

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และเปรียบเทียบอุปสรรคการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล จำนวนกลุ่มละ 97 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง
3. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล
4. ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกันต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวดนานอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 97 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.6 มีช่วงอายุระหว่าง 18-83 ปี เฉลี่ยอายุ 50.85 ปี (SD =14.25) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็น ร้อยละ 78.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.8 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.3 มีประสบการณ์ในการจัดการความปวดเฉลี่ยนาน 10.02 เดือน (SD =14.36) ตำแหน่งที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่พบที่ลำไส้ ร้อยละ 19.6 ยาแก้ปวดที่ใช้มากที่สุด คือ พาราเซตามอล (paracetamol) ร้อยละ 78.4 (ตาราง 1)

1.2 ผู้ดูแล เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลักนานอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 97 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.1 มีช่วงอายุระหว่าง 18-73 ปี

เฉลี่ยอายุ 42.13 ปี (SD =13.92) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 41.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือนอยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.3 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในสถานะคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีประสบการณ์ในการจัดการความปวดเฉลี่ยนาน 9.38 เดือน (SD =14.52) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยมะเร็ง (n=97)		ผู้ดูแล (n=97)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	46	47.4	30	30.9
- หญิง	51	52.6	67	69.1
อายุ (ปี) ผู้ป่วย/ผู้ดูแล (Mean =50.85, SD =14.25) (Mean =42.13, SD =13.92)				
- น้อยที่สุด 18/18	2	2.1	3	3.1
- มากที่สุด 83/73	1	1.0	1	1.0
สถานภาพสมรส				
- โสด	8	8.2	17	17.5
- คู่	76	78.4	72	74.2
- หม้าย/หย่า	13	13.4	8	8.2
ศาสนา				
- พุทธ	90	92.8	91	93.8
- อิสลาม	6	6.2	5	5.2
- คริสต์	1	1.0	1	1.0
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้รับการศึกษา	6	6.2	1	1.0
- ประถมศึกษาที่1-6	67	69.1	56	57.7
- มัธยมศึกษาที่1-6	11	11.3	25	25.8
- ปวช/ปวส	7	7.2	5	5.2
- ปริญญาตรี	6	6.2	9	9.3

- สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.0	1	1.0
ตาราง 1 (ต่อ)				
ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยมะเร็ง(n =97)		ผู้ดูแล (n =97)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
- เกษตรกรรม	40	41.2	40	41.2
- รับจ้าง	15	15.5	24	24.7
- ค้าขาย	8	8.2	8	8.2
- ธุรกิจส่วนตัว	2	2.1	10	10.3
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	7.2	5	5.2
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	25.8	8	8.2
- อื่นๆ(นักเรียน)	0	0.0	2	2.1
รายได้ของครอบครัว/เดือน(บาท)	(Mean=9592.78, SD= 8604.85)		(Mean=10581.44,SD=10924.7)	
- 1,000-5,000 บาท	38	39.2	43	44.3
- 5,001-10,000 บาท	41	42.3	33	34.0
- 10,001-15,000 บาท	3	3.1	4	4.1
- 15,001-20,000 บาท	7	7.2	5	5.2
- มากกว่า 20,000 บาท	8	8.2	12	12.4
ผู้ที่ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับฐานะ				
- คู่สมรส	-		42	43.3
- บิดา/มารดา	-		13	13.4
- บุตร	-		29	29.9
- หลาน	-		4	4.1
- พี่/น้อง	-		8	8.2
- อื่นๆ (ลูกจ้าง)	-		1	1.0
ประสบการณ์การจัดการความปวด	(Mean =10.02, SD =14.36)		(Mean = 9.38, SD =14.52)	
นาน (เดือน)				
- น้อยที่สุด (1 เดือน)	7	7.2	8	8.2
- มากที่สุด (108 เดือน)	1	1.0	1	1.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยมะเร็ง (n=97)		ผู้ดูแล (n=97)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง				
- ลำไส้	19	19.6	-	-
- อวัยวะสืบพันธุ์สตรี	13	13.4	-	-
- เต้านม	9	9.3	-	-
- หลอดเสียง	9	9.3	-	-
- ช่องปาก	8	8.2	-	-
- ตับ	5	5.2	-	-
- กระดูก	5	5.2	-	-
- กระเพาะปัสสาวะ	4	4.1	-	-
- อื่นๆ	25	25.8	-	-
ยาแก้ปวดที่ใช้ในการรักษา*				
1. Non opioid	78	80.4	-	-
- Paracetamol	76	78.4	-	-
- Ibuprofen	1	1.0	-	-
- Diclofenac	1	1.0	-	-
2. Weak opioid	16	16.5	-	-
- Tramadol HCL	16	16.5	-	-
3. Strong opioid	24	24.7	-	-
- Morphine	14	14.4	-	-
- Pethidine	9	9.3	-	-
- Buprenorphine	1	1.0	-	-

*ผู้ป่วย 1 รายอาจใช้ยาแก้ปวดได้มากกว่า 1 ชนิด

2. ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงความปวดเฉลี่ยขณะตอบแบบสอบถาม 4.35 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (SD=1.86) (ตาราง 2)

ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงความปวดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.3 (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามคะแนนความรุนแรงความปวด ($n = 97$ ราย)

คะแนนความรุนแรงความปวด	จำนวน	ร้อยละ
0 = ไม่ปวด	1	1.0
1-3 = ปวดเล็กน้อย/รุนแรงเล็กน้อย	37	38.1
4-6 = ปวดปานกลาง/รุนแรงปานกลาง	43	44.3
7-9 = ปวดมาก/รุนแรงมาก	16	16.5
10 = ปวดมากที่สุด/รุนแรงมากที่สุด	-	-
ความปวดขณะนี้ Mean = 4.35, SD = 1.86		

3. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

3.1 ผู้ป่วย พบว่าค่าเฉลี่ยของอุปสรรคการจัดการความปวด 3 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อยคือ ด้านกลัวคือยาแก้ปวด มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean =3.21, SD =1.18) ด้านกลัวการติดยาแก้ปวด มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean =3.08, SD =1.11) และด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean =2.96, SD =1.22) ค่าเฉลี่ยโดยรวมของอุปสรรคการจัดการความปวดมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean =2.75, SD =0.71) (ตาราง 3) ซึ่งเมื่อนำอุปสรรคการจัดการความปวดรายด้าน ทั้ง 3 ด้านมาศึกษารายละเอียดเป็นรายชื่อ โดยพิจารณาผู้ป่วยที่มีความคิดเห็นตั้งแต่เห็นด้วยเล็กน้อย (3 คะแนน) ขึ้นไป (ตาราง 4) พบว่า

3.1.1 ด้านกลัวคือยา เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 70.10 มีความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดน้อย ในอนาคตหากมีความปวดรุนแรงขึ้น ยาแก้ปวดอาจใช้ไม่ได้ผล โดยมีมากถึงร้อยละ 29.90 ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับความเชื่อนี้ และยังมีผู้ป่วยร้อยละ 68.04 เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดจนเคยชิน ต่อไปยาแก้ปวดจะไม่สามารถบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยได้นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 77.32 มีความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดขณะนี้ ต่อไปในอนาคตยาแก้ปวดจะใช้ไม่ได้ผลดีเหมือนเดิม โดยมีความเชื่อเฉลี่ยรายชื่อในเรื่องนี้สูงสุด เท่ากับ 3.27 (SD = 1.40)

