

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล รวมทั้งเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงความปวดระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับความปวด รวมทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวด โดยใช้ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวนกลุ่มละ 98 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือน มกราคม ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 ความรู้ในเรื่องความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ส่วนที่ 5 ทัศนคติในเรื่องความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ส่วนที่ 6 สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 7 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้และทัศนคติ ต่อความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ส่วนที่ 8 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความรู้และทัศนคติ ต่อความรุนแรงความปวดผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดเรื้อรังและผู้ดูแลจำนวน 98 ราย โดยเก็บข้อมูล จากสถานพยาบาลที่ 1 ร้อยละ 11.23 สถานพยาบาลที่ 2 ร้อยละ 25.51 สถาน

พยาบาลที่ 3 ร้อยละ 30.61 สถานพยาบาลที่ 4 ร้อยละ 25.51 และสถานพยาบาลที่ 5 ร้อยละ 7.14 (ตาราง 1 ภาคผนวก ก) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.0 มีช่วงอายุระหว่าง 18 – 76 ปีขึ้นไปเฉลี่ย 53.18 ปี (SD=12.9) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.4 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.9 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ รับจ้างและงานบ้าน ร้อยละ 18.4 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ คิดเป็นร้อยละ 26.5 รองลงมาคือ มะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 24.5 ระยะเวลาที่รักษาโรคร่วมใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 89.8 ยาแก้ปวดที่ได้รับส่วนใหญ่เป็น ยาพาราเซตามอล (paracetamol) คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมาคือ ยาแก้ปวดทรามอล (tramal) ร้อยละ 26.5 ระยะเวลาที่มีอาการปวดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.8 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n = 98)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	48	49.0
หญิง	50	51.0
อายุ (\bar{X} = 53.18, SD = 12.9, Max = 76, Min = 18)		
18-30 ปี	3	3.1
31-40 ปี	11	11.2
41-50 ปี	30	30.6
51-60 ปี	24	24.5
61 ปีขึ้นไป	30	30.6
สถานภาพสมรส		
โสด	10	10.2
คู่	70	71.4
ม่าย	12	12.2
หย่า/แยกกัน	6	6.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	93	94.9
คริสต์	3	3.1
อิสลาม	2	2.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	6.1
ประถมศึกษา	67	68.4
มัธยมศึกษา	17	17.3
อนุปริญญา	6	6.1
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	2	2.0
อาชีพในปัจจุบัน		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	4.1
เกษตรกร	37	37.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	10.2
รับจ้าง	18	18.4
งานบ้าน	18	18.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	11.2
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	24	24.5
มะเร็งระบบทางเดินหายใจ	2	2.0
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	2	2.0
มะเร็งศีรษะและคอ	26	26.5
มะเร็งระบบโลหิตและน้ำเหลือง	16	16.3
มะเร็งเต้านม	11	11.2
มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	12	12.2
มะเร็งระบบกระดูก	5	5.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการรักษา		
1-3 ปี	88	89.8
3-6 ปี	9	9.2
6-12 ปี	1	1.0
ยาแก้ปวดที่ได้รับอยู่ในปัจจุบัน		
มอร์ฟีน (morphine)	25	25.5
เพททีดีน (pethedine)	8	8.2
ทรามอล (tramal)	26	26.5
พาราเซตามอล (paracetamal)	39	39.8
ระยะเวลาที่ปวด		
6 เดือน – 2 ปี	89	90.8
2 - 4 ปี	9	9.2

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.4 มีช่วงอายุระหว่าง 18-80 ปี เฉลี่ย 44.92 ปี (SD=15.16) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.2 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.5 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 59.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 43.9 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 19.4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นภรรยาและบุตร คิดเป็นร้อยละ 28.6 เท่ากัน ระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 79.6 (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n= 98)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	30.6
หญิง	68	69.4
อายุ (\bar{X} = 44.92, SD =15.16, Min =18, Max=80)		
18-30 ปี	25	25.5
31-40 ปี	16	16.3
41-50 ปี	22	22.4
51-60 ปี	19	19.4
61 ปีขึ้นไป	16	16.3
สถานภาพสมรส		
โสด	10	10.2
คู่	82	83.2
ม่าย	4	4.1
หย่า/แยกกัน	2	2.0
ศาสนา		
พุทธ	95	96.5
คริสต์	1	1.0
อิสลาม	2	2.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	5.1
ประถมศึกษา	58	59.2
มัธยมศึกษา	21	21.4
อนุปริญญา	5	5.1
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	9	9.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพในปัจจุบัน		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	6.1
เกษตรกรรม	43	43.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	6.1
รับจ้าง	19	19.4
งานบ้าน	18	18.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	6.1
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	2	2.0
มารดา	12	12.2
สามี	14	14.3
ภรรยา	28	28.6
บุตร	28	28.6
อื่นๆ	14	14.3
ระยะเวลาในการดูแล		
1 – 2 ปี	78	79.6
2 – 4 ปี	14	14.3
3 – 6 ปี	6	6.1

ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยรายงานความปวด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยก่อนไปทางปานกลาง ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 2.67$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ ระดับความปวดปานกลาง ร้อยละ 30.6 ระดับปวดมาก ร้อยละ 20.4 และระดับไม่ปวดเลย ร้อยละ 11.2 และความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลรายงานความปวด โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยก่อนไปทางปานกลางเช่นเดียวกับผู้ป่วย

($\bar{X} = 4.65$, $SD = 2.94$) และพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปวดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาคือ ระดับความปวดมาก ร้อยละ 30.6 ระดับปวดเล็กน้อย ร้อยละ 18.4 และระดับไม่ปวดเลย ร้อยละ 17.3 (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามการรับรู้ความรุนแรงความปวด จำแนกตามระดับความรุนแรงและโดยรวม ($N = 98$)

การรับรู้ความรุนแรงความปวด	ผู้ป่วย		ผู้ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ปวดเลย (0 คะแนน)	11	11.2	17	17.3
ปวดเล็กน้อย (1 – 4 คะแนน)	37	37.8	18	18.4
ปวดปานกลาง (5 – 6 คะแนน)	30	30.6	33	33.7
ปวดมาก (7 – 10 คะแนน)	20	20.4	30	30.6

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ ได้จัดกลุ่มคะแนนความปวดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 คือ คะแนนความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย และกลุ่ม 2 คือ คะแนนความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแล ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า แม้ว่าค่าเฉลี่ยความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีค่าต่ำกว่าการรับรู้ของผู้ดูแล เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่ แบบอิสระ (independent t-test) พบว่า การรับรู้คะแนนความปวดทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างของระดับคะแนนความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

คะแนนความปวด	Mean	SD	t	p-value
ผู้ป่วย (n = 98)	4.39	2.67	-.661	.509
ผู้ดูแล (n = 98)	4.65	2.94		

ความรู้ในเรื่องความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาความรู้ในเรื่องความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า โดยภาพรวมผู้ป่วยและผู้ดูแลมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=19.30$, $SD = 4.24$) และระดับปานกลางก่อนไปสูง ($\bar{X}=20.36$, $SD =3.58$) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 55.1 มีระดับคะแนนความรู้ในเรื่องความปวดอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.9 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.0 และพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 58.2 มีระดับคะแนนความรู้ในเรื่องความปวดอยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.8 และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีระดับคะแนนความรู้ในระดับต่ำ (วิเคราะห์รายข้อ ตารางก2 ภาคผนวก ก) (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลจำแนกตามระดับความรู้และโดยรวม (N=98)

ระดับความรู้	ผู้ป่วย		ผู้ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 10 คะแนน)	2	2.0	-	-
ปานกลาง (11 – 20 คะแนน)	54	55.1	41	41.8
สูง (21 – 30 คะแนน)	42	42.9	57	58.2
ผู้ป่วยโดยรวม ($\bar{X} = 19.30$, $SD = 4.24$, $Min = 10$, $Max = 28$)				
ผู้ดูแลโดยรวม ($\bar{X} = 20.36$, $SD = 3.58$, $Min = 12$, $Max = 27$)				

ทัศนคติในเรื่องความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาทัศนคติในเรื่องความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า โดยภาพรวมผู้ป่วยมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 49.21$, $SD = 4.98$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 84.7 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 15.3 จะมีทัศนคติในเรื่องความปวดอยู่ในระดับสูงหรือทางบวก และพบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับต่ำหรือทางลบ (วิเคราะห์รายข้อ ตาราง ก3 ภาคผนวก ก) และส่วนของผู้ดูแล พบว่า โดยภาพรวมผู้ดูแลมี

ระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 48.42$, $SD = 4.58$) เช่นเดียวกับผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 91.8 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 8.2 จะมีทัศนคติในเรื่องความปวดอยู่ในระดับสูงหรือทางบวก และพบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำหรือทางลบ (วิเคราะห์รายข้อ ตาราง 4 ภาคผนวก ก) (ตาราง 6)

ตาราง 6

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนทัศนคติของผู้ป่วยและผู้ดูแลจำแนกตามระดับทัศนคติและโดยรวม ($N=98$)

ระดับทัศนคติ	ผู้ป่วย		ผู้ดูแล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ/ทางลบ (15 - 34 คะแนน)	-	-	-	-
ปานกลาง (35 - 54 คะแนน)	83	84.7	90	91.8
สูง/ทางบวก (55 - 75 คะแนน)	15	15.3	8	8.2
ผู้ป่วยโดยรวม ($\bar{X} = 49.21$, $SD = 4.98$, $Min = 37$, $Max = 61$)				
ผู้ดูแลโดยรวม ($\bar{X} = 48.42$, $SD = 4.58$, $Min = 35$, $Max = 60$)				

