

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาไว้ดังนี้

1. ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.1 ความหมายของความปวด
  - 1.2 ทฤษฎีความปวด
  - 1.3 อุบัติการณ์ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.4 ผลกระทบจากการไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ
2. บทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ
3. การรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล
  - 3.1 การรับรู้ความปวด : ทฤษฎีพื้นฐาน
  - 3.2 ความสอดคล้องของการรับรู้ความรุนแรงความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล
  - 3.3 การประเมินการรับรู้ความรุนแรงความปวด
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล
  - 4.1 ปัจจัยทางด้านร่างกาย
  - 4.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ
  - 4.3 ปัจจัยส่วนบุคคล และสังคมวัฒนธรรม
    - 4.3.1 เพศ
    - 4.3.2 อายุ
    - 4.3.3 ระดับการศึกษา
    - 4.3.4 ความรู้
    - 4.3.5ทัศนคติ
    - 4.3.6 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล

## 1. ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

### 1.1 ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นสัญญาณเตือนจากร่างกายที่บ่งบอกว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ยากต่อการอธิบายให้ชัดเจนและสมบูรณ์ได้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นส่วนบุคคล ผู้ที่ประสบกับความปวดจะเกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ซึ่งการอธิบายหรือให้ความหมายความปวดของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลลักษณะวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป ประสบการณ์ความปวดที่แต่ละบุคคลเคยประสบมาในอดีต ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้หลายประการดังนี้

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for the Study of pain: IASP) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความปวดว่า “ความปวด” เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกาย (sensation) และอารมณ์ (emotion) เนื่องจากมีการทำลายของเนื้อเยื่อเกิดขึ้นภายในร่างกาย นอกจากนี้ แมคคาฟเฟอร์รี่ (McCaffery, 1989) กล่าวว่าความปวดเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยประสบอยู่ และจะคงอยู่ต่อไป ตราบที่ผู้ป่วยยังบอกว่ามี ซึ่งสุพร (2528) ได้ให้ความหมายของความปวดที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ ความปวดเป็นผลมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย มีการปล่อยสารเคมีบางชนิดไปกระตุ้นที่ประสาทรับความรู้สึก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการรับรู้ความปวดเกิดขึ้น สารเคมีเหล่านั้น ได้แก่ ฮิสตามีน โดปามีน นอร์เอพิเนฟริน โปรสตาแกลนดิน และอาจจะเกิดจากการที่จิตใจได้รับการคุกคามและบุคคลที่ประสบอยู่จะรู้สึกชาซึ่งกับความปวดที่เกิดขึ้นกับตนเอง บุคคลอื่นไม่สามารถที่จะหยั่งรู้ความปวดของบุคคลนั้นได้ และสตาดอร์ (2537) กล่าวว่า ความปวด คือ การรับรู้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่สนองตอบต่ออะไรก็ได้ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และยังเป็นตัวบอกให้บุคคลนั้นหาทางหลีกเลี่ยงหรือหาทางบรรเทาอันตรายที่จะเกิดขึ้นอีกด้วย

โดยสรุป ความปวด เป็นความไม่สุขสบายที่เกิดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือมีการบาดเจ็บเกิดขึ้น รวมทั้งการคุกคามที่เกิดขึ้นจากจิตใจ เป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อนของแต่ละบุคคลยากต่อการอธิบาย ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งความปวดจะยังคงอยู่เมื่อบุคคลนั้นบอกว่ายังคงอยู่ และแต่ละบุคคลจะมีวิธีการที่จะสามารถหลีกเลี่ยงป้องกันจากอันตรายที่จะเกิดขึ้น

ความปวดที่เกิดขึ้น มีกระบวนการเกิดที่สำคัญดังนี้ (สุพร, 2528; McGiure & Sheidler, 1993)

1. การนำกระแสประสาท หรือการกระตุ้นตัวรับความปวด (transduction หรือ receptor activation) เป็นกระบวนการเปลี่ยนพลังงานที่มากระตุ้น เพื่อให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ให้เป็น

กระแสประสาท (nerve impulse) พลังงานที่มากระตุ้นอาจเป็นแรงกล (mechanical) ความร้อน (thermal) สารเคมี (chemical) ซึ่งเรียกว่า น็อกซ์เซียม (noxious stimuli) ทำให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บเสียหาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด ในการนำกระแสประสาทนี้ประกอบด้วยปลายประสาทที่กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย เป็นตัวรับความปวด (nociceptor) ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

2. การส่งต่อกระแสประสาท (transmission) เป็นกระบวนการนำกระแสประสาทจากส่วนปลายขึ้นสู่ระบบประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่รับรู้ความปวด โดยตัวรับความปวดจะส่งกระแสประสาทไปตามเส้นใยประสาทนำเข้า (afferent nerve fibers) ซึ่งประกอบด้วยใยประสาท 2 ชนิด คือ ใยประสาทที่มีปลอกหุ้ม (A-delta fibers) และใยประสาทที่ไม่มีปลอกหุ้ม (C-delta fibers) กระแสประสาทผ่านส่วนหลังของไขสันหลัง (dorsal horn of spinal cord) ไปตามสไปโนทาลามิก (Spinothalamic pathways) ทาลามัส จนถึงสมอง (thalamus of cortex)

3. การปรับกระแสประสาท (modulation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากประสาทส่วนหนึ่ง โดยทำหน้าที่ควบคุมระบบประสาทหลักที่ทำหน้าที่นำความเจ็บปวด ในปัจจุบันกลไกการควบคุมที่มีอยู่ 2 ระบบ คือ ส่วนหลังของไขสันหลัง (dorsal horn) ด้วยทฤษฎีควบคุมประตู (gate control) และ ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดจากสารภายในร่างกาย (endogenous pain control) ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่ periaqueductal gray (PG) และมีปลายทางอยู่ที่ส่วนหลังของไขสันหลัง (dorsal horn) เช่นกัน

4. การรับรู้ความปวด (pain perception) จะเกิดขึ้นที่ระดับสมอง โดยบุคคลนั้นจะบอกได้ว่ามีความรู้สึกปวด โดยแสดงออกตามพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด (pain reaction) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ซึ่งจะแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล

### 1.2 ทฤษฎีความปวด

ทฤษฎีความปวดที่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

ในปี ค.ศ. 1965 แมกเซค และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965, 1992, 1988 as cited in Black & Matassarini-Jacobs, 1993) ได้เสนอทฤษฎีควบคุมประตู โดยอธิบายว่า มีการถ่ายทอด (transmission) และตัดแปลง (modulation) กระแสประสาทเกิดขึ้นในบริเวณต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย ส่วนประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน คือ กลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง (spinal gate mechanism) ระบบควบคุมส่วนกลาง (central biasing system) และระบบแสดงผล (action system) (สุพร, 2528; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995)

1. กลไกควบคุมที่ระดับไขสันหลัง มีระบบควบคุมประจําทางผ่านของกระแสประสาทอยู่ในระดับไขสันหลังส่วนซ้บสแตนเทีย จีลาติโนซ่าหรือเซลล์ เอส จี (substaintia gelatinosa or SG) โดยกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะผ่านใยประสาทขนาดใหญ่ (A-beta) และใยประสาทขนาดเล็ก (A-delta and C- fiber) แล้วไปประสานต่อกับเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทส่วนปลายหรือเซลล์ที (transmission cell or T cell) ซึ่งไปกระตุ้นการทำงานของสมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกปวดขึ้น แต่ก่อนที่ขึ้นไปยังเซลล์ ที กระแสประสาทจะต้องผ่านเซลล์ เอส จี ซึ่งเป็นเซลล์ที่อยู่ตามแนวยาวของไขสันหลัง ทำหน้าที่เสมือนประตูเปิด ปิด โดยส่งเสริมการยับยั้งกระแสประสาทในใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก คือ ถ้าเซลล์ประสาทขนาดใหญ่มีพลังงานกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้นเซลล์เอส จี เป็นผลให้มีการยับยั้งกระแสประสาทที่จะมากระตุ้นเซลล์ ที จึงไม่มีการนำกระแสประสาทความปวดขึ้นไปสู่สมอง เรียกว่า ประตูปิด (close the gate) แต่ถ้าเส้นใยประสาทขนาดเล็กมีพลังกระแสประสาทมากกว่าจะไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ เอส จี เป็นผลให้มีการนำกระแสประสาทไปยังเซลล์ ที ทำให้มีการนำกระแสประสาทความปวดขึ้นไปยังสมอง เรียกว่า ประตูเปิด (open the gate) โดยกระแสประสาทนำความรู้สึกปวดจะไปประสานกับเซลล์ประสาทในลำดับที่สอง (second-order pain transmission) แล้วข้ามมายังเวินโทรแลเทอรอล (ventrolateral part) ของไขสันหลัง และขึ้นไปตามสไปโนธาลามิก แทรค (spinothalamic tract) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 เส้นทาง

1.1 นิโอสไปโนธาลามิก แทรค (neospinothalamic tract) รับกระแสประสาทจากใยประสาทเอ-เคลด้า ขึ้นสู่ธาลามัส (thalamus) แล้วส่งต่อไปยังสมองส่วนโซมาโตเซนซอรี คอรัเทกซ์ (somatosensory cortex) ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งและลักษณะของสิ่งกระตุ้น แมคเชค และวอลล์ เรียกเส้นทางนี้ว่า ระบบจำแนก (discriminative pathway)

1.2 พาลีโอสไปโนธาลามิก แทรค (paleospinothalamic tract) รับกระแสประสาทจากใยประสาท ซี ขึ้นไปยังเรติคูลาร์ ฟอรัเมชัน (reticular formation) เพอริอะควิดักทัล เกรย์ (periaqueductal gray) ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ธาลามัส (thalamus) แล้วส่งต่อไปยังเปลือกสมอง (cortex) และระบบลิมบิก (limbic) กระแสประสาทที่ไปสู่เรติคูลาร์ ฟอรัเมชัน จะกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัว สนใจต่อการบาดเจ็บ และกระแสประสาทที่ไปสู่ไฮโปทาลามัสและระบบลิมบิก จะกระตุ้นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อความปวด ซึ่ง แมคเชค และวอลล์ เรียกระบบนี้ว่า ระบบเร้าอารมณ์ (motivation affective system)

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง จะรับกระแสประสาทนำเข้าจากใยประสาทนิโอสไปโนธาลามิก และจากธาลามัส ข้อมูลจะถูกส่งไปยังเปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) และระบบลิมบิก ซึ่งระบบควบคุมส่วนกลางนี้แบ่งการทำงานออกเป็น 3 ส่วน คือ

2.1 ส่วนจำแนกความรู้สึกและแยกแยะ (sensory discriminative system) ทำหน้าที่รับความรู้สึกและแยกแยะข้อมูลเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ตำแหน่ง ลักษณะ และความรุนแรงของความปวด

2.2 ส่วนกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (motivation affective system) ประกอบด้วย ฮาลามัส เปลือกสมองใหญ่ และระบบลิมบิก ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย ความไม่พึงพอใจต่อความปวด

2.3 ส่วนรับรู้และจดจำ (cognitive component) เป็นหน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่ที่วิเคราะห์ประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด ความรุนแรง หรือความสำคัญของสิ่งกระตุ้น โดยผสมผสานข้อมูลจากระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง เกิดการรับรู้และจดจำข้อมูลรวมถึงการใช้ข้อมูล และกลวิธีตอบสนองต่อความปวด

3. ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง ส่วนนี้อยู่ที่เรติคูลาร์ โฟร์เมชันของก้านสมอง ทำหน้าที่รักษาระดับของตัวกระตุ้นความรู้สึก (sensory input) ที่ไปสู่ส่วนอื่นๆ ของสมองให้เหมาะสม โดยมีกระแสประสาทไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทส่วนปลาย เพื่อจัดสัดส่วนของการรับกระแสประสาทเข้าอย่างเหมาะสม ถ้าตัวกระตุ้นความรู้สึกเพิ่มขึ้นส่วนที่ยับยั้งการนำเข้าก็จะเพิ่มขึ้นด้วย การทำงานของระบบนี้จะมีอิทธิพลต่อระบบควบคุมส่วนกลางหรือได้รับอิทธิพลจากระบบควบคุมส่วนกลาง โดยมีการส่งกระแสประสาทไปปรับสัญญาณการทำงานของระบบควบคุมประคุดที่ไขสันหลังด้วย

4. ระบบแสดงผล เป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อนในการแสดงความปวดทางด้านพฤติกรรม จะแสดงออกหลังจากรับรู้ความปวดแล้ว ได้แก่ การแสดงออกทางด้านการเคลื่อนไหว การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา การแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงความปวด ซึ่งการตอบสนองต่อความปวดต้องมีการผสมผสาน ระหว่าง จิต สรีระ และสภาพแวดล้อม

### 1.3 อุบัติการณ์ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งนับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นปัญหาที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นร้อยละ 70-80 (พงษ์ภรดี และคณะ, 2533) ในการศึกษาวิจัยของ อภิรดี (2547) ที่ศึกษาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ ซึ่งผู้วิจัย ได้จัดลำดับของอาการที่พบบ่อยตามความถี่และความรุนแรงของอาการ พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก จะมีอาการปวด/เจ็บ มาเป็นลำดับที่ 1 ซึ่งจัดว่าเป็นอาการที่มีความถี่และความรุนแรงมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับสถาพร (2537) โดยจัดเป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปตามส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้ก้อนมะเร็งมีโอกาสไปกดทับ หรือแพร่กระจายเข้าไปในเส้นประสาท รวมทั้งขนาดของมะเร็งที่ใหญ่ขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายมาก ซึ่งอาจจะพบได้

ประมาณร้อยละ 78 นอกจากนี้การปวดจากการรักษาไม่ว่าจะเป็นเคมีบำบัด รังสีรักษา ก็จะทำให้เนื้อเยื่อมีการบาดเจ็บ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการปวดได้พบประมาณร้อยละ 19

สาเหตุความปวดในผู้ป่วยมะเร็งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (สุพร, 2528; World Health Organization, 1996) คือ

1. ความปวดที่มีสาเหตุมาจากก้อนทumor พบได้ร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็ง เนื่องจากการลุกลามของมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังเส้นประสาท กระดูก (bone metastasis)

2. ความปวดที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา พบได้ร้อยละ 20 – 25 ของผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวดแผลที่เกิดจากการผ่าตัด (post-surgical scared pain) อาการปวดแขนขาข้างที่ถูกตัดออกไปแล้ว (phantom limb pain) อาการปวดเส้นประสาทหลังจากเป็นริเริ่มหรืองูสวัด (post herpetic neuralgia)

3. ความปวดที่ไม่ได้เกิดจากก้อนทumorของมะเร็งหรือการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งอาจจะเป็นความปวดที่เกิดขึ้นก่อนหรือหลังจากการเกิดโรคมะเร็ง พบได้ร้อยละ 3-10 ของผู้ป่วย เช่น การปวดหลังจากกระดูกเสื่อม ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดท้องจากแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

ชนิดของความปวดจากมะเร็ง

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ความปวดที่แบ่งตามระยะเวลาการเกิดความปวด 2) ความปวดที่แบ่งตามพยาธิสภาพที่เกิดโรคมะเร็ง (พงศภัทรดี, 2536; ลักขมี, 2542; เพ็ญแข, 2549; Matassarini -Jacob, 1993) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความปวดที่แบ่งตามระยะเวลาการเกิดความปวด ได้แก่

1.1 ความปวดเฉียบพลัน (acute pain)

1.1.1 ความปวดเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง (acute cancer - relate pain) คือ เป็นความปวดที่มักพบในรายที่ไม่เคยทราบว่าเป็นมะเร็ง การที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมาไม่เกิน 3-6 เดือน อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นความปวดที่มีลักษณะไม่เหมือนความปวดเล็กๆ น้อยๆ ที่เคยมีมาในอดีต มีอาการฉุกเฉินรุนแรงต้องมาพบแพทย์เร่งด่วน อาการปวดส่วนใหญ่จะทุเลาและหายไปเมื่อมีการรักษา เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง และการฝังแร่ เป็นต้น

1.1.2 ความปวดเฉียบพลันที่มีความสัมพันธ์กับการรักษา (acute pain associated with cancer therapy) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดในระยะที่ให้การรักษาหรือหลังจากการรักษา ส่วนใหญ่เป็นความปวดที่มีคาดการณ์มาก่อนการรักษา ความปวดเหล่านี้จะมีการเริ่มต้นและสิ้นสุดที่แน่นอน และบางครั้งอาจจะหายไปเอง เช่น ความปวดจากการผ่าตัด ความปวดจากการให้เคมีบำบัด การฉายรังสี เมื่อมีการรักษาที่สิ้นสุดลง

1.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นระยะเวลาานานกว่า 6 เดือน สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1 ความปวดเรื้อรังที่เกิดจากการลุกลามของโรค (chronic pain caused by cancer progression) พบมากกว่าร้อยละ 90 โดยเฉพาะระยะที่มีการลุกลามของโรคและเมื่อมีการรักษาที่เฉพาะของโรคอาจไม่ได้ผล ความปวดจะรุนแรงและทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจะท้อแท้หมดหวัง ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสมาธิ หงุดหงิด ผู้ป่วยอาจร้องไห้และแสดงความรู้สึก เสียใจ และหากผู้ป่วยมีจิตใจจดจ่อกับการรักษาและผลจากการรักษาโดยตลอด การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์จึงเป็นทั้งสาเหตุและผลของความปวด

1.2.2 ความปวดเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการรักษา (chronic pain associated with cancer therapy) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาที่มีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทและเซลล์ประสาทในไขสันหลัง ความปวดที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการที่จำเพาะ ซึ่งเป็นความปวดที่มีมากขึ้นเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ จึงไม่สามารถที่จะรักษาด้วยการเอาสาเหตุออกไปได้

1.2.3 ความปวดเรื้อรังที่มีอยู่เดิม (pre existing chronic pain and cancer related pain) เช่น ปวดหลัง ปวดหัวแบบไมเกรน (migraine) ปวดกล้ามเนื้อแบบ myofascial pain ปวดเส้นประสาทแบบ trigeminal neuralgia

1.2.4 ความปวดเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการติดยา (cancer related pain and drug addiction) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาเรื่องติดยาเสพติดมาก่อนมักมีแนวโน้มติดยาได้อีก ทั้งนี้มีสาเหตุจากความเครียด ความปวด อาการซึมเศร้าเสียใจ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัว

1.2.5 ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (dying patient with pain) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะปวดรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ การดูแลจะเป็นลักษณะของการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต่างจากกลุ่มอื่น เนื่องจากสภาพร่างกายที่ทรุดลงอย่างรวดเร็ว

## 2. ความปวดที่แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ (สถาพร, 2539)

2.1 ความปวดที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) เป็นความปวดที่มีผลมาจากตัวรับความปวดถูกกระตุ้น (nociceptors) ถูกกระตุ้นจากบริเวณผิวหนังหรือเนื้อเยื่อในระดับที่ลึกกว่าลงไป มักเกิดจากการขยายขอบเขตของโรคมะเร็งและการดำเนินโรค โดยเกิดขึ้นได้ทั้งที่เป็นความปวดจากเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบของร่างกาย (somatic pain) และความปวดอันเป็นอวัยวะมาจากภายในร่างกาย (visceral pain)

2.2 ความปวดที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพที่ระบบประสาท (neuropathic pain) ซึ่งเป็นผลมาจากตัวรับความรู้สึกบริเวณประสาทสัมผัสได้รับการบาดเจ็บ มักเกิดจากมะเร็งกดทับหรือแพร่กระจายไปยังเส้นประสาทส่วนปลาย หรือไขสันหลัง หรือการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลายที่เกิดจากการผ่าตัด การฉายรังสี การได้รับยาเคมีบำบัดหรือการติดเชื้อไวรัส

#### 1.4 ผลกระทบจากการไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ มากมาย เฟอร์เรล และ คณะ (Ferrell et al., 1991) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีความปวด จากการศึกษาของสมพร, พรจันทร์ และ สถาพร (2541) โดยศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผลของความปวดเมื่อไม่ได้รับการจัดการจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้านในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตในระดับมากเกือบทั้งหมด คือ รบกวนอารมณ์ การนอน การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคลีแลนด์ และ คณะ (Cleeland et al., 1996) พบว่าความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน อารมณ์ และการนอนหลับ ซึ่งนำไปสู่ความปวดที่รุนแรงขึ้น และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความปวดของโรคมะเร็งพบว่า ผลกระทบของความปวดที่ปรากฏให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามโครงสร้างคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน คือ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น รับประทานอาหารไม่เพียงพอ เจ็บปาก เคี้ยวกลืนลำบาก การเคลื่อนไหวลดลง ขับถ่ายลำบาก นอนไม่หลับหรือหลับได้ในช่วงสั้นๆ ไม่มีอารมณ์ทางเพศ ความคิดช้าลง ลืมง่าย 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ เช่น ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเศรษฐกิจ เช่น การได้ทำตามบทบาทหน้าที่ พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น 4) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณในทางลบ เช่น รู้สึกผิด คุณค่าของตนเองลดลง (นียา, อารีย์ และ โคมพักตร์, 2545) สอดคล้องกับสุดสบาย (2546) ที่กล่าวว่าความปวดของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อตัวบุคคล และสภาพแวดล้อม ซึ่งตัวผู้ป่วยจะมีลักษณะการควบคุมตนเองลดลง ความสามารถในการรับรู้ลดลง ทักษะการปรับตัวเปลี่ยนไป อารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมลดลง บุคลิกภาพและภาพลักษณ์เปลี่ยนไปในทางลบ ต้องส่งผลกระทบต่อสามี/ภรรยา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ เช่น ภรรยาต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่ป่วย อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวได้



## 2. บทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ความปวดที่เกิดขึ้น นอกจากเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดให้กับผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถที่จะจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาการเกิดผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ดูแลที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือบุคคลที่รักได้เมื่อเกิดความปวดขึ้น และร้อยละ 22 ของผู้ดูแลรับรู้ว่าความปวดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สร้างความวิตกกังวลให้กับตนเองเป็นอย่างมาก (Ferrell, Wisdom & Brown, 1989) สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากผู้ดูแลมีส่วนช่วยในเรื่องของการเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ความปวดให้กับผู้ป่วยได้ เช่น การให้กำลังใจ เสริมแรงกับผู้ป่วยในการต่อสู้และเผชิญความปวดซึ่งมีผลทำให้การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยลดลง (Kerns, 1999) ซึ่งจากการศึกษาของปิยาภรณ์ (2544) ศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี พบว่า การดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยในการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยลงได้ และการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความปวด การบริหารยาแก้ปวด การประเมินความปวด การออกฤทธิ์ของยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะนำความรู้ไปปฏิบัติในการจัดการความปวดได้ หรือผู้ดูแลสามารถที่จะมีการพูดคุยเพื่อปรับขนาดของยาให้กับผู้ป่วยได้หากยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่สามารถที่จะควบคุมความปวดได้ และยังคงต้องรายงานความปวดแทนผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถที่จะรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง รวมทั้งปัญหาในเรื่องต่างๆ เพื่อร่วมกันหาแนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย (Puntillo et al., 2003)

## 3. การรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

### 3.1 การรับรู้ความปวด : ทฤษฎีความปวด

กระบวนการรับรู้ความปวด (pain perception) เป็นกระบวนการต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดกระแสประสาทขึ้นไปยังสมอง จะเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น เชื่อว่าการรับรู้ความปวด เป็นการทำงานร่วมกันของสมองหลายๆ ส่วน ในทฤษฎีควบคุมประตูดิบายว่า การรับรู้ในขั้นนี้มีอิทธิพลให้เกิดการกระตุ้นสมองส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต การรู้คิด (cognitive-evaluative) การเร้าทางอารมณ์ (motivational-affective) และการแยกแยะ

ความรู้สึกรู้สึก (sensory-discriminative) และการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกันนี้ จะมีการเชื่อมโยงกับสมองที่จะทำงานในลักษณะของการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงกระแสประสาทความปวดนี้ด้วย โดยมีประสาทเส้นใยประสาทนำลง (descending pathway) ไปขัดขวางหรือยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท ทำให้ความปวดลดลง

ความรู้ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เข้าใจได้ชัดเจนขึ้นว่า การรับรู้ความปวดของมนุษย์ ได้ถูกปรับเปลี่ยนโดยปัจจัยด้านความคิด ซึ่งอาจสัมพันธ์กับ 1) วัฒนธรรมและความเชื่อส่วนบุคคล เช่น ประสบการณ์ในอดีต ความคาดหวัง การให้ความหมายของความปวด 2) ทางด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้า และ 3) ทางด้านความรู้สึกรู้สึกอื่นๆ เช่น การอ่อนล้า (McCaffery & Pasero, 1999; Paice, 1999; Raj, 1996; Terman & Bonica, 2001 อ้างตาม วงจันทร์, 2547) ความปวดจึงเป็นประสบการณ์ที่สลับซับซ้อน ความปวดจึงเป็นประสบการณ์หลากหลายมิติ (multidimension phenomenon) ซึ่งประกอบด้วยมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวัฒนธรรม จึงไม่ใช่ประสบการณ์มิติเดียว (unidimension) มิติต่างๆ ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความปวดและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับความปวด (วงจันทร์, 2547)

### 3.2 ความสอดคล้องของการรับรู้ความรุนแรงความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงความปวดในผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ดูแลมักมีการประเมินความปวดสูงกว่าผู้ป่วย (Elliott et al., 1996; Louchuk & Degner, 2002; McMillan & Moody, 2003; Miaskowski et al., 1997, Yeager, Miaskowaki, Dibble & Wallhagen, 1995) ดังเช่น จากการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งทำการศึกษาโดยการประเมินการรับรู้ความรุนแรงความปวดของทั้งสองกลุ่ม เมื่อนำระดับคะแนนมาเปรียบเทียบกันพบว่าผู้ดูแลประเมินความรุนแรงความปวดให้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงกว่าที่ผู้ป่วยรับรู้ และพบว่ามีผู้ดูแลร้อยละ 70 ที่มีการรับรู้ความปวดไม่ตรงหรือไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย โดยอธิบายว่าความไม่สอดคล้องกันในการรับรู้อาจเนื่องมาจากการเกิดความรู้สึกเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Miaskowski, et al., 1997) นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดของผู้ดูแลที่สอดคล้องกันกับผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลจำนวน 31 คู่ พบว่า การรายงานความปวดที่รายงานโดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน โดยผู้ดูแลประเมินความรุนแรงความปวดให้กับผู้ป่วยสูงกว่าผู้ป่วยเช่นเดียวกัน (Redinbaugh, Baum, DeMoss, Fello & Arnold, 2002)

การรับรู้ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากการรับรู้ที่ตรงกันของผู้ป่วยและผู้ดูแลจะส่งผลทำให้เกิดการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ดูแลจัดว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่

มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าพยาบาล ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องของความปวดและการประเมินความปวด จะทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลในเรื่องของการจัดการความปวดให้กับบุคคลที่ตนเองรักได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในเรื่องความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3.3 การประเมินการรับรู้ความรุนแรงความปวด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) (S eer, 1999) มีการระบุตัวเลขระดับของความปวดต่อเนื่องกันไปตามเส้นตรง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-9 หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้น จนถึง 10 คะแนนเพื่อวัดระดับความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยเป็นระดับความปวดที่ผู้ป่วยประสบอยู่ในขณะนี้ สำหรับคะแนนความปวดที่ได้แต่ละข้อผู้วิจัยได้นำมาแบ่งระดับความปวดของเซอร์ลิน, เมนดูซา, แนคคูรา, เอ็ดวาร์ด และคลีแลนด์ (Serlin, Mendoza, Nakamura, Edward & Cleeland, 1995) ในการแปลความหมายของความปวดดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย

คะแนน 1-4 หมายถึง ปวดเล็กน้อย

คะแนน 5-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมาก

โดยการแปลผลนี้เป็นการแปลผลประกอบคำบรรยายว่าการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยและการรับรู้ความปวดของผู้ดูแลอยู่ในระดับใด คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหากค่าคะแนนมีเศษจุดทศนิยมมากกว่า 0.5 จะปัดขึ้นเป็นจำนวนเต็ม หากจุดทศนิยมน้อยกว่า 0.5 จะปัดทศนิยมนั้นทิ้ง

## 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวด จะมีการรับรู้และมีการตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างกัน ทั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงความปวดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Black & Matassarin-Jacobs, 1993; Fink & Gate, 2001; McGiure, 1991; อรัญญา และ นिया, 2545) ดังนี้

### 4.1 ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่

4.1.1 ความรุนแรงของสิ่งกระตุ้น สิ่งกระตุ้นที่มีความรุนแรงมากจะส่งผลทำให้มีการบาดเจ็บเกิดขึ้นมาก เช่น การมีบาดแผลที่ใหญ่จะส่งผลให้มีความปวดรุนแรงมากกว่าบาดแผลที่มีขนาดเล็ก

4.1.2 ลักษณะความปวด ผู้ป่วยมีความปวดเฉียบพลัน มักมีความคาดหวังว่าจะหาย ทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง

4.1.3 ตำแหน่งร่างกายที่ถูกกระตุ้น ถ้าบริเวณร่างกายที่ถูกกระตุ้น มีความไวต่อความปวด การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดก็จะเพิ่มขึ้น

4.1.4 ระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลง จากสาเหตุใดๆ ก็ตามก็จะมี การรับรู้ความปวดและการตอบสนองต่อความปวดลดลง

4.1.5 ความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การได้รับอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดพลังงานสำรองที่ใช้ ในการปรับตัว เพื่อควบคุมความปวด การรับรู้ความปวดจึงเพิ่มขึ้น

#### 4.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่

4.2.1 สภาพอารมณ์ เช่น เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวด ความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า ความโกรธ จะมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวด และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดเพิ่มขึ้น

4.2.2 ประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ความปวดที่รุนแรง และไม่ได้ รับการบรรเทาปวดอย่างเพียงพอ จะมีความกลัวต่อความปวด ไม่อยากประสบอีกทำให้มีระดับ ความอดทนต่อความปวดลดลง การรับรู้ความรุนแรงความปวดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความ ปวดก็จะเพิ่มขึ้น

4.2.3 ความหมายความปวดต่อผู้ป่วย เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ อี ตมโนทัศน์ บทบาทของผู้ป่วย และประโยชน์หรือโทษที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความปวดของผู้ป่วยแต่ละ คนจึงมีความหมายแตกต่างกัน ทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงความปวดที่แตกต่างกัน

#### 4.3 ปัจจัยส่วนบุคคล และสังคมวัฒนธรรม ได้แก่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวด โดยผู้วิจัยเลือกศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ โดยเลือกศึกษา ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจัยด้าน ความรู้ และปัจจัยด้านทัศนคติ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาด้วย เนื่องจากปัจจัย เหล่านี้จะทำให้ทราบถึงความแตกต่างกันของผู้ป่วยในการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่มีความปวดในแต่ละบุคคล โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมา

ศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และได้ทบทวนวรรณกรรมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดทั้ง 6 ปัจจัยดังนี้

4.3.1 เพศ ผู้หญิงมักจะมีความรู้สึกปวดมากกว่าผู้ชาย อาจเกิดจากสังคมโดยทั่วไปที่เปิดโอกาสให้ผู้หญิงแสดงความรู้สึกปวดมากกว่าผู้ชาย และจากความเชื่อที่ว่าผู้ชายไม่ควรร้องไห้เมื่อปวด หรือผู้ชายต้องเก็บซ่อนความรู้สึก ในขณะที่ผู้หญิงมีโอกาสระบายความรู้สึกออกมาเป็นคำพูดหรือพูดในสิ่งที่ตนไม่พอใจได้ ผู้หญิงจึงมีแนวโน้มที่จะแสดงออกถึงความรู้สึกปวดได้มากกว่าผู้ชาย (Carr, 1997) และจากผลการศึกษาของไวซ์, ไพรซ์, ไมเออร์, เฮท และ โรบินสัน (Wise, Price, Myers & Robinson, 2002) ซึ่งศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับบทบาทของเพศต่อความคาดหวังในการรับรู้ความปวด โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 148 ราย เป็นเพศชาย 61 ราย และเป็นเพศหญิง 87 ราย พบว่า เพศชายมีระดับความทนทานและความอดทนต่อความปวดเมื่อได้รับการกระตุ้นด้วยความร้อนมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาระดับความปวดของผู้ป่วยขณะที่ได้รับการใส่และคาสายสวนปัสสาวะ พบว่า ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นันทา, นฤมล และ นิตยา, 2543) สอดคล้องกับ การศึกษาความปวดระหว่างเพศชายกับเพศหญิงในวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีจำนวน 100 ราย พบว่า เพศชายทนต่อความปวดที่เกิดจากความเย็นที่ทำให้หลอดเลือดตีบตัวได้มากกว่าเพศหญิง และเพศชายรายงานความปวดน้อยกว่าเพศหญิง (Krogh, Hatton & Ellery, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในวัยผู้ใหญ่จำนวน 160 ราย ซึ่งแบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนกลุ่มละ 80 ราย พบว่าเพศหญิงมีระดับความรุนแรงความปวดจากการเอามือจุ่มน้ำซึ่งมีอุณหภูมิ -1 องศาเซลเซียส มากกว่าเพศชาย (Kallai, Barke & Voss, 2004) และการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความปวดและการรับรู้ความปวดระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่า เพศหญิงมีการรายงานความปวดในทางลบมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศหญิงมักใช้อารมณ์ในการเผชิญกับความปวด ในขณะที่เพศชายใช้ความรู้สึกในการเผชิญกับความปวด (Keogh & Herdenfeldt, 2002) และ พงศ์ภารดี (2547ก) กล่าวว่า ภาวะปวดที่พบบ่อยหลายชนิดชุกชุมในประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในส่วนของความรู้สึก (cognitive) เพศหญิงจะมีระดับการรับรู้อาการปวด (pain threshold) ต่ำกว่าเพศชาย อาจเป็นไปได้ว่าเพศหญิงมีชีวภาพที่ไวสามารถตรวจพบสัญญาณเร้าได้ดีกว่าเพศชาย แต่งานวิจัยในซีกโลกตะวันตกอาจมีความตรงกันข้ามในซีกโลกตะวันออกในเรื่องความแตกต่างกันในเรื่องของเพศกับการรับรู้ความปวด เพราะวัฒนธรรมประเพณีการยอมรับทางสังคมของเพศที่แตกต่างกัน หลายประเทศในซีกโลกตะวันออก ผู้หญิงมีสถานภาพต่ำกว่าผู้ชายผู้หญิงถูกสอนให้เป็นผู้ตามขาดการเหนี่ยวนำให้มีความคิดและการแสดงออกที่เป็นอิสระ ดังนั้นเพศหญิงอาจมีความอดทนมากกว่าเพศชาย

นอกจากนี้ การศึกษาในปัจจัยด้านเพศของกลุ่มสมรสที่ให้การดูแลว่ามีอิทธิพลต่อความปวดของผู้ป่วย โดยการศึกษาในกลุ่มสามีภรรยาจำนวน 50 คู่ เป็นหญิง 25 คน เป็นชาย 25 คน ศึกษาในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคกระดูกอักเสบที่มีความปวด โดยการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยซึ่งมีภรรยาเป็นผู้ดูแลจะมีการแสดงออกถึงความปวดมากกว่าผู้ป่วยที่มีสามีเป็นผู้ดูแล ผู้ศึกษาได้อธิบายปรากฏการณ์ในเรื่องนี้ว่าความเป็นเพศหญิงหรือเพศของมารดาจะมีอิทธิพลต่อการชักนำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมความปวดของผู้ที่อยู่ในความดูแลเนื่องจากความเป็นมารดาจะสามารถที่จะทราบถึงความปวดหรือความไม่สุขสบายของบุคคลได้เร็วกว่าเพศชายและสามารถที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ (Smith, Keefe, Caldwell, Romano & Baucom, 2004) แต่มีงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ จากการศึกษาร่วมของเพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchain, 2001) ซึ่งศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความหมายของความปวดและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 300 ราย ในประเทศไทย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงความปวด สอดคล้องกับงานวิจัยในเรื่องการรับรู้ความปวดในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ดังเช่น การศึกษาวิจัยเรื่องระดับความทุกข์ทรมานและระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยขณะได้รับการใส่คาสายยางในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงจำนวน 100 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน (สุนีย์ และ นันทา, 2544) เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้สึเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายท่อปัสสาวะ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิงมีความรู้สึเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เรณู และ สมพร, 2535) สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่า คนที่มีเพศต่างกันมีความรู้สึเจ็บปวดไม่ต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน (สมพร และ เรณู, 2533; Meinhart & McCaffery, 1983)

4.3.2 อายุ อายุมีผลต่อการรับรู้ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Orem, 1995) ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จึงแสดงออกซึ่งความปวดน้อยกว่าบุคคลที่อยู่ในวัยเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรพิเชฐเชียร (Petpichetchain, 2001) ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยและรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า เช่น ผู้สูงอายุจะมีสภาพอารมณ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย และความปวดไปรบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ นันทา และ คณะ (2543) พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยขณะที่ได้รับการใส่และคาสายสวนปัสสาวะในกลุ่มอายุต่างกัน มีคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน และการศึกษารูสึกปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอตาคด้วยเลเซอร์ซึ่งเมื่อทำการเปรียบเทียบความรู้สึเจ็บปวด ในผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน 3 กลุ่มคือ 20-41

ปี 41-60 ปี และ 61-80 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีความรู้สึกลปวดไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ซุติมา, สมพร และ สุภา, 2540) และจากการสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีอายุระหว่าง 18-75 ปี พบว่า อายุไม่มีผลต่อระดับความปวด (Von Koff, Dworkin, Le Reshe & Kruger, 1988) เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีการใช้การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าผ่านอิเล็กโทรด ไปยังผิวหนัง (TENS) ในการลดความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ความเจ็บปวดที่น้อยที่สุดและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นไม่ได้มีความแตกต่างไปตามอายุ (Hargreaves & Lander, 1989)

4.3.3 ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับสูงย่อมมีการรับรู้และการเรียนรู้ที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ เนื่องจากการศึกษาจะเป็นสิ่งที่พัฒนาสติ ระดับพัฒนาการ สามารถที่จะเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดี และพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการอดทนต่อความปวดได้สูง เนื่องจากการศึกษาจะเป็นตัวช่วยในการปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ทำให้ความรู้สึกลทุกข์ทรมานต่ำกว่า (อัสนี และ คณะ, 2539) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภลักษณ์ และ คณะ (2544) เรื่องพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอดของชาวเขา ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับการศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา มีพฤติกรรมในการเผชิญความปวดไม่แตกต่างกัน และการศึกษามลรัตน์ (2547) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลในส่วน of ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็ง และในส่วนของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ จะประเมินความปวดไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย (Lin, 2001)

4.3.4 ความรู้ ความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องความปวดในผู้ป่วยมะเร็งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทราบและสามารถที่จะนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การรับรู้และสามารถจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ในส่วนของผู้ป่วย ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือ ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะบอกความจริงแก่ผู้ดูแลเนื่องจากกลัวการติดยารวมทั้งผลข้างเคียงของยา (Riddell & Fitch, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความกลัวต่อการรายงานความปวดเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าเป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้ดูแลทราบว่ามีอาการลุกลามของโรคเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรายงานความปวด คือ ส่งผลต่อการลดลงของการรายงานความปวดในผู้ป่วย (Elliott et al., 1996)

ผู้ดูแล จัดว่าเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของความปวด จากการศึกษาในเรื่องความสำคัญของความรู้และทัศนคติที่มีผลต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ความรู้ที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ทำให้มีการประเมินความปวด

ให้กับผู้ป่วยสูงกว่าความเป็นจริง และปัจจัยด้านการรู้คิดของผู้ดูแล (cognitive factors) ซึ่งหมายรวมถึงความรู้และทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรายงานความปวดให้กับผู้ป่วยได้มากที่สุด กล่าวคือ หากผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดจะไม่ลังเลใจในการรายงานความปวดให้กับผู้ป่วย (Elliott et al., 1996) จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่าความรู้ของผู้ดูแลและผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจว่าทำไมต้องให้ยาผู้ป่วยมะเร็งก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความปวดรุนแรง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังไม่เชื่อว่าการรักษาโดยไม่ใช้ยาจะมีประสิทธิภาพต่อการจัดการความปวดให้ผู้ป่วย (Ferrell et al., 1991) การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ในเรื่องของความปวดในโรคมะเร็งรวมทั้งการจัดการความปวดย่อมส่งผลให้มีความขัดแย้งหรือส่งผลต่อการรับรู้ความปวดที่ไม่ตรงกันของทั้งสองกลุ่ม จากการศึกษาวิจัย เรื่อง บทบาทของความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวจำนวน 122 คู่ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ในเรื่องของการจัดการความปวดดีจะสามารถที่จะประเมินความปวดได้สอดคล้องใกล้เคียงกับผู้ป่วย (Elliott et al., 1996)

ความรู้เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลซึ่งใช้ในการปฏิบัติ การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจดีต่อสิ่งนั้นก็จะเป็นการนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องย่อมนำไปสู่การรับรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงได้ ซึ่งจากการศึกษาวิจัย โดยการพัฒนาความรู้ในเรื่องของความปวดให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์เป็นระยะเวลาติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้ารับการให้ความรู้ในเรื่องของความปวดจำนวนร้อยละ 64 มีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้ (Well, et al., 2003) นอกจากนี้ การสอนให้สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการกับความปวด เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะประเมินความปวดร่วมกับผู้ป่วย และเรียนรู้ในเรื่องกลไกในการเกิดความปวด ชนิดของยาแก้ปวด และผลข้างเคียงของยาในการจัดการกับความปวด รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีการพูดคุยอภิปรายเพื่อรับทราบเกี่ยวกับเรื่องของการจัดการความปวดที่ตรงกัน เข้าใจไปในทางเดียวกัน เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป (Puntillo et al., 2003)

4.3.5 ทัศนคติ เป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตใจรวมถึงความเชื่อของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น (ประพาฬิญา, 2522 อ้างตาม พรพรรณ, 2543) ฮิลการ์ด (Hilgard, 1967 อ้างตาม ปราณิ, 2528) ให้คำอธิบายไว้ว่าทัศนคติเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งคาบเกี่ยวกับลักษณะด้านอื่นๆ อันมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ส่วนบุคลิกภาพที่คาบเกี่ยวกับ



ทัศนคติที่คาบเกี่ยวกับทัศนคติตามความเชื่อของฮิลการ์ด์ เช่น สภาพอารมณ์ ความรู้สึก แรงจูงใจ ความสามารถทางสติปัญญา ฯลฯ เป็นต้น และฮิลการ์ด์ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติเป็นแนวโน้มของการกระทำหรือเป็นสภาพความพร้อมในการกระทำของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งของ สิ่งกีดขวาง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ในรูปของการหลีกเลี่ยง หรือเข้าหา กล่าวโดยสรุป ทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ความเห็น ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคล หรือสถานการณ์อย่าง ๆ ไป อันมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ บุคคลนั้นๆ หรือเหตุการณ์นั้นๆ

ประภาเพ็ญ และสวิง (2534) ได้รวบรวมข้อมูลจากหลายๆ ทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติและเสนอความคิดเห็นว่าทัศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ (cognitive component) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อ เป็นองค์ประกอบที่ประมวลความรู้ ความเข้าใจ ความคิดโดยทั่วๆ ไปที่มีต่อสิ่งของหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดทัศนคติซึ่งแสดงแนวคิดที่ว่า อะไรถูก อะไรผิด

2) องค์ประกอบด้านความรู้/ค่านิยม (affective component) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับอารมณ์ (emotion) ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อคุณค่าของสิ่งของ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ถ้าบุคคลมีความคิดในทางที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจะออกมาในรูปของความรู้สึก ชอบ ไม่ชอบ พอใจ หรือไม่พอใจ ซึ่งแสดงออกมาโดยสีหน้า ท่าทาง เมื่อคิดหรือพูดสิ่งนั้น

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม หรือการปฏิบัติ (behavior component) หมายถึง ความพร้อมของบุคคลที่จะทำพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการรับรู้และความเข้าใจ

ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยที่ลังเลต่อการให้คะแนนของความรุนแรงความปวด ซึ่งอาจจะให้คะแนนสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง ด้วยเหตุผลหลายๆ อย่างโดยพยายามหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ และลังเลใจต่อการรายงานความปวด ซึ่งมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการจัดการความปวด ได้แก่ การเชื่อโชคชะตา เชื่อว่าแพทย์และพยาบาลไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เชื่อว่าไม่มีอะไรดีขึ้น กลัวติดเชื้อ จากการได้รับยาแก้ปวดที่มีสารเสพติดเป็นเวลานาน กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดี เกรงใจแพทย์/พยาบาล ความปวดเกิดจากภาวะของโรคที่เลวลง กลัวคือยา ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา กลัวถูกฉีดยา (Aranda et al., 2004; Ferrell & Ferrell, 1991; Ferrell, Ahn & Trunt, 1994; Hodes, 1989; Lin, 2000; Lin, 2001; Price, Toy & Shott, 1998; Ward & Gatwood, 1994; Yates et al., 2002) นอกจากนี้ พบว่า มีการศึกษาทัศนคติในพยาบาลในการจัดการความปวด ซึ่งจากการศึกษามีรายงานงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของพยาบาลจะมีผลต่อการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ ดังเช่น การศึกษาของจอห์นสัน, รัชนี และ วงจันทร์ (2546) พบว่า พยาบาลประจำการมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ

การจัดการความปวดโดยการให้ยาอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาคือ การไม่ใช้ยา และการประเมินความปวด ซึ่งการที่พยาบาลประจำการมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับ จาค็อก (Jacox, 1979) ที่กล่าวถึงความยุ่งยากในการประเมินความปวดว่าเกิดขึ้นเมื่อทัศนคติของผู้ประเมินและผู้ป่วยไม่ตรงกัน ผู้ประเมินมักใช้ทัศนคติของตนเองในการประเมินว่าผู้ป่วยจะทนต่อความปวดได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย หากผู้ประเมินมีทัศนคติที่ต้องการในเรื่องความปวดย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพได้ ดังเช่น การศึกษาของกมลรัตน์ (2547) ที่ทำการศึกษาในเรื่องการปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติ ซึ่งในส่วนของปัจจัยด้านทัศนคติที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยามีผลต่อการเลือกไปปฏิบัติ จากการวิจัย ทัศนคติของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกใช้นอนรีการนวด การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ การปฏิบัติสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประคบร้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ประเมินซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแล ดังนั้นการมีทัศนคติที่ต้องการในการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วยย่อมส่งผลทำให้การรับรู้ความรุนแรงความปวดเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ต้องการก็ย่อมส่งผลให้การรับรู้ความปวดมีความสอดคล้องหรือเกิดการรับรู้ที่ตรงกันมากขึ้น

4.3.6 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้ได้รับการดูแล เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ โดยพบว่า ผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปรับตัวและสามารถเผชิญกับความเครียดกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีผู้ดูแล โดยเฉพาะสามี และบุคคลในครอบครัวมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหรือใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพัง (Monroe, 2003) โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง เพราะผู้ป่วยมักรู้สึกเหงาอ้าง เศร้าหมอง จมอยู่กับความทุกข์กับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น การที่มีญาติคอยให้กำลังใจและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ ผู้ดูแลเอาใจใส่ ให้การสนับสนุนในด้านความรัก ความห่วงใย ย่อมมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ (เบญจวรรณ, 2546) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้แบ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ด้านการให้ความรักความเข้าใจ บุคคลมักมีการพึ่งพาการสนับสนุนของคู่ชีวิตและครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนช่วยผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น (ศุภวรรณ และ ฉายศรี, 2542; Potter & Perry, 1995) และในผู้ป่วยมะเร็งเมื่อมีการเผชิญกับความปวด แม้ว่าความปวดยังคงมีอยู่แต่การแสดงออกซึ่งความรักของผู้ดูแล จะสามารถที่จะลดความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยได้ ดังเช่น มอร์ก, ชาน, ชาน และ ยอง (Mok, Chan, Chan & Yeung, 2003) ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของครอบครัวในประเทศฮ่องกง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่เคยคิดว่าสิ่งเหล่านี้เป็นภาระสำหรับครอบครัว แต่กลับมองว่าเป็นสิ่งที่ดีโดยการทำให้กับคนสำคัญหรือคนที่เรารัก ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างดี เช่น ในการศึกษาผลกระทบของความปวดจากมะเร็ง โดยทำการสัมภาษณ์จากผู้ดูแล พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะมีความรู้สึกปวดและทุกข์ทรมานเช่นเดียวกับกับภรรยาเมื่อภรรยาที่มีความปวดเกิดขึ้น (Ferrell et al., 1991)

ด้านการให้ความหวังใจและการดูแลเอาใจใส่ นิวตัน จอห์น (Newton-John, 2002) ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทำการวิเคราะห์ในเรื่องของความหวังใจ ความเอาใจใส่ที่คู่สมรสมีให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยอาการเรื้อรัง จำนวนทั้งหมด 27 ฉบับ พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสในรายที่มีความปวดเรื้อรังมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความปวดของผู้ป่วย พบว่าคู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงความปวดของผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านครอบครัวที่เข้ามามีอิทธิพล ได้แก่ ขนาดของครอบครัว สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การมีปฏิสัมพันธ์หรือความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และฟอร์ดyce (Fordyce, 1976 as cited in Newton-John, 2002) ได้อธิบายถึงความหวังใจของครอบครัวที่มีให้ผู้ป่วยมีผลต่อพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วยได้เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนเป็นแหล่งแรก ซึ่งคอยช่วยเหลือให้กำลังใจเสริมแรงให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ จากการวิจัยพบว่าระดับความปวดจากการรายงานความปวดของผู้ป่วยลดลงในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากคู่สมรส ส่วนพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวด และความเครียดของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการดูแลลดลง ดังนั้นการมีคู่สมรสเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด ถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย (Newton-John, 2002) ผลการวิจัยในหญิงตั้งครรภ์ในการเผชิญความปวด พบว่า การแสดงออกถึงความหวังใจที่สามีมีให้ต่อภรรยา จะช่วยสนับสนุนคำจูนอารมณ์ทำให้สามารถเผชิญกับความปวดได้ดี (วีรวรรณ, ลดาวัลย์ และ วัฒนา, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยาภรณ์ (2544) เรื่องประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลให้ความ

ปวดเพิ่มมากขึ้น พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีครอบครัวมาให้การดูแลเอาใจใส่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดมากขึ้น

ด้านการแสดงความผูกพันใกล้ชิด การศึกษาวิจัย เรื่องความใกล้ชิดสนิทสนมและสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้หญิงที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่า สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีผลมาจากการมีพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวรวมทั้งความผูกพันใกล้ชิดกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ อันจะส่งผลต่อการคาดคะเนความปวดในผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง (Smith, 2003) ดังเช่น การศึกษาของศิริพร (2540) เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า คำพูดที่ปลอบใจและการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องรัตน์ (2540) เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง 80 ราย พบว่า การดูแลจากบุคคลใกล้ชิดทำให้ความปวดลดลงได้เช่นเดียวกัน

การมีผู้ดูแลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย ประกอบกับปัจจุบันนี้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยการจำหน่ายผู้ป่วยและการวางแผนในการดูแลรักษาต่อที่บ้านมีมากขึ้น ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านต่อจากโรงพยาบาล ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่มีความรักความเข้าใจคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ย่อมเป็นผลดีในการจัดการกับความปวดให้กับผู้ป่วย

### *สรุปการทบทวนวรรณคดี*

การรับรู้ความรุนแรงความปวดที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแลอาจเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลยังคงมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดที่แตกต่างกัน โดยการประเมินความปวดของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะประเมินสูงกว่าระดับความปวดที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ในเรื่องของความปวดและการจัดการความปวด และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้ามามีอิทธิพลส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความรุนแรงความปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่ผู้ดูแลสามารถที่จะประเมินความปวดได้ตรงกับผู้ป่วยหรือใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากที่สุด ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเรื่องของการให้ยาและการให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในเรื่องของความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วย

มะเร็งและผู้ดูแลรวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าว เพื่อนำมาวางแผนในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดรวมทั้งผู้ดูแล ให้มีการรับรู้ความรุนแรงความปวดที่ตรงกันเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