3.1.2 ด้านกลัวติดยาแก้ปวด เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 77.32 เชื่อว่ายาแก้ปวดทำให้ติดได้ง่าย และมีผู้ป่วยร้อยละ 74.23 เชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาที่จะทำให้ติดได้ง่าย และมีมากถึงร้อยละ 27.83 ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับความเชื่อนี้ นอกจากนี้มีผู้ป่วยมีความเชื่อว่า

ผู้ป่วยมะเร็งหลายคนติดยาแก้ปวด ร้อยละ 58.80 โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อในเรื่องการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาสดำเนินการได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของความเชื่อในเรื่องการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาสดำเนินการได้ต่ำกว่า สูงสุด เท่ากับ 3.27 (SD = 1.57)

3.1.3 ด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยเชื่อว่ายาแก้ปวดทำให้ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยบ้าง ร้อยละ 69.07 และมีผู้ป่วยเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดสามารถปิดบังอาการของโรคที่เป็นอยู่ได้ร้อยละ 59.79 นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 73.20 เชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยในเรื่องนี้เท่ากับ 3.14 (SD = 1.53)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

อุปสรรคการจัดการ	ผู้ป่วย (n =97)		ผู้ดูแล (n =97)		t
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ	
1. การไม่สามารถติดตามอาการตนเอง	2.96 (1.22)	ปานกลาง	2.88 (1.20)	ปานกลาง	0.45
2. กลัวการติดยาแก้ปวด	3.21 (1.18)	ปานกลาง	3.20(1.22)	ปานกลาง	0.06
3. กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด	2.20 (1.05)	น้อย	2.21(0.89)	น้อย	- 0.04
4. ขอมรับว่าความปวดเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้	2.16 (1.29)	น้อย	2.23 (0.97)	น้อย	- 0.44
5. ผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวด	2.79 (1.40)	ปานกลาง	1.90 (1.17)	ปานกลาง	4.82*
6. การกล่าวถึงความปวดจะเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์	2.67 (1.07)	ปานกลาง	2.56 (1.11)	ปานกลาง	0.73
7. กลัวการติดยาแก้ปวด	3.08 (1.11)	ปานกลาง	2.97 (1.19)	ปานกลาง	0.64
8. กลัวการกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย	2.93 (1.20)	ปานกลาง	2.63 (1.20)	ปานกลาง	1.75
รวม	2.75 (0.71)	ปานกลาง	2.57 (0.67)	ปานกลาง	1.79

* $P < 0.05$

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอุปสรรคการจัดการความปวดรายข้อ ด้านกลัวคือยา กลัวติดยา และการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ของผู้ป่วย

อุปสรรคการจัดการความปวด →	Mean (SD)	จำนวน(ร้อยละ) (n = 97)					
		ความคิดเห็น					
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
		0	1	2	3	4	5
1. ด้านกลัวคือยา							
- ท่านคิดว่าหากใช้ยาแก้ปวดขณะนี้ต้องไปนอนพักดึกๆแล้วจะ睡不着ได้ผลดีเหมือนเดิม	3.27 (1.40)	7 (7.2)	3 (3.1)	12 (12.4)	32 (33)	21 (21.6)	22 (22.7)
- ท่านคิดว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดน้อย ในอนาคตหากมีความปวดรุนแรงขึ้น ยาแก้ปวดอาจใช้ไม่ได้ผล	3.22 (1.65)	10 (10.3)	7 (7.2)	12 (12.4)	20 (20.6)	19 (19.6)	29 (29.9)
- ท่านคิดว่าเมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดจนเคยชิน ต่อไปยาแก้ปวดจะไม่สามารถบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยได้	3.14 (1.60)	9 (9.3)	9 (9.3)	13 (13.4)	17 (17.5)	26 (26.8)	23 (23.7)
2. ด้านกลัวติดยาแก้ปวด							
- ท่านคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาที่จะทำให้เกิดยาได้ง่าย	3.27 (1.57)	9 (9.3)	6 (6.2)	10 (10.3)	24 (24.7)	21 (21.6)	27 (27.8)
- ท่านคิดว่ายาแก้ปวดทำให้ติดได้ง่าย	3.23 (1.58)	11 (11.3)	6 (6.2)	5 (5.2)	26 (26.8)	26 (26.8)	23 (23.7)
- ท่านคิดว่าผู้ป่วยมะเร็งหลายคนติดยาแก้ปวด	2.74 (1.74)	16 (16.5)	11 (11.3)	13 (13.4)	18 (18.6)	20 (20.6)	19 (19.6)
3. ด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้							
- ท่านคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดทำให้ท่านไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น	3.14 (1.53)	10 (10.3)	6 (6.2)	10 (10.3)	24 (24.7)	28 (28.9)	19 (19.6)
- ท่านคิดว่ายาแก้ปวดทำให้ท่านไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายท่านบ้าง	3.10 (1.61)	11 (11.3)	6 (6.2)	13 (13.4)	22 (22.7)	22 (22.7)	23 (23.7)
- ท่านคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดสามารถปิดบังอาการของโรคที่ท่านเป็นอยู่ได้	2.63 (1.75)	22 (22.7)	5 (5.2)	12 (12.4)	19 (19.6)	26 (26.8)	13 (13.4)

นอกจากนี้เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาวิเคราะห์ พบว่าเมื่อนำตัวแปรเพศ มาวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มในปัจจัยด้านกลัวคือยา กลัวติดยา และการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ โดยใช้สถิติแบบอิสระ (independent t-test) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเพศกับปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาข้างต้น และเมื่อนำตัวแปรอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างกลุ่มในปัจจัยด้านกลัวคือยา กลัวติดยา และการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มในทุกปัจจัย (ภาคผนวก ก1-ก6) ยกเว้นพบที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มของระดับการศึกษา ของปัจจัยด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ แต่ในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติพารามตริก พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (non normal distribution) ผู้วิจัยจึงปรับมาใช้สถิติพารามตริก คือ ครุสคาล-วอลลิส (Kruskal-Wallis) ในการวิเคราะห์หาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้กับระดับการศึกษาของผู้ป่วย พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (ตาราง 5) นอกจากนี้เมื่อนำระยะเวลาที่ปวดนาน 1-6 เดือน กับ 6 เดือนขึ้นไป มาวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดรายด้านและโดยรวม โดยใช้สถิติแบบอิสระ (independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระยะเวลาที่ปวดกับอุปสรรคการจัดการความปวดรายด้านและโดยรวม (ภาคผนวก ก9)

ตาราง 5

การไม่สามารถติดตามอาการตนเองจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ป่วย

