

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นความรู้สึกไม่พึงปรารถนาที่มนุษย์ทุกคนเคยประสบมา เป็นประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ยากที่ผู้อื่นจะเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ความปวดที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นให้กระจ่างชัดได้ (McCaffery, 1979) ผู้ที่ประสบความปวดจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะความปวดบาดแผลในผู้ป่วยแผลใหม่ซึ่งเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน พยาธิสภาพของแผลใหม่ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความปวดแบบต่อเนื่องและตลอดเวลา 24 ชั่วโมง (Monahan & Neighbors, 1998) เป็นความปวดที่เกิดติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวทุกกระบวนการหายของแผล (Latarjet & Choiniere, 1995) ทั้งขณะที่ผู้ป่วยพักและขณะได้รับการล้างตกแต่งบาดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อผิวหนังส่วนต้นหรือส่วนลึกได้รับบาดเจ็บจากสิ่งกระตุ้นทางกายภาพหรือสารเคมี เช่น น้ำร้อน เปลวไฟ กรด ด่าง กระแสไฟฟ้า ทำให้มีการทำลายของเนื้อเยื่อ ซึ่งเมื่อเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ กระบวนการชีวเคมีของร่างกายจะปล่อยสารจำพวกโพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) แบริคตินิน (bradykinin) และฮีสตามีน (histamine) เป็นต้น (Boss, 1992) ออกมา ก่อให้เกิดความรู้สึกปวดจากการไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด นอกจากนี้ การรักษา เช่น การทำกายภาพบำบัด การล้างแผล ยังเป็นปัจจัยก่อให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น (Davis & Sheely - Adolphson, 1997) เนื่องจากมีการเสียดสี ถู ขูด และตัดเนื้อเยื่อชั้นที่มีปลายประสาทรับความรู้สึกอยู่ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความปวดมากขึ้น (Marvin, 1991) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่มีความปวดมากจะเกิดอาการเครียด ซึมเศร้า ก้าวร้าว บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง (Richards, 1980) ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ความปวดรุนแรงมาก่อนและไม่ได้รับการบรรเทาปวดที่เพียงพอ จะมีความอดทนต่อความปวดน้อยลง (Smeltzer & Bare, 1996) ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวดเป็นระยะเวลานาน ทั้งที่มีสาเหตุจากวิธีการรักษาและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จะมีผลต่อกลไกการปรับตัวเผชิญปัญหา และมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวด (Faucett, 1991) ประสบการณ์ดังกล่าวนี้จะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวด เช่น ปัจจัยด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (สุพร, 2528)

