

ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง[@]

ยุพาวดี ชันทบัลลัง¹

วงจันทร์ เพชรพิเชฐไชย²

กิตติกร นิลมานัต³

Pain intensity as perceived by patients with cancer and their caregivers, and influencing factors

Kantabanlang Y, Petpichetchain W, Nilmanat K.

Department of Adult Nursing, Boromarajonani College of Nursing Nakhonsrithammarat,
Nakhonsrithammarat, 80000, Thailand

Department of Surgical Nursing, Department of Medical Nursing,

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand

Songkla Med J 2007;25(6):491-499

Abstract:

The purposes of this descriptive study were to describe and compare the levels of pain intensity perceived by both patients with cancer and their caregivers, and to describe a group of influencing factors contributing towards pain perception. A total of 98 dyads of patients with cancer and their caregivers from five hospitals in southern Thailand participated in this study. A pain numeric rating scale, knowledge, attitude, interrelationship between patients and caregivers, and a demographic

[@]วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2548

¹พ.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

²Ph.D. (Nursing), RN., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ ³Ph.D. (Nursing), RN., ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

รับต้นฉบับวันที่ 4 ธันวาคม 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 27 กรกฎาคม 2550

questionnaire were used in the study. The results indicated that the overall mean pain intensity score perceived by patients and caregivers were at the mild level and moderate levels respectively. Pain intensity perceived by the patients and family caregivers was not significantly different. Hierarchical regression analysis of the patients' data sets revealed that the demographic variables, patient-caregiver relationships, and patients' knowledge and attitudes accounted for 6% of the perception of pain intensity (adjusted $R^2=.06$) while for the caregivers it was 21% of their perception of pain intensity (adjusted $R^2=.21$). The most significant factor for patients was their knowledge of cancer pain but for the caregivers' they were their relationship, education and knowledge. These findings have implications for nursing practice in planning interventions to educate cancer patients and caregivers concerning cancer pain. In addition, the contribution of the relationship between patients and caregivers suggests that nurses may need to support and strengthen this relationship.

Key words: pain intensity, cancer patient, caregiver

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความปวดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และผู้ดูแลจำนวน 98 ราย ที่เข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลในภาคใต้รวม 5 แห่ง เก็บข้อมูลโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งทำการวัดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความรุนแรงความปวดโดยใช้มาตราวัดเป็นเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numerical rating scale: NRS) (3) แบบประเมินความรู้ (4) แบบประเมินทักษะ และ (5) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลางตามลำดับ ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน การวิเคราะห์ชุดข้อมูลของผู้ป่วยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และความรู้ ทักษะของผู้ป่วย ร่วมกันทำนายการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยได้ร้อยละ 6 (adjusted $R^2=.06$) โดยตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ คือ ความรู้ และการวิเคราะห์ชุดข้อมูลของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และความรู้ ทักษะของผู้ดูแล ร่วมกันทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21 (adjusted $R^2=.21$) โดยตัวแปรที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระดับการศึกษาและความรู้

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาล โดยการให้ความรู้ในเรื่องความปวดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลให้ดีขึ้น เนื่องจากมีความสำคัญต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแลที่ตรงกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความรุนแรงความปวด, ผู้ป่วยมะเร็ง, ผู้ดูแล

บทนำ

การรับรู้ถึงความปวดเป็นสิ่งที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวดจะมีการรับรู้ และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างกัน¹⁻³ ทั้งนี้พบว่า การรับรู้ความปวดมีความสัมพันธ์กับระดับความทนทานต่อความปวด (pain tolerance)

ของแต่ละบุคคลด้วย และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม^{1-2, 4-8}

การรับรู้ความปวดและการแสดงออกถึงความปวดที่มีอยู่ของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือหรือบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นการรายงานความปวดของผู้ป่วยรวมทั้งการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วยจากผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญ

ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับช่วยเหลือและได้รับการบรรเทาความปวด⁹⁻¹⁰ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการบรรเทาความปวดให้กับตนเอง เช่น การดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด โดยผู้ดูแลสามารถที่จะประเมิน และสามารถตัดสินใจในการให้ยาหรือขอยาให้กับผู้ป่วย¹¹ นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวด มักมีการพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลืออยู่เสมอเมื่อมีความปวดเกิดขึ้น¹² โดยปกติแล้วตามลักษณะของสังคมไทยเมื่อบุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้อง จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย¹³ และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักจะเป็นผู้ที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับดูแลจากสมาชิกในครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าทางด้านจิตใจ จะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยไม่มีครอบครัวมาให้การดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดมากขึ้น¹⁴ และยังพบว่า สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความปวด อันจะส่งผลต่อการคาดคะเนความปวดในผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง¹⁵ มีผลมาจากการมีพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

จากงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องของการรับรู้ความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีการประเมินความปวดไม่สอดคล้องกับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่มักประเมินสูงกว่าความเป็นจริง¹⁶⁻¹⁸ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความรู้ ทักษะคิด สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความแตกต่างกัน¹⁹⁻²¹ ซึ่งหากผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจนำมาซึ่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้ เช่น การที่ผู้ดูแลมีการประเมินความปวดที่สูงเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เกินขนาดได้¹⁸ หรือต่ำเกินไปก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบรรเทาปวด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงความปวดเนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถเข้าไปส่งเสริมปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ รวมทั้งนำเอาปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาร่วมด้วย ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ทราบถึงความแตกต่างกันของผู้ป่วยในการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลให้มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยที่มีความปวด และสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาเรื่องการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีความปวดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในขณะเข้ารับการรักษาอยู่ในสถานพยาบาลในภาคใต้จำนวนทั้งหมด 98 คู่ จากสถานพยาบาลทั้งหมด 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและมีความปวดเรื้อรัง คือ ปวดติดต่อกันมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และไม่มีความปวดจากสาเหตุของโรคอื่น ไม่อยู่ในระยะหลังผ่าตัด และผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ใช้สูตร $50 + 8m$ (m หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระ)²² ซึ่งในการศึกษานี้ต้องการกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มละ 98 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเวลาเดียวกันแต่ต่างสถานที่กัน สำหรับเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเหมือนกันทั้งส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เริ่มรักษาโรค ยาบรรเทาปวดที่ได้รับ และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรุนแรงความปวดการรับรู้ของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS)²³ เพื่อวัดระดับความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยเป็นระดับความปวดที่ผู้ป่วยประสบอยู่ในขณะนี้ การวัดเป็นการระบุตัวเลขระดับของความปวดต่อเนื่องกันไปตามเส้นตรง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 1-9 หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้น จนถึง 10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในเรื่องของความปวดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคำถามเรื่องความปวดที่ใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็ง (Patient Pain Questionnaire)²⁴ และชุดคำถามที่ใช้วัดในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็ง (Family Pain Questionnaire)²⁵ โดยเลือกเฉพาะส่วนที่เป็นการประเมินในเรื่องความรู้ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 30) คะแนนสูง หมายถึงมีความรู้ดี

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในโรคมะเร็ง จำนวน 15 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติสูง (ทางบวก) คะแนนต่ำ หมายถึง มีทัศนคติต่ำ (ทางลบ)

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับสัมพันธภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งสร้างจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแล และผู้ดูแลได้รับจากผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากไม่มีเลยถึงมากที่สุด คะแนนสูง หมายถึง ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีระดับสูง

แบบวัดส่วนที่ 2-5 ผ่านการทดสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.71-0.95

การวิเคราะห์ใช้สถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง คือ การทดสอบทีอิสระ (independent t-test) และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยแบ่งชุดตัวแปรออกเป็น 3 ชุด มีหลักเกณฑ์ในการจัดชุดตัวแปรเข้าสมการทำนายตามการทบทวนวรรณกรรม และนำเอาชุดตัวแปรที่คาดว่าจะสามารถทำนายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้น้อยที่สุดเข้าเป็นแบบจำลองชุดแรก และชุดตัวแปรที่คาดว่าจะสามารถทำนายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้มากที่สุด เข้าเป็นแบบจำลองชุดสุดท้าย โดยแบบจำลองชุดที่ 1 ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แบบจำลองชุดที่ 2 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และแบบจำลองที่ 3 ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติเข้าสมการทำนายตามลำดับ ทั้งนี้ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้แล้วว่าเหมาะสม คือ มีการแจกแจงปกติ มีผลความเป็นอิสระจากกัน และตัวแปรต้นที่นำเข้ามาสมการทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.0) มีอายุเฉลี่ย 53.18 ปี (18-76 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.9) การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.4) ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือ มะเร็งในระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 24.5) ระยะเวลาที่รักษาโรค