ระดับการศึกษา	การไม่สามารถติดตามอาการตนเอง		
	Mean rank	Kruskal-Wallis (χ^2 -value)	df
ไม่ได้เรียนหนังสือ	34.17	14.40*	4
ประถมศึกษา 1-6	52.46		
มัธยมศึกษา 1-6	57.18		
ปวช./ปวส.	14.29		
ปริญญาตรี	50.67		

* $P < 0.01$

3.2 ผู้ดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยของอุปสรรคการจัดการความปวด 3 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อยคือ ด้านกลัวดื้อยาแก้ปวด มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean = 3.20, SD = 1.22) ด้านกลัวการติดยาแก้ปวด มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean = 2.97, SD = 1.19) และด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean = 2.88, SD = 1.20) โดยค่าเฉลี่ยรวมของอุปสรรคการจัดการความปวดระดับปานกลาง (mean = 2.57, SD = 0.67) (ตาราง 3) ซึ่งเมื่อนำอุปสรรคการจัดการความปวดรายด้าน ทั้ง 3 ด้านมาศึกษารายละเอียดเป็นรายชื่อ โดยพิจารณาผู้ดูแลที่มีความคิดเห็นตั้งแต่เห็นด้วยเล็กน้อย (3 คะแนน) ขึ้นไป (ตาราง 6) พบว่า

3.2.1 ด้านกลัวดื้อยา เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 74.23 มีความเชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดจนเคยชิน ต่อไปยาแก้ปวดจะไม่สามารถบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยได้ และมีผู้ดูแลร้อยละ 70.10 มีความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดน้อย ในอนาคตหากมีความปวดรุนแรงขึ้น ยาแก้ปวดอาจใช้ไม่ได้ผล และมีผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 29.90 ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับความเชื่อนี้ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 72.16 เชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดขณะนี้ ต่อไปในอนาคตยาแก้ปวด จะใช้ไม่ได้ผลดีเหมือนเดิม ส่วนที่ไม่เห็นด้วยมีเพียงร้อยละ 27.84 โดยมีความเชื่อรายชื่อในเรื่องเมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดจนเคยชิน ต่อไปยาแก้ปวดจะไม่สามารถบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยได้สูงสุด ระดับปานกลาง (mean = 3.23, SD = 1.48)

3.2.2 ด้านกลัวติดยาแก้ปวด เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 67.07 เชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาที่จะทำให้เกิดยาได้ง่าย และมีผู้ดูแลร้อยละ 23.71 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับความเชื่อนี้ ส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับความเชื่อนี้มีเพียงร้อยละ 30.93 และมีความเชื่อว่าผู้ป่วยมะเร็งหลายคนติดยาแก้ปวด ร้อยละ 63.92 นอกจากนี้มีผู้ดูแล ร้อยละ 65.98 เชื่อว่ายากแก้ปวดทำให้ติดได้ง่าย โดยพบว่าผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาทำให้ติดได้ง่าย สูงสุด ระดับปานกลาง (mean = 3.13, SD = 1.53)

3.2.3 ด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าผู้ดูแลเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น ร้อยละ 60.82 และมีผู้ดูแลเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดสามารถปิดบังอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้ ร้อยละ 55.67 นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 68.04 เชื่อว่ายากแก้ปวดทำให้ไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยบ้าง โดยผู้ดูแลมีความเชื่อในเรื่องนี้ระดับปานกลาง (mean = 3.08, SD = 1.53)

นอกจากนี้เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวด ในผู้ดูแลมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาวิเคราะห์ พบว่าเมื่อนำตัวแปรเพศมาวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มในปัจจัยด้านกลัวดื้อยา กลัวติดยา และการไม่

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอุปสรรคการจัดการความปวดรายข้อ ด้านกลัวคือยา กลัวตึก และ การไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ของผู้ดูแล

อุปสรรคการจัดการความปวด →	Mean (SD)	จำนวน(ร้อยละ) (n = 97)					
		ความคิดเห็น					
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			เห็นด้วยอย่างยิ่ง		
		0	1	2	3	4	5
1. ด้านกลัวคือยา							
- ท่านคิดว่าเมื่อผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดจน เคยชิน ต่อไปยาแก้ปวดจะไม่สามารถ บรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยได้	3.23 (1.48)	8 (8.2)	6 (6.2)	11 (11.3)	23 (23.7)	29 (29.9)	20 (20.6)
- ท่านคิดว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมี ความปวดน้อย ในอนาคตหากมีความ ปวดรุนแรงขึ้นยาแก้ปวดอาจใช้ไม่ได้ผล	3.20 (1.65)	9 (9.3)	10 (10.3)	10 (10.3)	21 (21.6)	18 (18.6)	29 (29.9)
- ท่านคิดว่าหากใช้ยาแก้ปวดขณะนี้ต่อ ไปในอนาคตยาแก้ปวดจะใช้ไม่ได้ผลดี เหมือนเดิม	3.18 (1.49)	6 (6.2)	11 (11.3)	10 (10.3)	24 (24.7)	25 (25.8)	21 (21.6)
2. ด้านกลัวตึกยาแก้ปวด							
- ท่านคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาสนี้ จะทำให้ตึกยาได้ง่าย	3.13 (1.53)	8 (8.2)	7 (7.2)	15 (15.5)	24 (24.7)	20 (20.6)	23 (23.7)
- ท่านคิดว่ายาแก้ปวดทำให้ตึกได้ง่าย	2.98 (1.63)	11 (11.3)	10 (10.3)	12 (12.4)	22 (22.7)	21 (21.6)	21 (21.6)
- ท่านคิดว่าผู้ป่วยมะเร็งหลายคนตึกยา แก้ปวด	2.80 (1.57)	11 (11.3)	12 (12.4)	12 (12.4)	27 (27.8)	20 (20.6)	15 (15.5)
3. ด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้							
- ท่านคิดว่ายาแก้ปวดทำให้ท่านไม่ทราบว่ เกิดอะไรขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยบ้าง	3.08 (1.53)	8 (8.2)	9 (9.3)	14 (14.4)	22 (22.7)	24 (24.7)	20 (20.6)
- ท่านคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่ สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น	2.90 (1.54)	8 (8.2)	12 (12.4)	18 (18.6)	20 (20.6)	22 (22.7)	17 (17.5)
- ท่านคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดสามารถ ปิดบังอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้	2.66 (1.74)	17 (17.5)	11 (11.3)	15 (15.5)	16 (16.5)	21 (21.6)	17 (17.5)

สามารถติดตามอาการตนเองได้ โดยใช้สถิติที แบบอิสระ (independent t-test) พบเฉพาะความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างเพศกับปัจจัยด้านกลัวตึก โดยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตาราง 7) โดยผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 69.10 และเพศชาย ร้อยละ 30.90 (ตาราง 1) และเมื่อนำตัวแปรอายุ

การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างกลุ่มในปัจจัยด้านกลัวตึก กลัวตึก และการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มในทุกปัจจัย ยกเว้นพบที่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอายุของปัจจัยด้านกลัวตึก โดยมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มช่วงอายุ 41-50 ปี กับกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตาราง 8) (mean difference = -1.46, $p < 0.05$) และพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันมีอุปสรรคการจัดการความปวดด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตาราง 9) โดยใช้สถิติันพารามตริก คือ ครุสเคิล-วอลลิส ในการวิเคราะห์เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างกลัวตึกแยกเพศของผู้ดูแล

เพศ	Mean (SD)	t	p-value
ชาย	2.56 (1.04)	-2.36	0.02
หญิง	3.16 (1.21)		

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างกลัวตึกแยกอายุของผู้ดูแล

ช่วงอายุ (ปี)	Mean (SD)	F	p-value
18-30	2.81 (1.27)	3.44	0.01
31-40	3.30 (1.06)		
41-50	2.41 (1.18)		
51-60	3.17 (1.07)		
มากกว่า 60	3.87 (0.87)		

ตาราง 9

การไม่สามารถติดตามอาการตนเองจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ดูแล

ระดับการศึกษา	การไม่สามารถติดตามอาการตนเอง		
	Mean rank	Kruskal-Wallis (χ^2 -value)	df
ไม่ได้เรียนหนังสือ-ประถมศึกษา 6	52.42	10.16*	3
มัธยมศึกษา 1-6	39.56		
ปวช./ปวส.	77.50		
ปริญญาตรี	38.85		

* $P < 0.05$

3.3 ความแตกต่างระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วย มะเร็งและผู้ดูแล จากการวิเคราะห์โดยรวมและรายด้าน ไม่พบความแตกต่างระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ยกเว้นความเชื่อด้านผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวด พบว่ามีความเชื่อที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตาราง 3) แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างของความเชื่อระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความเชื่ออุปสรรคการจัดการความปวดรายด้าน สูงกว่าผู้ดูแลเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านกลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด และด้านยอมรับว่าความปวดเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยของรายด้านสูงกว่าผู้ป่วย

4. ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกันต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด จากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดไม่แตกต่างกัน (ตาราง 10)

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างความรุนแรงความปวดกับอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วย

	ความรุนแรงความปวด	Mean (SD)	F	p-value
การไม่สามารถติดตามอาการตนเอง	0-3 คะแนน	2.98 (1.26)	0.96	0.39
	4-6 คะแนน	3.08 (1.19)		

	7-9 คะแนน	2.58 (1.22)		
ตาราง 10 (ต่อ)				
	ความรุนแรงความปวด	Mean (SD)	F	p-value
กลัวการฉีดยาแก้ปวด	0-3 คะแนน	3.03 (1.18)	1.05	0.35
	4-6 คะแนน	3.26 (1.20)		
	7-9 คะแนน	3.52 (1.10)		
กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด	0-3 คะแนน	2.02 (0.95)	2.26	0.11
	4-6 คะแนน	2.19 (1.16)		
	7-9 คะแนน	2.68 (0.88)		
ยอมรับว่าความปวดหลีกเลี่ยงไม่ได้	0-3 คะแนน	2.00 (1.28)	0.51	0.60
	4-6 คะแนน	2.29 (1.33)		
	7-9 คะแนน	2.21 (1.23)		
ผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวด	0-3 คะแนน	2.83 (1.38)	0.79	0.46
	4-6 คะแนน	2.90 (1.41)		
	7-9 คะแนน	2.40(1.42)		
การกล่าวถึงความปวดจะเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์	0-3 คะแนน	2.54 (0.95)	0.76	0.47
	4-6 คะแนน	2.82 (1.10)		
	7-9 คะแนน	2.60 (1.25)		
กลัวการติดยาแก้ปวด	0-3 คะแนน	2.96 (1.13)	0.43	0.66
	4-6 คะแนน	3.19 (1.08)		
	7-9 คะแนน	3.08 (1.20)		
กลัวการกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย	0-3 คะแนน	2.96 (1.16)	0.02	0.98
	4-6 คะแนน	2.91 (1.27)		
	7-9 คะแนน	2.94 (1.19)		
รวมอุปสรรคการจัดการความปวด	0-3 คะแนน	2.66 (0.73)	0.53	0.59
	4-6 คะแนน	2.75 (0.72)		
	7-9 คะแนน	2.83 (0.67)		

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วย มะเร็ง และผู้ดูแล ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ (1) อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็ง (2) อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ดูแล (3) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อ ของผู้ป่วย มะเร็งกับผู้ดูแล และ(4) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกันต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ความปวดนานอย่างน้อย 1 เดือน มียาแก้ปวดใช้ในการรักษา และผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเป็นผู้ระบุว่า เป็นผู้ดูแลหลักนานอย่างน้อย 1 เดือน โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ดูแล จากโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ 3 แห่งและศูนย์มะเร็งของภาคใต้ กลุ่มละ 97 ราย รวมทั้งสิ้น 194 ราย (ภาคผนวก ก10) เป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งและมีความปวดทุกระยะของการเจ็บป่วยและต้องมีผู้ดูแลให้การดูแล จึงจะเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีความหลากหลายทั้งในเรื่องอายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ ความรุนแรงของความปวด ประสบการณ์การจัดการความปวด และตำแหน่งของการเป็นมะเร็ง จึงน่าจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล เฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่มีผู้ดูแลได้

1. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยรวมของอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งมีระดับปานกลาง ($mean = 2.75, SD = 0.71$) โดยมีค่าเฉลี่ยอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งสูง 3 อันดับเรียงจากมากไปน้อย คือ (1) กลัวคือยาแก้ปวดระดับปานกลาง ($mean = 3.21, SD = 1.18$) (2) กลัวติดยาแก้ปวดระดับปานกลาง ($mean = 3.08, SD = 1.11$) และ (3) การไม่สามารถติดตามอาการตนเองระดับปานกลาง ($mean = 2.96, SD = 1.22$) (ตาราง 3) สอดคล้องกับการศึกษาของลินและวอร์ด (Lin & Ward, 1995) ซึ่งศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งในไต้หวัน จำนวน 263 คน โดยใช้แบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวดของไต้หวัน (Barriers questionnaire-Taiwan: BTQ) พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความกังวลเกี่ยวกับการคือยา (3.20, $SD = 1.42$) และติดยาแก้ปวด (3.05, $SD = 1.41$) สูงเป็นอันดับต้นๆ เช่นกัน และมีค่าเฉลี่ยรวมของอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง เท่ากับ 2.82 ($SD = 0.82$) อาจเนื่องจากศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งในทวีปเอเชีย ซึ่งมีสังคมและวัฒนธรรมคล้ายคลึง

กัน คือมีระดับการศึกษาต่ำ (ประถมศึกษา) ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ ให้สิทธิ์และเชื่อมั่นไว้วางใจในการรักษาโรคแก่แพทย์และพยาบาลสูง มีความเกรงใจผู้อื่นไม่ชอบแสดงออกถึงความปวดทั้งจากคำพูดและกิริยาท่าทาง (Kleinman, 1986 as cited in Will & Wootton, 1999) จึงทำให้มีผลการศึกษาด้านอุปสรรคการจัดการความปวดคล้ายกัน

ผลการศึกษครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความเชื่อด้านกลัวคือยาแก้ปวดสูงสุด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวดนานน้อยสุด 1 เดือน นานมากที่สุด 108 เดือน เฉลี่ยมีความปวดนาน 10.02 เดือน (SD = 14.36) ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง (chronic pain) คือมีความปวดนานเกิน 6 เดือน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าความปวดจะสิ้นสุดเมื่อใด (LeMone & Burke, 2000) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความกลัวว่าในการรักษาเพื่อบรรเทาความปวด หากใช้ยาแก้ปวดนานจะทำให้คือยาแก้ปวด แต่จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวด 1-6 เดือน กับ 6 เดือนขึ้นไป กับการกลัวคือยา (ภาคผนวก ก9) จากการพิจารณาการกลัวคือยาแก้ปวดรายข้อ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 77.32 เห็นด้วยกับความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดขณะนี้ ต่อไปยาแก้ปวดจะใช้ไม่ได้ผลดีเหมือนเดิม โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง (mean = 3.27, SD = 1.40) สอดคล้องกับการศึกษาของเพชและคณะ (Paice et al., 1998) เรื่องอุปสรรคในการบรรเทาปวดจากการกลัวคือยาและติดยาแก้ปวด ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 200 คน พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 39.4 กลัวว่าหากใช้ยาแก้ปวดขณะนี้ ยาแก้ปวดจะใช้ไม่ได้ผลดีเหมือนเดิมเมื่อมีความปวดรุนแรงขึ้น และจากการศึกษาของเวงโม (Wangmo, 2004) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความปวดในประเทศภูฏานจำนวน 180 คน พบว่ามีอุปสรรคการจัดการความปวด ด้านกลัวคือยาแก้ปวดอยู่ในอันดับสอง (mean = 5.62, SD = 2.61 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) เนื่องจากผู้ป่วยเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดน้อย ต่อไปเมื่อความปวดรุนแรงขึ้นยาแก้ปวดจะใช้ไม่ได้ผล ผลการศึกษาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยมะเร็ง หรืออยู่ภูมิภาคที่แตกต่างกันต่างมีความเชื่อด้านกลัวคือยาแก้ปวดอยู่ในระดับสูงเหมือนกัน ดังนั้นทีมสุขภาพควรตระหนักถึงปัญหานี้โดยวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกคนมีประสบการณ์การใช้ยาแก้ปวดในการรักษา ซึ่งยาแก้ปวดที่ใช้มากที่สุด คือ พาราเซตามอล ร้อยละ 78.41 และพบว่าร้อยละ 41.24 เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้สำหรับระงับปวดตั้งแต่ปานกลางถึงรุนแรง (ตาราง 1) โดยยาในกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้เกิดการคือยาได้ง่ายและเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (ศิริภรณ์, 2540) จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเมื่อใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์จะเกิดการคือยาแก้ปวดได้ ถึงแม้ว่าในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (พาราเซตามอล) จากการพูดคุยเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดนานๆ จะทำให้คือยาได้ ไม่ว่าจะเป็ดยาแก้ปวดกลุ่มไหนก็ตาม ทำให้ต้องอดทนต่อความปวด จะใช้

ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดรุนแรง หรือทนปวดไม่ไหวเท่านั้น พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเห็นด้วยร้อยละ 70.10 และเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงถึงร้อยละ 29.90 กับความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดน้อย ในอนาคตหากมีความปวดรุนแรงขึ้นยาแก้ปวดอาจใช้ไม่ได้ผล (ตาราง 4) จึงทำให้ผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดรุนแรงจนรู้สึกทนปวดไม่ไหว ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวน 43 คน (ร้อยละ 44.30) มีระดับความรุนแรงความปวดปานกลาง และผู้ป่วยจำนวน 16 คน (ร้อยละ 16.50) มีระดับความรุนแรงความปวดมาก ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (mean =4.35, SD =1.86) (ตาราง 2) สอดคล้องกับการศึกษาของโทเมสันและคณะ (Thomason et al., 1998) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังกลัวการคือยา จึงไม่รายงานความปวดและขอยาแก้ปวด ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 39.50 รายงานระดับความปวดที่รุนแรง อย่างไรก็ตามในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลในส่วนของวิธี ขนาด ความถี่ และระยะเวลาที่ใช้ยาแก้ปวด รวมถึงระยะของการเจ็บป่วยว่าอยู่ในระยะลุกลามหรือไม่ ดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้ว่าความเชื่อด้านกลัวคือยา อาจมีความสัมพันธ์กับข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวหรือไม่ หากในอนาคตมีการทำวิจัยในเรื่องการคือยา ควรมีการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมถึงปัจจัยดังกล่าว เพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยต้องเพิ่มขนาดของยาแก้ปวด หรือเปลี่ยนชนิดของยาแก้ปวด อาจไม่ใช่เกิดจากสาเหตุการคือยาเสมอไป แต่อาจเกิดจากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรคลุกลามมากขึ้น ทำให้มีความปวดรุนแรงขึ้นกว่าเดิม หรือได้รับขนาดยาแก้ปวดไม่เพียงพอที่จะระงับความปวด (สถาพร, 2547 ข) จากการศึกษาของเจอ โฮ และวาง (Ger, Ho, & Wang, 2000) เรื่องความรู้และทัศนคติของแพทย์ในการใช้ยาแก้ปวดบรรเทาความปวดจากมะเร็งในประเทศไต้หวัน จากแพทย์จำนวน 204 คน พบว่าแพทย์ร้อยละ 58 คิดว่าเมื่อผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวดเพิ่มแสดงว่าผู้ป่วยคือยา มีเพียงร้อยละ 25 ที่คิดว่าเกิดจากผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงขึ้น การศึกษาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสรุปว่าแพทย์มีทัศนคติกลัวคือยาแก้ปวดเช่นกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ เนื่องจากแพทย์เป็นผู้วางแผนการรักษา ให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของเวงโม (Wangmo, 2004) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการคือยาจากพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือจากแพทย์ จึงถือว่าพยาบาลและแพทย์เป็นผู้มีอิทธิพลที่สำคัญยิ่งกับผู้ป่วยในการจัดการความปวด

อุปสรรคการจัดการความปวดรองลงมาจากความเชื่อกลัวคือยาแก้ปวด คือความเชื่อการกลัวคือยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงถึงร้อยละ 60.80 (ตาราง 2) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 41.20 (ตาราง 1) จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดชนิดโอปิออยด์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง สูงถึงร้อยละ 24.70 (ตาราง 1) ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่กลัวคือยาแก้ปวด

(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) นอกจากนี้พบว่ามีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดยาแก้ปวด ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล หรือแม้กระทั่งทีมแพทย์หรือพยาบาล เนื่องจากคิดว่าการที่ผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง หรือก่อนเวลาที่กำหนดในแผนการรักษา เกิดจากผู้ป่วยติดยาแก้ปวด ทั้งที่ความจริงอาจมีสาเหตุจากการได้รับยาแก้ปวดที่ไม่เพียงพอจะระงับความปวดให้กับผู้ป่วยได้ เรียกภาวะนี้ว่า การติดยาเทียม (pseudoaddiction) หากผู้ป่วยได้รับการบริหารยาแก้ปวดที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงความปวด จะทำให้ภาวะการติดยาเทียมหายไป (สถาพร, 2547 ข)

ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรุนแรงความปวดตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป และเป็นความปวดที่ค่อนข้างเรื้อรัง คือมีความรุนแรงความปวดตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไปนานอย่างน้อย 1 เดือน ในโรงพยาบาลตติยภูมิและศูนย์มะเร็งแผนกผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดชนิดไม่ใช่โอปิออยด์ ร้อยละ 80.40 เป็นกลุ่มโอปิออยด์ เพียงร้อยละ 41.20 (ตาราง 1) ในขณะที่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ถึงร้อยละ 60.80 (ตาราง 2) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดไม่เพียงพอกับระดับความรุนแรงความปวด ซึ่งจากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก แนะนำให้ใช้ยากุ่มโอปิออยด์กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความรุนแรงความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก (ลักษมี, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchian, 2001) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย จำนวน 300 คน พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง แต่พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 43.00 ได้รับยาบรรเทาปวดชนิดไม่ใช่โอปิออยด์ และมีผู้ป่วยมะเร็งสูงถึงร้อยละ 16.00 ไม่ได้รับยาแก้ปวด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งในไทยได้รับยาแก้ปวดไม่เหมาะสมเนื่องจาก (1) แพทย์และพยาบาลขาดความรู้ ทักษะที่ถูกต้อง คือกลัวการติดยาแก้ปวด อาจเนื่องมาจากแพทย์และพยาบาลมักเข้าใจผิดว่าการติดยาทางกาย (physical dependence) กับการติดยาทางจิต (psychological dependence) มีความหมายเป็นอย่างเดียวกัน จากการศึกษาของเจอและคณะ (Ger et al., 2000) พบว่าแพทย์มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเรื่องโอกาสที่จะทำให้เกิดติดยาแก้ปวดได้สูงถึงร้อยละ 92.00 โดยมีแพทย์ ร้อยละ 16.00 คิดว่าเมื่อผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวดเพิ่มแสดงว่าผู้ป่วยติดยาแก้ปวด และจากการศึกษาของเวงโม (Wangmo, 2004) พบว่ามีพยาบาลเพียงร้อยละ 4.90 เท่านั้นที่มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการติดยาแก้ปวด (2) ระบบบริหารการเบิกจ่ายยากุ่มโอปิออยด์ โดยเฉพาะยามอร์ฟิน และเพ็ทริดีน ถือเป็นยาเสพติดที่มีการควบคุมการใช้ ในการใช้ยาต้องมีการเบิกจ่ายโดยมีการเซ็นใบยาเสพติดโดยแพทย์เจ้าของไข้ ทำให้บางครั้งมียาไม่เพียงพอในการใช้รักษา

ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าเฉลี่ยความเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวด จะทำให้ไม่สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของตนเองได้อยู่ในระดับระดับปานกลาง ($mean = 2.96$, $SD = 1.22$) (ตาราง 3) เพราะการได้รับยาแก้ปวดจะทำให้ทุเลาปวด ทำให้ไม่ทราบว่าความปวดที่ลดลง เป็นสาเหตุจากอาการของโรคดีขึ้น หรือจากการได้รับยาแก้ปวด นอกจากนี้มีผู้ป่วยมะเร็งบางส่วนได้รับยาแก้ปวดที่มีความแรงในการระงับปวดสูง โดยเฉพาะกลุ่มยาแก้ปวดชนิดโอปิออยด์ ส่งผลให้มีอาการข้างเคียงของฤทธิ์ยาแก้ปวด คือ ง่วงซึม หรือมีเมื่อย ทำให้ยากแก่การติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือเลวลง (Gunnarsdottir et al., 2002) ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีผู้ป่วยใช้ยาแก้ปวดชนิดโอปิออยด์ ร้อยละ 41.20 (ตาราง 1) และจากการศึกษารายชื่อพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 73.20 (ตาราง 4) มีความเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเออร์เซคและคณะ (Ersek et al., 1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลังเลใจที่จะใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากกลัวว่ายาแก้ปวดจะทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น ซึ่งความปวดนั้นอาจเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติที่ต้องให้การรักษา และจากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลเพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยของความเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวด จะทำให้ไม่สามารถติดตามอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของตนเองได้แตกต่างกัน (ตาราง 5) อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงสามารถรับรู้เกี่ยวกับข้อมูล ความรู้และคำแนะนำ ในการดูแลและติดตามประเมินอาการของตนเองได้มากกว่า จึงทำให้รู้สึกกังวลน้อยกว่า และจากหลายการศึกษา (Dawson et al., 2005; Lin & Ward, 1995; Ward et al., 1993; Ward et al., 1998; Ward & Hernandez, 1994) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีคะแนนของอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง

2. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ดูแล

ผลการศึกษาค้นพบว่าค่าเฉลี่ยรวมของอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($mean = 2.57$, $SD = 0.67$) โดยมีค่าเฉลี่ยอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งสูง 3 อันดับแรกเรียงจากมากไปน้อย คือ (1) กลัวคือยาแก้ปวดระดับปานกลาง ($mean = 3.20$, $SD = 1.22$) (2) กลัวติดยาแก้ปวดระดับปานกลาง ($mean = 2.97$, $SD = 1.19$) และ (3) การไม่สามารถติดตามอาการตนเองระดับปานกลาง ($mean = 2.88$, $SD = 1.20$) (ตาราง 3) สอดคล้องกับการศึกษาของลิน (Lin, 2000) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 159 ราย มีความกลัวคือยาแก้ปวด ($mean = 3.14$, $SD = 1.74$) และกลัวติดยา ($mean = 3.01$, $SD = 1.55$) เช่นกัน อาจเนื่องจากศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ เป็นชนชาติเอเชีย มีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน คือนับถือศาสนาพุทธ มีความเกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย คือ เป็นคู่สมรส บุตร หรือ

บิดา/มารดา เป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยอายุใกล้เคียงกัน คือ 42 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคน และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้มีประสบการณ์ และความคิด/ความเชื่อคล้ายกัน

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีความเชื่อด้านกลัวคือยาแก้ปวดสูงสุด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งทุกคนที่ผู้ดูแลให้การดูแลมีการใช้ยาแก้ปวดในการรักษา ซึ่งยาแก้ปวดที่พบว่าใช้มากที่สุด คือพาราเซตามอล ร้อยละ 78.40 และเป็นยากลุ่มโอปิออยด์ ร้อยละ 41.20 (ตาราง 1) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเชื่อด้านกลัวคือยาแก้ปวด ซึ่งจากการพูดคุยเพิ่มเติมพบว่าผู้ดูแลมีความเชื่อเหมือนผู้ป่วย คือเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดนาน ไม่ว่าจะเป็กลุ่มที่ใช่และไม่ใช่อปิออยด์ จะทำให้คือยาแก้ปวดได้ จากการศึกษารายข้อพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 72.16 เชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดขณะนี้ ต่อไปในอนาคตยาแก้ปวดจะใช้ไม่ได้ผลดีเหมือนเดิม และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดน้อยในอนาคตเมื่อความปวดรุนแรงขึ้นยาแก้ปวดอาจใช้ไม่ได้ผลสูงถึงร้อยละ 29.90 (ตาราง 6) จากการศึกษาของลิน (Lin, 2000) พบว่าผู้ดูแลที่มีความลังเลใจในการใช้ยาแก้ปวด จะมีคะแนนเฉลี่ยของการกลัวคือยาแก้ปวดสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความลังเลใจในการใช้ยาแก้ปวด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลนั้นให้การดูแลจะได้รับยาแก้ปวดน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ และพบว่าเพศหญิงกลัวคือยามากกว่าเพศชาย (Lin & Ward, 1995) แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านกลัวคือยาแก้ปวด ระหว่างผู้ดูแลเพศหญิงกับผู้ดูแลเพศชาย อาจเนื่องจากผู้ดูแลทั้งชายและหญิงต่างเป็นผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิด ดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและห่วงใยเหมือนกัน จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกันของความเชื่อด้านกลัวคือยา นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 44.30 มีรายได้น้อย (ตาราง 1) จึงทำให้ผู้ดูแลมีความกลัวคือยา เนื่องจากกลัวว่าหากใช้ยาไปนานๆ อาจเกิดการคือยา ทำให้ต้องใช้ยาที่ออกฤทธิ์แรงกว่าเดิม ซึ่งหมายถึงว่าต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการคือยาแพงขึ้น แม้ว่าปัจจุบันจะมีโครงการบัตรประกันสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป แต่ยังคงพบว่าประชาชนส่วนใหญ่นิยมซื้อยา กินเองเพื่อความสะดวกรวดเร็ว หรือยาแก้ปวดหมกก่อนแพทย์นัด จำเป็นต้องคือยาแก้ปวดกินเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอรันดาและคณะ (Aranda et al., 2004) พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย จะมีข้อกังวลกลัวการคือยาสูงกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูง

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลยังมีความเชื่อในด้านกลัววิตติยาแก้ปวดระดับปานกลาง (mean = 2.67, SD = 1.19) (ตาราง 3) เนื่องจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงความปวดปานกลาง (mean = 4.35, SD = 1.86) (ตาราง 2) ซึ่งจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์สูงถึง ร้อยละ 41.20 (ตาราง 1) ในการรักษา ทำให้ผู้ดูแลกลัวผู้ป่วยวิตติยาเพราะเชื่อว่าการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เป็นยาที่ทำให้ติดได้ง่าย (Aranda et al., 2004; Ferrell et al., 1991; Lin, 2000) จากการศึกษาข้อพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 67.07 เชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดมีโอกาสทำให้ติดยาได้ง่าย และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับความเชื่อนี้สูงถึง ร้อยละ 23.70 ทำให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านกลัววิตติยาแก้ปวดรายข้อ

สูงสุด在这一 (mean = 3.13, SD = 1.53) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 63.92 เชื่อว่าผู้ป่วยมะเร็งหลายคนคิดยาแก้ปวด (ตาราง 6) และจากการวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติม พบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านกลัวคิดยาแก้ปวด ระหว่างผู้ดูแลเพศหญิงกับผู้ดูแลเพศชาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตาราง 7) อาจเนื่องจากผู้ดูแลเพศหญิงเป็นเพศที่มีความรู้สึกรังเกียจกลัว และมีอารมณ์อ่อนไหวต่อสิ่งแวดล้อมได้ง่ายกว่าเพศชาย และพบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านกลัวคิดยาแก้ปวดระหว่างกลุ่มอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตาราง 8) โดยกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี จะมีค่าเฉลี่ยความกลัวคิดยาสูงกว่ากลุ่มอายุ 41-50 ปี สาเหตุอาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง เช่น ความจำไม่ดี หูตึง วิตกกังวล อาจมีโรคประจำตัว เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของลิน (Lin, 2000) พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีคะแนนอุปสรรคการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง

ในการศึกษารั้งนี้ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความเชื่ออุปสรรคการจัดการความปวด ด้านการไม่สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้ อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.88, SD =1.20) (ตาราง 3) เนื่องจากผู้ป่วยที่ผู้ดูแลให้การดูแลเป็นผู้ป่วยที่มีการใช้ยาแก้ปวดทุกราย ทำให้ผู้ดูแลกลัวว่าหากใช้ยาแก้ปวดบ่อยๆ จะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้ว่าดีขึ้นจากสาเหตุเพราะยาแก้ปวดหรือเพราะพยาธิสภาพของโรคดีขึ้น หรือผู้ดูแลบางส่วนอาจกลัวว่าการใช้ยาแก้ปวดชนิดโอปิออยด์จะมีฤทธิ์แก้ปวดรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยทะเลาปวดลง แต่ความจริงแล้วอาการของโรคอาจจะลุกลามรุนแรงกว่าเดิม ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ตรงกับความเป็นจริง จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 68.04 มีความเชื่อว่ายาแก้ปวดทำให้ท่านไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายผู้ป่วยบ้าง และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับความเชื่อนี้ ร้อยละ 20.60 คะแนนเฉลี่ยรายข้อระดับปานกลาง (mean = 3.08, SD = 1.53) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 60.82 เชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อระดับปานกลาง (mean = 2.67, SD =1.19) (ตาราง 6)

3. เปรียบเทียบความเชื่ออุปสรรคการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

จากการศึกษารั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของอุปสรรคการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของวอร์ด และคณะ (Ward et al., 1996) ศึกษาข้อกังวลในการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในสหรัฐอเมริกา จำนวน 35 คู่ พบว่าไม่มีความแตกต่างของอุปสรรคการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกันมาก โดยพบว่าเป็นคู่สมรส ร้อยละ 43.30 และเป็นบุตร หรือบิดา/มารดา ร้อยละ 43.30 จึงอาจทำให้ความสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเชื่อที่เหมือนกัน โดยเฉพาะในสังคมวัฒนธรรมของไทย พบว่าบุคคล

ในครอบครัว เช่น บิดา/มารดา สามี/ภรรยา และบุตร มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปัญหาทางสุขภาพมาก

แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างของความเชื่อในอุปสรรคการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนอุปสรรคการจัดการความปวดทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าผู้ดูแล และยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านใน 3 อันดับแรกสูงเหมือนกัน ประกอบด้วยความเชื่อของผลกระทบทางด้านสรีระ และความเชื่อเกี่ยวกับกลัวจะเกิดอันตราย คือด้านกลัวคือยาแก้ปวด ด้านกลัวติดยาแก้ปวด และด้านไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ตามลำดับ ซึ่งการมีความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวดสูงเหมือนกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่เหมาะสม (Lin, 2000) ทำให้ผู้ป่วยยังต้องทนทุกข์ทรมานกับความปวดมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมในเรื่องผลของความเชื่อต่อการตัดสินใจใช้ยาแก้ปวด ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ต่อไปในอนาคต

ความเชื่อด้านกลัวคือยาและกลัวติดยาแก้ปวด เป็นความกลัวที่พบได้ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล (Lin, 2000; Ward et al., 1996) จากการศึกษาของวงโม (Wangmo, 2004) ศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ประเทศภูฐาน พบว่าผู้ป่วยกลัวการคือยาและกลัวติดยาแก้ปวดสูงเช่นกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งในประเทศไทยและประเทศภูฐานเป็นคนในทวีปเอเชีย อยู่ในขนบธรรมเนียมประเพณีคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการศึกษาระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ มีความเกรงใจผู้อื่น โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ส่งผลให้มีความเชื่อที่คล้ายกัน

ผลการศึกษานี้พบว่ามีความแตกต่างกันของความเชื่อด้านผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลคือ ของผู้ป่วยเท่ากับ 2.79 (SD = 1.40) ผู้ดูแล เท่ากับ 1.90 (SD = 1.17) (ตาราง 3) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องอดทน ไม่บ่นปวดให้ผู้อื่นฟัง รวมทั้งคิดว่าหากไม่อดทนต่อความปวดหรือบอกถึงความปวดให้ผู้ดูแลหรือแพทย์/พยาบาลทราบ นอกจากกลัวจะเป็นที่รำคาญหรือเป็นภาระของผู้อื่นแล้ว อาจกลัวจะทำให้เพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแลได้ ในขณะที่ผู้ดูแลไม่ได้คิดว่าการบ่นปวดของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่ดี เนื่องจากผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วยคู่สมรส บุตร หรือบิดา/มารดา มีความใกล้ชิด รู้สึกรักและห่วงใยผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี จึงมีความวิตกกังวลว่าหากผู้ป่วยไม่บอกถึงความปวดที่มีให้แพทย์ พยาบาล หรือผู้ดูแลทราบ ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอกับความต้องการของผู้ป่วย มากกว่าที่จะมีความเชื่อว่าผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวด จึงทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องการเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวดน้อยกว่าผู้ป่วย

นอกจากนี้จากการพูดคุยเพิ่มเติมผู้ดูแลให้เหตุผลว่า ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล หากผู้ป่วยไม่บอกจะไม่มีใครทราบ หากให้ผู้ดูแลประเมินความปวดเองอาจไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ โดยพบว่าผู้ดูแลจะประเมินความปวดของผู้ป่วยสูงกว่าความเป็นจริง (Lin, 2001) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรบอกให้ผู้อื่นทราบ เพื่อที่จะได้รับการบรรเทาปวดที่ถูกต้องเหมาะสม

ส่วนความเชื่อด้านยอมรับว่าความปวดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านนี้ต่ำกว่าผู้ดูแล (ตาราง 3) เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล แม้จะรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง แต่มีความเชื่อว่าแพทย์สามารถรักษาโรคและความปวดให้หายหรือทุเลาลงได้ ตามระยะของการเจ็บป่วย ประกอบกับการเชื่อว่าความปวดรักษาได้ เป็นการคิดเชิงบวก ส่งผลต่อจิตใจและร่างกาย จึงทำให้ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านนี้น้อยกว่าผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านกลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดสูงกว่าผู้ป่วยเล็กน้อย (ตาราง 3) เนื่องจากอาการข้างเคียงบางอย่าง เช่น การใช้ยาแก้ปวดทำให้สับสน หรือพูด/กระทำสิ่งที่น่าละอาย ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวหรือจำไม่ได้ จึงทำให้กังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงในข้อเหล่านี้น้อย ในขณะที่ผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลอย่างใกล้ชิด จะทราบว่ามีอาการข้างเคียงเหล่านั้นเกิดกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความกังวลในเรื่องอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดสูงกว่าผู้ป่วย

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกันต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของวอร์ดและลิน (Ward & Lin, 1995) ศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไต้หวัน จำนวน 63 คน พบว่าระดับความรุนแรงความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคการจัดการความปวดเช่นกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป โดยผู้วิจัยไม่ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ความปวด 1 เดือนแรกหลังรับรู้การเป็นมะเร็ง เพราะในช่วง 1 เดือนแรกของการรับรู้ว่าเป็นมะเร็งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมาก อาจถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากการปรับตัวเป็นแบบปฏิเสธ (Weisman, 1979 as cited in Meier, 2005) ผลของการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์การจัดการความปวดเฉลี่ย นาน 10.02 เดือน (ตาราง 1) อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อหรือกังวลว่าเมื่อต้องประสบกับความปวดนาน ยิ่งทำให้ต้องใช้ยาแก้ปวดนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกังวลถึงอันตรายจากการใช้ยาแก้ปวดมากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 70.10) จะใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดรุนแรง เนื่องจากเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดน้อย ในอนาคตหากมีความปวดรุนแรงขึ้น ยาแก้ปวดอาจใช้ไม่ได้ผล และมีผู้ป่วยร้อยละ 77.32 เชื่อว่ายากแก้

ปวดทำให้คิดได้ง่าย (ตาราง 4) และเพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุของผลการศึกษามากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยนำชนิดของยาแก้ปวดมาวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มของชนิดของยาแก้ปวดกับอุปสรรคการจัดการความปวด โดยใช้สถิติ непараметрический критерий Крускала-Уоллиса (Kruskal-Wallis) ในการวิเคราะห์ เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ชนิดของยาแก้ปวดต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ (ภาคผนวก ก11) การที่ผู้ป่วยมีการใช้ชนิดยาแก้ปวดที่ต่างกัน ในที่นี้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (2) กลุ่มโอปิออยด์ และ (3) กลุ่มที่ใช้ทั้งโอปิออยด์และไม่ใช่โอปิออยด์ พบว่าไม่มีความแตกต่างของความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด น่าจะเชื่อมโยงไปสู่การอธิบายได้ว่า ในผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม (3) คือกลุ่มที่ใช้ทั้ง โอปิออยด์และไม่ใช่โอปิออยด์ ซึ่งโดยทั่วไปแพทย์มักสั่งยากลุ่มนี้ให้กับผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดปานกลางถึงมาก จะมีความรุนแรงความปวดมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาในกลุ่ม (1) คือ กลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ หรือกลุ่ม (2) คือ กลุ่ม โอปิออยด์ ซึ่งแพทย์มักสั่งยากลุ่มเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ผลการวิเคราะห์ที่พบว่าการใช้ชนิดของยาแก้ปวดที่ต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน จึงน่าจะเป็นข้อมูลสนับสนุนที่จะอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกัน อาจมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามอาจต้องมีการศึกษาซ้ำ ถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด กับการจัดการความปวดโดยการให้ยาต่อไปในอนาคต เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น