดได้	1.00	0.00	100.0
4. การทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดสิ่งที่มารบกวนอารมณ์ และช่วยให้ทนความปวดได้มากขึ้น	0.99	0.10	99.0
5. การผ่อนคลายช่วยบรรเทาความปวดได้ เพราะทำให้ กล้ามเนื้อบริเวณที่ปวดคลายตัว	0.99	0.10	99.0
คำถาม 5 อันดับสุดท้ายที่ตอบถูก			
1. การประคบความร้อนหรือประคบความเย็นสามารถ ประคบได้ทั้งบริเวณที่ปวดและบริเวณใกล้เคียง จึงจะ ได้ผลดีในการบรรเทาความปวด	0.12	0.33	12.2
2. การนวดเป็นวิธีที่ทุกคนสามารถปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดได้	0.45	0.50	44.8
3. การฝึกสมาธิเพื่อให้ได้ผลดีในการบรรเทาความปวด เหมาะสำหรับผู้ที่เคยฝึกปฏิบัติมาอย่างสม่ำเสมอ	0.57	0.50	57.3
4. การปฏิบัติผ่อนคลายให้ได้ผลดีควรปฏิบัติก่อนเริ่มมี อาการปวด	0.62	0.49	62.4



ตาราง 5 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$\bar{X}$	SD	ตอบถูก (ร้อยละ)
คำถาม 5 อันดับสุดท้ายที่ตอบถูก (ต่อ)			
5. การจินตนาการเพื่อบรรเทาความปวด ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีทั้งความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง	0.66	0.48	66.3

#### ส่วนที่ 4 ทักษะเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.49$ ,  $SD = 0.39$ ) โดยแบ่งเป็นทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวด มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.49$ ,  $SD = 0.41$ ) แต่เมื่อพิจารณาทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีแยกตามรายชื่อ พบว่าการประคบความร้อน/ความเย็น การเบี่ยงเบนความสนใจ และการผ่อนคลาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.71 - 3.78$ ,  $SD = 0.88 - 0.99$ ) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางบวกต่อการปฏิบัติวิธีดังกล่าว ส่วนวิธีอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่ การปฏิบัติสมาธิ การนวด การสัมผัส การใช้ดนตรี และการจินตนาการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.33 - 3.62$ ,  $SD = 0.78 - 0.91$ ) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติไม่เป็นทางบวกหรือทางลบต่อการปฏิบัติวิธีดังกล่าว

และเมื่อพิจารณาทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีแยกเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางบวก 5 อันดับแรกในเรื่องต่อไปนี้ คือ 1) ถ้าท่านสามารถบรรเทาความปวดได้ จะช่วยให้สามารถรับประทานอาหารหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ร้อยละ 100 2) การรับประทานยาเพื่อบรรเทาความปวดรวมกับการใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาจะมีผลดีกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 97 3) การดูโทรทัศน์ หรือพูดคุยกับบุคคลอื่นเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดได้ ร้อยละ 95 4) ถ้าหากท่านเชื่อว่าการปฏิบัติวิธีใด ๆ ที่ไม่ใช่ยาสามารถบรรเทาความปวดได้ผลจริง ท่านจะนำวิธีการปฏิบัตินั้นมาใช้บรรเทาความปวด ร้อยละ 93 และ 5) การประคบความร้อนหรือประคบความเย็นเพื่อบรรเทาความปวด เป็นวิธีปฏิบัติที่ทำได้ง่ายและควรปฏิบัติ ร้อยละ 92 ดังแสดงในตาราง 7

ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบเป็น 5 อันดับสุดท้ายคือ 1) ควรบอกเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทันทีเมื่อมีอาการปวด ถึงแม้จะมีความปวดเพียงเล็กน้อย ไม่ควรรอให้ปวดมากจนกระทั่งทนไม่ได้จึงจะขอความช่วยเหลือ ร้อยละ 29 2) การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ผู้ปฏิบัติไม่จำเป็นต้องมีความรู้ในระดับสูงก็สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 35 3) การผ่อนคลายต้องอาศัยการฝึกฝน แต่เมื่อฝึกปฏิบัติได้แล้ว ก็สามารถนำมาใช้บรรเทาความปวดได้โดยไม่ต้องยุ่งยาก ร้อยละ 45 4) การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเสียค่าใช้จ่ายน้อย ร้อยละ 46 และ 5) การใช้ดนตรีสามารถบรรเทาความปวดได้ดี ร้อยละ 73 ดังแสดงในตาราง 8

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี (N=100)

ทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและ การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
	$\bar{X}$	SD
1. ทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวด	3.49	0.41
2. การประคบความร้อน/ความเย็น	3.71	0.88
3. การเบี่ยงเบนความสนใจ	3.78	0.89
4. การผ่อนคลาย	3.71	0.99
5. สมาธิ	3.62	0.90
6. การนวด	3.45	0.91
7. การสัมผัส	3.60	0.82
8. การใช้ดนตรี	3.33	0.84
9. การจินตนาการ	3.55	0.78
ทัศนคติโดยรวม	3.49	0.39

หมายเหตุ คะแนนทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีมีฐานเป็น 5 คะแนน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับ  
ความปลอดภัยและการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีแยกตามรายชื่อใน 5 อันดับแรก

ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยและ การบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$\bar{X}$	SD	ทัศนคติ ทางบวก (ร้อยละ)
คำถาม 5 อันดับแรกที่มีทัศนคติทางบวก			
1. ถ้าท่านสามารถบรรเทาความปลอดภัยได้ จะช่วยให้สามารถ รับประทานอาหารหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น	4.19	0.75	100.0
2. การรับประทานยาเพื่อบรรเทาความปลอดภัยรวมกับการใช้วิธีการ บรรเทาความปลอดภัยที่ไม่ใช่ยาจะมีผลดีกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว	3.89	0.80	97.0
3. การดูโทรทัศน์ หรือพูดคุยกับบุคคลอื่นเป็นการเบี่ยงเบน ความสนใจออกจากความปลอดภัย	3.78	0.89	95.0
4. ถ้าหากท่านเชื่อว่าการปฏิบัติวิธีใด ๆ ที่ไม่ใช่ยาสามารถ บรรเทาความปลอดภัยได้ผลจริง ท่านจะนำวิธีการปฏิบัตินั้น มาใช้บรรเทาความปลอดภัย	3.74	0.91	93.0
5. การประคบความร้อนหรือประคบความเย็นเพื่อบรรเทา ความปลอดภัย เป็นวิธีปฏิบัติที่ทำได้ง่ายและควรปฏิบัติ	3.71	0.88	92.0

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางลบ เกี่ยวกับ  
ความปลอดภัยและการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธีแยกตามรายชื่อ 5 อันดับสุดท้าย

ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการบรรเทา ความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$\bar{X}$	SD	ทัศนคติ ทางลบ (ร้อยละ)
คำถาม 5 อันดับสุดท้ายที่มีทัศนคติทางลบ			
1. ควรบอกเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทันทีเมื่อมีอาการปวด ถึงแม้จะมีความปวดเพียงเล็กน้อย ไม่ควรรอให้ปวด มากจนกระทั่งทนไม่ได้จึงจะขอความช่วยเหลือ	2.02	0.75	29.0
2. การปฏิบัติในการบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ผู้ปฏิบัติไม่จำเป็นต้องมีความรู้ในระดับสูงก็สามารถปฏิบัติได้	2.17	0.71	35.0

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทา ความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$\bar{X}$	SD	ทัศนคติ ทางลบ (ร้อยละ)
คำถาม 5 อันดับสุดท้ายที่มีทัศนคติทางลบ			
3. การผ่อนคลายต้องอาศัยการฝึกฝน แต่เมื่อฝึกปฏิบัติได้ แล้ว ก็สามารถนำมาใช้บรรเทาความปวดได้โดยไม่ยุ่งยาก	2.31	0.71	45.0
4. การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเสียค่าใช้จ่ายน้อย	2.63	1.28	46.0
5. การใช้ดนตรีสามารถบรรเทาความปวดได้ดี	3.08	0.93	73.0

#### ส่วนที่ 5 เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง

จากตาราง 9 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีเหตุผลในการเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะส่วนที่มีระดับการปฏิบัติมาก 4 วิธี (3 อันดับแรก) ดังนี้

- 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ มีเหตุผลที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ เป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้เอง และปฏิบัติได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 87 และ 82 ตามลำดับ เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด และเสียค่าใช้จ่ายน้อย คิดเป็นร้อยละ 76 มีความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย รวมถึงมีความเชื่อว่าวิธีนี้จะได้ผลในการบรรเทาความปวด คิดเป็นร้อยละ 70 สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้ใช้วิธีนี้ ซึ่งในที่นี้รวมถึงบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 57
- 2) การสัมผัส มีเหตุผลในการเลือกปฏิบัติ ได้แก่ เคยใช้วิธีนี้แล้วประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด คิดเป็นร้อยละ 80 มีความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย และเสียค่าใช้จ่ายน้อย คิดเป็นร้อยละ 72 เชื่อว่าวิธีนี้สามารถบรรเทาความปวดได้ คิดเป็นร้อยละ 63 มีผู้ช่วยเหลือ เช่น สามี/ภรรยา บุตร หลาน ในการปฏิบัติวิธีนี้ คิดเป็นร้อยละ 55
- 3) การผ่อนคลาย มีเหตุผลในการเลือกปฏิบัติ ได้แก่ สามารถปฏิบัติได้เองและปฏิบัติได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 76 และ 75 ตามลำดับ เสียค่าใช้จ่ายน้อย คิดเป็นร้อยละ 66 ส่วนเหตุผลอื่น ๆ เช่น เคยใช้แล้วประสบผลสำเร็จ มีความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย คิดเป็นร้อยละ 58 และ 55 ตามลำดับ
- 4) การนวด มีเหตุผลในการเลือกปฏิบัติ ได้แก่ ปฏิบัติได้ง่ายและปฏิบัติได้เอง คิดเป็นร้อยละ 65, 64 ตามลำดับ และเสียค่าใช้จ่ายน้อย ร้อยละ 60

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่าเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติวิธีที่ไม่ใช่ยา 4 วิธีดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ สามารถปฏิบัติได้เอง ปฏิบัติได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย เคยใช้แล้วประสบ

ผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด มีความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย มีความเชื่อว่าวิธีที่ปฏิบัติจะได้ผลในการบรรเทาความปวด และสมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้มีการปฏิบัติ

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง ของเหตุผลในการเลือกปฏิบัติบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง 4 วิธี (3 อันดับแรก) (N = 100)

เหตุผลของการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา*	ร้อยละ
<b>อันดับ 1. การเบี่ยงเบนความสนใจ</b>	
สามารถปฏิบัติได้เอง	87.0
ปฏิบัติได้ง่าย	82.0
ค่าใช้จ่ายน้อย	76.0
เคยใช้แล้วประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด	76.0
มีความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย	70.0
เชื่อว่าวิธีนี้ได้ผลในการบรรเทาความปวด	70.0
สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้มีการใช้วิธีนี้	57.0
<b>อันดับ 2 2.1 การสัมผัส</b>	
เคยใช้แล้วประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด	80.0
มีความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย	72.0
ค่าใช้จ่ายน้อย	72.0
เชื่อว่าวิธีนี้สามารถบรรเทาความปวดได้	63.0
มีผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติวิธีนี้	55.0
<b>2.2 การผ่อนคลาย</b>	
สามารถปฏิบัติได้เอง	76.0
ปฏิบัติได้ง่าย	75.0
ค่าใช้จ่ายน้อย	66.0
เคยใช้แล้วประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด	58.0
มีความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย	55.0
<b>อันดับ 3 การนวด</b>	
ปฏิบัติได้ง่าย	65.0
สามารถปฏิบัติได้เอง	64.0
ค่าใช้จ่ายน้อย	60.0

หมายเหตุ \* กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยากับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการประคบความเย็น ในระดับต่ำ ( $r = 0.26, p < .05$ ) กล่าวคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการประคบความเย็นในการบรรเทาความปวดจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการประคบความเย็นเพื่อบรรเทาความปวด ส่วนวิธีอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่ การเปียงเบนความสนใจ การสัมผัส การผ่อนคลาย การนวด การประคบความร้อน สมာธิ การใช้ดนตรี และจินตนาการไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างความรู้ในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี ( $N=100$ )

การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$r$
1. การเปียงเบนความสนใจ	0.15
2. การสัมผัส	-0.04
3. การผ่อนคลาย	0.05
4. การนวด	-0.24
5. การประคบความร้อน	0.06
6. การประคบความเย็น	0.26*
7. สมาธิ	0.07
8. การใช้ดนตรี	0.19
9. การจินตนาการ	0.01

\*  $p < .05$

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการสัมผัส การนวด และการใช้ดนตรี ในระดับปานกลาง ( $r = .34$  ถึง  $.58$ ,  $p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติสมาธิ การประคบความเย็น และการเบี่ยงเบนความสนใจในระดับต่ำ ( $r = .26$  ถึง  $.29$ ,  $p < .01$ ) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในทางบวกต่อการสัมผัส การนวด การใช้ดนตรี การปฏิบัติสมาธิ และการประคบความเย็น จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการสัมผัส การนวด การฟังดนตรี การปฏิบัติสมาธิ การประคบความเย็น และการเบี่ยงเบนความสนใจ นอกจากนี้ยังพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการประคบความร้อนในระดับต่ำ ( $r = .20$ ,  $p < .05$ ) กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติทางบวกต่อการประคบความร้อน จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการประคบความร้อน ส่วนวิธีอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่ การผ่อนคลาย และการจินตนาการ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ระหว่างทัศนคติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยากับในแต่ละวิธีกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา	$r$
1. การเบี่ยงเบนความสนใจ	0.29**
2. การสัมผัส	0.34**
3. การผ่อนคลาย	0.14
4. การนวด	0.47**
5. การประคบความร้อน	0.20*
6. การประคบความเย็น	0.28**
7. สมาธิ	0.26**
8. การใช้ดนตรี	0.58**
9. การจินตนาการ	0.17

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

8.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีโดยใช้สถิติไคสแควร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการแบ่งช่วงอายุเป็น 3 กลุ่มในข้อมูลทั่วไป (ตาราง 1) เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี พบว่ามีจำนวนข้อมูลค่าคาดหวัง (expected count) น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 จึงได้จัดกลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่างใหม่เป็น 2 กลุ่ม คืออายุในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (30-60 ปี) และวัยสูงอายุ (61-81 ปี) เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ดังกล่าว พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีการปฏิบัติในการปวดมากกว่าวัยสูงอายุ ( $\chi^2 = 9.48$  และ  $p < .05$ ) ดังแสดงในตาราง 12 ส่วนการปฏิบัติวิธีอื่นที่เหลือ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การผ่อนคลาย การประคบความร้อนความเย็น สมาธิ การใช้ดนตรี และการจินตนาการ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว (ภาคผนวกง)

ตาราง 12 แสดงความสัมพันธ์ไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ระหว่างอายุกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี (N=100)

อายุ	ระดับการปฏิบัติการปวด				$\chi^2$
	มาก O(E)	ปานกลาง O(E)	น้อย O(E)	ไม่ปฏิบัติ O(E)	
วัยผู้ใหญ่	19 (13.8)	17 (19.2)	13 (11.4)	11 (15.6)	9.48*
วัยสูงอายุ	4 (9.2)	15 (12.8)	6 (7.6)	15 (10.4)	
รวม	23 (23)	32 (32)	19 (19)	26 (26)	

\*  $p < .05$

ค่า O หมายถึง ค่าความถี่ที่ได้จากการสังเกต (Observed frequency)

ค่า E หมายถึง ค่าความถี่ที่คาดหวังไว้ (Expected frequency)



## 8.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีโดยใช้สถิติไคสแควร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติมาก (3) ปฏิบัติปานกลาง (2) ปฏิบัติน้อย (1) และไม่ปฏิบัติเลย (0) เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี พบว่ามีจำนวนข้อมูลค่าคาดหวัง (expected count) น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 จึงได้จัดกลุ่มระดับการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างใหม่เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติและกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี นำมาหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการสัมผัส การผ่อนคลาย และการประคบความร้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงจะมีการปฏิบัติโดยใช้วิธีการสัมผัส การผ่อนคลาย และการประคบความร้อนมากกว่าเพศชาย ( $\chi^2=6.90, 7.06, \text{ และ } 8.50$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 13 ส่วนการปฏิบัติวิธีอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การนวด การประคบความเย็น สมานทิ การใช้ดนตรี และการจินตนาการ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว (ภาคผนวก ง)

## 8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธี (ภาคผนวก ง)

## 8.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การจัดการกับความปวดกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การจัดการกับความปวดกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าประสบการณ์การจัดการกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธี (ภาคผนวก ง)

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) ระหว่างเพศกับการสัมผัส การผ่อนคลาย และการ  
 ประคบความร้อน ( $N = 100$ )

ระดับการปฏิบัติ	เพศ		$\chi^2$ (Fisher's test)
	ชาย O(E)	หญิง O(E)	
<b>การสัมผัส</b>			
ปฏิบัติ	33 (36.3)	60 (56.7)	6.90*
ไม่ปฏิบัติ	6 (2.7)	1 (4.3)	
<b>การผ่อนคลาย</b>			
ปฏิบัติ	27 (32.0)	55 (50.0)	7.06*
ไม่ปฏิบัติ	12 (7.0)	6 (11.0)	
<b>การประคบความร้อน</b>			
ปฏิบัติ	12 (19.1)	37 (29.9)	8.50*
ไม่ปฏิบัติ	27 (19.9)	24 (31.1)	

\*  $p < .05$

#### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 มีอายุเฉลี่ย 56 ปี มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีมากที่สุด (มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่) (ตาราง 1) ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยมะเร็ง 10 อันดับที่พบมากในผู้หญิง ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีจำนวนมากเป็นอันดับแรก และในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวนร้อยละ 20.88 เมื่อแบ่งกลุ่มในช่วงอายุ 50 – 54 ปี มะเร็งกลุ่มนี้ก็จัดว่ามีจำนวนมากที่สุดเช่นกัน ร้อยละ 14.60 (หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2545) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งศีรษะและคอ ทุกรายเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็งมาไม่น้อยกว่า 3 เดือนตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยมีระยะเวลาที่เริ่มปวดตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 20 ปี และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบนเนตต์และเลนกาเซอร์ (Bennett & Lengacher, 1999) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการใช้สุขภาพทางเลือกทุกวิธีที่ระบุไว้

ทั้งหมด 14 รายการยกเว้นการฝังเข็ม และในจำนวนนี้ร้อยละ 87 มีการใช้สุขภาพทางเลือกในการรักษาแบบผสมผสานอย่างน้อย 1 วิธี

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี และวิธีที่มีการปฏิบัติมากใน 3 อันดับแรก
2. ความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธีและเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีของผู้ป่วยมะเร็ง

1. ระดับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี และวิธีที่มีการปฏิบัติมากใน 3 อันดับแรก

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (NPRP) ของผู้ป่วยมะเร็ง มีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยแต่ละรายมีการปฏิบัติ NPRP หลายวิธีร่วมกันทำให้ไม่มีการปฏิบัติวิธีใดวิธีหนึ่งมากกว่าวิธีอื่น ๆ จนเห็นได้ชัด และจากข้อมูลทั่วไป (ตาราง 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติ NPRP ส่วนใหญ่ประสบผลสำเร็จบางครั้งในการบรรเทาความปวด มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 22 เท่านั้นที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ NPRP ทุกครั้ง ซึ่งอาจจะมีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติ NPRP สำเร็จบางครั้งมีการปฏิบัติวิธีดังกล่าวไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติ NPRP โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ร้อยละ 95 จะมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ NPRP ก็ตาม แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวถึงการที่บุคคลมีประสบการณ์การปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) ในการปฏิบัติวิธีการดังกล่าว และมีแนวโน้มในการปฏิบัติวิธีนั้นในครั้งต่อไปเมื่อต้องเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ NPRP ประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด ก็มีแนวโน้มจะนำเอาวิธีการปฏิบัตินั้นมาใช้ในครั้งต่อไปเมื่อมีความปวด แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าการปฏิบัติ NPRP ไม่ประสบผลสำเร็จก็อาจจะเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการปฏิบัติและไม่นำวิธีดังกล่าวมาใช้ ส่วนการปฏิบัติสมาธิ การประคบความร้อนและความเย็น ที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อาจเป็นเพราะผู้ที่จะปฏิบัติในการทำสมาธิเพื่อบรรเทาความปวดได้นั้น ส่วนมากมักจะเป็นบุคคลที่เคยได้รับการฝึกปฏิบัติมาอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ยังไม่เริ่ม

ปวด จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติวิธีนี้ไม่มากนัก ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (ตาราง 1) ซึ่งมีแนวโน้มในการปฏิบัติสมาธิมากกว่าวัยอื่น ๆ ก็ตาม แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของเบนเนตต์และเลนกาเชอร์ (Bennett & Lengacher, 1999) ที่ศึกษาการใช้สุขภาพทางเลือกของผู้ป่วยมะเร็งในเขตชนบท โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 64 ปีพบว่าวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งเลือกปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ การสวดมนต์ การใช้อารมณ์ขัน และการมีกลุ่มช่วยเหลือมาสนับสนุน ซึ่งวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้ดังกล่าวจะมีผลทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการประคบความร้อนและความเย็น กลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดซึ่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการฉายรังสี ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวมีผลต่อข้อจำกัดการใช้วิธีประคบความร้อนและความเย็นเพื่อบรรเทาความปวด ทำให้มีการปฏิบัติวิธีนี้น้อยกว่าวิธีอื่น ๆ

ส่วนการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาที่จะกล่าวถึงในรายละเอียด คือวิธีที่มีการปฏิบัติมาก 4 วิธี (3 อันดับแรก) โดยผู้ป่วย 1 รายเลือกวิธีปฏิบัติได้มากกว่า 1 วิธี ได้แก่ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ 2) การสัมผัส 3) การผ่อนคลาย 4) การนวด (ตารางที่ 3)

1) การเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ดูรูปภาพ หรือการพูดคุยกับบุคคลอื่น เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้เองและปฏิบัติได้ง่าย ไม่มีความยุ่งยากหรือซับซ้อน เป็นสิ่งที่บุคคลโดยส่วนใหญ่ปฏิบัติด้วยตนเองเป็นกิจวัตรประจำวันอยู่แล้ว ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน (Lorenzi, 1999) โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลข้างเคียงใด ๆ อีกทั้งวิธีนี้เสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดความปวดน้อยหรือแทบจะไม่มีค่าใช้จ่ายเลย ผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจึงมักเลือกใช้วิธีนี้ และเมื่อปฏิบัติวิธีนี้แล้วใช้ได้ผลในการบรรเทาความปวด ผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อและมั่นใจในการปฏิบัติ เกิดการยอมรับและนำวิธีนี้ไปใช้ปฏิบัติครั้งต่อไป นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79 จึงมักมีบุคคลในครอบครัว เช่น สามี/ภรรยา บุตรหลาน คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้สุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบว่าการมีกลุ่มช่วยเหลือมาสนับสนุนก็เป็นหนึ่งในวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งเลือกใช้มากเพื่อเป็นการรักษาแบบผสมผสาน (Bennett & Lengacher, 1999; Lengacher et al., 2002) และจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่าการร่วมตัดสินใจของบุคคลในครอบครัว ประสบการณ์การรักษาตนเองและบุคคลในครอบครัว รวมทั้งคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือเครือข่ายทางสังคมมีส่วนสนับสนุนอย่างมากให้มีการปฏิบัติวิธีนี้เช่นกัน (กฤษณา, ประคอง, และสมจิต, 2542)

2) การสัมผัส เป็นวิธีที่มีการเลือกปฏิบัติรองลงมา การปฏิบัติวิธีนี้ส่วนใหญ่เกิดจากบุคคลในครอบครัวคอยให้การสนับสนุนเช่นเดียวกับการเบี่ยงเบนความสนใจ และผู้ป่วยเองก็สามารถปฏิบัติให้ตัวเองได้ ซึ่งการสัมผัสส่งผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1996) ที่ว่า การลูบหรือการสัมผัสเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้เกิดการปิดประตูความปวด จึงไม่เกิดความปวด นอกจากนี้การสัมผัสยังช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดความปวดและความเมื่อยล้าได้ (บุญวดี, 2539) ดังมีการศึกษาของซามาเรล (Samarel, 1997) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าการสัมผัสบำบัดสามารถลดระดับความวิตกกังวลและลดระดับความปวดภายหลังได้รับการผ่าตัดได้ และยังช่วยเพิ่มความสมดุลให้กับร่างกาย ซึ่งเป็นการสนับสนุนว่าการสัมผัสส่งผลดีต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนเหตุผลหลักอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกปฏิบัติวิธีนี้ ได้แก่ เคยใช้แล้วประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด ไม่มีค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้และประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สุขภาพทางเลือกที่พบว่าอุปสรรคในการเลือกปฏิบัติวิธีดังกล่าวคือ ค่าใช้จ่ายที่สูงในการปฏิบัติ (Boon, Brown, Gavin, Kennard, & Stewart, 1999) นอกจากนี้วิธีการดังกล่าวยังไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือผลข้างเคียงใด ๆ ต่อผู้ป่วย (ตาราง 9) ซึ่งเหตุผลเหล่านี้มักเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติคำนึงถึงและเลือกปฏิบัติ

3) การผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น การผ่อนคลายที่ผู้ป่วยปฏิบัติมักได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นเป็นส่วนใหญ่ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือนุคนากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ ผู้ป่วยมักจะได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติเมื่ออาการปวดยังไม่รุนแรง โดยต้องประเมินความพร้อมในการปฏิบัติของผู้ป่วยในแต่ละรายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงเตรียมสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้เกิดสมาธิในการฝึกปฏิบัติ (Tiernan, 1994) เมื่อเรียนรู้เทคนิคและวิธีการปฏิบัติแล้วผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่มีความยุ่งยาก และถ้าปฏิบัติแล้วได้ผลในการบรรเทาความปวด ผู้ป่วยจะเชื่อและยอมรับ ทำให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ได้มีการศึกษาโดยการรวบรวมหลักฐานเกี่ยวกับการนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ในการบำบัดความปวดเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าการใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถลดความปวดเรื้อรังได้ (NIH Technology Assessment Panel, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2532) เรื่องผลของการผ่อนคลายต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการผ่อนคลายสามารถลดความปวดแผลหลังผ่าตัดได้และผู้ป่วยได้ยาระงับปวดลดลงกว่าการใช้ยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว และเช่นเดียวกับการศึกษาของจุไรพร (2536) เรื่องผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความปวดขณะ

ได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลใหม่ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดขณะได้รับการล้างแผลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และความรู้สึกปวดภายหลังจากการล้างแผลเสร็จสิ้นทันทีน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) การนวด เป็นวิธีที่นิยมปฏิบัติมากอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งสามารถปฏิบัติได้เองและปฏิบัติได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยเช่นเดียวกับวิธีอื่น ๆ วิธีนี้มีความสะดวกในการปฏิบัติเพราะโดยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์อื่น ๆ ผู้ป่วยบางรายมีการใช้น้ำมันนวดหรือครีมทาแก้ปวดเมื่อยร่วมด้วย ซึ่งความร้อนจากการใช้น้ำมันนวดจะมีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว โดยบุคคลใกล้ชิดมักมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติวิธีนี้ การนวดเป็นการสัมผัสที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความปวดได้ โดยช่วยเพิ่มความทนต่อความปวด ทั้งยังเป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่นสบายใจ ถ้ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัส (Tittler & Rakei, 2001) จะเห็นได้จากการศึกษาของ อุไร (2539) ซึ่งศึกษาผลของการนวดต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าระดับความปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวด และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ (2544) เรื่องผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดมีคะแนนเฉลี่ยความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของเทวีภา (2546) เรื่องผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของเวินริชและเวินริช (Weinrich & Weinrich, 1990) ซึ่งศึกษาผลของการนวดต่อความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการนวดสามารถลดระดับความปวดได้ทันทีภายหลังการนวดในผู้ป่วยผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถลดระดับความปวดได้ในกลุ่มผู้ป่วยผู้หญิง ทั้งนี้อาจเกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองระหว่างเพศชายและเพศหญิงที่มีระดับความปวดที่แตกต่างกัน

2. *ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธี และเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติ*

ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธีผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้เกี่ยวกับความ

ปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่บุคคลโดยทั่วไปรับรู้มาบ้างแล้วทั้งจากประสบการณ์ของตนเองและบุคคลรอบข้าง รวมถึงจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และจากการอ่านหนังสือ แต่เมื่อพิจารณาความรู้ทางด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ยกเว้นความรู้เรื่องการประคบความร้อน/ความเย็นซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อคำถามไม่มีความรู้ว่าการประคบความร้อน/ความเย็นสามารถประคบได้ทั้งบริเวณที่ปวดและบริเวณใกล้เคียง ซึ่งมักจะมีความเข้าใจว่าปวดตรงไหนก็ประคบตรงนั้น จึงทำให้ตอบข้อคำถามในส่วนนี้ถูกต้องน้อยที่สุดคือร้อยละ 12.2 (ตาราง 5)

เมื่อนำข้อคำถามรายชื่อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมาก 5 อันดับแรกและ 5 อันดับสุดท้าย (ตาราง 5) มาพิจารณาพบว่า ข้อคำถาม 5 อันดับแรกและผู้ป่วยเกือบทุกรายตอบถูก ได้แก่ การสัมผัสช่วยให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัส การผ่อนคลายช่วยให้ร่างกายปราศจากความตึงเครียด อารมณ์ดีขึ้นและสามารถเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดได้ การทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดสิ่งที่มารบกวนอารมณ์และช่วยให้อดทนต่อความปวดได้มากขึ้น การผ่อนคลายช่วยบรรเทาความปวดได้ เพราะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณที่ปวดคลายตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่าคำถามดังกล่าวข้างต้นไม่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญสูงก็มีแนวโน้มที่จะตอบข้อคำถามถูก เพราะเป็นข้อคำถามที่ง่ายและเป็นสิ่งที่บุคคลโดยทั่วไปมีการรับรู้อยู่แล้ว