อยู่ในช่วง 1-3 ปี (ร้อยละ 89.8) ยาแก้ปวดที่ได้รับเป็นยาพาราเซตามอล (ร้อยละ 39.8) รองลงมาคือ ยาแก้ปวดทราโมล (ร้อยละ 26.5) ระยะเวลาที่มีอาการปวดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปี (ร้อยละ 90.8)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4) มีอายุเฉลี่ย 44.92 ปี (18-80 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.5) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.2) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยาและบุตร (ร้อยละ 28.6) เท่ากัน ระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-2 ปี (ร้อยละ 79.6)

ระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

จากการศึกษาระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยรายงานความปวดโดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยค่อนข้างไปทางปานกลาง ($\bar{X}=4.39$, $SD=2.67$) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยค่อนข้างไปทางปานกลางเช่นเดียวกับผู้ป่วย ($\bar{X}=4.65$, $SD=2.94$) ซึ่งค่าเฉลี่ยความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีค่าต่ำกว่าการรับรู้ของผู้ดูแลเมื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติแบบอิสระ พบว่า การรับรู้คะแนนความปวดทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 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		

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้ และทัศนคติ ต่อความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย ใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) โดยนำค่าคะแนนของตัวแปรในการทำนายที่ละชุด คือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา (2) สัมพันธภาพ

ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ และ (3) ความรู้และทัศนคติ เข้าคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ พบว่าแบบจำลองชุดแรกไม่สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยได้ (adjusted R^2 change=.01) และเมื่อนำตัวแปรชุดที่สองเข้ามาวิเคราะห์ด้วย พบว่า ไม่สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน แต่เมื่อนำตัวแปรชุดที่สามคือ ความรู้และทัศนคติเข้ามาวิเคราะห์พร้อมกัน พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ร้อยละ 5 (adjusted R^2 change=.05) โดยความรู้เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว (β =.28) ทั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยได้ร้อยละ 6 (adjusted R^2 =.06) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความรู้ และทัศนคติ ต่อความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแล ดำเนินการเช่นเดียวกับชุดข้อมูลผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรในการทำนายชุดที่หนึ่งคือ ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายความแปรปรวนของคะแนนความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษา (β =.30) และปัจจัยส่วนบุคคลสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้ร้อยละ 9 (adjusted R^2 =.09) เมื่อนำตัวแปรชุดที่สอง คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเข้ามาวิเคราะห์ด้วย พบว่า สามารถอธิบายค่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 8 (adjusted R^2 change=.08, β =.03) และเมื่อนำตัวแปรชุดที่สามคือ ความรู้และทัศนคติเข้ามาพิจารณาพร้อมกันพบว่า สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการรับรู้ความรุนแรงความปวดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4 (adjusted R^2 change=.04) โดยตัวแปรความรู้เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนดังกล่าว (β =.25) ทั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 21 (adjusted R^2 =.21) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย

ตัวแปร	R^2	Adjusted R^2	Adjusted R^2 Change	b	β
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

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

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแล

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

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

วิจารณ์

ระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปทางปานกลางทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงความปวดโดยเฉลี่ย 4.39 (SD=2.67) และผู้ดูแล 4.65 (SD=2.94) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และได้รับการรักษาดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพในการจัดการความปวดอาจส่งผลให้ความปวดอยู่ในระดับไม่รุนแรง เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 104 ราย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับน้อยค่อนข้างไปปานกลาง เช่นเดียวกัน²⁶

การรับรู้ความรุนแรงความปวดเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ดูแล

ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงความปวดระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของสังคมไทยเป็นระบบสังคมแบบเครือญาติ อยู่ด้วยกันด้วยความรักความผูกพัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันยามทุกข์ยาก มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และที่สำคัญเมื่อมีบุคคลหนึ่งคนใดเจ็บป่วยมักเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวในการให้การดูแล²⁷⁻²⁸ และจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน กล่าวคือ เป็นภรรยาและบุตร ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย จึงอาจส่งผลให้การคาดคะเนความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแลใกล้เคียงสอดคล้องกับของผู้ป่วยได้ และที่สำคัญพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 69.4 เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจะมีลักษณะของความเป็นเพศหญิงซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการชักนำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมความปวดของผู้ที่อยู่ในความดูแลเนื่องจากความเป็นหญิง หรือเพศมารดาจะสามารถที่จะทราบถึงความปวดหรือความไม่สุขสบายของบุคคลได้เร็วกว่าเพศชายและสามารถที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้²⁹ จึงอาจส่งผลให้การศึกษานี้ ผู้ดูแลสามารถคาดคะเนความปวดของผู้ป่วยได้ใกล้เคียงกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความรู้ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยหลังจากควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ได้ร้อยละ 5 และสามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 4 สามารถ

อธิบายได้ว่า โดยภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับปานกลางค่อนข้างสูงตามลำดับ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งหมดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องความปวดที่ดีขึ้น เนื่องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดโดยตรง การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด และการจัดการความปวด ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความรุนแรงความปวดได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ผู้ป่วยประเมิน

ระดับการศึกษา จากผลศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีการรับรู้และเรียนรู้ที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จึงทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถอดทนต่อความปวดได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ^{21, 30} ดังนั้นหากมีการศึกษาอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน อาจมีผลให้การรับรู้ความปวดต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีระดับการศึกษาไม่แตกต่างกันมาก คือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (ร้อยละ 74.5) การกระจายของข้อมูลต่ำ ผลการวิเคราะห์จึงไม่พบว่าตัวแปรนี้มีผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยต่างจากกลุ่มผู้ดูแลที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีมากกว่ากลุ่มของผู้ป่วยจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ความปวดที่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความปวดตามการรับรู้ของผู้ดูแล

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จากผลการศึกษาพบว่า ชุดข้อมูลของผู้ป่วย ตัวแปรสัมพันธภาพ ไม่สามารถทำนายความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยได้ แต่พบว่า ชุดข้อมูลของผู้ดูแล ตัวแปรสัมพันธภาพ สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวด สอดคล้องกับการศึกษาในผู้หญิงที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่า สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดที่สอดคล้องกันของผู้ป่วย และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว มีผลมาจากการมีพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวรวม ทั้งความผูกพันใกล้ชิดกันของสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ อันจะส่งผลต่อการคาดคะเนความปวดในผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง¹⁵ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า สามีที่ดูแลภรรยาจะมีความรู้สึกปวดและทุกข์ทรมานเช่นเดียวกัน เมื่อภรรยา มีความปวดเกิดขึ้น³¹

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยาหรือคู่สมรส มีผลต่อการรับรู้ความปวดเนื่องจากความใกล้ชิดในฐานะคู่สมรสจะทำให้สามารถคาดคะเนความปวดได้ตรงกับผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสในรายที่มีความปวดเรื้อรังต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความปวดของผู้ป่วย พบว่าคู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของความปวดของผู้ป่วย³² เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวด และระดับความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แรกพบว่า ระดับคะแนนความปวดของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³³

เพศ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ความปวดได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ เพศหญิงรับรู้ความรุนแรงความปวดสูงกว่าเพศชาย^{20, 34-37} แต่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ผู้หญิงมักจะถูกสอนให้เป็นเพศที่เก็บซ่อนความรู้สึก และที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างทุกรายในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับการวินิจฉัยชัดเจนว่าเป็นโรคมะเร็งและมีความปวดเรื้อรัง ซึ่งตามพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง พบว่า ความปวดย่อมเกิดขึ้นเมื่อมีการลุกลามของก้อนมะเร็ง และพบได้ประมาณร้อยละ 70-80³⁸ ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงจึงมีระดับความรุนแรงความปวดที่ใกล้เคียงกัน

อายุ ผลจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางด้านอายุไม่สามารถทำนายการรับรู้ความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลได้ โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่ากับ 53.18 (SD=12.9) และ 44.92 (SD=15.16) ตามลำดับ ซึ่งจัดว่าอยู่ในวัยกลางคน เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ดี จึงไม่ส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงความปวด สอดคล้องกับการศึกษาความรู้สึกปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอตาด้วยเลเซอร์ ซึ่งเมื่อทำการเปรียบเทียบความรู้สึกปวดในผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน 3 กลุ่มคือ 20-41 ปี 41-60 ปี และ 61-80 ปี และพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 53.22 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความรู้สึกปวดไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁹

ทัศนคติ ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถอธิบายได้ว่า ระดับ

ทัศนคติของผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.7 และ 91.8 ตามลำดับ ส่วนทัศนคติในทางบวกพบเพียงร้อยละ 15.3 ในกลุ่มผู้ป่วย และร้อยละ 8.2 ในกลุ่มผู้ดูแล นอกจากนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในทางลบทั้งในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นผลจากการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ค่อยมีความแตกต่างกันของระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง อาจส่งผลให้ตัวแปรด้านทัศนคติไม่มีผลต่อระดับของการรับรู้ความรุนแรงความปวด และอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทุกรายที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันมากกว่า 6 เดือน ประกอบกับสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้ง 5 แห่งที่ทำการศึกษานี้เป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่และมีความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้พบว่า ปัจจุบันมีการจัดอบรมในเรื่องของความปวดและการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดให้กับ แพทย์ พยาบาล อยู่เป็นประจำทุกปี รวมทั้งมีสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งออกมาอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยอาจได้รับความรู้ในเรื่องเหล่านี้ตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษาโรค จึงจะเห็นชัดเจนว่าการศึกษานี้ ไม่มีผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีทัศนคติในทางลบ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทั้งหมด

สรุปและเสนอแนะ

จากการศึกษา ระดับความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน และพบว่าปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมมีผลต่อการรับรู้ความปวดน้อย ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดอีกมากมาย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยดังกล่าวก็ยังคงมีความสำคัญ ดังนั้นการให้ความรู้ในเรื่องความปวดและการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลจึงนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลควรนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และที่สำคัญ การส่งเสริมสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะนำมาซึ่งการรับรู้ความปวดที่สอดคล้องและใกล้เคียงกัน อันจะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Ahles TA, Martin JB. Cancer pain: a multidimensional perspective. In: Ture DC, Feldman CS, editors. Non-invasive approaches to pain management in the terminally ill. New York: Hayworth; 1992;25-48.
- Fink R, Gate R. Pain assessment. In: Ferrell BR, Coyle N, editors. Textbook of Palliative Nursing. New York: Oxford University; 2001;53-75.
- Puntillo KA, Miaskowski C, Summer G. Pain. In: Carrieri-Kohlman V, Lindsey AM, West CM, editors. Pathophysiology phenomena in nursing. St.Louis: Saunders; 2003;235-49.
- Black JM, Matassarini-Jacobs E. Luckman and Sorensen's. Medical surgical nursing: a psychophysiologic approach. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993.
- Petpichetchian W. The cancer pain experience in thai patients: meaning of cancer pain, control over pain, pain coping, and pain outcomes [Doctoral dissertation]. Detroit (MI): Wayne State University; 2001.
- Turk DC, Rudy TE. A cognitive-behavioral perspective on chronic pain: beyond the scalpel and syringe. In: Tollison CD, editor. Handbook of Pain Management. 2nd ed. Maryland: Williams & Wilkins; 1994:136-50.
- McGiure L. Pain management. In: Otto SE, editor. Oncology nursing. St. Louis: Mosby-Year Book; 1991; 308-407.
- อรัญญา เชาวลิต, นียา สออารีย์. หลักการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีความเจ็บปวด. ใน: พัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์, นวลจันทร์ รมณารักษ์, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545;33-5.
- Ferrell BR, Ferrell BR. Pain management at home. Geriatric Home Care 1991;7:756-76.
- Ferrell BR, Rhinner M, Cohen MZ, Grant M. Pain as a metaphor for illness part I: impact of cancer pain on family caregivers. Oncol Nurs Forum 1991;8:1303-8.
- Ferrell BR, Taylor EJ, Grant M, Fowler M, Corbisiero RM. Pain management at home: struggle, comfort, and mission. Cancer Nurs 1993;3:169-77.
- Potter PA, Perry AG, editors. Comfort. Basic nursing: theory and practice. 3rd ed. St. Louis: Baltimore; 1995; 741-77.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2537; 12:33-8.
- ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
- Smith AA. Intimacy and family relationships of woman with chronic pain. J Pain Symptom Manage 2003;4: 134-42.
- Lobchuk MM, Degner LF. Symptom experiences: perceptual accuracy between advanced-stage cancer patients and family caregivers in the home care setting. J Clin Oncol 2002;20:3495-507.
- McMillan SC, Moody LE. Hospice patient and caregiver congruence in reporting patients' symptom intensity. Cancer Nurs 2003;2:113-7.
- Miaskowski C, Zimmer EF, Barrett KM, Dibble SL, Wallhagen M. Differences in patients' and family caregivers' perceptions of the pain experience influence patient and caregiver outcome. Pain 1997;72:217-26.
- Carr E. Factor influencing the experience of pain. Nurs Time 1997;93:53-4.
- Keogh E, Herdenfeldt M. Gender, coping and the perception of pain. Pain 2002;97:195-201.
- Lin C. Congruity of cancer pain perception between Taiwanese patients and family caregivers: relationship to patients' concern about report pain and using analgesic. J Pain Symptom Manage 2001;21:18-26.
- Green SB. How many subject does it take do a regression analysis? Mutivariate Beh Res 1991;26:449-510.
- Seer K. Pain. In: Alexander MF, Fawcett JN, Runciman PJ, editors. Nursing practice: hospital and home-the adult. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999;615-35.

24. Ferrell BR. Patient pain questionnaire [homepage on the Internet]. California: City of Hope Online Resources; [cited 2005 Aug 10]. Available from: http://www.cityofhope.org/prc/pdf/pt_pain.pdf.
25. Ferrell BR. Family pain questionnaire [homepage on the Internet]. California: City of Hope Online Resources; [cited 2005 Aug 10]. Available from: <http://www.cityofhope.org/prc/pdf/EPQTOOL.pdf>.
26. สมพร ชินโนรส, พรจันทร์ สัยละมัย, สถาพร สีสานันทกิจ. ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วารสารพยาบาล 2541;47:285-98.
27. ศุภวรรณ มโนสุนทร, ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, บรรณาธิการ. ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2542.
28. สนิท สมัครการ. สถาบันครอบครัว เครือญาติ และระบบอุปถัมภ์. ใน: เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมไทย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2541.
29. Well N, Hepworth JT, Murphy BA, Wujcik D, Johnson R. Improving cancer pain management through patient and family education. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25:344-54.
30. อัครณี วันชัย, นันทา เล็กสวัสดิ์, ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, อรรณพ คุณพันธ์. ความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. *พยาบาลสาร* 2539;23:36-45.
31. Ferrell BR, Ferrell BA, Rhiner M, Grant M. Family factor Influencing cancer pain management. *Postgrad Med J* 1991;67 [Suppl. 2]:S64-9.
32. Newton-John TR. Solicitousness and chronic pain: a critical review. *Pain Rev* 2002;9:7-27.
33. วีรวรรณ ภาษาประเทศ, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, วัฒนา ศรีพจนารถ. ผลของการสนับสนุนจากสามีต่อพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวด และระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของหญิงตั้งครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2540;17:69-80.
34. Keogh E, Hatton K, Ellery D. Avoidance versus focused attention and the perception of pain differential effects for men and women. *Pain* 2000;85:225-30.
35. Rosseland LA, Stubhaug A. Gender is confounding factor in pain trials: woman report more pain than men after arthroscopic surgery. *Pain* 2004;112:248-53.
36. Smith SJ, Keefe FJ, Caldwell DS, Romano J, Baucom D. Gender differences in patient-spouse interaction: a sequential analysis of behavioral interactions in patients having osteoarthritis knee pain. *Pain*. [serial on the Internet]; 2004; [cite 2004 Feb 4]. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/pain>.
37. Wise EA, Price DD, Myers CD, Heft MW, Robinson ME. Gender role expectations of pain perception. *Pain* 2002;96:335-42.
38. พงศ์ภรณ์ เกษตริน, ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ, วินัยรัชตามุขยพันธ์, วรรณ ศรีโรจนสกุล, สำอางค์ คุรุรัตน์พันธ์. การศึกษาการบำบัดความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วิสัญญีสาร* 2533;16:80-7.
39. ชูติมา นันถือนेत्र, สมพร ชินโนรส, สุภา เบญจพร. ความรู้สึกปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอตด้วยเลเซอร์. *วารสารพยาบาลรามธิบดี* 2540;3:182-7.