

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ทำให้เกิดอัตราการตายเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2545 และพบว่ามียอดอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นทุกๆ ปีในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542-2546 (สถิติสาธารณสุข, 2546) ซึ่งความปวดในผู้ป่วยมะเร็งถือเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด (อภิรัตน์, 2547) 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จะมีความปวดเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 ถึง ร้อยละ 90 (Bonica, 1985; Foley, 1989 as cited in Thomason et al., 1998; Portenoy, 1985) การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งได้ จากรายงานของหน่วยงานการดูแลสุขภาพด้านนโยบายและการวิจัย (Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR) พบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง มากกว่าร้อยละ 90 สามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน (Jacox et al., 1994 as cited in Paice, Toy, & Shott, 1998)

อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากที่ไม่สามารถบรรเทาความปวดได้ ต้องทนทุกข์ทรมาน เนื่องจากมีอุปสรรคในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (Cleeland, Cleeland, Dar, & Rinehardt, 1986; Cleeland et al., 1994) สาเหตุเนื่องจากระบบบริการ ทีมสุขภาพ หรือจากผู้ป่วยและผู้ดูแล (Payne, 2000) โดยเฉพาะผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งในที่นี้หมายถึงญาติ ถือเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดอุปสรรคการจัดการความปวด จากการศึกษาของเพชริเชอเชียน (Petpichetchian, 2001) ในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย จำนวน 300 คน พบว่ามีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก เนื่องจากไม่ได้รับยาบรรเทาปวดที่เหมาะสม โดยร้อยละ 43 ของผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาบรรเทาปวดชนิดไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid) และมีผู้ป่วยมะเร็งสูงถึง ร้อยละ 16 ไม่ได้รับยาแก้ปวด ทั้งนี้ปัจจัยที่ขัดขวางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ อาจมีสาเหตุจากการขาดความรู้ ขาดทักษะ รวมทั้งความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสนองต่อความปวดของแต่ละบุคคล ทั้งของตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล และทีมสุขภาพ โดยอุปสรรคที่พบในผู้ป่วยเกิดจากความเชื่อและความกลัว เช่น กลัวการรบกวนผู้อื่น กลัวติดยา กลัวคือยา (ปิยาภรณ์, 2540; สมพร พรจันทร์ และสภาพร, 2541) กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด (สมพร และคณะ, 2541) เชื่อว่าโรคมะเร็งเป็นแล้วต้องตาย ต้องทำใจอดทนต่อความปวด (ปิยาภรณ์, 2540)

ผู้ป่วยมะเร็งบางส่วนอาจมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการดูแลให้ความช่วยเหลือในการจัดการกับความปวด ผู้ดูแลจึงเป็นอีกผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญมากในการจัดการความปวด โดยส่วนมากผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นผู้รายงานความปวด และเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลต่างๆ ในการจัดการความปวดแก่ทีมสุขภาพ เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยจะพึ่งพาอาศัยครอบครัวหรือผู้ดูแลมาก และมักอาศัยการตัดสินใจของครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ร่วมตัดสินใจด้วย โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแล จึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวด และพบว่าคนในครอบครัวหรือญาติเป็นความหวังและพลัง ในการต่อสู้กับความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (ปิยาภรณ์, 2540) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการใช้ยาแก้ปวดค่อนข้างจำกัด หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง (Ferrell, Ferrell, Rhiner, & Grant, 1991) ซึ่งอุปสรรคในการจัดการความปวดที่พบในผู้ดูแล เกิดจากความเชื่อและความกลัว เช่น กลัวติดยา กลัวคือยา กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด และความเชื่อว่าความปวดจากมะเร็งไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ (Letizia, Creech, Norton, Shanahan, & Hedges, 2004) อุปสรรคต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (Lin, 2000)

ดังนั้นการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องจัดอุปสรรค หรือปัจจัยที่ขัดขวางการจัดการความปวดให้หมด หรือเหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ พยายามในฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ดูแลและผู้ดูแลมากที่สุด จึงควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงอุปสรรคที่ขัดขวางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเฉพาะในต่างประเทศ เช่น อุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ที่รับการรักษาแบบประคับประคองในฮ่องกง (Chung, French, & Chan, 1999) ในไต้หวัน (Lin, 2000) ในภูฏาน (Wangmo, 2004) เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532-2546 จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทยออนไลน์ ไม่พบการศึกษานี้ (ศูนย์บริการสารสนเทศทางเทคโนโลยี, 2548) ดังนั้นการศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล จะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกังวล ทักษะ และความเชื่อ ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด และเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความปวด และจัดการความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นแนวทางช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อควบคุมความปวดได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็ง
2. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งกับผู้ดูแล
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกันต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวด

คำถามการวิจัย

1. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับใด
2. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับใด
3. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล มีความแตกต่างกันหรือไม่
4. ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดแตกต่างกันหรือไม่

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลแต่ละบุคคล โดยผ่านกระบวนการทางความคิดหรือความเข้าใจ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น (Rokeach, 1968 อ้างตามชัยญาลักษณ์, 2544) ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล มีผลต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

กัณนาร์สคอตเทีย โดโนวาน เซอร์ลิน โวก และวอร์ด (Gunnarsdottir, Donovan, Serlin, Voge, & Ward, 2002) ได้วิเคราะห์อุปสรรคการจัดการความปวด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536-2545 พบว่าประกอบด้วยอุปสรรค 4 ด้าน 8 ปัจจัยย่อย ดังนี้

- 1) ความเชื่อผลกระทบทางด้านสรีระ ประกอบด้วย ข้อกังวล 3 ปัจจัย คือ (1) ปัจจัยด้านการไม่สามารถติดตามอาการตนเอง (Hawkins, 1997 as cited in Gunnarsdottir et al., 2002) (2) ปัจจัย

ด้านกลไกการติดยาแก้ปวด (Riddell, & Fitch, 1997; Sherwood, Adams-McNeill, Starck, Nieto, & Thompson, 2000) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งคิดว่าการใช้ยาแก้ปวดแต่เนิ่นๆ จะทำให้ยาแก้ปวดไม่มีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดเมื่อมีความปวดรุนแรงขึ้น และ (3) ปัจจัยด้านกลไกอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด (Levin, Cleeland, & Dar, 1985; Riddell, & Fitch, 1997; Sherwood et al., 2000) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดในการบรรเทาปวด ทำให้มีผู้ป่วยบางส่วนต้องประสบกับอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด เช่น อาเจียน ท้องผูก ง่วงนอน หรือมีน้ำขุ่น สับสน ส่งผลให้มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

2) ความเชื่อเกี่ยวกับความปวดจากมะเร็ง โดยผู้ป่วยมะเร็งเชื่อว่าความปวดจากมะเร็งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Diekmann, Engber, & Wasseem, 1989; Levin et al., 1985; Riddell, & Fitch, 1997; Sherwood et al., 2000) ทำให้ยอมทนต่อความปวดไม่รายงานความปวดให้แพทย์ทราบ

3) การสื่อสาร ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งบางคนมีความลังเลใจ หรือไม่กล้าที่จะรายงานความปวด (Diekmann et al., 1989; Riddell, & Fitch, 1997) และปัจจัยด้านการกล่าวถึงความปวดจะเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์ (Diekmann et al., 1989)

4) ความเชื่อเกี่ยวกับกลัวจะเกิดอันตราย ประกอบด้วยข้อกังวล 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านความกังวลเกี่ยวกับการติดยา (Ferrell, et al., 1991; Riddell, & Fitch, 1997; Sherwood et al., 2000) จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดเป็นเวลานาน และยาแก้ปวดบางชนิดเป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความกังวลว่าหากใช้ยาแก้ปวดอาจทำให้เกิดการติดยาได้ และปัจจัยด้านความกังวลเกี่ยวกับเรื่องยาแก้ปวด อาจจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อมีการใช้ยาแก้ปวดไปนานๆ (Breitbart et al., 1998)

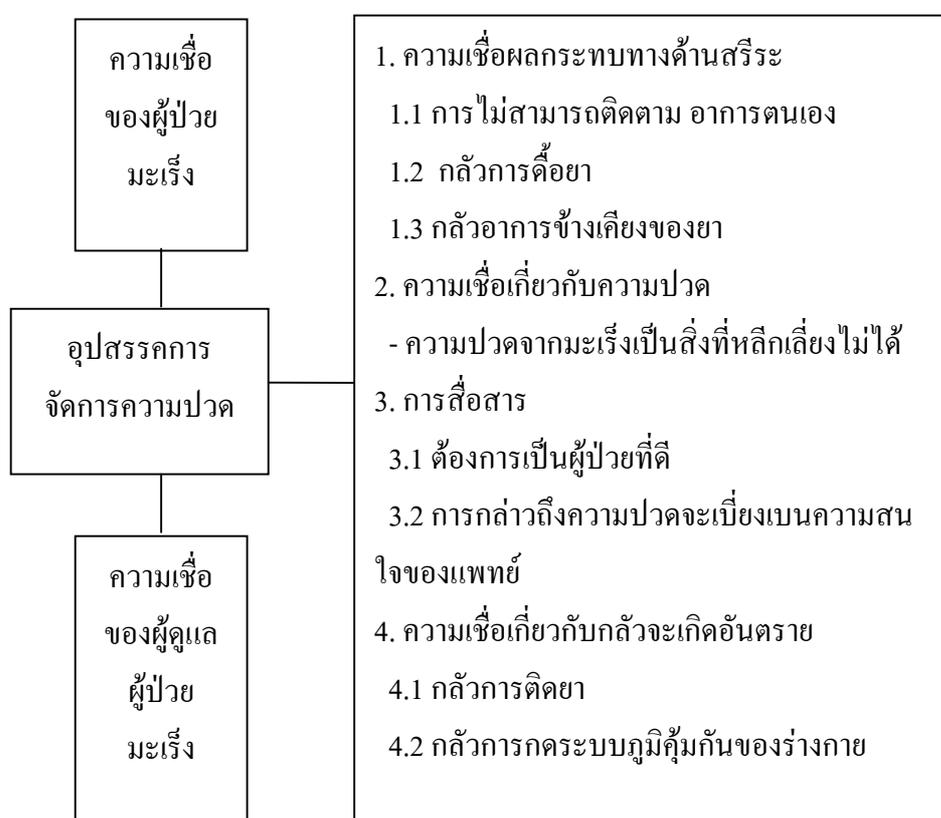
ดังนั้นหากผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวดที่สอดคล้องกัน ยิ่งส่งผลให้การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพลดลง (Lin, 2000) ดังภาพ 1

สมมติฐานการวิจัย

1. อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดแตกต่างกัน

นิยามศัพท์

อุปสรรคการจัดการความปวด หมายถึง ปัจจัยหรืออุปสรรคที่มีผลทำให้การจัดการความปวดไม่ได้ผลหรือไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล มีทั้งหมด 4 ด้าน คือ (1) ความเชื่อผลกระทบทางด้านสรีระ (2) ความเชื่อเกี่ยวกับความปวด (3) การสื่อสาร และ (4) ความเชื่อเกี่ยวกับกลัวจะเกิดอันตราย วัดได้โดยใช้แบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวด ของกันนาร์สดอทเทียและคณะ (Gunnarsdottir et al., 2002) ซึ่งปรับปรุงมาจากเครื่องมือแบบสอบถามอุปสรรคการจัดการความปวดของวอร์ดและคณะ (Ward et al., 1993)



ภาพ 1

กรอบแนวคิดอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ที่รับรู้ว่าตนเป็นมะเร็ง ทุกระยะของการเจ็บป่วย ที่มีระดับความรุนแรงความปวดในรอบ 1 เดือนอย่างน้อย 3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีการใช้ยาแก้ปวดในการรักษา และผู้ดูแลที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วย โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้และศูนย์มะเร็งภาคใต้

ความสำคัญของการวิจัย

1. สามารถนำความรู้ในเรื่องอุปสรรคการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ที่ได้จากการวิจัย มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหา เรื่องความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคการจัดการความปวดที่ไม่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีความเชื่อที่ถูกต้องและตรงกัน เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลต่อไป

2. นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