ส่วนเมื่อพิจารณาข้อคำถาม 5 อันดับสุดท้ายที่ตอบถูก ได้แก่ การประคบความร้อนหรือประคบความเย็นสามารถประคบได้ทั้งบริเวณที่ปวดและบริเวณใกล้เคียง จึงจะได้ผลดีในการบรรเทาความปวด (ร้อยละ 12.2) การนวดเป็นวิธีที่ทุกคนสามารถปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดได้ (ร้อยละ 44.8) การฝึกสมาธิเพื่อให้ได้ผลดีในการบรรเทาความปวด เหมาะสำหรับผู้ที่เคยฝึกปฏิบัติมาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 57.3) การปฏิบัติผ่อนคลายให้ได้ผลดีควรปฏิบัติก่อนเริ่มมีอาการปวด (ร้อยละ 62.4) การจินตนาการเพื่อบรรเทาความปวด ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยที่มีทั้งความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง (ร้อยละ 66.3) ซึ่งจะเห็นได้ว่าข้อคำถามดังกล่าวทุกข้อที่ตอบถูกน้อยเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติ NPRP แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ด้านการปฏิบัติ NPRP น้อย

ดังนั้นในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติ NPRP มากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้ใน การปฏิบัติ NPRP ในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความคิด และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติ ถ้าบุคคลมีความรู้ว่าการปฏิบัติสิ่งนั้นดีก็จะนำเอาสิ่งนั้นมาใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา (2542) เรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา

ด้านอักเสบนิตไมโครสเตรอยด์ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อมีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบนิตไมโครสเตรอยด์โดยรวมอยู่ในระดับสูง และความรู้ในการใช้ยาต้านอักเสบนิตไมโครสเตรอยด์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ( $r_s = .149, p < .05$ ) ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

ทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละวิธีผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติโดยรวมเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีอยู่ในระดับปานกลาง โดยแบ่งเป็นทัศนคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความปวด มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการตอบคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น โดยส่วนใหญ่บุคคลมีแนวโน้มที่จะตอบคำถามในลักษณะที่เป็นแนวกลาง ๆ แต่เมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติรายด้าน พบว่าการเบี่ยงเบนความสนใจ การประคบความร้อน/ความเย็น และการผ่อนคลายมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับระดับการปฏิบัติ NPRP 3 อันดับแรกที่มีการปฏิบัติมาก ยกเว้นการปฏิบัติในการประคบความร้อน/ความเย็นที่อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดเกี่ยวกับการรักษาที่ได้กล่าวมาแล้วในส่วนของ การปฏิบัติ NPRP ชำงต้น แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเบี่ยงเบนความสนใจและการผ่อนคลาย จะมีแนวโน้มในการปฏิบัติวิธีดังกล่าว ส่วนการสัมผัสและการนวดที่มีการปฏิบัติมากเช่นเดียวกันแต่มีทัศนคติในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการปฏิบัติทั้ง 2 วิธีดังกล่าวไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการที่บุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยเหลือในการปฏิบัติด้วย

เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา 3 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยให้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติแต่ละวิธี ดังนี้

1) สามารถปฏิบัติได้เองและปฏิบัติได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติ NPRP ว่าสามารถปฏิบัติได้เองและปฏิบัติได้ง่ายมากที่สุดคือร้อยละ 64-87 (ตาราง 9) การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาเป็นการปฏิบัติเพื่อเสริมการบรรเทาความปวดจากการใช้ยา เพื่อให้การบำบัดความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการศึกษาของเฮล์มริชและคณะ (Helmrigh et al., 2001) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของพยาบาลในการใช้การบำบัดความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าพยาบาลมีความเชื่อว่าการบำบัดความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยามีผลดีคือ สามารถช่วยลดความปวดผู้ป่วยในระหว่างที่รอการออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด ซึ่งการปฏิบัติ NPRP ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การเบี่ยงเบนความ



สนใจ โดยการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ การผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้าออก การคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น ส่วนการสัมผัสและการนวดสามารถปฏิบัติด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลใกล้ชิด โดยการปฏิบัติ NPRP มีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1996) ว่าการสัมผัสเบา ๆ เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้มีการกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ มีผลต่อการปิดประตูความปวดจึงสามารถลดความปวดได้ และการสัมผัสช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดความปวดและความเมื่อยล้าได้ (บุญวาที, 2539)

2) เสียค่าใช้จ่ายน้อย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพของนียา, อารีย์, และ โชมพัทตร์ (2545) พบว่าความปวดจากมะเร็งมีผลทางด้านเศรษฐกิจคือ ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น มีความเครียดในเรื่องเงินทอง ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยหรือไม่มีค่าใช้จ่ายจึงมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติของผู้ป่วย ดังการศึกษาของเบนเนตต์และเลนกาเซอร์ (Bennett & Lengacher, 1999) เกี่ยวกับการใช้สุขภาพทางเลือกแบบผสมผสานของผู้ป่วยมะเร็งในเขตชนบท พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งตัดสินใจเลือกปฏิบัติวิธีดังกล่าวคือ เสียค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้และประสบการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สุขภาพทางเลือกแบบผสมผสานที่พบว่าอุปสรรคในการเลือกใช้วิธีดังกล่าวคือ ค่าใช้จ่ายที่สูงในการปฏิบัติ (Boon, Brown, Gavin, Kennard, & Stewart, 1999) และการศึกษาของ กฤษณา, ประคอง, และสมจิต (2542) พบว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3) เคยปฏิบัติแล้วได้ผลในการบรรเทาความปวด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกราย มีประสบการณ์การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ดีในการปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จในการบรรเทาความปวด คือประสบผลสำเร็จบางครั้งและทุกครั้งในการบรรเทาความปวด ร้อยละ 97 ย่อมทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติในครั้งต่อไปเมื่อมีความปวด การประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติย่อมส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) (สมโภชน์, 2543) และการรับรู้ว่าคุณสามารถทำได้จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ ดังเช่นการศึกษารับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็งของทิพย์ถาวร (2546) พบว่าการรับรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

4) มีความเชื่อว่าจะได้ผลในการบรรเทาความปวด ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติ NPRP และเกือบทั้งหมดประสบผลสำเร็จบางครั้งและทุกครั้งในการบรรเทาความปวด (ตาราง 1) ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีความเชื่อและมีประสบการณ์ที่ดีต่อการปฏิบัติวิธีนี้ ความเชื่อเป็นความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น (ประพาเพ็ญ, 2522 อ้างตาม พรพรรณ, 2543) การมีความเชื่อว่าการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา มีผลดีในการบรรเทาความปวดจะทำให้บุคคลปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

