



## การจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง

จิตติวรรณ โยธาทัย ดบ.\*

### บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเกี่ยวกับความปวด นอกจากนี้ยังพบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ จากการศึกษาที่ผ่านมาเสนอแนะว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถควบคุมความปวดที่เกิดจากมะเร็งได้ แต่ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มประเทศตะวันตก ซึ่งยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนว่าการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดในคนไทยเป็นอย่างไรและโปรแกรมนี้มีความเหมาะสมสำหรับคนไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกไทยมีการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้านอย่างไร โดยใช้วิธีการศึกษาแบบกรณีศึกษาภายในระยะเวลา 6 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยจำนวน 6 ราย และตัวแทนครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดครอบครัวละ 1 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Framework analysis

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การหาข้อมูลและสิ่งอำนวยความสะดวก การสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ การแสดงพฤติกรรมต่อความปวด และองค์ประกอบที่สำคัญคือ การรับรู้ต่อความปวด ซึ่งสามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักคือ การคิด เป็นผลมาจากการรับรู้และความเชื่อส่วนบุคคล การแสดงพฤติกรรม ที่เป็นการแสดงออกถึงความปวด การสื่อสารความปวดด้วยวิธีต่างๆ การตัดสินใจลงมือแก้ปัญหาตามความสามารถของแต่ละบุคคล และบริบทของครอบครัวและวัฒนธรรมไทย ซึ่งส่วนประกอบสุดท้ายมีผลต่อทั้งกระบวนการคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีความปวด มีความสามารถในการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดแตกต่างกัน โดยพบว่าปัจจัยที่มีส่วนสำคัญประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ กระบวนการคิด การแสดงพฤติกรรมและการได้รับการสนับสนุนของครอบครัวภายใต้บริบทของวัฒนธรรมไทย ซึ่งการจะพัฒนาการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้

**คำสำคัญ :** การจัดการตนเอง การจัดการความปวด การควบคุมความปวด มะเร็งปากมดลูก

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์



## Self-management for Pain Control in Thai Patients who have Cervical Cancer in a Cancer Hospital

Thitiwan Yothathai, PhD\*

### Abstract

Cervical cancer is one of the most common cancers in Thailand with around 10% of these women experiencing persistent pain. One third of those are under treated and it is claimed that programmes of self-management may contribute to better managing this pain. However, self-management is a Western concept and it is not clear whether this concept is helpful to Thai people or how it might be conceptualised or how Thai people self-manage their pain.

The aim of this study is to explore the way in which Thai women with cervical cancer manage their pain with specific reference to the potential for self-management in hospital and at home. A single embedded case study design was adopted over six months in a cancer hospital located in the North-East of Thailand. The participants were purposively sampled for the phenomenon under investigation. Six patients with cervical cancer experiencing moderate to severe pain and six identified family caregivers were observed and interviewed. Framework analysis was used to analyse the observational and interview data.

The finding revealed six main themes of self-management including problem solving, decision making, information finding and utilisation, forming patient/health care professionals partnership, taking action and, especially, perception. These themes are influenced by Thai family and culture resulting in a revision self-management model for Thais is developed. The model explains relationship between three main aspects; thinking that could be affected by the patients' perception and belief, behaving included expression and communication of pain and taking action in relation to pain, as well as family and cultural context of Thailand in which the last aspect could affect those two factors.

Conclusion, the patients developed their ability to self-manage their pain in their everyday life. To improve self-management in Thai patients efficiently, the individual circumstance of family and Thai culture are important factors to be aware.

**Keywords** : self-management, pain management, pain control, cervical cancer

---

\*Nursing Instructor , Boromarajonani College of Nursing Udonthani



## บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งที่เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากเป็นอันดับหนึ่งของสตรี<sup>1</sup> แต่ในประเทศไทยพบว่ามะเร็งที่พบบ่อยในสตรีคือมะเร็งปากมดลูก ปัญหาสำคัญที่เป็นผลสืบเนื่องจากการเป็นมะเร็งคือความปวด ผู้ป่วยมะเร็งมีประสบการณ์ความปวดคิดเป็นร้อยละ 33 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และสองในสามของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง<sup>2</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการรับภาระเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลเป็นภาระอันหนักหน่วงของครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกกดดันและเครียด นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังต้องปรับบทบาทในครอบครัว รวมทั้งยังต้องปรับวิถีชีวิตในสังคมและการทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอีกด้วย<sup>3</sup>