การประเมินความปวดค่อนข้างมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน (สุพร, 2528) จึงพบว่า บุคลากรในทีมสุขภาพยังประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมและจัดการกับความปวด โดยเฉพาะความปวดในภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญต่อวิธีการที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยมากกว่าให้ความสำคัญในเรื่องการประเมินและการจัดการกับความปวด ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดที่ไม่เพียงพอ (Bonica, 1990) จากการศึกษาของ ไกรเซอร์, บิงค์แฮม, และโรบินสัน (Geisser, Bingham, & Robinson, 1995) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ในการประเมินระดับความปวดและความวิตกกังวลขณะเปลี่ยนผ้าพันแผลระหว่างผู้ป่วยแผลใหม่ จำนวน 11 คน และพยาบาล พบว่า มีระดับการประเมินที่ตรงกันเพียงร้อยละ 37.4 และจากการศึกษาของ โคลอินเนียร์, เมลแซค, รอนเดียล, จีราด, และพาควิน (Choiniere, Melzack, Rondeau, Girard, & Paquin, 1990) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการประเมินความปวดและประสิทธิผลของยาลดปวดระหว่างผู้ป่วยแผลใหม่ระดับรุนแรงจำนวน 42 คน กับพยาบาล 42 คน พบว่า ระดับความปวดที่ประเมินโดยผู้ป่วยและพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่บุคลากรในทีมสุขภาพไม่สามารถประเมินความปวดได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย และ/หรือการที่บุคลากรในทีมสุขภาพขาดความรู้และทักษะในการบรรเทาปวดที่เหมาะสม ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยแผลใหม่ยังคงมีความปวดมากในขณะที่ได้รับการล้างแผลหรือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ แม้จะได้รับการฉีดยาระงับปวดแล้ว โดยสังเกตได้จากพฤติกรรมแสดงออก เช่น หน้ามึน กัดฟัน เกร็งกล้ามเนื้อ ส่งเสียงร้องครวญคราง เป็นการสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยต้องทรมานกับความปวด ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจะกลัวต่อความปวดจนปฏิบัติกิจกรรมลดลง การออกกำลังกายเพื่อยืดอวัยวะหรือบริเวณแผลใหม่มีน้อยจนเกิดปัญหาข้อติดแข็งเกิดการหด ดึงรั้ง ผิดรูปร่าง (Davis & Sheely - Adolphson, 1997) และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (Luckmann & Sorensen, 1995) ความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยสับสน หวาดระแวง ระดับความอดทนต่อความเครียดลดลง ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เป็นสาเหตุของการนอนไม่เพียงพอ (Puntillo, 1991) นอกจากนี้ ผู้ป่วยแผลใหม่จะมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การล้างแผล การตกแต่งแผลใหม่ และความรู้สึกต่อแผลใหม่ (Choiniere, 1989) ความกลัวเสียโฉมและความพิการ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและรู้สึกปวดมากขึ้น การรับรู้ต่อความปวดเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น ก่อให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป จากการศึกษาของ โคลอินเนียร์, เมลแซค, รอนเดียล, จีราด, และพาควิน (Choiniere, Melzack, Rondeau, Girard, & Paquin, 1989) พบว่า

ผู้ป่วยแผลใหม่ที่มีความวิตกกังวลสูงและมีภาวะซึมเศร้า จะมีระดับความเจ็บปวดทั้งในขณะพัก และในขณะทำแผลสูงกว่าผู้ป่วยแผลใหม่ที่ไม่มีความวิตกกังวลและภาวะอารมณ์ซึมเศร้า

บุคคลที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะช่วยบรรเทาปวดและดูแลตนให้ได้รับความสุขสบาย คือ แพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ จึงอยู่ในสถานะที่จะประเมินและจัดการกับความปวดได้ดีที่สุด (McCaffery & Ferrell, 1996) หากพยาบาลสามารถรับรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงความปวดและความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ย่อมนำไปสู่การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

ปัจจุบัน การศึกษาเรื่องความปวดและการจัดการกับความปวดได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ทั้งจากบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้บริหารสถานพยาบาล และองค์กรสุขภาพต่าง ๆ (Ulmer, 1998) เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่องความปวดและนำไปสู่การประเมินและการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนการศึกษาเรื่องประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของพยาบาลในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ของพรจันทร์ (2541) เรื่องประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 104 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความปวดมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง อยู่ในระดับรุนแรง พบตำแหน่งที่ปวดตั้งแต่ 1 ตำแหน่ง ถึงปวดทั้งตัว ลักษณะความปวดที่พบบ่อย คือ ปวดจี๊ดแบบไม่สม่ำเสมอ การจัดการกับความปวดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุด คือ การให้ยา ส่วนวิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การนวด และการศึกษาของสุกัญญา (2541) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวดรุนแรงที่สุดในวันที่ 2 หลังผ่าตัด วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ สม่ำเสมอ ส่วนวิธีที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุด คือ การให้ความสนใจถามถึงอาการปวด นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาวิจัยเรื่องความปวดในผู้ป่วยแผลใหม่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ในแนววิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental design) เพื่อศึกษาผลของการจัดการบรรเทาปวดในผู้ป่วยแผลใหม่ เช่น การศึกษาของ จุไรพร (2536) ที่ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลใหม่ จำนวน 12 ราย การศึกษาของ ศิริกัญญา (2529) ซึ่งศึกษาผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังนิทานต่อความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยแผลใหม่ที่เป็นเด็กวัยก่อนเรียน และการศึกษาของ แสงหล้า (2542) ซึ่งศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลใหม่ระดับที่ 2 จำนวน 10 ราย ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาในรูปแบบที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ยังไม่ปรากฏการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ให้ความสำคัญของ

การมองประสบการณ์แบบองค์รวม (holistic approach) ที่ศึกษาความคิด ความรู้สึก และการให้เหตุผล โดยตัวผู้ป่วยเองต่อประสบการณ์ความปวดจากแผลใหม่

พยาบาลในฐานะของผู้ให้บริการ จำเป็นต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับการให้ความหมายตามความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อประสบการณ์ความปวด การจัดการกับความปวด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดในทัศนะของผู้ป่วยแผลใหม่ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ความสามารถ และทักษะในการประเมินและการบรรเทาความปวดของบุคลากรทีมสุขภาพจากมุมมองของผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงใช้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งเป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ของบุคคล โดยการให้ความหมายและถ่ายทอดความรู้สึกออกมาอย่างลึกซึ้งซึ่งไม่สามารถวัดในเชิงปริมาณได้ เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยจะเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่สำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษาวิจัยและการจัดการกับปัญหาความปวดในผู้ป่วยแผลใหม่ให้มีความครอบคลุมแบบองค์รวม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยแผลใหม่
2. เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์การจัดการกับความปวดของผู้ป่วยแผลใหม่

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

ผู้ป่วยแผลใหม่มีประสบการณ์ความปวดอย่างไร

คำถามรอง

1. ผู้ป่วยแผลใหม่ให้ความหมายความปวดอย่างไร
2. ผู้ป่วยแผลใหม่มีความรู้สึกเกี่ยวกับความปวดอย่างไร
3. มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความปวดของผู้ป่วยแผลใหม่
4. ความปวดจากแผลใหม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร

คำถามหลัก

ผู้ป่วยแผลใหม่มีประสบการณ์การจัดการกับความปวดอย่างไร

คำถามรอง

1. ผู้ป่วยแผลใหม่จัดการกับความปวดด้วยตนเองอย่างไร
2. ผู้ป่วยแผลใหม่ได้รับการจัดการกับความปวดจากทีมสุขภาพอย่างไร

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในทัศนะของผู้ป่วยแผลไหม้ ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (hermeneutic phenomenology) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแผลไหม้ ความปวดจากแผลไหม้ ผลกระทบ และการจัดการกับความปวดจากแผลไหม้ เป็นแนวทางในการตั้งคำถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวด ทั้งด้วยตนเองและโดยทีมสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้ โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวไม่มีผลในการควบคุมการศึกษาวิจัย

นิยามศัพท์

ประสบการณ์ความปวด หมายถึง กระบวนการทางความรู้สึกละแวมณ์ของผู้ป่วยอันเกิดขึ้นเนื่องมาจากความปวดแผลไหม้ และ/หรือความปวดที่เป็นผลจากวิธีการรักษาแผลไหม้รวมทั้งความปวดแผลไหม้จากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยจนต้องการการจัดการกับความปวด

การจัดการกับความปวด หมายถึง วิธีการในการบรรเทาปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยแผลไหม้ ที่กระทำโดยแพทย์ พยาบาล และโดยตัวผู้ป่วยเอง

ผู้ป่วยแผลไหม้ หมายถึง ผู้ที่มีประสบการณ์ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายจากสารเคมี น้ำร้อน เปลวไฟ ไฟฟ้าช็อต หรือรังสี ซึ่งมีระดับความรุนแรงของแผลไหม้อยู่ในระดับที่ 2 และ/หรือระดับที่ 3 โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และเข้ารับและ/หรือเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไฟไหม้ – น้ำร้อนลวก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ความปวด การจัดการกับความปวดของผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับและ/หรือเคยเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยไฟไหม้ – น้ำร้อนลวก ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวนประมาณ 10 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เข้าใจถึงประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยแผลใหม่ และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนารูปแบบการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยแผลใหม่ได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการพยาบาล ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยแผลใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษาพยาบาลเรื่องความปวด และการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยแผลใหม่
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเรื่อง ความปวดในผู้ป่วยแผลใหม่ และผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน