

อุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยใช้ยา: เปรียบเทียบ ความเชื่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล*

วิมุกดา วรกุล พยม.**

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร Ph.D. (Nursing)***

กิตติกร นิลมานัต Ph.D. (Nursing)***

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล และเปรียบเทียบความแตกต่างของอุปสรรคต่อการจัดการความปวดดังกล่าวระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล 97 คู่ ณ แผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ศูนย์ภาคใต้ 3 แห่ง และศูนย์มะเร็งภาคใต้ 1 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข และแบบประเมินอุปสรรคการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติทอัสระ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า อุปสรรคต่อการจัดการความปวดโดยรวมตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยอุปสรรคที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงเป็น 3 อันดับแรกคือ อุปสรรคด้านกลัวตัวยาแก้ปวด กลัวติดยาแก้ปวด และกลัวไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลมีอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยใช้ยาไม่แตกต่างกัน และผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความปวดต่างกัน มีอุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยใช้ยาไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลมีอุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยใช้ยาไม่ถูกต้อง พยาบาลควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้ โดยควรมีการประเมินอุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยใช้ยาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด และนำไปสู่การวางแผนการจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อ ให้ถูกต้อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วารสารสภาการพยาบาล 2551 ; 23(2) 70-81

คำสำคัญ: ความเชื่อ อุปสรรคการจัดการความปวด ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวด ผู้ดูแล

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

**พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งถือเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด¹ พบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม โดยจะมีความปวดเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 90² การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพสามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ จากรายงานของหน่วยงาน การดูแลสุขภาพด้านนโยบายและการวิจัย (Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR) พบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มากกว่าร้อยละ 90 สามารถควบคุมได้ด้วย การรักษาที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน³

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคมะเร็งอีกจำนวนมากยังมีความปวดและทุกข์ทรมานจากความปวด เนื่องจากการจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพ⁴ จากการศึกษาของเพชพรพิเชฐเชียร⁵ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งคนไทย จำนวน 300 คน พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก เนื่องจากไม่ได้รับยาบรรเทาปวดที่เหมาะสม โดยร้อยละ 43 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับยาบรรเทาปวดชนิดไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioid) และมีผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 16 ไม่ได้รับยาแก้ปวด โดยมีสาเหตุจาก 1) ระบบบริการ 2) บุคลากรทีมสุขภาพ และ/หรือ 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแล⁶ ผู้ป่วย ถือเป็นบุคคลสำคัญที่สุด เพราะเป็นผู้ตัดสินใจคนสุดท้ายที่จะเลือกและปฏิบัติการจัดการกับความปวดด้วยตนเองในกรณีที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การรับประทานยาแก้ปวด จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอุปสรรคการจัดการความปวดด้านตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ ขาดทักษะ รวมทั้งความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

เกี่ยวกับการสนองตอบต่อความปวดของแต่ละบุคคล ทั้งของตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยอุปสรรคที่พบในผู้ป่วย ได้แก่ กลัวการรบกวนผู้อื่น กลัวติดยา และกลัวต้อยา^{7,8} กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด⁸ และเชื่อว่าโรคมะเร็งเป็นแล้วต้องตาย จึงต้องทำใจอดทนต่อความปวด⁷

ผู้ป่วยโรคมะเร็งบางรายอาจมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองทำให้ต้องอาศัยบุคคลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพและการจัดการความปวด โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะรายงานความปวดและให้ข้อมูลต่างๆ ในการจัดการความปวดแก่ทีมสุขภาพ และจากข้อเท็จจริงของสังคมไทยคือผู้ป่วยมักปรึกษาหรืออาศัยการตัดสินใจของครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนสนิท ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวดด้วย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยตัดสินใจเองไม่ได้ ผู้ดูแลมักเป็นผู้คิดและตัดสินใจแทนผู้ป่วยว่าเมื่อไรผู้ป่วยควรจะได้ยาหรือไม่ควรได้ยาแก้ปวด ดังนั้นการจัดการกับความปวดจะมีประสิทธิภาพได้จึงต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องในเรื่องเหล่านี้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดค่อนข้างจำกัด หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง⁹ ซึ่งปัญหาการจัดการความปวดที่พบในผู้ดูแล เกิดจากความเชื่อและความกลัวเช่นเดียวกับผู้ป่วยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น และยังมี ความเชื่อที่ว่าความปวดจากโรคมะเร็งเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้¹⁰ (ผู้ป่วยจึงต้องอดทน) ความเชื่อเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรค ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ¹¹

ดังนั้นการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องขจัดอุปสรรคหรือปัจจัยที่ขัดขวาง

การจัดการความปวดให้หมดหรือเหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ พยาบาลในฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและผู้ดูแลมากที่สุด จึงควรให้ความสำคัญและตระหนักถึง อุปสรรคที่ขัดขวางการจัดการความปวดจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ในต่างประเทศ เช่น ประเทศไต้หวัน¹¹ ฮองกง¹² ภูฐาน¹³ เป็นต้น แต่ยังไม่มีการศึกษานี้ในประเทศไทย¹⁴ ซึ่งในบริบทที่ต่างกันอาจจะมี ความเชื่อที่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยา ในมุมมองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลจะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล และเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดที่ถูกต้อง และนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. อุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการใช้ยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

อุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ใหญ่และมีความปวด และ 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งและเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ 3 แห่ง และศูนย์มะเร็งภาคใต้ 1 แห่ง โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยการพูด/เขียนได้ด้วยตนเอง มีการใช้ยาแก้ปวดในการรักษา มีคะแนนความรุนแรงความปวดตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) และขณะตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรุนแรงความปวด ไม่เกิน 7 คะแนน

2. ผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในข้อ 1 รับรู้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งและเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ต่ำกว่า 1 เดือน และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.50 กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ ร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบ (power of test : $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ดังนั้นการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่ากลางของ 2 กลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63 คนในแต่ละกลุ่ม¹⁵ เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 63 คน และผู้ดูแล 63 คน ในการเก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยขยายจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 97 คน และเมื่อนำไปวิเคราะห์อำนาจการ

ทดสอบหลังเก็บข้อมูล (post hoc power analysis) โดยคำนวณจากค่าความแตกต่างของคะแนนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่ามีค่าขนาดอิทธิพล ตั้งแต่ 0.30-0.60

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาปวดที่ป่วยด้วยโรคนี้ และยาแก้ปวดที่ใช้ในการรักษา

2. แบบประเมินความรุนแรงของความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (pain numerical rating scale: NRS) มีการระบุตัวเลข ต่อเนื่องไปตามเส้นตรง 0-10 โดย 0 คือไม่มีความปวดเลย ไปจนถึง 10 คือปวดมากที่สุด

3. แบบประเมินอุปสรรคการจัดการความปวด (Barrier Questionnaire II: BQ-II) ของกันนาร์สต่อทเทียโดโนวานเซอร์ลินโวกและวอร์ด¹⁶ จำนวน 27 ข้อซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ต่างๆ ลดลงจากการใช้ยาแก้ปวด 2) ความกังวลเกี่ยวกับการดื้อยา 3) ความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด 4) ความเชื่อว่าความปวดจากมะเร็งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ 5) ความกังวลว่าเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์ไปจากโรคมะเร็ง 6) เชื่อว่าการเป็นผู้ป่วยที่ติดต้องไม่บ่นปวด 7) กลัวการติดยา และ 8) ด้านกลัวกระบวนภูมิคุ้มกันของร่างกาย แต่ละด้านมี 3 ข้อคำถาม ยกเว้นด้านความกังวลเกี่ยวกับอาการ

ข้างเคียงของยาแก้ปวด มี 6 ข้อคำถาม ข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (likert scale) 6 อันดับ จาก 0-5 โดย 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง¹⁶ คะแนนเฉลี่ยมีค่าตั้งแต่ 0.01-5.00 คะแนน คะแนนเฉลี่ย ยิ่งสูง หมายถึงผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีอุปสรรค ต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยามาก คะแนนเฉลี่ย ยิ่งต่ำ หมายถึงผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยา ยิ่งน้อย และเพื่อให้การแปลผลคะแนนสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น การวิจัยครั้งนี้แบ่งช่วงคะแนนที่บ่งชี้ถึงระดับอุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการใช้ยา ดังนี้ คะแนน 0.01-1.25 = น้อยที่สุด คะแนน 1.26-2.50 = น้อย คะแนน 2.51-3.75 = ปานกลาง คะแนน 3.76-5.00 = สูง แบบประเมินอุปสรรคการจัดการความปวดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน = 0.89¹⁶ ผู้วิจัยนำแบบ สอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด 2 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาล ผู้ที่มีความปวด 1 ท่าน จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 20 ราย และผู้ดูแลจำนวน 20 ราย ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน = 0.84 และ = 0.90 ตามลำดับ และเมื่อใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 97 คนและผู้ดูแล 97 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน = 0.84 และ = 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งเก็บข้อมูลแล้ว สอบถามผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลแผนกผู้ป่วยในเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีจึงให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ในรายที่อ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบโดยละเอียดและให้อิสระในการตอบแบบสอบถาม ในรายที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แทน โดยแยกผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล เพื่อป้องกันการสอบถามคำตอบระหว่างกัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดขณะตอบแบบสอบถามเกิน 7 คะแนน ผู้วิจัยเข้าไปดูแลให้การช่วยเหลือเพื่อลดปวดก่อน เพราะเป็นการแสดงให้เห็นถึงการคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยควรได้รับก่อนการมุ่งได้คำตอบเพื่อการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้สถิติที่อิสระ (independent t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล และใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งกับอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วย

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยหญิงและชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 53 และ 47 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 51 ปี (SD =14.25) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เกือบร้อยละ 70 มีสถานะสมรสคู่ร้อยละ 78 เป็นโรคมะเร็งลำไส้ร้อยละ 20 รองลงมาคือมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีร้อยละ 13 มีประสบการณ์ความปวดจากโรคมะเร็งมาเป็นเวลาเฉลี่ยนาน 10 เดือน โดยมีคะแนนความรุนแรงความปวดเฉลี่ย 4.35 (ร้อยละ 44 มีความรุนแรงระดับปานกลาง) และมีการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ คือ พาราเซตามอล มากที่สุดถึงร้อยละ 78 และมีการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ร่วมด้วย ร้อยละ 41

ผู้ดูแล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69 อายุเฉลี่ย 42 ปี (SD =13.92) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เกือบร้อยละ 60 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 43 มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการความปวดจากโรคมะเร็ง มาเป็นระยะเวลาเฉลี่ยนาน 9 เดือน

ผลการวิจัย พบว่า

1. อุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ผู้ป่วย \bar{X} =2.75, SD = 0.71 และผู้ดูแล \bar{X} = 2.57, SD = 0.67) (ตาราง 1)

2. อุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล วิเคราะห์รายด้านพบว่าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือด้านกลัวตัวยา (ผู้ป่วย

\bar{X} = 3.21, SD = 1.18 และผู้ดูแล \bar{X} = 3.20, SD = 1.22) กลัวติดยาแก้ปวด (ผู้ป่วย \bar{X} = 3.08, SD = 1.11 และผู้ดูแล \bar{X} = 2.97, SD = 1.19) และการไม่สามารถติดตามอาการตนเองได้ (ผู้ป่วย \bar{X} = 2.96, SD = 1.22 และผู้ดูแล \bar{X} = 2.88, SD = 1.20) ตามลำดับ (ตาราง 1)

3. อุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยาเปรียบเทียบระหว่าง

ความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านความเชื่อว่าคุณป่วยที่ต้องไม่บ่นปวด พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่าผู้ดูแล (ผู้ป่วย \bar{X} = 2.79 และผู้ดูแล \bar{X} = 1.90, $t = 4.82$, $p < 0.05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติทีอิสระ

อุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยา	ผู้ป่วย (n = 97)			ผู้ดูแล (n = 97)			t
	X	SD	ระดับ	X	SD	ระดับ	
1. ไม่สามารถติดตามอาการตนเอง	2.96	1.22	ปานกลาง	2.88	1.20	ปานกลาง	0.45
2. กลัวการติดยาแก้ปวด	3.21	1.18	ปานกลาง	3.20	1.22	ปานกลาง	0.06
3. กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด	2.20	1.05	น้อย	2.2	0.89	น้อย	-0.04
4. ยอมรับว่าความปวดเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้	2.16	1.29	น้อย	2.23	0.97	น้อย	-0.04
5. ผู้ป่วยที่ต้องไม่บ่นปวด	2.79	1.40	ปานกลาง	1.90	1.17	ปานกลาง	4.82*
6. กล่าวถึงความปวดจะเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์	2.67	1.07	ปานกลาง	2.56	1.11	ปานกลาง	0.73
7. กลัวการติดยาแก้ปวด	3.08	1.11	ปานกลาง	2.97	1.19	ปานกลาง	0.64
8. กลัวการกระทบภูมิคุ้มกันของร่างกาย	2.93	1.20	ปานกลาง	2.63	1.20	ปานกลาง	1.75
รวม	2.75	0.71	ปานกลาง	2.57	0.67	ปานกลาง	1.79

* $P < 0.05$

การวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนทางเดียว โดยเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกัน มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดโรคมะเร็งโดยการใช้ยาแตกต่างกันหรือไม่ โดยจำแนกระดับความรุนแรงความปวดระดับต่ำ = 0-3 คะแนน ระดับปานกลาง 4-6

คะแนน และระดับรุนแรง 7-9 คะแนน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่โดยภาพรวมแนวโน้มของคะแนน พบว่าเมื่อคะแนนความรุนแรงความปวดสูง คะแนนอุปสรรคฯ จะสูงตามด้วย (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างความรุนแรงความปวด กับอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยใช้ยาตามความเชื่อของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (n = 97)

อุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยใช้ยา	ความปวด (คะแนน)	X	SD	F	p-value
ไม่สามารถติดตามอาการตนเอง	0-3	2.98	1.26	0.96	0.39
	4-6	3.08	1.19		
	7-9	2.58	1.22		
กลัวการฉีดยาแก้ปวด	0-3	3.03	1.18	1.05	0.35
	4-6	3.26	1.20		
	7-9	3.52	1.10		
กลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด	0-3	2.02	0.95	2.26	0.11
	4-6	2.19	1.16		
	7-9	2.68	0.88		
ยอมรับว่าความปวดหลีกเลี่ยงไม่ได้	0-3	2.00	2.18	0.51	0.60
	4-6	2.29	1.33		
	7-9	2.21	1.23		
ผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวด	0-3	2.83	1.38	0.79	0.46
	4-6	2.90	1.41		
	7-9	2.40	1.42		
กล่าวถึงความปวดจะเบี่ยงเบนความสนใจของแพทย์	0-3	2.54	0.95	0.76	0.47
	4-6	2.82	1.10		
	7-9	2.60	1.25		
กลัวการติดยาแก้ปวด	0-3	2.96	1.13	0.43	0.66
	4-6	3.19	1.08		
	7-9	3.08	1.20		
กลัวการกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย	0-3	2.96	1.16	0.02	0.98
	4-6	2.91	1.27		
	7-9	2.94	1.19		
รวม	0-3	2.66	0.73	0.53	0.59
	4-6	2.75	0.72		
	7-9	2.83	0.67		

การอภิปรายผล

อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78)

ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ คือพาราเซตามอล มีเพียงร้อยละ 41 ที่ใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งยากกลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์จะมีฤทธิ์ที่รบกวนผู้ป่วย เช่น คลื่นไส้ ท้องผูก ง่วงซึม ตื้อยา ติดยา น้อยกว่า

กลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 69 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ส่งผลให้การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาแก้ปวดอาจน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยของอุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านสูงสุด 3 อันดับแรก คือ กลัวตัวยาแก้ปวด กลัวติดยาแก้ปวด และการไม่สามารถติดตามอาการตนเอง (ตาราง 1) สามารถอภิปรายได้ดังนี้ 1) กลัวตัวยาแก้ปวด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวดเฉลี่ยมานาน 10 เดือน ซึ่งถือเป็นความปวดเรื้อรัง และทุกคนมีการใช้ยาแก้ปวดในการรักษา โดยเป็นยากลุ่มโอปิออยด์ร้อยละ 41 ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดการติดยาได้ง่ายและเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์¹⁷ การติดยา (tolerance) ในทางการแพทย์โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับยาแก้ปวด หมายถึง การที่ร่างกายผู้ป่วยปรับตัวต่อยา เมื่อใช้ยามาแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้มีความต้องการยาในขนาดที่สูงขึ้น¹⁸ ซึ่งการติดยาในความหมายทางวิชาการนี้ผู้ป่วยอาจรับรู้ว่ามีอาการปวดไปแล้ว ร่างกายจะไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดอีกจึงมักคิดว่าควรเก็บยาแก้ปวดไว้ใช้เมื่อคราวจำเป็นจริง ๆ เท่านั้น โดยที่ในการศึกษานี้ มีผู้ป่วยร้อยละ 77 มีความเชื่อว่าหากใช้ยาแก้ปวด ต่อไปจะไม่ได้ผลดีเหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของโทเมสัน แมคคูนี เบอร์

นาค ไวนเนอร์ ทริมอนท์ และลินเดล¹⁹ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกลัวการติดยา จึงไม่รายงานความปวดและไม่ขอยาแก้ปวด 2) กลัวติดยาแก้ปวด พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงถึงร้อยละ 61 ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 41 จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดชนิดโอปิออยด์อย่างต่อเนื่องร่วมกับยาแก้ปวดพาราเซตามอล ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างกลัวติดยาแก้ปวดจากการขาดความรู้ในเรื่องนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมา ทำให้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีโอกาสที่จะติดยาแก้ปวดน้อยมาก^{18,20} แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความเชื่อนี้อยู่ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการได้ยินแพทย์และ/หรือพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ผิดๆ เพราะจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการกล่าวอ้างไว้ว่าแพทย์และพยาบาลก็มีความกลัวเรื่องการติดยาจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เช่นกัน²¹ 3) การไม่สามารถติดตามอาการตนเอง พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 73 มีความเชื่อว่าการใช้ยาแก้ปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเออร์เชด เครบิล และเพ็น²² พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลังเลใจที่จะใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากกลัวว่ายาแก้ปวดจะทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่ามีความปวดใหม่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษา

อุปสรรคการจัดการความปวดตามความเชื่อของผู้ดูแล โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้านสูงสุด 3 อันดับแรกเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วย คือ กลัวตัวยาแก้ปวด กลัวติดยาแก้ปวด และการไม่สามารถติดตามอาการ

ตนเอง (ตาราง 1) ข้อค้นพบดังกล่าวนี้ สามารถอธิบายได้ทำนองเดียวกันกับผู้ป่วย เพราะทั้งผู้ป่วยและญาติจะได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากแพทย์และพยาบาลที่มาดูแลร่วมกับการได้ยินและรับฟังข้อมูลที่บอกต่อๆ กันมาจากผู้ป่วยและญาติรายอื่นด้วย

จากผลการศึกษาที่พบว่าอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยา ตามความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่แตกต่างกันนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของวอร์ด เบอรรี่และมิไชวิช²³ ศึกษาข้อกังวลในการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 35 คู่ พบว่าไม่มีความแตกต่างของอุปสรรคการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกันมาก โดยพบว่าเป็นคู่สมรส ร้อยละ 43 และเป็นบุตร หรือบิดา/มารดา ร้อยละ 43 จึงอาจทำให้ความสัมพันธ์นี้มีอิทธิพลต่อความเชื่อส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเชื่อที่เหมือนกัน โดยเฉพาะในสังคมวัฒนธรรมของไทย พบว่าบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา/มารดา สามิ/ภรรยา และบุตร มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปัญหาทางสุขภาพมาก แต่พบว่ามีเชื่อที่ว่าผู้ป่วยที่ดีต้องไม่บ่นปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องอดทนไม่บ่นปวดให้ผู้อื่นฟัง รวมทั้งคิดว่าหากบอกถึงความปวดจะทำให้เพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแลได้ในขณะที่ผู้ดูแลไม่ได้คิดว่าการบ่นปวดของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่ดี เนื่องจากผู้ดูแลประกอบ ด้วยคู่สมรส บุตร หรือบิดา/มารดา มีความใกล้ชิด รู้สึกรักและห่วงใยผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี จึง

มีความวิตกกังวลว่าหากผู้ป่วยไม่บอกถึงความปวดที่มีให้แพทย์ พยาบาล หรือผู้ดูแลทราบผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความปวดต่างกันมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตาราง 2) สอดคล้องกับการศึกษาของลินและวอร์ด²¹ ที่พบว่าระดับความรุนแรงของความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคการจัดการความปวดเช่นกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาภาพรวม (ตาราง 2) พบว่าแนวโน้มที่ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูง จะมีคะแนนอุปสรรค สูงเพิ่มขึ้นตามลำดับด้วย อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อหรือกังวลว่าเมื่อต้องประสบกับความปวดนาน ยิ่งทำให้ต้องใช้ยาแก้ปวดนานส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความกังวลถึงอันตรายจากการใช้ยาแก้ปวดมากขึ้น

อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาผลของอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยการใช้ยาต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวด ศึกษาอุปสรรคการจัดการความปวดในกลุ่มของแพทย์และพยาบาล และควรมีการศึกษาผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลต่ออุปสรรคการจัดการความปวดดังกล่าวด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกระยะของการเจ็บป่วยโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับระยะของโรคมะเร็งมาด้วย ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ระยะของการเป็นโรคมะเร็ง จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับอุปสรรคการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการใช้ยาหรือไม่ อาจทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

2. ปัจจัยความเชื่อด้านกลัวอาการข้างเคียงของยา อาจได้คำตอบที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของคำถามในแบบสอบถาม เนื่องจากแบบสอบถามจะมุ่งเน้นถามอาการข้างเคียงของการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ หรือมอร์ฟีน คือ ง่วงซึม สับสน คลื่นไส้ ท้องผูก และปวดหรือกระทำสิ่งที่น่าละอาย แต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนมากในกลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์จากการใช้ยากลุ่มไม่ใช่โอปิออยด์ (พาราเซตามอล) มากกว่า กลุ่มโอปิออยด์ จึงอาจทำให้คำตอบของความเชื่อด้านกลัวอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดมีความคลาดเคลื่อนได้

3. การเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงวิธี ขนาด ความถี่ และระยะเวลาของการใช้ยาแก้ปวด ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงไม่ครอบคลุมถึงความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยดังกล่าวต่อความเชื่อที่เป็นอุปสรรคการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแลมีการรับรู้อุปสรรคต่อการจัดการความปวดจากโรคมะเร็งโดยการให้ยาที่ยังไม่ถูกต้อง จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลมีความตระหนักในการประเมินอุปสรรคการจัดการความปวดของโรคมะเร็ง ทั้งที่เป็นความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรุนแรงความปวดสูง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การวางแผนการให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับความปวดของโรคมะเร็ง การจัดการความปวดด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งที่ใช้ยาแก้ปวดและไม่ใช้ยาแก้ปวด ความหมาย

ของการติดตามและการดื้อยาโดยมีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติและมีการประเมินผลการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เพื่อนำไปแก้ไข ปรับปรุงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อภิรดี ลดาธรรม. การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2547.
2. Portenoy RK. Epidemiology and syndromes of cancer pain. *Cancer* 1989;63: 2298-307.
3. Paice JA, Toy C, Shott S. Barriers to cancer pain relief: Fear of tolerance and addiction. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16:1-9
4. Cleeland CS, Goni R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Steward JA, Pandya KJ. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Eng J Med* 1994;330: 592-6.
5. Petpichetchian W. **The cancer pain experience in Thai patients: meanings of pain, control over pain, pain coping, and pain outcomes.** [Doctoral dissertation]. Detroit: Wayne State University; 2001.
6. Payne R. Chronic pain: challenges in the assessment and management of cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(Suppl.1): 12-5.
7. ปิยะภรณ์ รัตนสุนทร. **ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี.** [วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.

8. สมพร ชินโนรส พรจันทร์ สัยละมัย และสถาพร ลีลา นันทกิจ. ประสบการณ์ความปวด และการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วารสารพยาบาล 2541; 47 :285-98.
9. Ferrell BR, Rhiner M, Zici-Cohen M, Grant M. Pain as a metaphor for illness. **Oncol Nurs Forum** 1991;18: 1303-9.
10. Letizia M, Creech S, Norton E, Shanahan M, Hedges L. Barrier to caregiver administration of pain medication in Hospice care. **J Pain Symptom Manage** 2004;21: 18-26.
11. Lin CC. Barriers to the analgesic management of cancer pain: A comparison of attitudes of Taiwanese patients and their family caregivers. **Pain** 2000;88: 7-14.
12. Chung TK, French P, Chan S. Patient-related barriers to cancer pain management in a palliation care setting in Hong Kong. **Cancer Nurs** 1999; 22: 196-203.
13. Wangmo, D. **Barriers to effective pain management in adult patients in Bhutan.** [Master of nursing science thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2004.
14. วิทยานิพนธ์ไทยออนไลน์. [homepage on the internet]. [เข้าถึง 7 กันยายน 2548]. สืบค้นจาก: <http://thesis.tiac.or.th/>
15. Polit FD, Hungler PB. **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization.** (4th ed.). Philadelphia: Lippincott; 1999.
16. Gunnarsdottir S, Donovan HD, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient- related barriers to cancer pain management: The barriers questionnaire II (BQ-II). **Pain** 2002;99: 385-96.
17. ศิริภรณ์ พึ่งวิทยา. ยาระงับปวด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
18. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. เมื่อผู้ป่วยคล้ายกับจะติดยาแก้ปวด...พยาบาลควรทำอย่างไร. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์ 2539; 16: 27-41.
19. Thomason TE, McCune JS, Bernard SA, Winer EP, Tremont S, Lindley CM. Cancer pain survey: Patient-centered issues in control. **J Pain Symptom Manage** 1998;15: 275-84.
20. สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. หลักการใช้ยาในการรักษาความปวด. ใน: พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริณและคณะ(บรรณาธิการ). **บำบัดความปวด.** กรุงเทพฯ: บริษัททิมส์(ประเทศไทย)จำกัด; 2547. หน้า 13-27.
21. Lin CC, Ward SE. Patient- related barriers to cancer pain management in Taiwan. **Cancer Nurs** 1995; 18: 16-22.
22. Ersek M, Kraybill BM, Pen AD. Factors hindering patients' use of medications for cancer pain. **Cancer Pract** 1999;7: 226-32.
23. Ward SE, Berry EP, Misiewicz H. Concerns about analgesics among patients and family caregivers in a hospice setting. **Res Nurs Health** 1996; 19: 205-11.

Barriers to Pharmacological Management of Cancer Pain: A Comparison of Beliefs Between Patients and Caregivers*

Wimukda Worakul MSN, RN**

Wongchan Petpichetchian Ph.D., RN (Nursing)***

Kittikorn Nilmanat Ph.D., RN (Nursing)***

ABSTRACT: The purposes of this study were to describe beliefs which were considered to be barriers to pharmacological management of cancer pain and to compare such beliefs between Thai patients with cancer and their caregivers. A total of 97 dyads of patients with cancer and their caregivers participated in this study, from the inpatient department of three regional hospitals and the regional cancer center in southern Thailand. The instruments consisted of the demographic questionnaire, Pain NRS and the Barriers Questionnaire-II (BQ-II). Collected data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and ANOVA. The results revealed that the mean barriers total score of patients and caregivers was at a moderate level. The three barriers with the highest scores were: fear of tolerance, fear of addiction, and concern that analgesics may block one's ability to monitor illness symptoms. There was no significant difference between barrier scores perceived by patients and caregivers. There was no significant difference between levels of pain intensity and barriers to pain management perceived by patients.

The results of this study suggest that patients with cancer and caregivers hold wrong conceptions regarding pharmacological management of cancer pain. Nurses should recognize this issue by systematically assessing barriers to pain management, particularly ones related to pain medications so that pain education programs can be offered in order to reduce barriers which aim at improving the effective pain management among patients with cancer in Thailand.

Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(2) 70-81

Keywords: Beliefs, Barriers to pain management, Patients with cancer pain, Caregivers

*A Thematic Paper for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)

**Professional Nurse, Surgical Unit Hadyai Hospital

***Assistant Professor, Faculty of Nursing Prince of Songkla University