ความปวดจากมะเร็งส่วนใหญ่สามารถควบคุมได้โดยการใช้การรักษาตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก<sup>4</sup> นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธีการเสริมและการแพทย์ทางเลือกก็เป็นวิธีการที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดได้ แต่อย่างไรก็ตามการควบคุมความปวดปวดด้วยวิธีการต่างๆ ที่กล่าวมาก็ยังไม่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยังพอใจของผู้ป่วย อุปสรรคของการจัดการความปวดอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ตัวผู้ป่วยเองที่ขาดการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ กลัวการติดเชื้อและกลัวผลข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น ขาดความรู้ความสามารถในการประเมินความปวดและการบริหารยา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข เช่น หน่วยงานบริการที่มีจำกัด ขาดการสำรองและการกระจายยาแก้ปวดโอปิออยด์อย่างทั่วถึง เป็นต้น<sup>5</sup>

จากปัญหาการควบคุมความปวดที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ นักวิจัยบางกลุ่มจึงหันมาให้ความสนใจศึกษาการจัดการความปวดด้วยตนเอง จากหลักการที่ว่าความปวดจากมะเร็งเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญเป็นประจำทุกวัน ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตในขณะที่มีความปวดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เป็นผู้ที่รู้ดีที่สุดว่าความต้องการของตนเองคืออะไรและควรทำอย่างไรเพื่อจัดการต่อความปวดและสามารถอยู่กับความปวดได้<sup>5,6</sup> แต่อย่างไร

ก็ตามความสามารถในการจัดการความปวดของแต่ละบุคคลและประสิทธิผลของการจัดการความปวดยังมีความแตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังที่ผ่านมายังพบว่ามีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน และพบว่าการจัดการตนเองได้ผลดีในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางในผู้ป่วยเรื้อรังบางกลุ่มเท่านั้น<sup>7,8</sup> ในการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการควบคุมความปวดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้เป็นเพียงการศึกษาในระยะสั้น ยังไม่สามารถบอกประสิทธิภาพในระยะยาวได้<sup>9</sup> นอกจากนี้รายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบของคอสเตอร์และคณะ<sup>10</sup> สรุปว่าหลักฐานที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งยังไม่เพียงพอ ดังนั้นการศึกษาผลของการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดควรมีการศึกษามากขึ้น<sup>11</sup>

ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวอย่างมาก การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความใส่ใจ แต่เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมายังขาดความชัดเจนในประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดและยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกถึงการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดเชิงลึกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้เกิดความเข้าใจในการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกผ่านมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดที่มีประสิทธิภาพและมีความสอดคล้องตามบริบทของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน



## วิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรที่เข้ารับการศึกษ

#### 1) เกณฑ์การคัดเลือกประชากร (inclusion criteria)

ประชากรที่คัดเลือกเข้ารับการศึกษประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มผู้ป่วย : เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก (ทุกระยะของมะเร็ง) อย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้ที่มียุติงตั้งแต 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง มีญาติมาดูแลทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านประจำอย่างน้อย 1 คน ผู้ป่วยต้องม่ประสบการณ้ความปวดจากมะเร็งในระดับปานกลางหรือรุนแรงและเคยได้รับการรักษาด้วยยาระงับปวดอย่างใดอย่างหนึ่งภายในระยะเวลา 1 เดือน

กลุ่มครอบครัว : เป็นญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้ารับการศึกษานี้ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ประจำในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

#### 2) เกณฑ์การคัดออกประชากร (exclusion criteria)

เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผู้ที่ไม่สามารถหรือไม่พร้อมให้ข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาการศึกษ

#### 3) จำนวนประชากร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study research)<sup>12,13</sup> ใช้วิธีการคัดเลือกประชากรที่เข้ารับการศึกษแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนประชากรที่ศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความละเอียดและครอบคลุมของข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์และอธิบายผลการศึกษ<sup>13,14</sup> ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนประชากรในกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วย 6 คน และญาติที่ดูแลใกล้ชิด 6 คน ซึ่งจำนวนประชากรดังกล่าวเพียงพอในการให้ข้อมูลที่มีความละเอียดและได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยได้<sup>14</sup>

#### วิธีการวิจัย ขั้นตอนการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1) ภายหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ศูนย์มะเร็งเป็นพื้นที่วิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง ชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ของศูนย์ที่เกี่ยวข้อง

2) สร้างสัมพันธภาพกับบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งสังเกตสภาพสิ่งแวดล้อมทั่วไปในหอผู้ป่วย

3) ทดลองใช้เครื่องมือในการสังเกตและสัมภาษณ์ โดยเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย ทดลองเก็บข้อมูล วิเคราะห์และปรับปรุงเครื่องมือ

4) ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยสามัญหญิง เป็นระยะเวลารวม 6 เดือน

5) ผู้วิจัยอภิปรายกับพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่น่าสนใจ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง มีการใช้ยาแก้ปวด อย่างน้อย 1 ชนิด และมีญาติดูแลประจำอย่างน้อย 1 คน เพื่อพิจารณาเชิญเข้ารับการศึกษ ประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อพิจารณาผู้ป่วยที่น่าสนใจและสามารถเข้าร่วมในการศึกษได้โดยไม่เป็นอันตราย จากนั้นผู้วิจัยจะเชิญผู้ป่วยที่น่าสนใจเข้าร่วมการศึกษโดยตรงเป็นรายบุคคล โดยการอธิบายด้วยวาจาและมอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ และลงชื่อในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

6) ผู้วิจัยจะขอให้ผู้ป่วยระบุญาติที่มายุติงดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะเชิญญาติเข้าร่วมการศึกษโดยตรงเป็นรายบุคคล ขั้นตอนเชิญจนถึงการลงชื่อในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะดำเนินการเช่นเดียวกันกับการเชิญผู้ป่วย

7) ผู้วิจัยเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลประกอบด้วย การสังเกตและการสัมภาษณ์

**การสังเกต** ผู้วิจัยจะแสดงบทบาทของผู้สังเกตแบบ Observer as participant หมายถึง ผู้วิจัยแสดงบทบาทเสมือนเจ้าหน้าที่คนหนึ่งของหอผู้ป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไปได้รู้สึกถึงการดูแลด้านจัดการความปวดจากบทบาทนี้ทำให้ผู้วิจัยมีอิสระเพียงพอในการสังเกตผู้ป่วยและครอบครัว ในทุกบริบท ผู้วิจัยมีการสังเกตการดูแลผู้ป่วยทั้งในหอผู้ป่วยและที่บ้าน โดยเน้นการสังเกตการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้ง 6 คน การดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยจะสังเกตผู้ป่วยคนละ 4-5 ครั้ง แต่ละครั้งประมาณ 6 ชั่วโมง ใช้เวลาการสังเกตโดยรวมทั้งสิ้น 6 เดือน

**การสัมภาษณ์** ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interview) โดยมีหัวข้อสัมภาษณ์ตามองค์ประกอบหลักของการจัดการตนเอง 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา (problem solving) การตัดสินใจ (decision making) การหาข้อมูลและสิ่งอำนวยความสะดวก (information finding and utilisation) การสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย



และเจ้าหน้าที่ (forming patient/health care professionals partnership) การแสดงพฤติกรรมต่อความปวด (taking action) และการรับรู้ต่อความปวด (perception)

การสัมภาษณ์จะเริ่มดำเนินการภายหลังจากผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตไปแล้วเป็นประมาณ 1 เดือน ข้อมูลจากการสังเกตจะนำมาปรับปรุงข้อคำถามของการสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติแยกกันในห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์คนละอย่างน่อย 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล

### การวิเคราะห์ผลการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ Framework analysis ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนการจัดการข้อมูลและขั้นตอนการอธิบายและแปลความข้อมูล<sup>17</sup> ดังนี้

1) ขั้นตอนการจัดการข้อมูล (Stage of data management) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

Familiarisation เป็นการอ่านข้อมูลซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จนเกิดความเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้, Identifying the thematic framework เป็นการสรุปประเด็นที่ได้จากข้อมูลทั้งที่มีความเหมือนและแตกต่าง, Indexing นำประเด็นที่ได้กลับไประบุในข้อมูลพื้นฐานที่สอดคล้องกันแต่ละประเด็น Charting นำข้อมูลพื้นฐานที่สอดคล้องกันมาจัดเรียงรูปแบบตารางเพื่อให้เห็นภาพในแต่ละมิติที่ชัดเจนขึ้น และ Summarizing or Synthesizing อธิบายความสัมพันธ์และวิเคราะห์ความสอดคล้องหรือความแตกต่างของข้อมูลในเบื้องต้น

2) ขั้นตอนการอธิบายและแปลความข้อมูล (Stage of data description and explanation) เป็นการอธิบายประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากข้อมูล วิเคราะห์ความสอดคล้องและความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย (Cross-case analysis) จัดระบบข้อมูลใหม่เพื่อสามารถนำไปอธิบายภาพรวมของการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดในกรณีศึกษา เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ การประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยนี้สามารถวัดได้จาก Validity มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไขว้ ระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา Triangulation โดยการเก็บข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลาย คือ ผู้ป่วยและญาติ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก และ Generaliability<sup>12,13,15</sup>

