

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ เกือบทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา จากสถิติโลกอุบัติการณ์และอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในปี ค.ศ. 2000 พบว่า ผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านคนทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จะเสียชีวิตจากโรคนี้นี้จำนวนมากกว่า 6 ล้านคนต่อปี (Stewart & Kleihues, 2003) และในปัจจุบันสำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประชากรไทย และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า สถิติโรคมะเร็งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประเทศไทยในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราการตายโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 36,091 รายในปี พ.ศ. 2542 เป็น 49,682 ราย ในปี พ.ศ. 2546 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2547) โรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย จะมีการแพร่ไปยังอวัยวะหรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย (นรินทร์, 2546) ก้อนมะเร็งมีโอกาสไปกดทับ หรือแพร่กระจายเข้าไปในเส้นประสาท และขนาดของมะเร็งที่ใหญ่ขึ้น จะทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายมาก ซึ่งอาจจะพบได้ประมาณร้อยละ 78 (สถาพร และ คณะ, 2547) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดเนื่องจากการแพร่กระจายของก้อนทุมไปสู่เส้นประสาท กระดูกและเนื้อเยื่อบริเวณต่างๆ และจากการศึกษาของ อภริดี (2547) เรื่องการสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งในภาคใต้ พบว่า อาการปวด/เจ็บ เป็นอาการที่มีความถี่และความรุนแรงมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

ความปวด เป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน ประกอบด้วย องค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณ สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้คำจำกัดความของความปวดว่า ความปวด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเนื้อเยื่อที่กำลังจะมีการบาดเจ็บหรือเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายเสมือนมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเกิดขึ้น (IASP, 1999 as cited in Naylor, 2001) และการรับรู้ถึงความปวดเป็นสิ่งที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวดจะมีการรับรู้ และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างกัน (Ahles & Martin, 1992; Fink & Gate, 2001; Puntillo, Miaskowski & Summer, 2003) ทั้งนี้พบว่า

การรับรู้ความปวดมีความสัมพันธ์กับระดับความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) ของแต่ละบุคคลด้วย และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัจจัยทางด้านสังคม และวัฒนธรรม (Ahles & Martin, 1992; Black & Matassarini-Jacobs, 1993; Fink & Gate, 2001; Petpichetchain, 2001; Turk & Rudy, 1994; McGiure, 1991; อรัญญา และ นิยา, 2545) ดังนี้

ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ 1) ความรุนแรงของสิ่งที่ถูกกระตุ้น ถ้ามีการกระตุ้นที่รุนแรงก็จะมีอาการปวดมาก 2) ลักษณะความปวด ผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันมักมีการคาดหวังว่าหายจึงมีการรับรู้ความปวดน้อยกว่าผู้ที่มีความปวดเรื้อรัง 3) ตำแหน่งของทางด้านร่างกายที่ถูกกระตุ้น หากบริเวณที่ถูกกระตุ้นมีความไวต่อความปวดการรับรู้ความปวดและปฏิกิริยาในการตอบสนองก็จะเพิ่มขึ้น 4) ระดับความรู้สึกตัว หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงก็จะส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลงด้วย 5) ความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย เช่น การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ การได้รับอาหารไม่เพียงพอ ขาดพลังงานสำรองก็ย่อมส่งผลให้การรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น

สำหรับปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ 1) สภาพอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า ความโกรธ จะมีผลต่อการรับรู้ 2) ประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ความปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพ จะเกิดความกลัวและความอดทนต่อความปวดก็จะลดลง การรับรู้ความปวดก็จะเพิ่มมากขึ้น 3) การให้ความหมายของความปวดของผู้ป่วย ความหมายของความปวดของบุคคลแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดที่แตกต่างกันออกไป ส่วนปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ 1) อายุ วัยเด็กและวัยสูงอายุมีการรับรู้ความปวดจะน้อยกว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่ 2) บุคลิกภาพ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวมักจะรับรู้และแสดงอาการปวดน้อยกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น เพศ ซึ่งพบว่าเพศชายมักมีการรับรู้ความปวดน้อยกว่าเพศหญิง (Carr, 1997; Kallai, Barke & Voss, 2004; Keogh & Herdenfeldt, 2002) 4) ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีการรับรู้ความปวดต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Lin, 2001)

อาจกล่าวได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์หลากหลายมิติ และมีความสลับซับซ้อนที่ไม่ใช่เป็นแค่เพียงกลไกสรีระทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่การรับรู้และการตอบสนองของความปวดได้รับอิทธิพลทางด้านความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์เดิม อารมณ์ตลอดจนสังคมวัฒนธรรมของผู้ที่ประสบกับความปวด การแสดงออกซึ่งความปวดของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของบุคคลโดยสามารถสังเกตได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรม (วงจันทร์, 2547; Cox & Essman, 2002)

การรับรู้ความปวดและการแสดงออกถึงความปวดที่มีอยู่ของผู้ป่วย เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือหรือบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นการรายงานความ

ปวดของผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วยจากผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับช่วยเหลือและได้รับการบรรเทาความปวด (Ferrell & Ferrell, 1991; Ferrell, Rhinier, Cohen & Grant, 1991) และจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดส่วนใหญ่มักมีความต้องการที่จะให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการบรรเทาความปวดให้กับตนเอง เช่น การดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด โดยผู้ดูแลสามารถที่จะประเมินและสามารถตัดสินใจในการให้ยาหรือขอยาให้กับผู้ป่วย (Ferrell, Taylor, Grant, Fowler & Corbisiero, 1993) นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวด มักมีการพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลืออยู่เสมอเมื่อมีความปวดเกิดขึ้น (Potter & Perry, 1995)

โดยปกติแล้วตามลักษณะของสังคมไทยเมื่อบุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้องจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์, 2537) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักจะเป็นผู้ที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับดูแลจากสมาชิกในครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าทางด้านจิตใจ จะเห็นได้จากกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีครอบครัวมาให้การดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดมากขึ้น (ปิยาภรณ์, 2544) และยังพบว่า สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว มีผลมาจากการมีพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวรวมทั้งความผูกพันใกล้ชิดกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ อันจะส่งผลต่อการคาดคะเนความปวดในผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง (Smith, 2003) ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นบุคคลหนึ่งที่บุคลากรทางสาธารณสุขควรตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากบุคคลเหล่านั้นเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลคอยให้การช่วยเหลือในเรื่องของการประเมินความปวดและจัดการกับความปวดจึงเป็นสิ่งที่ดี ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะที่ถูกต้องในเรื่องของความปวด ย่อมเป็นผลดีที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้น สามารถคาดคะเนหรือประเมินความปวดได้ใกล้เคียงสอดคล้องกับผู้ป่วย สามารถตอบสนองความต้องการและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลงได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยสรุป พบว่า ผู้ดูแลมักกลัวและกังวลในเรื่องของการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยโดยการให้ยา เนื่องจาก กลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา คี้อยา และกลัวผลข้างเคียงของยาจึงมักเป็นอุปสรรคในการจัดการกับความปวด (Aranda et al., 2004; Ferrell & Ferrell, 1991; Lin, 2000; Ward & Gatwood, 1994) และในส่วนของผู้ป่วย ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือ ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะบอกความจริงแก่ผู้ดูแลเนื่องจากกลัวการติดยารวมทั้งผลข้างเคียงของยาเช่นเดียวกัน (Ferrell & Ferrell, 1991; Riddell & Fitch, 1997; Yates et al., 2002)

จากงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องของการรับรู้ความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีการประเมินความปวดไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่มักประเมินสูงกว่าความเป็นจริง (Lobchuk & Degner, 2002; McMillan & Moody, 2003; Miaskowski, Zimmer, Barrett, Dibber & Wallhagen, 1997) ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจนำมาซึ่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้ เช่น การที่ผู้ดูแลมีการประเมินความปวดที่สูงเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เกินขนาดได้ (Miaskowski et al., 1997) หรือต่ำเกินไปก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบรรเทาปวด การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ตรงกัน จะเป็นผลดีต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพได้ และสืบเนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยมะเร็งมีมากขึ้นทุกๆ ปี ความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลที่บ้านเมื่อมีการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงมีมากขึ้น เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่เรื้อรังการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลที่มีความพร้อมและเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุดจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

นอกจากนี้การดำเนินงานที่ผ่านมาในเรื่องของความปวดในประเทศไทย พบว่า การจัดการความปวดในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็ง ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ยังคงมีผู้ป่วยมะเร็งที่มีความทุกข์ทรมานจากความปวดอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามามีอิทธิพลมากมาย ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยจะศึกษาเฉพาะส่วนของระดับความรุนแรงความปวดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ เนื่องจากระดับความรุนแรงความปวดเป็นสิ่งที่สามารถวัดได้อย่างชัดเจน และเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสาธารณสุขนำมาใช้ประเมินกันอย่างแพร่หลาย สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดแตกต่างกันหรือไม่ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีผลทำให้มีการรับรู้ความแตกต่างกัน โดยในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเฉพาะปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงความปวด อันได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้ และทัศนคติ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถเข้าไปส่งเสริมปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ รวมทั้งนำเอาปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาร่วมด้วย ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ทราบถึงความแตกต่างกันของผู้ป่วยในการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลให้มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่มีความปวดในแต่ละบุคคล และสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาเรื่องการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ทักษะคิด และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

### คำถามการทำวิจัย

1. ระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลอยู่ในระดับใด
2. ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีความแตกต่างกันหรือไม่
3. ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลมีอะไรบ้าง

### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน
2. ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ทักษะคิด และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย
3. ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ทักษะคิด และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เกิดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดที่ตรงกันหรือไม่นั้น ย่อมมีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งด้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังภาพที่ 1 ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกที่จะศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

เพศ ที่ต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า เพศชายมีการรับรู้ความปวดต่ำกว่าเพศหญิง (Carr, 1997; Kallai, Barke & Voss, 2004 ; Keogh, Hatton & Ellery, 2000; Keogh & Herdenfeldt, 2002; Rosseland & Stubhaug, 2004; Smith, Keefe, Caldwell, Romano & Baucom, 2004; Wise, Price, Myers & Robinson, 2002)

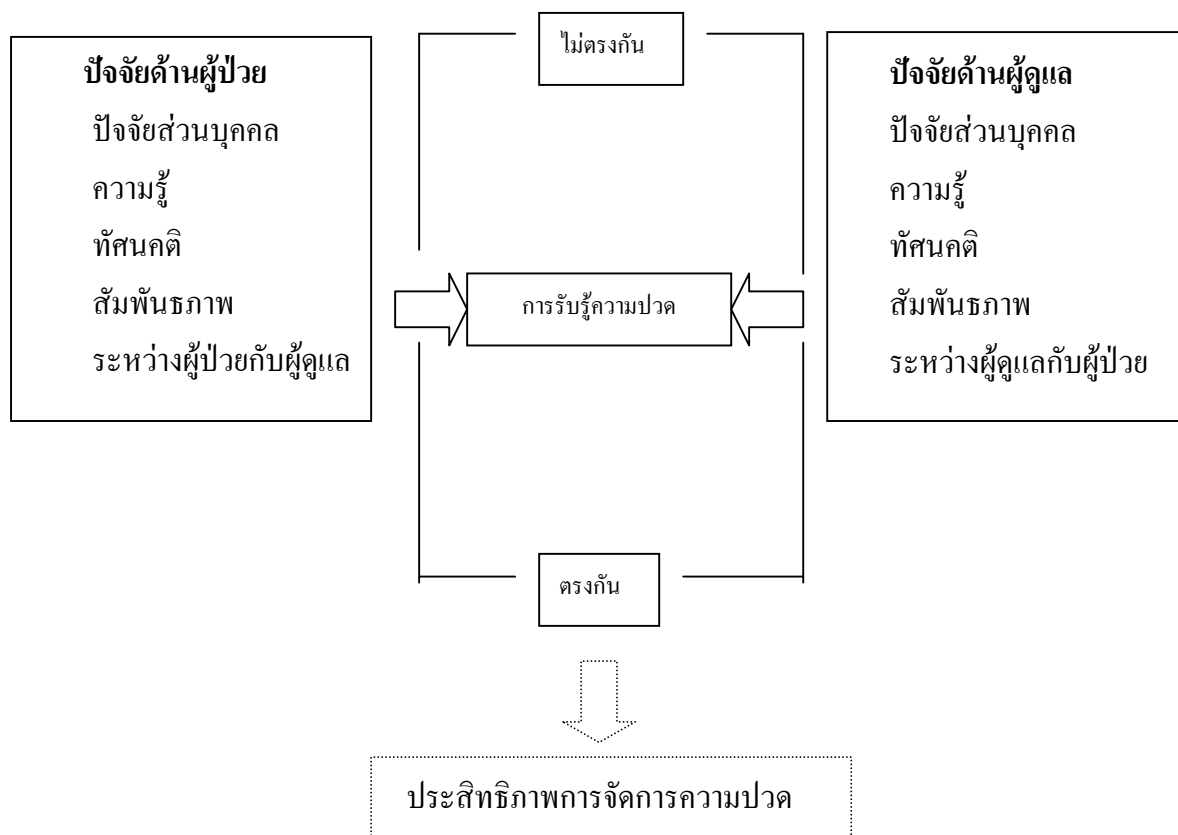
อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความสามารถในการรับรู้ที่แตกต่างกัน การรับรู้ความปวดของบุคคลในวัยเด็กและวัยสูงอายุจะน้อยกว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่ (พงศ์การดี, 2547; Orem, 1995; Petpichetchain, 2001)

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีการรับรู้ความปวดต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (อัสนี และคณะ, 2539; Lin, 2001)

ความรู้ในเรื่องความปวด พบว่า ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องความปวดจะนำไปสู่การรับรู้ที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (Elliott, Elliott, Murray, Braun & Johnson, 1996; Ferrell, Ferrell, Rhiner & Grant, 1991; Riddell & Fitch, 1997; Well, Hepworth, Murphy, Wujcik & Johnson, 2003)

ทัศนคติในเรื่องความปวด พบว่า ทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องความปวดจะนำไปสู่การรับรู้ที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (Jacox, 1979; Ward & Gatwood, 1994)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล พบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จะส่งผลต่อการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (เบญจวรรณ, 2546; Monroe, 2003; Newton-John, 2002; Smith, 2003) ต่อไป



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

หมายเหตุ      คือ สิ่งที่ไม่ได้นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

#### นิยามศัพท์

ความรุนแรงความปวด หมายถึง ระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งสามารถวัดได้โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลประเมินโดยใช้มาตรวัดระดับความปวดเป็นเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numerical rating scale: NRS)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในที่นี้หมายถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับความปวดการประเมินความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง วัดจากแบบสอบถามการ

ประเมินความรู้ในเรื่องความปวดที่สร้างขึ้นจากแนวคำถามเรื่องความปวดที่ใช้วัดในผู้ป่วย มะเร็ง (Patient Pain Questionnaire) ของเฟอร์เรล (Ferrell, 1994) และชุดคำถามที่ใช้วัดในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง (Family Pain Questionnaire) ของเฟอร์เรล (Ferrell, 2000) โดยเลือกเฉพาะ ส่วนที่เป็นการประเมินในเรื่องความรู้ ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยทำการวัดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและความคิดเห็นเกี่ยวกับความปวด วัดจากแบบสอบถามการประเมินทัศนคติในเรื่องความปวดที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ โดยทำการวัดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหรือสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หมายถึง ระดับของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามในการวัดระดับของสัมพันธภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งสร้างจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ ซึ่งใช้วัดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

#### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็นมะเร็งทุกระยะและมีความปวดติดต่อกันเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและศูนย์มะเร็ง และผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. ด้านการศึกษา สามารถนำข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดทำสื่อการสอน เอกสารประกอบการสอน สำหรับนักศึกษาพยาบาล หรือบุคคลที่สนใจเกี่ยวกับความปวด
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดความรู้ที่ชัดเจนมากขึ้น เพื่อนำไปวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลในส่วนของจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ด้านบริหารการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความปวด



4. ด้านการวิจัย เป็นการนำเสนอความรู้เชิงประจักษ์ทางคลินิก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ในเรื่องความปวด และการพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการความปวดสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลในเรื่องความปวดให้มีประสิทธิภาพและชัดเจนมากยิ่งขึ้น