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ระดับสัมพันธภาพโดยสอบถามจากผู้ป่วยถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ดูแล พบว่า โดยภาพรวมระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 65.69$, $SD = 8.41$) ผู้ป่วยให้คะแนนสัมพันธภาพอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 94.9 รองลงมาสัมพันธภาพในระดับปานกลางร้อยละ 4.1 และสัมพันธภาพในระดับต่ำร้อยละ 1.0 (วิเคราะห์รายข้อ ตาราง 5 ภาคผนวก ก) เมื่อทำการศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งทำการวัดสัมพันธภาพโดยสอบถามจากผู้ดูแลถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย พบว่า โดยภาพรวมระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($\bar{X} = 64.52$, $SD = 8.28$) ผู้ดูแลให้คะแนนสัมพันธภาพอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 88.8 รองลงมาสัมพันธภาพในระดับปานกลางร้อยละ 11.2 แต่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีระดับคะแนนสัมพันธภาพในระดับต่ำ (วิเคราะห์รายข้อ ตาราง 6 ภาคผนวก ก) (ตาราง 7)

ตาราง 7

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้
ป่วยกับผู้ดูแล และผู้ดูแลกับผู้ป่วย จำแนกตามระดับสัมพันธภาพและโดยรวม (N=98)

ระดับสัมพันธภาพ	ผู้ป่วยกับผู้ดูแล		ผู้ดูแลกับผู้ป่วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (15 – 34 คะแนน)	1	1.0	-	-
ปานกลาง (35 – 54 คะแนน)	4	4.1	11	11.2
สูง (55 – 75 คะแนน)	93	94.9	87	88.8
ผู้ป่วยโดยรวม ($\bar{X} = 65.69$, $SD = 8.41$, $Min = 31$, $Max = 75$)				
ผู้ดูแลโดยรวม ($\bar{X} = 64.52$, $SD = 8.28$, $Min = 42$, $Max = 75$)				

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้
และทัศนคติ ต่อความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบสมบัติของตัวแปรทุกตัวด้านผู้ป่วย ก่อนนำเข้าสมการการ
วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) ตามข้อตกลงเบื้องต้น
ของการใช้สถิติ (เพชรร้อย, 2548) ผลปรากฏว่าตัวแปรทุกตัวสามารถนำเข้าสมการการทำนายได้
(ภาคผนวก ง)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น
(Hierarchical Regression Analysis) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายทีละชุด คือ (1)
ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา (2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล (3) ความ
รู้และทัศนคติ เข้าคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่าแบบจำลองชุดแรกไม่สามารถ
อธิบายค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยได้ (adjusted
 R^2 change = .01) และเมื่อนำตัวแปรชุดที่สอง เข้ามาวิเคราะห์ด้วย พบว่า ไม่สามารถอธิบายค่าความ
แปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน แต่เมื่อนำตัวแปรชุด
ที่สามคือ ความรู้และทัศนคติเข้ามาวิเคราะห์พร้อมกัน พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของ
คะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ร้อยละ 5 (adjusted R^2 change = .05) โดยความรู้เป็นตัวแปร
สำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว ($b = .18$, $p < .05$, $\beta = .28$) ทั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัว

สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยได้ร้อยละ 6 (adjusted $R^2 = .06$) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย

ตัวแปร	R^2	Adjusted R^2	Adjusted R^2	b	β
<i>change</i>					
เพศ				-.20	-.04
อายุ	.02	.01	.01	.03	.13
ระดับการศึกษา				-.18	-.05
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล	.04	.00	.00	.05	.15
ความรู้	.16	.06	.05	.18*	.28
ทัศนคติ				-.11	-.20

* $p < .05$, $F=2.115_{(6, 91)}$, $p = .059$

ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความรู้ และทัศนคติ ต่อความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบสมบัติของตัวแปรทุกตัวด้านผู้ดูแล ก่อนนำเข้าสู่สมการการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (เพชรร้อย, 2548) ผลปรากฏว่าตัวแปรทุกตัวสามารถนำเข้าสู่สมการการทำนายได้ (ภาคผนวก ง)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายชุดที่หนึ่งคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา พบว่า มีตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแล คือ

ระดับการศึกษา ($b = .88, p < .01, \beta = .30$) และปัจจัยส่วนบุคคลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ร้อยละ 9 (adjusted $R^2 = .09$) เมื่อนำตัวแปรชุดที่สอง คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเข้ามาวิเคราะห์ด้วยพบว่าสามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 8 (adjusted R^2 change = .08; $b = .11, p < .01, \beta = .03$) และเมื่อนำตัวแปรชุดที่สามคือ ความรู้และทัศนคติเข้ามาพิจารณาพร้อมกันพบว่า สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4 (adjusted R^2 change = .04) โดยตัวแปรความรู้เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว ($b = .20, p < .05, \beta = .25$) ทั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21 (adjusted $R^2 = .21$) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแล

ตัวแปร	R^2	Adjusted R^2	Adjusted R^2 change	b	β
เพศ				.88	.13
อายุ	.12	.09	.09	.000	.98
ระดับการศึกษา				.88**	.30
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	.21	.17	.08	.11**	.03
ความรู้	.26	.21	.04	.20*	.25
ทัศนคติ				-.12	-.18

* $p < .05$, ** $p < .01$, $F = 5.438_{(6, 91)}$, $p = .000$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล รวมทั้งเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงความปวดระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และ

ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลอันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และความรู้ทัศนคติ ในเรื่องของความปวด รวมทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับน้อยก่อนไปทางปานกลางทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดโดยเฉลี่ย 4.39 (SD = 2.67) และผู้ดูแล 4.65 (SD = 2.94) (ตาราง 3 และ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทุกรายที่เก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพในการจัดการความปวดอาจส่งผลให้ความปวดอยู่ในระดับไม่รุนแรงมากนัก เช่นเดียวกับการศึกษาของสมพร และ คณะ (2541) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่สถานมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 104 ราย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับน้อยก่อนไปปานกลางร้อยละ 35.8 เช่นเดียวกัน

ผู้ป่วยทุกรายที่ทำการรักษาอยู่ในสถานพยาบาลได้รับยาบรรเทาปวด ซึ่งพบว่า ยาบรรเทาปวดส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม โอปิอยด์ (opioids) ร้อยละ 60.2 แบ่งออกเป็น ยาแก้ปวด ترامอล (tramal) ร้อยละ 26.5 เพททีดีน (pethidine) ร้อยละ 8.2 และมอร์ฟีน (morphine) ร้อยละ 25.5 โดยยาในกลุ่มนี้ใช้สำหรับบรรเทาอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง และเป็นยาหลักในการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนยาในกลุ่มนอน โอปิอยด์ (non-opioids) ได้แก่ พาราเซตามอล (paracetamol) พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 39.8 ใช้ยาในกลุ่มนี้ และยาทั้ง 2 กลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับเป็นยาหลักในการระงับปวดในผู้ป่วยมะเร็งและเป็นยาบรรเทาปวดที่นิยมใช้กันในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวดเรื้อรังทั้งหมด (ลัทธมี, 2546) ซึ่งยาทั้ง 2 กลุ่มสามารถออกฤทธิ์ระงับปวดได้ดี สำหรับกลุ่มที่ปวดน้อยถึงปานกลาง อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความปวดอยู่ แสดงว่ายาบรรเทาปวดที่ใช้กับผู้ป่วยสามารถบรรเทาความปวดได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีการใช้ยาบรรเทาปวดยังไม่เป็นที่แพร่หลาย จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่คลินิกระงับปวดของโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน มกราคม-เมษายน 2543 มีผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังเข้ารับการรักษา 408 ราย พบว่า มีการใช้ยาแก้ปวดเพียงร้อยละ 34 และพบว่ามีการใช้มอร์ฟีนจำนวนน้อยมาก (พงศภัทรดี, 2547ข) สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchain, 2001) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยยังได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ และในต่างประเทศยังพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 75 ที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงและผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่ได้รับการบรรเทาปวด (Helmrigh, Yates, Nash, Hobman, Poulton & Berggren, 2001) และการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 30 ที่มีความปวดแต่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาที่มีอยู่มากที่ได้รับยาบรรเทาปวดยังไม่เหมาะสม (วันชัย และ คณะ, 2535) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคลากรทางการแพทย์ คิดว่าความปวดเป็นเพียงอาการและไม่มีอันตราย มีความกลัวการติดยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) กังวลผลข้างเคียงของยา มีความเชื่อที่ผิดว่าไม่สามารถให้โอปิออยด์ (opioids) ถี่กว่าทุก 4 ชม.ได้ (ศศิกันต์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นอะจิง, รัชนี และ วงจันทร์ (2546) พบว่า พยาบาลประจำการมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยการให้ยาอยู่ในระดับต่ำ รวมทั้งความรู้และทัศนคติในเรื่องความปวดและการใช้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่ถูกต้อง มีความกลัวและกังวลต่อการติดยา ไม่กล้ารายงานความปวดแก่บุคลากรกลัวผลข้างเคียงของยา กลัวดีดื้อยา (Aranda et al., 2004; Riddell & Fitch, 1997; Ferrell & Rivera, 1997) จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลที่ได้รับการรักษาอยู่ในสถานพยาบาลยังคงรับรู้ว่ามีอาการปวดอยู่

นอกจากนี้การศึกษารั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อาจทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงความปวดในระดับต่ำ เนื่องจากมีความเชื่อเรื่องบาปบุญและผลของกรรม การให้ความสำคัญกับศาสนารับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรม และศาสนาเป็นสิ่งที่บุคคลใช้เมื่อมีความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ถ้าบุคคลมีภาวะจิตวิญญาณที่แข็งแกร่งจะสามารถผลักดันให้ร่างกายหายจากความปวดและความเจ็บป่วยเร็วขึ้น (พิไลรัตน์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของนอร์ธเฮาส์ (Northouse, 1989) ที่พบว่า ศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งดำเนินเผชิญกับความเครียดและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