จากคุณสมบัติของการวิจัยกรณีศึกษาที่มีการเก็บข้อมูลเชิงลึกจนกระทั่งอธิบายความเป็นตัวตนของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ซึ่งผู้อ่านสามารถวิเคราะห์และนำไปเทียบเคียงกับกรณีอื่นๆ ได้

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ร่วมระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย (Cross-case analysis) พบว่าการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วย 6 องค์ประกอบหลักตามประเด็นการสังเกตและสัมภาษณ์ ได้แก่ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การหาข้อมูลและสิ่งอำนวยความสะดวก การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ การแสดงพฤติกรรมต่อความปวด และการรับรู้ต่อความปวด ดังนี้

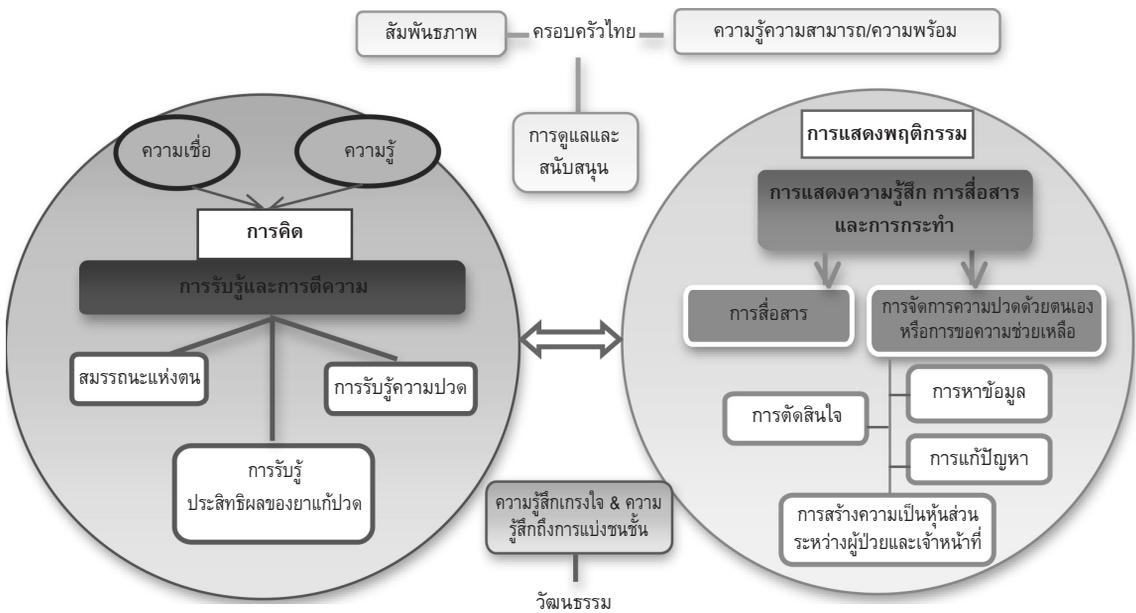
1. การแก้ปัญหา (problem solving) ผู้ป่วยมักพยายามที่จะแก้ปัญหาเรื่องปวดด้วยตนเองก่อน จะเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (try to do everything by self) จะร้องขอความช่วยเหลือเมื่อแก้ไขด้วยตนเองไม่ได้ผล
2. การตัดสินใจ (decision making) แบ่งออกเป็น การตัดสินใจร้องขอความช่วยเหลือหากไม่สามารถจัดการกับความปวดด้วยตนเองได้ กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยมีปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือของแพทย์และการสนับสนุนของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกว่าจะรับการรักษาอย่างไร
3. การหาข้อมูลและสิ่งอำนวยความสะดวก (information finding and utilisation) ผู้ป่วยเริ่มมีการหาข้อมูลต่างๆ เมื่อรู้ว่าตนเองถูกวินิจฉัยว่าเป็นอะไร ซึ่งส่งผลต่อความรู้และทัศนคติที่มีต่อโรค อาการ และการรักษาที่เกิดขึ้น
4. การสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (forming patient/health care professionals partnership) ผู้ป่วยมีความต้องการพูดคุยกับแพทย์มากขึ้นเกี่ยวกับโรคและอาการของตนเอง ก่อนที่นำไปสู่การตัดสินใจที่จะรักษา
5. การแสดงพฤติกรรมต่อความปวด (taking action) ผู้ป่วยมักจะอดทนต่อความปวดนั้นก่อน หากอาการปวดมากขึ้นจะรับประทานยาแก้ปวดโดยซื้อจากร้านขายยามารับประทานเอง บางรายมีการใช้สมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกตามประสบการณ์เดิมที่เคยใช้หรือรับรู้หรือจากคำแนะนำของญาติ หากอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะร้องขอมาจากเจ้าหน้าที่เมื่อทนปวดไม่ไหว
6. การรับรู้ต่อความปวด (perception) ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความปวดแตกต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าความ