5) ผลข้างเคียงจากการปฏิบัติน้อย การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา มีผลในการบรรเทาความปวดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การปฏิบัติในการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นกลไกทางด้านจิตใจ เป็นวิธีที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนความสนใจจากความรู้สึกหรือความปวดที่กำลังเผชิญอยู่ไปสู่สิ่งอื่นที่น่าสนใจกว่า ซึ่งผู้ป่วยที่ปฏิบัติแล้วมักเกิดความรู้สึกสบายใจ ส่งผลให้อารมณ์ และความรู้สึกดี ช่วยเพิ่มความทนทานต่อความปวดและลดความรุนแรงของความปวดได้ (McCaffery, 1979; Titler & Rakal, 2001) และจากการศึกษาการใช้สุขภาพทางเลือกแบบผสมผสาน (complementary and alternative medicine: CAM) ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติส่วนหนึ่งเพราะผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลข้างเคียงจากการปฏิบัติ (Bennett & Lengacher, 1999) ส่วนการนวดมีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเลือกใช้วิธีการนวดส่วนหนึ่งอาจต้องคำนึงถึงในเรื่องความปลอดภัย แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการนวดจากบุคคลใกล้ชิดจึงมักไม่เกิดอันตรายจากความรุนแรงของการนวด และการศึกษาของเทวิกา (2546) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการนวดสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดโดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ

6) สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้มีการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ตาราง 1) ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีบุตรหลานคอยให้ความช่วยเหลือและดูแลเมื่อมีความปวด ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (ตาราง 2) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรวมถึงบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดด้วย การบรรเทาความปวดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การนวด เป็นการปฏิบัติที่มักมีบุคคลอื่นมาช่วยเหลือและคอยให้การสนับสนุน ดังมีการศึกษา

ของเบนเนตต์และเลนกาเชอร์ (Bennett & Lengacher, 1999) พบว่ากลุ่มช่วยเหลือเป็นหนึ่งในสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งเลือกใช้ในการเป็นสุขภาพทางเลือกในการบำบัดแบบผสมผสาน 3 อันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา, ประคอง, และสมจิต (2542) พบว่าการร่วมตัดสินใจของบุคคลในครอบครัว รวมทั้งคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือเครือข่ายทางสังคม มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

### 3.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลบางประการกับการปฏิบัติกรบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธีของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับความปวด และการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยากับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการประเมินความเย็น (ตาราง 10) ซึ่งจะเห็นได้จากข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการประเมินความเย็นกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเป็น 5 อันดับสุดท้าย (ตาราง 5) โดยความรู้ในการประเมินความเย็นบุคคลส่วนใหญ่มักจะคิดว่าการที่จะประเมินความเย็นให้ได้ผลดีในการบรรเทาความปวดต้องประเมินเฉพาะบริเวณที่ปวดเท่านั้น ซึ่งการไม่มีความรู้ในเรื่องกลไกของการใช้ความเย็นในการลดความปวด จะทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามตามความรู้สึกของตนเอง และในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเย็นและการประเมินความเย็น ได้มีการประเมินความรู้รวมของทั้งสองวิธีเข้าด้วยกัน แต่เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติผู้วิจัยได้แยกวิธีการประเมินความเย็นและการประเมินความเย็นออกจากกัน ดังนั้นในการหาค่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติในการประเมินความเย็นได้

ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติโดยตรง การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจดีต่อสิ่งนั้นจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของกฤษณา (2542) เรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความรู้ดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ( $r_s = .15, p < .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา (2537) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลน่าน พบว่าความรู้เกี่ยวกับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบ

ครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .15, p < .05$ ) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสิริลักษณ์ (2541) เรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ส่วนการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาวิธีอื่น ๆ ที่เหลือได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การผ่อนคลาย การนวด การประคบความร้อน สมာธิ จินตนาการ และการใช้ดนตรี ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการบรรเทาความปวดในแต่ละวิธีกับการปฏิบัติในแต่ละวิธีนั้น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิธีดังกล่าวข้างต้นไม่ต้องอาศัยความรู้ที่ซับซ้อนก็สามารถปฏิบัติได้

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการใช้ดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการที่ผู้ป่วยจะนำดนตรีมาใช้ในการบรรเทาความปวดนั้น ขึ้นอยู่กับการมีทัศนคติที่ดีต่อการฟังดนตรีชนิดนั้น ๆ และยังขึ้นอยู่กับความชอบของแต่ละบุคคลต่อดนตรีนั้นร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ (2541) เรื่องผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ฟังดนตรีที่ชอบมีคะแนนการรับรู้ความปวดและคะแนนพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฟังดนตรี นอกจากนี้ดนตรียังมีผลทางด้านจิตใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ระดับความรู้สึก ทำให้เกิดจินตนาการ (เสาวนีย์, 2537) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งถึงแม้จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ดนตรีแต่การปฏิบัติในการใช้ดนตรีเพื่อบรรเทาความปวดกลับไม่ได้เป็นที่นิยมปฏิบัติมากใน 3 อันดับแรก ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้มีความรู้ว่าดนตรีสามารถนำมาใช้ในการบรรเทาความปวดได้ และการใช้ดนตรีเพื่อบรรเทาความปวดในประเทศไทยก็ยังไม่ได้มีการใช้กันอย่างแพร่หลายเท่าที่ควร อีกทั้งการใช้ดนตรียังต้องอาศัยอุปกรณ์ในการฟังจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เลือกปฏิบัติวิธีนี้

นอกจากนี้ทัศนคติก็มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการนวดด้วยเช่นกัน กล่าวคือการที่บุคคลจะเลือกใช้วิธีการนวดหรือไม่นั้น ต้องขึ้นอยู่กับความชอบหรือทัศนคติที่ดีต่อการนวด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบรรเทาความปวดได้เช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีหรือไม่ชอบวิธีการนวดผู้ป่วยก็จะไม่นำวิธีการนี้มาใช้ในการบรรเทาความปวด สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร (2539) เรื่องผลของการนวดต่อความปวดและความทุกข์ทรมานใน

ผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าระดับความปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการนวด และการศึกษาของวันเพ็ญ (2544) เรื่องผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานหลังการนวดแผนไทยและการนวดเทียบน้อยกว่าก่อนการนวด และผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานหลังการนวดแผนไทยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดเทียบและการพยาบาลตามปกติ ส่วนและการศึกษาของเทวีกา (2546) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การนวดจะช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล (ศิรินทรภรณ์, 2541)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประคบความเย็น เนื่องมาจากการประคบความเย็นเป็นวิธีที่มีการปฏิบัติสืบทอดกันมานาน อาจใช้ได้ผลบ้างในการบรรเทาความปวดที่ไม่รุนแรงนัก ซึ่งความเย็นจะมีผลทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวเฉพาะที่ ซึ่งผลของการที่หลอดเลือดหดตัวจะลดการคั่งของสารน้ำในบริเวณนั้น ทำให้ลดการบวมและอักเสบลง และมีผลต่อระบบประสาทในการลดการส่งสัญญาณประสาทสำหรับความรู้สึก ลดการกระตุ้นให้เกิดความปวด นอกจากนี้ความเย็นยังช่วยลดอัตราการทำงานของเนื้อเยื่อเซลล์ประสาททำให้การนำและการถ่ายทอดสัญญาณประสาทของใยประสาทขนาดเล็กที่ก่อให้เกิดความปวดช้าลง จึงช่วยลดความปวดได้ (กระแสด, 2539, ประโยชน์, 2530)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสัมผัส ทั้งนี้เพราะการสัมผัสเป็นการบรรเทาความปวดที่มีผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เป็นการลดความเครียด ความหวาดกลัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย และสามารถลดความปวดได้ (Lorenzi, 1999) นอกจากนี้การสัมผัสมีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ดีขึ้น ลดการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญ และยังเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวด และการปฏิบัติวิธีนี้ผู้ป่วยยังได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด (ตาราง 9) จึงทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติวิธีนี้

ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเบี่ยงเบนความสนใจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติวิธีนี้มากที่สุดเพราะเป็นวิธีที่ง่ายและปฏิบัติได้เอง และครอบครัวก็มีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติด้วยเช่นกัน (ตาราง 9)

การประคบความเย็นถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติวิธีนี้ และมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้น้อย แต่บุคคลส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อว่ามีประโยชน์ในการบรรเทาความปวด เพราะอาจเกิดรับรู้จากการปฏิบัติในอดีตและได้รับการถ่ายทอด แะนำมาจากบุคคลใกล้ชิด จึงมีผลต่อความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติ

สำหรับการปฏิบัติสมาธิ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จึงอาจมีผลต่อการนำการปฏิบัติสมาธิมาใช้ในการบรรเทาความปวด ทั้งนี้เนื่องจากการทำสมาธิช่วยให้ร่างกายได้มีการพัก ลดความเครียดและความวิตกกังวล ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์เพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด ทำให้มีการรับรู้ความปวดลดลง ดังการศึกษาของเก็ททอง (2541) เรื่องผลของการฝึกสมาธิชนิดอัปปมัญญา 4 ในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวด ความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนว่าสมาธิช่วยบรรเทาความปวดได้

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการนวด (ตาราง 12) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคคลในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักต้องต้องการกำลังใจจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดในการดูแลขณะเจ็บป่วยหรือเมื่อมีความปวด และการนวดเป็นวิธีหนึ่งที่บุตรหลานหรือบุคคลใกล้ชิดสามารถปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้เพราะทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ ลดความเครียดและความวิตกกังวล อีกทั้งวิธีการนวดก็เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการปฏิบัติในการใช้สุภาพทางเลือกของเบนเนตต์และเลนกาเชอร์ (Bennett & Lengacher, 1999) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่ามีความสนใจในการใช้ทางเลือกแบบผสมผสานในการบำบัดมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในผู้ที่มีอายุมากกว่า ( $r = -.53, p < .001$ )

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการสัมผัส การผ่อนคลาย และการประคบความร้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 13) โดยเพศชายและเพศหญิงมีการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่มีความอดทนต่อความปวดได้มากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศชายแสดงออกถึงความปวดน้อยกว่าเพศหญิง (Carr, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 148 ราย โดยแบ่งเป็นเพศชาย 61 ราย เพศหญิง 87 รายเกี่ยวกับบทบาทของเพศต่อความคาดหวังในการรับรู้ความปวดของไวซ์, ไพรซ์,

ไมเออร์, เฮท, และโรบินสัน (Wise, Price, Myers, Heft, & Robinson, 2002) ซึ่งพบว่าเพศชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความทนทานและความอดทนต่อความปวดเมื่อได้รับการกระตุ้นด้วยความร้อนมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความปวดและการรับรู้ความปวดระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าเพศหญิงมีการรายงานความปวดในทางลบมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศหญิงมุ่งที่จะใช้อารมณ์ในการเผชิญความปวด ในขณะที่เพศชายมักจะใช้การรับรู้ความรู้สึกในการเผชิญความปวด (Keogh & Herdenfeldt, 2002) ดังนั้นการที่เพศชายมีการรับรู้ความปวดน้อยกว่าเพศหญิงจึงอาจมีส่วนทำให้ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดามากกว่า การแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อบำบัดความปวดจึงน้อยกว่า

ผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันมาก ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56 (ตาราง 1) และนอกจากนี้การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแต่ละวิธี สามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนในการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีการศึกษาในระดับที่สูงมากก็สามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้ แต่ตรงข้ามกับการศึกษาของเบนเนตต์และเลนกาเชอร์ (Bennett & Lengacher, 1999) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติทางเลือกในการรักษาแบบผสมผสานมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า

ผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การจัดการกับความปวด กับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในแต่ละวิธี พบว่าประสบการณ์การจัดการกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาทุกวิธี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างถึงแม้จะมีประสบการณ์การจัดการกับความปวด ก็อาจจะไม่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา แต่อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ รวมด้วย เช่น ความรู้ทัศนคติ การเห็นความสำคัญหรือประโยชน์ของการปฏิบัติวิธีดังกล่าว รวมถึงการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดเล็ก เมื่อนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างมาหาค่าอำนาจการวิเคราะห์ (power analysis) ได้ค่าอำนาจการวิเคราะห์ที่ .50 ซึ่งเป็นค่าอำนาจการวิเคราะห์ในระดับต่ำ จึงอาจทำให้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาในทุกวิธีได้ ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ดังกล่าว