2. ความแตกต่างระหว่างความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดของผู้ดูแลที่สอดคล้องกันกับผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลจำนวน 31 คู่ พบว่า การรายงานความปวดที่รายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน (Redinbaugh et al., 2002) และส่วนใหญ่มักพบว่า ผู้ดูแลมักมีการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้เสมอ (Elliott et al., 1996; Louchuk & Degner, 2002; McMillan & Moody, 2003; Miaskowski et al., 1997; Yeager et al., 1995)

จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของสังคมไทยเป็นระบบสังคมแบบเครือญาติ มีการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวซึ่งจะมีความผูกพันกันทางสายเลือดเป็นส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันด้วยความรักความผูกพันช่วยเหลือเกื้อกูลกันยามทุกข์ยาก มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและ

กัน และที่สำคัญเมื่อมีบุคคลหนึ่งคนใดเจ็บป่วยมักเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวในการให้การดูแล (ศุภวรณ์ และ นายศรี, 2542; สนิท, 2541) และจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน กล่าวคือ เป็นภรรยาและบุตร ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย จึงอาจส่งผลให้การคาดคะเนความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแลใกล้เคียงสอดคล้องกับของผู้ป่วยได้ และที่สำคัญพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 69.4 (ตาราง 2) เป็นเพศหญิง สอดคล้องจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ว่า ภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจะมีลักษณะของความเป็นเพศหญิงหรือเพศของมารดาจะมีอิทธิพลต่อการชักนำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมความปวดของผู้ที่อยู่ในความดูแลเนื่องจากความเป็นมารดาจะสามารถที่จะทราบถึงความปวดหรือความไม่สบายของบุคคลได้เร็วกว่าเพศชายและสามารถที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ (Smith et al., 2004) จึงอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลสามารถคาดคะเนความปวดของผู้ป่วยได้ใกล้เคียง จากผลการศึกษาระยะเวลาของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-2 ปี และระยะเวลาสูงสุดในการดูแล คือ 6 ปี (ตาราง 2) อาจทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาเร็ว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมาเร็วที่มีความปวดเรื้อรังซึ่งทุกรายที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีอาการปวดติดต่อกันมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการคาดคะเนความปวด นอกจากนี้การวัดการรับรู้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้คือ มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในทุกสถานพยาบาลที่เก็บข้อมูลครั้งนี้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความชำนาญในการประมาณค่าความปวดได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดที่ไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

3.1 ความรู้ ผลการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยหลังจากควบคุมตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ได้ร้อยละ 5 และสามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 4 สามารถอธิบายได้ว่า โดยภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับปานกลางก่อนไปสูงตามลำดับ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งหมดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องความปวดที่ดีขึ้น เนื่องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดโดยตรง สอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยโดยการพัฒนาความรู้ในเรื่องของความปวดให้กับผู้ป่วยมาเร็วและผู้ดูแล โดยบุคลากรในทีมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ และทำการติดตามหลังจากให้ความรู้ไปเป็นเวลา 1 เดือน โดยการติดตามผลในระยะเวลา 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้ารับการให้ความรู้ในเรื่องของความ

ปวดจำนวนร้อยละ 64 มีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในการจัดการความปวดได้ (Well et al., 2003) และการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ค่อนข้างมีความรู้จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ความปวดที่ไม่รุนแรงมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลโปรแกรมการเตรียมคลอดต่อความรู้และเผชิญความปวดในระยะแรกของมารดาครรภ์แรก ซึ่งพบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากขึ้นจะสามารถเผชิญกับความปวดได้ดี (ประทุมพร, ละมัย, บุญยา, ผกา และ สุทธิพร, 2544)