ปวดที่รุนแรงขึ้นหมายถึงโรคที่เป็นมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ายากแก่ปวดชนิดต่างๆ มีประสิทธิภาพแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยทั้งหมดความเห็นว่ายาคีตมีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดมากกว่ายารับประทาน

จากข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมด ผู้วิจัยได้นำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้

ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยอาศัยรูปแบบการแสดงพฤติกรรม (Health belief model) ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ การคิด (Thinking) และการแสดงพฤติกรรม (Behaving) ซึ่งมีปัจจัยด้านครอบครัวไทยและวัฒนธรรมไทยที่ส่งผลกระทบต่อ การคิดและการแสดงพฤติกรรม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

**1. การคิด (Thinking)** เป็นกระบวนการของการรับรู้และตีความเกี่ยวกับโรคมะเร็งและความปวดจากมะเร็ง รวมไปถึงกระบวนการคิดเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัจจัยและหาแนวทางแก้ไขและตัดสินใจแก้ปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ต่อความปวดและประสิทธิภาพของยาแก้ปวด อันจะส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจและยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงความสามารถในการที่จะแสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจที่จะรักษา

**1.1 สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)** เป็นความเชื่อที่ว่าบุคคลมีความสามารถที่จะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ได้<sup>16,17</sup> โดยผู้ป่วยจะมีการประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการความปวด โดยการวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของความปวด วิเคราะห์แนวทางจัดการความปวด รวมทั้งวิเคราะห์ความสามารถของตนเองในการจัดการความปวด

**1.2 การรับรู้ต่อความปวด (Pain perception)** ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความปวดแตกต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่ายากแก่ปวดที่รุนแรงขึ้นหมายถึงโรคที่เป็นรุนแรงมากขึ้น ความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ไม่สามารถอธิบายได้ เป็นสาเหตุของความทรมาน ไม่มีใครจะรู้ว่าความปวดทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากขนาดไหนจนกว่าจะประสบด้วยตนเอง ในขณะที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความปวด แต่บางครั้งก็มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยได้

**1.3 การรับรู้ประสิทธิผลของยาแก้ปวด (Perceive drug effectiveness)** ผู้ป่วยทั้งหมดให้ความเห็นว่ายาคีตมีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดมากกว่ายารับประทาน ผู้ป่วยบางรายบอกว่าไม่อยากรับประทานยาแก้ปวดเพราะไม่มีประโยชน์ ต้องการเพียงยาคีตแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกกลัว



การติดยาหรือผลข้างเคียงของยาหากได้รับมากเกินไป

**2. การแสดงพฤติกรรม (Behaving)** เป็นการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองต่อความปวดนั้น ประกอบด้วย การสื่อสารและการจัดการความปวดด้วยตนเองหรือการขอความช่วยเหลือ

**2.1 การสื่อสาร (Communication)** ผู้ป่วยมักใช้การสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Implicit expression) โดยการแสดงสีหน้า ท่าทาง ผู้ป่วยมักไม่ค่อยจะพูดหรือบ่นเกี่ยวกับความปวดมากนักเนื่องจากต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดี (to be a good patient) จึงส่งผลให้การสื่อสารเรื่องความปวดระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีน้อย ผู้ป่วยมักแสดงออกโดยการร้องครวญคราง ผู้ป่วยอธิบายว่าการร้องครวญครางเป็นวิธีการสื่อสารที่ได้ผลดีโดยไม่ต้องใช้คำพูด เพราะญาติและเจ้าหน้าที่สามารถรับรู้ว่าคุณมีความปวดและมักจะได้รับการตอบสนองต่อการร้องนั้นทุกครั้ง

**2.2 การจัดการความปวดด้วยตนเองหรือการขอความช่วยเหลือ (Doing by self or asking for help)** เป็นพฤติกรรมการตัดสินใจแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลในการจัดการความปวด โดยมีองค์ประกอบดังนี้

**การหาข้อมูล (Information finding)** ผู้ป่วยเริ่มมีการหาข้อมูลต่างๆ เมื่อรับรู้ว่าคุณถูกวินิจฉัยว่าเป็นอะไร ผู้ป่วยบางคนได้ศึกษาโรคของตนเองจากการอ่านข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และพบว่าอาการของตนเองไม่สอดคล้องกับโรคที่ตนเองได้ศึกษามา จึงไม่มั่นใจว่าแพทย์วินิจฉัยได้ถูกต้อง หากแพทย์ไม่ได้มีการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะไม่เข้ารับการรักษา และส่งผลให้ความก้าวหน้าของพยาธิสภาพและอาการปวดมีมากขึ้น<sup>18</sup>

**การตัดสินใจ (Decision making)** ผู้ป่วยที่มีความปวดตัดสินใจเลือกที่จะช่วยเหลือตนเองก่อน แต่ถ้าหากความปวดนั้นเกินกำลังที่จะจัดการได้จึงเรียกร้องความช่วยเหลือ เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบจัดการปัญหาของตนเอง มากกว่าที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยบางคนเห็นว่าการดูแลตนเองทำให้เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม นอกจากนี้ความรู้สึก “เกรงใจ” เป็นปัจจัยหลักอันหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคล ความเชื่อในตัวแพทย์ผู้รักษา (Trustworthiness) ที่แสดงออกถึงการมีความรู้ ความมั่นใจต่อการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้พบ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ

การตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะเลือกทำการรักษาหรือไม่<sup>18</sup>

ในบางครอบครัวผู้ที่รับผิดชอบด้านการเงินเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจรักษา เพราะโดยส่วนใหญ่บุคคลนี้จะมีหน้าที่รับผิดชอบการเดินทางและค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการนำผู้ป่วยมารับการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายของผู้มาดูแลด้วย หากบุคคลนี้ไม่พร้อมก็จะส่งผลโดยตรงต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วย

**การแก้ปัญหา (Problem solving)** ผู้ป่วยมักใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อนที่จะเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (try to do everything by self) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหา ได้แก่ ความรุนแรงของความปวด ความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาในการจัดการความปวด วิธีการที่ใช้แก้ปัญหามากที่สุดคือ การอดทนต่อความปวด (be patient to pain) ซึ่งผู้ป่วยอธิบายว่าหากมีความปวดเล็กน้อยก็จะเลือกที่จะอดทน เพราะไม่ต้องการรับประทานยาแก้ปวดมากเกินไป กลัวภาวะแทรกซ้อนจากยา ผู้ป่วยบางรายบอกว่าตนเองต้องทนต่อความปวด (bear to pain) เพราะไม่กล้าที่จะขอยาแก้ปวดจากทั้งคนในครอบครัวและจากเจ้าหน้าที่เพราะกลัวถูกต่อว่าหรือได้รับปฏิกริยาตอบสนองที่เป็นลบต่อการร้องขอ นั้น

ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ในการแสดงพฤติกรรมที่จะส่งผลให้ตนเองได้รับการแก้ปัญหาคความปวด โดยมีการสังเกตและเรียนรู้ว่าระดับความปวดมีผลต่อการได้รับยาลดปวดชนิดรับประทานและชนิดฉีด เรียนรู้ว่าคุณเองจะได้รับมอร์ฟีนชนิดฉีดก็ต่อเมื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อมีความปวดระดับรุนแรงเท่านั้น

ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการจัดการความปวดหลากหลายวิธี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการซื้อยาแก้ปวดจากร้านขายยามารับประทานเอง บางคนใช้การนวด การประคบสมุนไพร นอกจากนี้การรักษายังขึ้นอยู่กับความเชื่อส่วนบุคคลและของชุมชนที่อาศัยอยู่ เช่น บางชุมชนมีความเชื่อเกี่ยวกับภูษานาคก็จะต้มน้ำศักดิ์สิทธิ์ของภูษานาคมาดื่มเพื่อบรรเทาอาการปวดและรักษาโรค ชุมชนบางแห่งมีการสักผิวหนังร่วมกับการร่ายมนต์อันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคและอาการที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยบางคนรับการรักษาตามสถานบำบัดที่ใช้สมุนไพรร่วมกับการปฏิบัติธรรม วิธีการต่างๆ เหล่านี้มีทั้งที่ลดปวดได้บ้างไม่ได้บ้าง ผู้ป่วยบางคนหวังเพียงว่าจะสามารถลดปวดได้บ้าง ไม่ได้คิดว่าจะหายปวดโดยเด็ดขาดดีกว่าที่จะไม่ทำอะไรเลย (better than do nothing)



การสร้างความเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (Forming patient/health care professionals partnership) ผู้ป่วยบอกว่าต้องการที่พูดคุยกับแพทย์มากขึ้นเกี่ยวกับโรคและอาการของตนเอง ก่อนที่นำไปสู่การตัดสินใจที่จะรักษา เพราะข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับยังไม่เพียงพอ เนื่องจากความรู้สึกเกรงใจ ไม่กล้าถามและกลัวถูกต่อว่าสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและความเชื่อต่อการรักษา รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาที่ถูกต้อง อันจะส่งผลดีต่อการรักษาโรคและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย

### 3. บริบทของครอบครัวและวัฒนธรรมไทย (Thai family and Thai culture)

**3.1 บริบทของครอบครัวไทย (Thai family)** ในสังคมไทย ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผู้มีส่วนในการเสนอแนวทางการแก้ปัญหาความปวด และการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโรค ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นกับสถานภาพ ครอบครัวและอายุของผู้ป่วย โดยครอบครัวเดี่ยวที่ผู้ป่วยอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีสามีเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนผู้ป่วยสูงวัยจะมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเนื่องจากการหยุดงานเพื่อการนำผู้ป่วยมารับการรักษาแต่ละครั้งอาจใช้เวลาหลายวัน ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเดินทางและพักค้างคืนระหว่างการรักษาส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่รายได้น้อย ไม่มีเงินเก็บสำหรับการใช้จ่ายฉุกเฉิน ทำให้บางครั้งต้องมีการยืมจากเพื่อนบ้านหรือกู้ยืมเงินจากเอกชนซึ่งส่งผลกระทบต่อในการต้องหาเงินใช้หนี้ต่อไป

### 3.2 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมไทย (Thai Culture)

วัฒนธรรมท้องถิ่นที่ต่างกันส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้และการตัดสินใจแก้ปัญหาแตกต่างกันด้วย<sup>17</sup> ในผู้ป่วยบางคนที่มีความเชื่อเรื่องสิ่งเหนือธรรมชาติก็มักจะมีการรักษาด้วยการทำพิธีกรรมต่างๆ เช่น การรดน้ำมนต์ การสีก เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีความเชื่อในศาสนาพุทธก็จะนำคำสอนเกี่ยวกับ “กรรม” มาใช้ในการทำความเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย และใช้การสวดมนต์และนั่งสมาธิในการจัดการความปวด

### การอภิปรายผล

การจัดการตนเองในการควบคุมความปวดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในบริบทไทยประกอบด้วย การคิด (Thinking) และการแสดงพฤติกรรม (Behaving) โดยมีปัจจัยด้านครอบครัวและวัฒนธรรมไทย (Thai family and Thai culture) ส่งผลต่อกระบวนการคิดและนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาความปวดที่แตกต่างกัน

ความปวดเป็นเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลและมีความซับซ้อน แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ การแสดงออกและการจัดการความปวดแตกต่างกัน<sup>19</sup> ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความคิดและความเชื่อส่วนบุคคล ประสบการณ์ในอดีต การแสดงออกด้านวิธีต่างๆ และการตัดสินใจลงมือแก้ปัญหาตามความสามารถของแต่ละบุคคล ในบริบทไทยสมรรถนะแห่งตนเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการความปวด เนื่องจากกระบวนการคิดของบุคคลมีผลมาจากความเชื่อ การรับรู้ วัฒนธรรม และที่สำคัญคือครอบครัว อันจะส่งผลกระทบต่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา นอกจากนี้ฐานะทางการเงินของผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดในการควบคุมความปวด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลัว ไม่กล้าใช้ยาจนอาจทำให้ไม่สามารถระงับปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่กล้าที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดี (to be a good patient) จึงส่งผลให้การสื่อสารเรื่องความปวดระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมีน้อย ความรู้สึกของความแตกต่างของชนชั้นหรือความรู้สึกด้อยกว่าทางการศึกษา ยังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะพูดคุยแสดงความต้องการ ส่งผลให้เกิดการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้ความปวดนั้นไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะพูดคุยกับพยาบาลมากกว่าแพทย์เพราะสามารถอธิบายข้อสงสัยของผู้ป่วยได้อย่างละเอียด ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการจัดการความปวดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของอนงค์ สุทธิพงษ์ และคณะ<sup>19</sup> ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อการจัดการความปวด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของพยาบาล

ความรู้สึก “เกรงใจ” ที่จะขอความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งผู้ป่วยอธิบายว่าไม่ต้องการให้บุคคลเหล่านั้นและทั้งจากงานหรือกิจกรรมที่กำลัง



ทำอยู่ ผู้ป่วยบางคนบอกว่าไม่ทราบว่าจะบอกเจ้าหน้าที่อย่างไร ใช้คำพูดอย่างไรที่จะอธิบายความปวดเวลาถูกซักถาม จึงพยายามอดทนต่อความปวดนั้น จนกระทั่งทนไม่ไหวจึงร้องขอความช่วยเหลือหรือรอจนกระทั่งผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่สังเกตเห็นและมาซักถาม ซึ่งส่งผลให้ได้รับการจัดการความปวดล่าช้า

ในสังคมไทย สมาชิกครอบครัวมีหน้าที่สำคัญในการดูแลบุคคลในครอบครัว<sup>20</sup> เป็นผู้มีส่วนในการเสนอแนวทางแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโรคและอาการต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการช่วยอำนวยความสะดวกในการนำผู้ป่วยมารับการรักษาตลอดจนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน<sup>20</sup> ซึ่งปัจจัยที่จะส่งผลให้การดูแลของสมาชิกจะประสบผลสำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการจัดการความปวด รวมทั้งความสามารถในการให้ความช่วยเหลือในด้านกิจวัตรการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน รวมทั้งการสนับสนุนด้านการเงิน

ความปวดเป็นเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลและมีความซับซ้อน บุคคลจะมีการรับรู้ การแสดงออกและมีความสามารถในการจัดการความปวดแตกต่างกัน ผู้ให้การดูแลควรมีความเข้าใจในปัจจัยต่างๆ รวมทั้งควรพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

1. ในการจัดการเรียนการสอน ควรเน้นให้ผู้เรียนมีความเข้าใจการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่เป็นปัจเจก ความแตกต่างระหว่างบุคคลและบริบทด้านครอบครัวและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน

2. ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยไทย บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องตระหนักถึงบริบทด้านต่างๆ ประกอบด้วย การรับรู้และความเชื่อของตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งวัฒนธรรมไทย เช่น การแสดงออกโดยไม่ใช้คำพูด ความรู้สึกเกรงใจ อันส่งผลต่อวิถีชีวิตและการแสดงออกของผู้ป่วย

3. ควรมีการพัฒนาแบบการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดที่มีประสิทธิภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทไทย ในกลุ่มต่างๆ เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรังที่มีความปวด โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ และควรปรับให้สอดคล้องผู้ป่วยโดยเน้นความแตกต่างระหว่างบุคคลและวัฒนธรรม

4. ครอบครัวเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษาถึงการสนับสนุนการจัดการตนเองในการควบคุมความปวดจากครอบครัวจึงน่าจะเป็นแนวทางที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดได้

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากการสนับสนุนจากทุนของรัฐบาลไทย ขอขอบคุณ Dr. Deborah Fenlon และ Dr. Susan Duke แห่ง Faculty of Health Sciences, University of Southampton อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย ขอขอบคุณ ดร.พรเทพ แพรชาวคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และดร.พิชญ์สินี มงคลสิริ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี สำหรับข้อชี้แนะอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยสำหรับความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลและช่วยอำนวยความสะดวก และขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มประชากรที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งสำหรับกาวิจัยครั้งนี้

### References

1. WHO World Health Statistics 2008, WHO Press, Switzerland; 2008.
2. van den Beuken-van Everdingen MHJDR., de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systemic review of the past 40 years. *Annals of Oncology* 2007;18: 1437-1449.
3. IASP. Global year against cancer pain. International Association for the Study of Pain [database on the internet]. 2009 [cited 2009 Jul 15]. Available from: [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact\\_Sheets1&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=7198](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets1&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=7198)
4. WHO Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. WHO Press, Switzerland; 1996.



5. Lorig, KRH, Halsted R. Self-management education: History, definition, outcome and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26: 1-7.
6. Kralik D. Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 259-267.
7. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1641-1649.
8. Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch SI. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci* 2007; 9: 135-141.
9. Somrarnyart M. Effectiveness of self-management training program among Thai cancer patients with pain. Dissertation (Ph.D. (Nursing)), Chiang Mai University, Thailand; 2006.
10. Coster, S, Norman I. Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *Int J Nurs Stud*; 2008.
11. Fenlon D, Foster C. Self- management support: a review of the evidence. Southampton: University of Southampton, England; 2009.
12. Stake RE. Multiple case study analysis. New York: The Guilford Press, USA; 2006.
13. Simons H. Case study research in practice. London: Sage, England; 2009.
14. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. California: Thousand Oaks, USA; 2007.
15. Ritchie J, Lewis J. Qualitative Research Practice: A guide for Social Science Students and Researchers. London: Sage, England; 2003.
16. Bandura A. Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology: An International Review* 2002; 51(2): 269-290.
17. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient EducCouns* 2002; 48: 177-187.
18. Glanz K, Rimer B, Lewis F, Jossey-Bass S. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. *Education for Health* 2004; 17: 399-402.
19. อนงค์ สุทธิพงษ์, อัจฉรา อ่วมเครือ, เกษร วงศ์วัฒนา กิจ. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2556; 31(4): 181-188.
20. Lundberg PC, Rattanasuwan O. Experiences of fatigue and self-management of Thai Buddhist cancer patients undergoing radiation therapy. *Cancer Nurs* 2007; 30: 146-155.