จากผลการวิจัยครั้งนี้เมื่อนำข้อคำถามมาพิจารณารายข้อ (ตาราง ก2 ภาคผนวก ก) พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่อง สาเหตุของความปวดที่เกิดจากมะเร็ง ผลกระทบจากความปวดที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การประเมินความปวด การใช้วิธีการบรรเทาความปวดด้วยวิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่ยา แต่จะพบว่าข้อคำถามที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่มักตอบผิด ได้แก่ ความรู้ในเรื่องการใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจว่าควรใช้ยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดมากเท่านั้น (ข้อ 15) สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจว่าทำไมต้องให้ยาผู้ป่วยมะเร็งก่อนที่จะมีความปวดรุนแรง (Ferrell et al., 1991) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังมีความกังวลในเรื่องของการได้รับยาบรรเทาปวดที่มีปริมาณมากและบ่อยครั้งเกินไปเนื่องจากกังวลในเรื่องของการติดยา (ข้อ 17 และ 22) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องของยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าบอกความจริงแก่ผู้ดูแลเนื่องจากกลัวการติดยารวมทั้งผลข้างเคียงของยา (Riddell & Fitch, 1997) ส่วนในเรื่องความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา (ข้อ 20 และ 21) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความรู้และไม่มีความรู้ในเรื่องนี้มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลร้อยละ 33.7 มีความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยามอร์ฟินที่มีผลต่อการหายใจ ส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลร้อยละ 34.7 และ 36.7 ไม่มีความรู้ในเรื่องนี้ ส่วนอาการข้างเคียงของยาที่ทำให้มีอาการท้องผูกพบว่า มีผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความรู้ ร้อยละ 32.7 และ 30.6 ตามลำดับส่วนผู้ป่วยร้อยละ 37.8 และผู้ดูแลร้อยละ 39.8 ไม่มีความรู้ในเรื่องอาการท้องผูกที่อาจเกิดขึ้นขณะได้รับการรักษาด้วยยามอร์ฟิน และพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลร้อยละ 31.6 และ 29.6 ไม่รู้จักยามอร์ฟิน ซึ่งเหตุผลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่รู้จักยามอร์ฟินเนื่องจากไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาชนิดนี้ บางส่วนจำไม่ได้ว่าเคยใช้ยา และส่วนหนึ่งคาดว่าเคยได้รับยาแต่ไม่เคยทราบว่าเป็นยาบรรเทาปวดชนิดมอร์ฟิน ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการรายงานความปวดโดยให้ผู้ป่วยอดทนไปก่อน หากยังไม่ถึงเวลาได้รับยาแก้ปวด (ข้อ 23) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความกังวลใจในการรายงานความปวดกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสำคัญของความรู้และทัศนคติที่มีผลต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็ง โดยการศึกษาในส่วนของผู้ดูแล พบว่า หากผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดจะไม่ลังเลใจต่อการรายงานความปวดให้กับผู้ป่วย (Elliott et al., 1996)

3.2 ระดับการศึกษา จากผลศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีการรับรู้และเรียนรู้ที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จึงทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถอดทนต่อความปวดได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (อัศนี และ คณะ, 2539; Lin, 2001) ดังนั้นหากมีการศึกษาอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดต่างกัน แต่พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยไม่ได้แตกต่างกันมาก โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 74.5 และระดับมัธยมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ร้อยละ 25.4 จึงอาจส่งผลให้ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภลักษณ์ และ คณะ (2544) เรื่องพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดของชาวเขา ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา มีพฤติกรรมในการเผชิญความปวดไม่แตกต่างกัน แต่ในส่วนของผู้ดูแลกลับพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลสามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ร้อยละ 9 ซึ่งหากพิจารณาระดับการศึกษาระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า มีผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรีจำนวนมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วย คือ ร้อยละ 36.7 และระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 64.3 จึงอาจมีผลทำให้ระดับการศึกษาของผู้ดูแลสามารถทำนายการรับรู้ความปวดได้

3.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จากผลการศึกษา พบว่า ระดับสัมพันธภาพที่วัดในผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 94.9 และ 88.8 ตามลำดับ (ตาราง 9 และ 10) แต่พบว่า สัมพันธภาพ ที่วัดจากผู้ป่วย ไม่สามารถทำนายความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้ แต่พบว่า สัมพันธภาพ ที่วัดจากผู้ดูแล สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวด สอดคล้องกับการศึกษาในผู้หญิงที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่า สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดที่สอดคล้องกันของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว มีผลมาจากการมีพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวรวมทั้งความผูกพันใกล้ชิดกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ อันจะส่งผลต่อการคาดคะเนความปวดในผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง (Smith, 2003) และจากการศึกษาผลกระทบของความปวดจากมะเร็ง โดยทำการสัมภาษณ์จากผู้ดูแล พบว่า สามิที่ผู้ดูแลภรรยาจะมีความรู้สึกปวดและทุกข์ทรมานเช่นเดียวกันเมื่อภรรยาที่มีความปวดเกิดขึ้น (Ferrell et al., 1991)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยาหรือคู่สมรส ทำให้มีผลต่อการรับรู้ความปวดได้เนื่องจากความใกล้ชิดในฐานะคู่สมรสจะทำให้สามารถคาดคะเนความปวดได้ตรงกับผู้ป่วยมากขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการวิเคราะห์ในเรื่อง

ของความห่วงใย ความเอาใจใส่ที่คู่สมรสมีให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยอาการเรื้อรังของ นิวตัน จอห์น (Newton-John, 2002) ซึ่งสรุปจากการศึกษางานวิจัยทั้งหมด 27 ฉบับพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสในรายที่มีความปวดเรื้อรังมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความปวดของผู้ป่วย พบว่า คู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีรวรรณ และ คณะ (2540) เรื่องผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวด และระดับความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แรก พบว่า ระดับคะแนนความปวดของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการแสดงออกถึงความห่วงใยที่สามีมีต่อภรรยา จะเป็นการสนับสนุนกำลังใจอันสามารถเผชิญความปวดได้ดี นอกจากนี้ฟอร์ดไช้ (Fordyce, 1976 as cited in Newton-John, 2002) ยังพบว่าระดับความปวดจากการรายงานความปวด และความเครียดของผู้ป่วยลดลงในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากคู่สมรส นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตรมาให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเท่ากับภรรยาที่มาให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลจากบุตรก็ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความปวด เนื่องจากบุตรเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาภรณ์ (2544) โดยทำศึกษาในเรื่องประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลให้ความปวดเพิ่มมากขึ้น พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีครอบครัวมาให้การดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดมากขึ้น และจากการศึกษาของศิริพร (2540) เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า คำพูดที่ปลอบใจจากบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความปวดลดลง รวมทั้งการศึกษาของผ่องรัตน์ (2540) เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 80 รายก็พบว่า การได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดทำให้ความปวดลดลงเช่นเดียวกัน

3.4 เพศ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศ ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งพบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่ ที่พบว่าเพศหญิงรับรู้ความรุนแรงความปวดได้มากกว่าเพศชาย (Carr, 1997; Kallai et al., 2004; Keogh & Herdenfeldt, 2002; Krogh et al., 2000; Rosseland & Stubhaug, 2004; Smith et al., 2004; Wise et al., 2002) สามารถอธิบายว่า ผลการศึกษาทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่ามีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ตาราง 1 และ 2) ซึ่งปัจจัยทางด้านเพศน่าจะมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา แต่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมไทย ที่ผู้หญิงมักจะถูกสอนให้เป็นเพศที่เก็บซ่อนความรู้สึก จึงอาจพบว่าการ

ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ปัจจัยทางด้านเพศจึงไม่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ พงศ์ภารดี (2547) ที่กล่าวถึง ความแตกต่างกันของเพศกับการรับรู้ความปวดว่า งานวิจัยในซีกโลกตะวันตกอาจมีความตรงกันข้ามกับซีกโลกตะวันออก เพราะวัฒนธรรมประเพณีการยอมรับทางสังคมของเพศที่แตกต่างกัน หลายประเทศในซีกโลกตะวันออก ผู้หญิงมีสถานภาพต่ำกว่าผู้ชาย ผู้หญิงถูกสอนให้เป็นผู้ตามขาดการเหนี่ยวนำให้มีความคิดและการแสดงออกที่เป็นอิสระ ดังนั้นผู้หญิงอาจมีความอดทนมากกว่าเพศชาย และการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของประเทศไทยซึ่งจัดเป็นประเทศทางซีกโลกตะวันออกเช่นเดียวกัน และที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างทุกรายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยชัดเจนว่าเป็นโรคมะเร็งและมีความปวดเรื้อรัง ซึ่งตามพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง พบว่าความปวดข้อมเกิดขึ้นเมื่อมีการลุกลามของก้อนมะเร็ง และพบได้ประมาณร้อยละ 70-80 (พงศ์ภารดี และ คณะ, 2533) ดังนั้น ผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงจึงน่ามีระดับความรุนแรงความปวดที่ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchain, 2001) ซึ่งศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความหมายของความปวดและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 300 ราย ในประเทศไทยซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงความปวดเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบความสอดคล้องดังกล่าวจากการศึกษาวิจัยในเรื่องความปวดกับเพศในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้มีความปวดจากมะเร็ง ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเรื่องระดับความทุกข์ทรมานและระดับความปวดของผู้ป่วยขณะได้รับการใส่สายยางในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงจำนวน 100 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานและความปวดไม่แตกต่างกัน (สุนีย์ และ นันทา, 2544) เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้สึกรู้ปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายท่อปัสสาวะ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความรู้สึกรู้ปวดและความทุกข์ทรมานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เรณู และ สมพร, 2535) สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า เพศต่างที่กันมีความรู้สึกรู้ปวดไม่ต่างกัน (สมพร และ เรณู, 2533; Meinhart & Mc Caffery, 1983)

3.5 อายุ อายุมีผลต่อการรับรู้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆในอดีต บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการรับรู้ที่แตกต่างกัน แต่ผลจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางด้านอายุไม่สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลได้ สามารถอธิบายได้ว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่ากับ 53.18 (SD = 12.9) และ 44.92 (SD = 15.16) ตามลำดับ (ตาราง 1 และ 2) ซึ่งจัดว่าอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ดี จึงอาจทำให้ไม่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความ

รู้สึกปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอตาด้วยเลเซอร์ซึ่งเมื่อทำการเปรียบเทียบความรู้สึกปวด ในผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน 3 กลุ่มคือ 20-41 ปี 41-60 ปี และ 61-80 ปี และพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 53.22 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความรู้สึกปวดไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชุตินา และคณะ, 2540) และจากการสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีอายุระหว่าง 18-75 ปี พบว่า อายุไม่มีผลต่อระดับความปวดเช่นเดียวกัน (Von Koff et al., 1988) นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการใช้การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าผ่านอิเล็กโทรด ไปยังผิวหนัง (TENS) ในการลดความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ความปวดที่น้อยที่สุดและความปวดที่เกิดขึ้น ไม่ได้มีความแตกต่างไปตามอายุ (Hargreaves & Lander, 1989) และจากการศึกษาของนันทา และ คณะ (2543) เรื่องระดับความปวดของผู้ป่วยขณะได้รับการใส่และคาสายสวนปัสสาวะ พบว่า ผู้ป่วยที่มีช่วงอายุต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดที่ได้รับการใส่และคาสายสวนปัสสาวะไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน

3.6 ทักษะ ผลการศึกษาพบว่า ทักษะไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถอธิบายได้ว่า ระดับทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.7 และ 91.8 ตามลำดับ ส่วนทักษะในทางบวกพบเพียงร้อยละ 15.3 ในกลุ่มผู้ป่วย และร้อยละ 8.2 ในกลุ่มผู้ดูแล นอกจากนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะในทางลบทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ตาราง 8 และ 9) ดังนั้นผลจากการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ค่อยมีความแตกต่างกันของระดับทักษะของกลุ่มตัวอย่าง อาจส่งผลให้ตัวแปรด้านทักษะไม่มีผลต่อระดับของการรับรู้ความรุนแรงความปวด และอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันมากกว่า 6 เดือน ประกอบกับสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้ง 5 แห่งที่ทำการศึกษานี้เป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่และมีความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้พบว่า ปัจจุบันมีการจัดอบรมในเรื่องของความปวดและการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดให้กับ แพทย์ พยาบาล อยู่เป็นประจำทุกปี รวมทั้งมีสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งออกมาอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยอาจได้รับความรู้ในเรื่องเหล่านี้ตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษาโรค จึงจะเห็นชัดเจนว่าการศึกษานี้ ไม่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีทักษะในทางลบ นอกจากนี้อาจจะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการพัฒนาในเรื่องของทักษะในเรื่องของความปวดไปในทิศทางที่ดีขึ้นด้วย และสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเกิดการเรียนรู้ร่วมกันมาตลอด จึงอาจส่งผลให้ทักษะส่วนใหญ่ของผู้ป่วยอยู่ในระดับเดียวกันกับผู้ดูแล

จากการศึกษาทักษะของผู้ป่วยและผู้ดูแลจากการศึกษานี้ เมื่อนำข้อคำถามมาพิจารณารายข้อ (ตาราง ก3 และ ก4 ภาคผนวก ก) พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อต่ำสุด 5 อันดับโดยพบในข้อมูลที่

ตรงกันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้ (1) เชื่อว่าความปวดเกิดจากภาวะของโรคที่เลวลง (2) เชื่อว่าถ้าผู้ป่วยหลับแสดงว่าไม่มีความปวด (3) เชื่อว่ายาแก้ปวดชนิดฉีดเท่านั้นที่จะทำให้ความปวดลดลง (4) เชื่อว่าการรายงานความปวดทำให้ได้รับยาบ่อยครั้งส่งผลต่อการติดยาได้ และ (5) การบำบัดความปวดด้วยวิธีไม่ใช่ยาอาจไม่ได้ผล ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการลงใจในการรายงานความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล อาจส่งผลต่อการให้คะแนนความปวดที่สูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง ได้แก่ กลัวติดยา ผลข้างเคียงของยา เชื่อว่าความปวดเกิดจากภาวะที่เลวลงของโรค (Ferrell et al., 1994; Price et al., 1998; Hodes, 1989; Ward & Gatwood, 1994) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเชื่อว่าการรักษาโดยวิธีไม่ใช่ยาจะมีประสิทธิภาพต่อการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยได้ (Ferrell et al., 1991) และผู้ป่วยและผู้ดูแลมักเชื่อว่ายาฉีดเท่านั้นที่สามารถทำให้ความปวดลดลงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่าคนไทยจะมีความเชื่อว่ายามีผลดี คือ ยาฉีด (สถาพร, 2533; นิยา, อารี, และ โชมพัทธ์, 2544) สำหรับทัศนคติที่ผู้ดูแลเชื่อว่าหากผู้ป่วยหลับแสดงว่าไม่มีความปวด ซึ่งถือว่าเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการประเมินความปวดเช่นเดียวกัน เนื่องจากความปวดอาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูดได้ ความปวดส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังงาน อ่อนเพลีย (นิยา, 2546) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยหลับไปได้

จากการศึกษา ปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแล มีทั้งหมด 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านความรู้ สัมพันธภาพ และระดับการศึกษา โดยปัจจัยด้านความรู้ เป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ขณะที่ปัจจัยด้าน เพศ อายุ และทัศนคติ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยทั้งหมดที่เลือกมาศึกษาสามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยได้เพียงร้อยละ 6 แต่สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21 สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยทุกตัวที่เลือกมาทำการศึกษานี้ เป็นปัจจัยส่วนบุคคล และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งในด้านผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้น้อยกว่าปัจจัยด้านร่างกายเมื่อเทียบกับผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ประสบกับความปวดโดยตรงมากกว่าผู้ดูแล ประกอบกับในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยทางด้านร่างกายเป็นส่วนที่ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาทำการศึกษา