

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวและเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรังต่อการเผชิญความปวด เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย ใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ความปวด และการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งผู้วิจัยศึกษาจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความปวดในเด็กและครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบรรเทาความปวด
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care)
5. ความคิด ความเชื่อ พิธีกรรมในบริบทสังคมและวัฒนธรรมอีสานที่เกี่ยวข้องกับความปวด
6. การทำวิจัยเชิงคุณภาพในเด็ก

1. ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก

เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างยาวนาน และจำเป็นต้องเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โรคเรื้อรังในผู้ป่วยเด็กที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเลือด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มักเกิดควบคู่กับความปวดเสมอ สาเหตุของความปวดมีทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและวิธีการของการรักษาพยาบาลต่างๆ เด็กต้องเผชิญกับกิจกรรมการรักษายาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งแต่ละกิจกรรมล้วนสร้างความปวดให้แก่เด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

1.1 ความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก” ไว้หลายท่านด้วยกันดังนี้ กลาสค็อก (Glasscock, 1988) ให้ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กว่าเป็นสภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ในระยะเวลาอันยาวนานกว่าความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะยาวนานเป็นเดือน ปี หรือตลอดชีวิต และผลจากความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือเกิดความพิการขึ้นได้

ฮอบบ & เพอร์กิน (Hobbs & Perrin, 1985) ให้ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กว่าเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีระยะเวลามากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือน ใน 1 ปี

เมโย (Mayo, 1959) cited in Harkins (1994) ให้ความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กว่าเป็นการเสียหายที่หรือเป็นภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่างในลักษณะต่อไปนี้ ได้แก่ เป็นอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนเหมือนเดิมได้ ต้องการการฝึกฝนเป็นพิเศษเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และอาจต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน

อัมพล สุอำพัน & วาสนา ศรมณี (2528) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก หมายถึงความเจ็บป่วยที่มีระยะเวลาการดำเนินการของโรคนาน มีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจถึงตายได้ หรือมีชีวิตอยู่ได้นาน แต่มีความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ โรคเรื้อรังบางชนิดอาจมีระยะที่มีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่มีผู้ให้ความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่ยาวนานหรือตลอดชีวิต อาจทำให้มีผลต่อร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติหรือเกิดความพิการขึ้นได้ ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ความหมายของฮอบ และเพอร์กิน (Hobbs & Perrin, 1985) เนื่องจากมีการระบุเวลาของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างชัดเจนและเข้าใจง่ายในการนำไปใช้เพื่อวินิจฉัยความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก

1.2 ประเภทความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก

ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กสามารถจำแนกตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการเกิดความเจ็บป่วย ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยเรื้อรังได้จำแนกตามความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็ก (Harkins, 1994; Neff & Spray, 1996) ดังนี้

1.1 ความเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคไตเรื้อรัง โรคเนื้องอกในสมอง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เนื้องอกในระบบประสาท โรคเอดส์ วัณโรค การได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะจมน้ำ และการได้รับสารพิษ

1.2 ความเจ็บป่วยที่ไม่คุกคามต่อชีวิต เช่น ลมบ้าหมู สมองพิการ เบาหวาน หอบหืด โรคเลือด กลุ่มอาการดาวน์ ซิสติกไฟโบรซิส (Cystic fibrosis) เท้าปาก กลุ่มดูดซึมอาหารผิดปกติ สไปนาไบฟิดา (Spina bifida) ภาวะโรคปอดเรื้อรังโรคขาดสารอาหาร และหูหนวกเรื้อรัง

2. ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำแนกตามประเภทการเกิดความเจ็บป่วยของเด็ก (Bowden et al., 1998; Marks, 1998; Neff & Spray, 1996)

2.1 ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นพันธุกรรม เช่น เบาหวาน หอบหืด โรคโลหิตจาง กล้ามเนื้อลีบ กลุ่มอาการดาวน์ ซิสติกไฟโบรซิส โรคมะเร็ง และโรคไตเรื้อรัง

2.2 ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เท้าปาก กลุ่มดูดซึมอาหารผิดปกติ สไปนาไบฟิดา ภาวะโรคปอดเรื้อรัง และเนื้องอกในระบบประสาท

2.3 ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นหลังจากกำเนิด เช่น โรคเนื้องอกต่างๆ โรคติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง โรคเอดส์ วัณโรค การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง การได้รับบาดเจ็บทางศีรษะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภาวะจมน้ำ และการได้รับสารพิษ

การระบุประเภทของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น อาจสามารถจำแนกประเภทได้ร่วมกัน เช่น เด็กที่เป็นเนื้องอกในสมองอาจจะเป็นทั้งความเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต และความเจ็บป่วยที่เป็นหลังกำเนิด ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังตามความหมายของ ฮอบ และเพอร์กิน (Hobb & Perrin, 1985) ที่มีการระบุเวลาของความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.3 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับความปวดในเด็กวัยเรียนและครอบครัว

เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือน ใน 1 ปี หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีระยะเวลามากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างยาวนาน บางโรคอาจเกิดขึ้นชั่วคราวแต่ทำให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูหรืออาจเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างถาวรทั้งที่คุกคามและไม่คุกคามต่อชีวิตของเด็กป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและได้รับการรักษาพยาบาลตลอดชีวิต (Neff & Spray, 1996) ในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงมาก เนื่องจากเป็นวัยที่มีความกลัวซึ่งเกิดจากความคิดจินตนาการของตนเอง (Imaginary Fear) มีความกลัวว่าร่างกายจะได้รับบาดเจ็บ และเกิดความวิตกกังวล จึงมักมีความวิตกกังวล จากการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Anticipatory Anxiety) ซึ่งความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่มักเกิดควบคู่กับความปวด สาเหตุของความปวดมีทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและวิธีการของการรักษาพยาบาลต่างๆ ซึ่งแต่ละกิจกรรมล้วนสร้างความปวดให้แก่เด็กอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การแทงน้ำเกลือ การเจาะไขสันหลัง การเจาะเนื้อเยื่อต่างๆไปตรวจ การให้ยาต้านมะเร็งทางหลอดเลือดดำ การทำแผล (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2529) จนถึงหัตถการที่ใหญ่ขึ้น เช่น การสวนหัวใจ การผ่าตัด ซึ่งตรงกับรายงานการวิจัยของ โฮเมอร์และคณะ (Homer et al., 1999) ศึกษาปัญหาการดูแลเด็กจากผู้ปกครองพบว่า ร้อยละ 33 ของผู้ปกครองบอกว่าเมื่อเด็กป่วยนอนในโรงพยาบาลจะพบกับความปวดเสมอ ซึ่งความตื่นกลัว ความใส่ใจในความเจ็บปวดเก่าๆฝังแน่นไว้ในจิตใจของผู้ป่วยเด็ก จะทำให้เกิดการคาดการณ์ความเจ็บปวดเหล่านั้นไว้ล่วงหน้า หรือเด็กบางคนอาจเกิดความรู้สึกปวดก่อนที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในกิจกรรมนั้นๆ เหตุการณ์เหล่านี้เป็นผลให้เกิดความเครียดสะสมและเพิ่มปริมาณอย่างรวดเร็วอาจทำให้มีปฏิกิริยาออกมาเป็นภาวะกลัว (Phobia) เช่น กลัวเข็มฉีดยา กลัวแพทย์ กลัวพยาบาล เป็นต้น หรือบางคนอาจเปลี่ยนแปลงความเครียดเป็นอาการ คลื่นไส้ อาเจียนทุกครั้งเมื่อได้รับการบำบัดด้วยยาต้านมะเร็ง เพิ่มภาวะข้างเคียง (Side effect) ของยาให้รุนแรงมากขึ้น และนอกเหนือไปจากนี้ผลของความเครียดที่สะสมอาจมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ และอุปนิสัยของเด็กให้ผิดปกติไป มีการศึกษาพบว่า

เด็กอายุ 9 ปี ซึ่งมีพัฒนาการเป็นปกติ สามารถเลือกตัดสินใจได้เท่ากับผู้ใหญ่ แต่มีความสามารถในการเข้าใจการตัดสินใจน้อยกว่าผู้ใหญ่ (Weithon & Campbell, 1982 อ้างถึงใน นันทวรรณ อัมพันธ์, 2540) แต่ในบางครั้งที่เด็กวัยเรียนพบปัญหาที่เกินความสามารถของตน เช่น ต้องเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัด อาจทำให้เด็กวัยเรียนเกิดความรู้สึกหงุดหงิด และเกิดอารมณ์เครียดได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) จึงทำให้กลวิธีการเผชิญความปวดอาจยังไม่เหมาะสม ด้วยเหตุนี้เด็กวัยนี้จึงต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและพยาบาล ในการช่วยลดความเครียด ที่เกิดจากความกลัวต่อความปวด นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างยิ่ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวในด้านจิตใจอารมณ์ (Neff & Spray, 1996) โดยปฏิกิริยาของครอบครัวที่แสดงออกคือความกลัว และความวิตกกังวล ในการทำหัตถการในการรักษาที่ทำให้บุตรปวด บิดามารดาเกิดภาวะเครียด (Eland & Anderson, 1977; Weekes & Savedra, 1988 อ้างถึงใน Ferrell et al., 1994) บางอย่างครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ แต่บิดามารดาหลายคนก็อาจปฏิเสธการเข้าร่วมกับบุคคลากรทีมสุขภาพ ในระหว่างปฏิบัติการ ด้วยเหตุผล กลัวเป็นลมและสงสารลูก (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2540) มีรายงานผลการวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของบิดามารดากับเด็กที่มีความปวด คือถ้าบิดามารดาวิตกกังวลมากย่อมส่งผลกระทบต่อการปวดและความเครียดของเด็ก (Jay et al., 1983 อ้างถึงใน ดารุณี จงอุดมการณ์, 2540) ดังนั้นครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเด็ก (Ferrell et al., 1991; Kenny, 2001) การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความปวด ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือจากโรคเรื้อรัง ตลอดจนวิธีการบรรเทาความปวดจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจและต่อสู้กับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจต่อการรักษาพยาบาลอาการของผู้ป่วย ไม่วิตกกังวลล่วงหน้าต่อความปวด ลดความกลัวลง

ดังนั้นผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะค่อนข้างยาวนาน ซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มักเกิดควบคู่กับความปวด สาเหตุของความปวดมีทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและวิธีการของการรักษาพยาบาลต่างๆ เด็กและครอบครัวที่ให้การดูแลใกล้ชิดต้องเผชิญกับความปวดตลอดเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัวมีการรับรู้ความปวดตลอดเวลา ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัวมีการรับรู้ความปวดอย่างไร

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความปวดในเด็กและครอบครัว

ความปวดเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Suffering) ต่อผู้ป่วยเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผู้ที่ได้รับความปวดจะเป็นผู้ที่รู้ซึ่งถึงความปวดได้ดีที่สุด และมีความหมายแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลแม้แต่ในบุคคลเดียวกัน แต่ระยะเวลาต่างกันความหมายของความปวดก็ไม่

เหมือนกัน ในปัจจุบันได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความปวด และให้ความหมายของความปวดในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ

แม็คคาฟเฟอร์ (McCaffery, 1983) กล่าวว่า พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดให้ความหมายไว้ว่า “ความปวด” หมายถึง ความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้ และจะยังคงมีอยู่ตลอดตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี ซึ่งมีความหมายสำคัญต่อแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (International association for the study of pain, 1999) อ้างถึงใน Naylor (2001) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือความไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์รวมทั้งมีการทำลายของเนื้อเยื่อนั้นด้วย

สเทิร์นบาค (Stembach, 1977) อ้างถึงใน Ignatavicius & Bayne (1991) กล่าวว่า ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกทุกซ์ทรมาน เกิดเนื่องจากสิ่งกระตุ้นไปทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ และมีรูปแบบของการตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต

สวift (Swift, 1980) อ้างถึงใน รุจา ภูโพลย์ & ดารุณี จงอุดมการณ์ (2532) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ทุก ๆ คนต้องประสบในชีวิตมาครั้งหนึ่งหรือหลายครั้ง ความปวดเป็นสิ่งที่ผู้ได้รับบรรยายจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการยากที่จะอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างชัดเจน ไม่มีเครื่องมือวัดความปวดออกมาเป็นปริมาณที่แน่นอนว่าปวดมากหรือน้อยเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับบุคคลผู้อื่นจะอธิบายหรือบรรยาย

สุพร พลยานันท์ (2528) กล่าวว่า ความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือทุกซ์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกาย เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือจากจิตใจได้รับการคุกคาม และมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนตัว จะมีแต่บุคคลที่กำลังประสบความปวดอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความรู้สึกปวดของตนเอง บุคคลอื่นจะไม่อาจหยั่งรู้ถึงความปวดของเขาได้นอกจากบุคคลนั้นได้บอกกล่าวถึง

กล่าวโดยสรุปความปวด หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา ความรู้สึกที่ทุกซ์ทรมานเป็นกลไกของร่างกายที่เป็นสัญญาณแสดงถึงภาวะอันตรายที่เกิดขึ้น เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายหรือจากจิตใจที่ได้รับการคุกคาม ส่งผลให้เกิดความปวด ผู้ที่ปวดเท่านั้นที่จะรับรู้ถึงความรุนแรงและลักษณะของความปวดนั้นได้

2.1 ทฤษฎีความปวด

การเกิดความปวดนั้นมีความสัมพันธ์กับทางจิตใจ อารมณ์ และร่างกายอย่างลึกซึ้งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเมื่อมีความปวดออกมาได้นั้น ร่างกายจะมีกลไกในการรับความรู้สึกปวดทั้งในระดับไขสันหลังและระดับสมอง เพื่อประเมินระดับความปวดนั้น ๆ ก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งมีผู้เสนอทฤษฎีความปวดไว้หลายทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีจำเพาะ (Specificity theory) ทฤษฎีรูปแบบ (Pattern theory) ทฤษฎีการรวมตัว (Sumation theory)

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายในร่างกาย (Endogenous pain control theory) งานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยเลือกทฤษฎีควบคุมประตูมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย เพราะทฤษฎีนี้สามารถอธิบายกลไกความปวดได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แมลเซ็กและวอลล์ (Melzack & Wall, 1994) อ้างถึงใน รุ่งลาวัลย์ เซ็นนิล (2543) ได้ศึกษากลไกดังกล่าวและได้สร้างทฤษฎีควบคุมประตู (The gate control theory of pain) มาใช้ในการอธิบายกลไกการเกิดความปวด โดยเน้นถึงพลังประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง ทฤษฎีนี้ได้อธิบายไว้ดังนี้

2.1.1 กลไกการปรับสัญญาณเป็นระบบควบคุมประตู (Gate control system) อยู่ในระดับไขสันหลังบริเวณสับสแตนต์เทียเจลลาติโนซา (Substantia gelatinosa) โดยทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าระหว่างพลังประสาท 2 กลุ่ม คือ พลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กและพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ กล่าวคือ พลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ไปปิดประตู ส่วนพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กไปเปิดประตู เมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่อร่างกายจะเกิดพลังประสาทจากใยประสาททั้ง 2 กลุ่มนี้เข้าสู่ระบบควบคุมประตู ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กมีมากกว่าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ สัญญาณความปวดจะส่งออกจากระบบควบคุมประตูไปยังสมอง จึงเกิดการรับรู้ความปวดนี้ แต่ถ้าพลังประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่มีมากกว่าระบบควบคุมประตูจะปิดประตูไม่มีสัญญาณนำขึ้นไปยังสมอง จึงไม่เกิดการรับรู้ความปวดนี้

2.1.2 ใยประสาทขนาดใหญ่นำส่งพลังประสาทไป 2 ทาง ทางหนึ่งนำพลังประสาทไประบบควบคุมประตู อีกทางหนึ่งนำส่งพลังประสาทขึ้นไปยังระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) โดย ดอร์ซอล คอลัมน์ พาธเวย์ (Dorsal column pathway) แล้วระบบควบคุมส่วนกลางจะย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการปิดหรือเปิดประตูในระบบควบคุมประตู

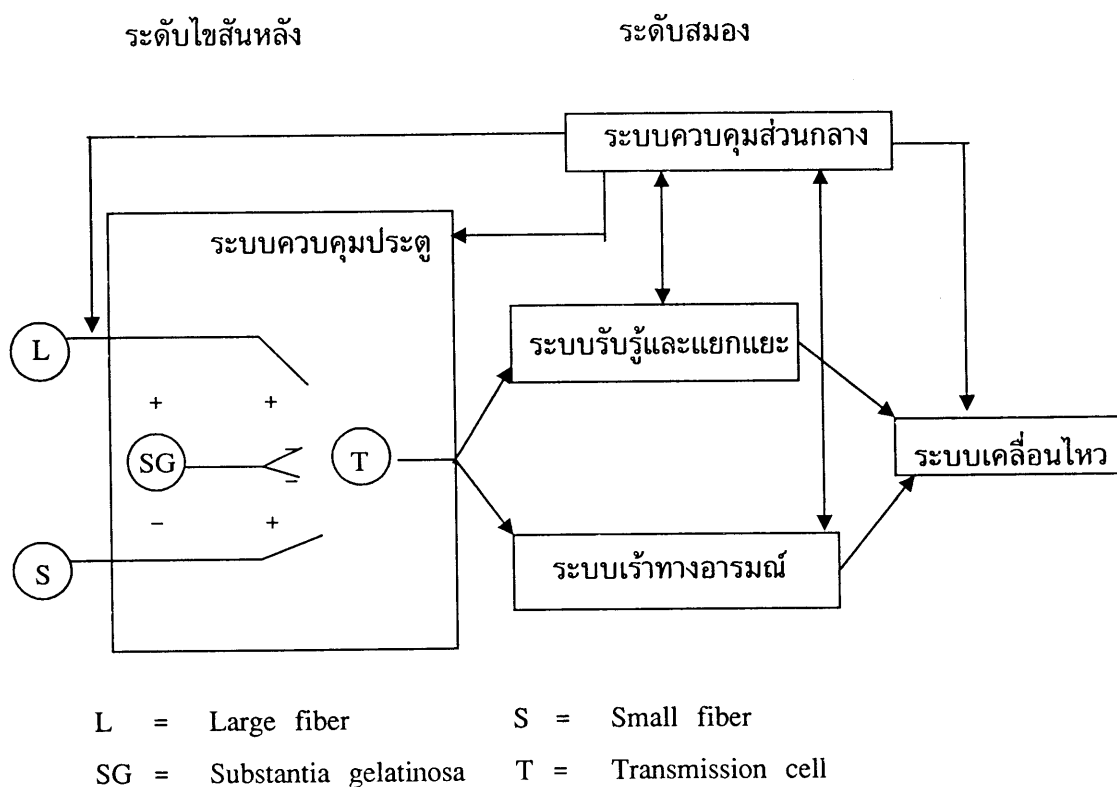
2.1.3 Transmission (T) cell ทำหน้าที่นำส่งพลังประสาทที่ได้ปรับสัญญาณแล้วไปยังสมองส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการรับรู้และตอบสนองต่อความปวดเมื่อสัญญาณความปวดผ่านระบบควบคุมประตูในระดับไขสันหลังจะนำขึ้นไปยังสมองเพื่อรับรู้และตอบสนอง เป็นการทำงาน ของระบบที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องอยู่ 3 ระบบดังนี้

1) ระบบรับรู้และแยกแยะ (Sensory-discriminative system) ทำหน้าที่รับรู้แยกแยะความรุนแรงลักษณะและตำแหน่งของความปวด ซึ่งส่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองโดยทางนีโอสไปโนธาลามิก แทร็ค (Neospinothalamic tract) ไปยังดอร์ซอล ฐาลามัส (Dorsal thalamus) และเซนซอรี คอร์ทেকซ์ (Sensory cortex)

2) ระบบเร้าทางอารมณ์ (Motivational affective system) ทำหน้าที่เร้าทางอารมณ์และสิ่งไม่พึงพอใจซึ่งสัญญาณขึ้นไปยังสมองโดยทางเพลิโอสไปโนธาลามิก แทร็ค (Paleospinothalamic Tract) ไปยังมีเดียลฐาลามัส (Medial Thalamus), ริทิดคิวลา ฟอร์เมชัน

(Reticular Formation) , ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) , ระบบลิมบิก (Lymbic System) และฟรอนทัล คอเท็กซ์ (Frontal Cortex) ระบบนี้จะแสดงผลกลับไปยังระบบควบคุมประตูดด้วย

3) ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ทำงานโดยระบบประสาทที่อยู่สูงขึ้นไปหรือระบบนีโอคอร์ติคัล (Neocortical) ทำหน้าที่ประเมินสัญญาณนำเข้าในเชิงประสบการณ์ในอดีต โดยแสดงต่อทั้งระบบรับรู้และแยกแยะ ระบบเร้าทางอารมณ์ และระบบควบคุมประตูดที่ไขสันหลังด้วยทั้ง 3 ระบบนี้ทำงานประสานงานและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเพื่อทำให้การรับรู้ความปวดสามารถบอกให้ทราบถึงตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะความปวด และคุณสมบัติของตัวกระตุ้นได้อย่างละเอียด ร่วมกับการเร้าทางอารมณ์และการเตรียมพร้อมที่จะสู้หรือหนี แล้วจึงส่งต่อไปยังระบบเคลื่อนไหว (Motor system) ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับการแสดงออกและตอบสนอง อันเป็นลักษณะของความปวดดังแสดงในแผนภาพที่ 2.1 ความรุนแรงของความปวดนั้นไม่แปรไปตามความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นเสมอไปอธิบายได้ว่าสัญญาณประสาทที่ไปสู่สมองจะต้องถูกประเมินก่อนที่จะเกิดการรับรู้และการตอบสนองโดยระบบควบคุมส่วนกลาง กล่าวคือ อิทธิพลจากส่วนกลาง เช่น ความกระวนกระวาย ความตื่นเต้นหรือความกลัว เป็นต้น อาจส่งลงมาเปิดหรือปิดประตูในระดับไขสันหลังก็ได้ ดังแผนภาพดังนี้



ภาพที่ 1 ทฤษฎีความปวดของเมลแซ็คกับวอลล์ (Melzack & Wall, 1994)

2.2 ประเภทของความปวด

ความปวดที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งประเภทของความปวดได้หลายวิธี ในที่นี้จะขอแบ่งประเภทของความปวดตามระยะเวลาที่เกิด (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2545; KooZier, Erb, & Berman, 2000) โดยแบ่งได้ 2 ประเภทคือ

2.2.1 ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ วินาทีแรก จนถึง 6 เดือน ความปวดชนิดนี้มักเกิดขึ้นชั่วคราว เกิดขึ้นทันทีทันใด มักมีสาเหตุจากการมีการทำลายของเนื้อเยื่อในร่างกาย ขณะปวดจะมีอาการรุนแรงในระยะแรกและจะค่อย ๆ ลดลงจนหายไปเองได้ เมื่อมีการหาย (Healing) ของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้น หรือมีการอักเสบของอวัยวะนั้น ๆ สาเหตุจากการรักษามะเร็งโดยการผ่าตัดเป็นความปวดที่เกิดง่ายและสามารถหายได้เอง สามารถทำนายได้ถึงระยะเวลาของการหายปวด ลักษณะการปวดแบบเจ็บแปลบ ๆ เหมือนถูกยิงหรือถูกแทง โดยส่วนมากมักจะสามารควบคุมความปวดได้เมื่อได้รับยาและวิธีการบรรเทาความปวดที่เพียงพอ การตอบสนองทางสรีรวิทยาของร่างกายต่อความปวดชนิดเฉียบพลัน เกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เช่น อัตราชีพจรเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดเฉียบพลันที่พบได้โดยทั่วไปคือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งปฏิกิริยาทั้งสองนี้จะไปเพิ่มการรับรู้ความปวด เราอาจทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น ถ้าความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง จะพบปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดทางด้านสรีระและพฤติกรรมได้ชัดเจน ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลประเมินความปวดได้

2.2.2 ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อาจเป็นความปวดที่เกิดขึ้นซ้ำบ่อย ๆ ลักษณะอีกอย่างหนึ่งคือ มักหาสาเหตุของการเกิดที่แน่นอนไม่ได้ ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน เช่น ไม่ทราบเวลาปวดที่แน่นอน ไม่มีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ แต่มีปัจจัยทางจิต สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงไม่สามารถบรรเทาความปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งอาจพบเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง หรืออาจพบทั้ง 2 ชนิด ความปวดมักรุนแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมักมีตำแหน่งปวดเกิดขึ้นใหม่อยู่เรื่อย ๆ ตามการรุกรานของมะเร็ง ดังนั้นบางตำแหน่งอาจเพิ่งเริ่มปวด ในขณะที่บางตำแหน่งอาจปวดมาเป็นเวลานานแล้ว ความปวดชนิดนี้ อาทิเช่น โรคมะเร็งระยะลุกลาม ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) ความปวดของปลายประสาท และอาการปวดหลัง (Low back pain) เป็นต้น

ความปวดทั้ง 2 ประเภทมีความแตกต่างกันในด้านระยะเวลาแต่ความปวดทั้ง 2 ประเภทก็ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และมักมีอาการปวดรุนแรง เช่น การผ่าตัด จะส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ ได้รับความทุกข์ทรมานมากในช่วงเวลาที่ปวด ยิ่งถ้าบุคคลนั้นไม่ได้รับการบรรเทาความปวดที่

เพียงพอ ก็อาจจะทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งยิ่งจะเร้าอารมณ์ให้เกิดความรู้สึกปวดรุนแรงขึ้น (McCaffery, 1979)

2.3 ปฏิกริยาการตอบสนองต่อความปวดในเด็กวัยเรียน

เมื่อผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ถึงความปวดเกิดขึ้น จะมีปฏิกริยาการตอบสนองต่อความปวด เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความปวด ระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic) จะถูกกระตุ้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย รวมทั้งมีเหงื่อออกมากขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปร่างกายจะมีการปรับตัว สัญญาณชีพต่างๆ ก็ปรับตัวลดลงจนเกือบเท่าภาวะปกติ ดังนั้นการใช้การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าเด็กมีความปวด จึงยังเป็นสิ่งที่เชื่อถือไม่ได้ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพจะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้นๆ ส่วนปฏิกริยาการตอบสนองด้านพฤติกรรมนั้น นอกจากปัจจัยทางสรีรกายภาพและปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมที่จะมีผลต่อปฏิกริยาการตอบสนองแล้ว ในเด็กยังมีปัจจัยสำคัญคือปัจจัยด้านระยะพัฒนาการที่จะมีผลเป็นอย่างมาก ซึ่ง บอลล์ & ไบด์เลอร์ (Ball & Bindler, 1995) อ้างถึงใน รุ่งลาวัลย์ เซ็นนิล (2543) ได้กล่าวถึงปฏิกริยาตอบสนองต่อความปวดในเด็กวัยเรียนได้ดังนี้

	พฤติกรรมตอบสนอง	การแสดงออกทางคำพูด
อายุ 7-9 ปี	แสดงอาการขัดขืนต่อต้าน กำหมัด กอดอกแน่น ขอต่อรอง	สามารถบอกบริเวณที่ปวดและ บอกลักษณะของความปวดได้
อายุ 10-12 ปี	อาจจะสร้างทำเป็นว่าไม่มีความปวด เพื่อแสดงว่าตนมีความกล้าหาญ อาจมีพฤติกรรมถดถอย มีความเครียด วิตกกังวล	สามารถบอกบริเวณที่ปวด ความรุนแรงและลักษณะของ ความปวดได้

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าเด็กวัยเรียนจะสามารถบอกบริเวณที่ปวด ความรุนแรงและลักษณะของความปวดได้ แต่ก็มีเด็กบางกลุ่ม เช่น เด็กที่อาจชอบเรียกร้องความสนใจ ที่แสร้งว่าปวด (Pretended pain) โดยที่ไม่มีอาการปวด ดังนั้นการแสดงออกทางคำพูดเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนด้วย

2.4 การประเมินความเจ็บปวด

การประเมินความเจ็บปวดเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด เพื่อให้ทราบถึงความต้องการการช่วยเหลือ และทราบถึงประสิทธิภาพของการช่วยเหลือ แต่ความเจ็บปวดมีส่วนประกอบทางด้านความรู้สึกและอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ลักษณะความเจ็บปวดของแต่ละคนที่

แตกต่างกันไปทำให้ยากต่อการวัดความเจ็บปวดที่ถูกต้องตามความเป็นจริง โดยเฉพาะในเด็ก เนื่องจากความคิด ความเข้าใจและภาษาในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน (Howe et al., 1996) ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดควรเลือกให้เหมาะสมกับอายุ พัฒนาการและสถานการณ์ของผู้ป่วย การประเมินความเจ็บปวดจึงจะถูกต้องครอบคลุม (ชั้นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, 2539) ในการประเมินความเจ็บปวดในเด็กวัยเรียนควรมีการประเมินอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะในวันแรกหลังผ่าตัด เพื่อให้ทราบระดับความเจ็บปวดที่เปลี่ยนแปลงไปและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Wong, 1995) โดยประเมินได้จาก

2.4.1 การประเมินจากการสังเกต

2.4.1.1 การประเมินพฤติกรรม (Behavioral Assessment) แมคกราท (McGrath, 1990) กล่าวว่า การสังเกตประเมินพฤติกรรมเด็กนั้นไม่ง่ายและตรงไปตรงมา ในการประเมินระดับความรุนแรงความปวดในเด็กซึ่งอาจทำให้ผู้ประเมินพฤติกรรมนั้นตีความหมายผิดพลาดได้ การสังเกตพฤติกรรมการแสดงอาการปวดในผู้ป่วยเด็ก ได้แก่

1) พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (Motor behavior) ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กัดฟัน หลับตาแน่น การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่นนอนบิดไปมา กำมือ เอามือลูบคลำบริเวณที่เจ็บปวด หรือนอนตัวงอ นอนนิ่ง ไม่เคลื่อนไหว

2) พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (Vocal behavior) เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ สะอื้นเสียงสุดปาก หรือร้องกรี๊ด

3) พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Affective behavior) เช่น หงุดหงิด จุนเจียว กระสับกระส่าย ซึมเศร้า เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมเด็กนั้นควรทำอย่างระมัดระวังเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องได้ เช่น การมองเห็นพ่อแม่ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด หรืออยู่ในช่วงที่ร่างกายกำลังใช้กลไกการป้องกันตนเอง (coping strategies) หรือเป็นผลจากการได้รับยา เป็นต้น

2.4.1.2 การประเมินทางสรีรวิทยา (Physiological measure) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สามารถเห็นได้และวัดได้ในเชิงปริมาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การเพิ่มของความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ รวมถึงรูม่านตาขยาย เหงื่อออก ชนลุก ซีด อาจมีมือเท้าเย็นเนื่องจากหลอดเลือดหดตัว มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน มีการตึงตัวหรือหดเกร็งของกล้ามเนื้อลาย เป็นต้น จุดอ่อนของการประเมินทางสรีรวิทยา คือ ค่าของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จะลดลงหรืออาจกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมาทั้ง ๆ ที่ยังมีความเจ็บปวดอยู่ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงช่วงสั้น ๆ เมื่อมีอาการเจ็บปวดมากขึ้น เพราะร่างกายจะมีการปรับตัว (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538 & พรศิริ ใจสม, 2539)

2.4.2 การประเมินที่ให้เด็กประเมินความปวดด้วยตนเอง (Self report) ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเด็กตามระดับพัฒนาการของเด็กเป็นสำคัญ การวัดและประเมินโดยวิธีนี้ต้องอาศัยความสามารถในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเด็กเป็นสำคัญจึงจะได้รับข้อมูลที่แท้จริง โดยใช้ความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการบอกความรู้สึกปวด และความนึกคิดของผู้ป่วยเด็กเองเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดที่เด็กได้รับมาก่อน การให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเองนี้ทำได้หลายวิธี เช่น โดยการพูด การใช้แบบสอบถามหรือวิธีการ让孩子เขียนบันทึก ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็ก ได้บอกถึงความรู้สึกปวดด้วยตนเอง และพยาบาลผู้ดูแล จะได้ทราบและเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความปวดระยะเวลา และระดับความรุนแรงของความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ

การประเมินความเจ็บปวดในเด็กวัยเรียนกล่าวสรุปได้ว่า จำเป็นต้องมีการประเมินทั้งจากการสังเกตและจากการให้เด็กประเมินเอง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ได้จากการสังเกตเป็นการเปลี่ยนแปลงช่วงสั้น ๆ ทำให้ประเมินยาก และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตก็ไม่ใช่ตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุด เพราะเด็กบางคนอาจไม่แสดงพฤติกรรมใดๆเลยทั้งๆ ที่มีความเจ็บปวดเหมือนกัน (Eland & Anderson, 1977) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเด็กผู้ชายเนื่องจากคิดว่าเพศชายเป็นเพศที่แข็งแกร่ง สำหรับการประเมินความเจ็บปวดโดยให้เด็กประเมินนั้น จะเห็นว่าเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกันในเรื่องของบุคลิกภาพ สภาพอารมณ์ประสบการณ์ในอดีต การเลี้ยงดู วัฒนธรรม ทศนคติ ค่านิยม (สุพร พลยานันท์, 2528) ทำให้บอกระดับความเจ็บปวดแตกต่างกัน ถึงแม้จะได้รับความปวดเท่ากัน ดังนั้นการประเมินความเจ็บปวดจึงไม่ควรประเมินจากการสังเกตหรือให้เด็กประเมินเองอย่างเดียวอย่างหนึ่ง ควรประเมินทั้ง 2 อย่าง เพื่อที่จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเจ็บปวดได้ดีที่สุด

2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อความปวด ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆได้เป็นปัจจัยทางสรีระและกายภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมและปัจจัยทางด้านจิตใจ (McCaffery, 1972 อ้างถึงใน รุ่งทิวา อัครนิมานนท์, 2532) ดังนี้

2.5.1 ปัจจัยทางสรีระและกายภาพ (Physiology and Physical factor) ซึ่งแบ่งเป็นปัจจัยย่อยดังนี้

1) ระยะเวลาและความรุนแรงของความปวด ถ้าความปวดนั้นเกิดในช่วงสั้นๆ และมีความรุนแรงไม่มากนัก ก็อาจมีการตอบสนองทางพฤติกรรมเพียงเล็กน้อย แต่ถ้าเด็กต้องเผชิญกับความปวดในระยะสั้นๆ หลายๆครั้ง อาจมีการสะสมของความปวดเหล่านั้นจนกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ และในความปวดระยะสั้นๆแต่ละครั้งที่เด็กได้รับ เด็กอาจมีการตอบสนองที่รุนแรงและยาวนานได้ถ้าพัฒนาการทางด้านความรู้ความเข้าใจยังไม่สมบูรณ์

2) การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เช่น ในรายที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งจะทำให้การตอบสนองต่อความปวดลดลง

3) ตำแหน่งความปวดจะทำให้ลักษณะความปวดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป เช่น ความปวดที่ผิวหนังหรืออวัยวะภายในก็จะมีอาการแตกต่างกัน จะมีผลทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองแตกต่างกันไปด้วย โดยทั่วไปแล้วความปวดที่ผิวหนังมักจะทำให้เกิดพฤติกรรมสู้หรือหนี (Fight or Flight) มากกว่าความปวดจากอวัยวะภายใน

4) สภาพการณ์ของสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิร้อนหรือเย็น ลม ความชื้นสัมพัทธ์ ก็อาจมีผลต่อความปวด เช่น อากาศที่ร้อนทำให้มีเหงื่อออกมามีผลให้เกิดตะคริวของกล้ามเนื้อจากการเสียเกลือโซเดียมคลอไรด์ไปมาก และเกิดความปวดที่กล้ามเนื้อ แสดงเสียง หรือกลืน รวมทั้งความไม่คุ้นเคยต่าง ๆ ก็จะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อความปวดได้

5) ภาวะที่ถูกจำกัดการรับรู้ของประสาทสัมผัส เช่น ถูกปิดตาทั้งสองข้าง จะมีผลทำให้ความรู้สึกไวมากขึ้นต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความปวด ความทนต่อความปวดก็จะลดลงและทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย

6) ภาวะอ่อนล้าหรือความตึงเครียดของร่างกาย จะมีผลทำให้ร่างกายมีพลังงานและความสามารถทางด้านจิตใจในการที่จะจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นได้น้อยลง

2.5.2 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-cultural factor) ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม จะมีผลสำคัญต่อรูปแบบการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลในรูปของค่านิยมและความเชื่อของกลุ่มสังคมนั้น ๆ ปัจจัยทางครอบครัวจะประกอบด้วยทัศนคติของบิดามารดา การอยู่หรือไม่อยู่ด้วยขณะกำลังกิจกรรมการรักษาพยาบาลนั้น และรวมถึงประสบการณ์ความปวดของพี่น้องบิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะสามารถส่งผ่านภาวะทางอารมณ์นี้มาถึงเด็ก ทำให้ความกลัวและความวิตกกังวลของเด็กต่อกิจกรรมการรักษาพยาบาลนั้น ๆ รุนแรงขึ้น ผลจากความกลัวที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลของบิดามารดาอาจเกิดจากการที่ต้องคำนึงถึงการดูแลเด็กที่บ้าน ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องใช้จ่าย รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร การให้บิดามารดาอยู่ด้วยในขณะที่กำลังกิจกรรมการรักษาพยาบาลนั้นจะช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัยและสบายมากกว่า แทนที่เด็กจะควบคุมตัวเองหรือยับยั้งปฏิกิริยาตอบสนองของตน เด็กก็อาจตอบสนองด้วยการร้องเสียงดังและอาจแสดงความก้าวร้าวมากขึ้น

สังคมส่วนใหญ่ยินยอมให้เด็กผู้หญิงมีอิสระในการที่จะแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดมากกว่าเด็กผู้ชาย ซึ่งได้รับการสอนตั้งแต่อายุน้อย ๆ ว่าให้อดทนและเผชิญความปวดอย่างกล้าหาญ และไม่ร้องไห้เมื่อความปวดนั้นเกิดจากการกระทำของตนเอง ทำให้พบว่าผู้ชายมีความอดทนต่อความปวดได้สูงกว่าผู้หญิง ส่วนของร่างกายที่เกิดความปวดอาจมีผลต่อพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวด เช่น ความปวดที่เกิดที่อวัยวะสืบพันธุ์ จะทำให้ผู้ป่วยลังเลในการที่จะมาพบแพทย์และพยายามจะไม่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดนั้น

2.5.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor) ประสบการณ์ความปวดในอดีต

อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดที่คล้ายคลึงในสถานการณ์ที่คล้ายกัน และประสบการณ์ในวัยเด็กอาจมีผลในการตอบสนองต่อความปวดในวัยผู้ใหญ่

ทัศนคติและความรู้สึกของบุคคลอื่นอาจมีผลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดด้วยเช่นกัน โดยปกติผู้ป่วยมักจะแสดงพฤติกรรมหรือความรู้สึกตอบสนองต่อความปวดเมื่ออยู่กับพยาบาลหรือบุคลากรทางแพทย์มากกว่าเมื่อต้องอยู่ตามลำพัง พฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดอาจเกิดจากอิทธิพลของทัศนคติหรือความคาดหวัง ความกลัว และความวิตกกังวลของคนรอบข้าง ซึ่ง ลูทซ์ (Lutz, 1986) อ้างใน รุ่งลาวัลย์ เซ็นนิล (2543) ได้รวบรวมทัศนคติและความเชื่อที่ผิดของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในเด็กไว้ดังนี้

2.5.31 เด็กไม่สามารถรับรู้ความรุนแรงของความปวดได้เท่ากับในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในทารกแต่ปัจจุบันนี้ความเชื่อเริ่มเปลี่ยนแปลงโดยเชื่อว่าระดับของความปวดจะรับรู้ได้ตั้งแต่แรกเกิด

2.5.3.2 เด็กสามารถทนต่อความปวดได้ดี เด็กบางคนอาจตอบสนองด้วยการแสดงการเคลื่อนไหวทางร่างกายเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่บางคนตอบสนองด้วยการนอนหลับเป็นระยะเวลายาวนานหลังจากการเผชิญความปวด ทำให้พยาบาลเข้าใจว่าเด็กไม่ปวด ซึ่งในความเป็นจริง การนอนหลับอาจเป็นวิธีการหนึ่งในการที่เด็กจัดการกับความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้น

2.5.3.3 การแสดงออกหรือตอบสนองต่อความปวดมากขึ้นตามระดับอายุที่มากขึ้น พยาบาลมักจะคาดหวังว่าเด็กอายุมากกว่าควรจะร่วมมือมากขึ้น และต่อต้านกิจกรรมที่ทำให้เกิดความปวดลดลง ทำให้มองการต่อต้านหรือพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กวัยก่อนเรียน และวัยเรียนเป็นพฤติกรรมในทางลบ

2.5.3.4 การที่เด็กมีประสบการณ์ความปวดมากขึ้นจะทำให้เด็กสามารถจัดการกับความปวดได้ดีขึ้นและความรู้สึกไวต่อความปวดลดลง เด็กที่ต้องเผชิญกับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ทำให้เกิดความปวดหลาย ๆ ครั้งอาจแสดงการต่อต้านลดลง ทำให้พยาบาลเข้าใจว่าเด็กเรียนรู้ที่จะจัดการ (Cope) กับความรู้สึกปวดได้ดีขึ้น แต่ในความเป็นจริงเด็กอาจจะรู้สึกเหนื่อยล้าจากการที่พลังงานที่ใช้ในการปรับตัว (Adaptive Energy) ลดลง

มีการศึกษาที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในเด็ก เช่น การศึกษาของชูลทซ์ (Schultz, 1975) ซึ่งได้สำรวจความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด โดยสัมภาษณ์เด็กอายุ 10-11 ปีทั้งเพศชายและหญิงจำนวน 74 คน ผลพบว่า ความกลัวทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ความเครียดอาจเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด และความเจ็บปวดก็สามารถทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ส่วนการมีหรือไม่มีประสบการณ์การอยู่โรงพยาบาลนั้น ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเจ็บปวดและพบว่าเด็กชายมีความรู้สึกกล้าหาญในการที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดมากกว่าเด็กหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กชายในวัยนี้ถูกคาดหวังจากสังคมว่าจะเข้มแข็งและกล้าหาญ รวมทั้งจะสามารถเก็บความกลัวและควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ในขณะที่อยู่ในภาวะเครียดได้ ในขณะเดียวกันเด็กหญิงได้รับ

การยอมรับให้แสดงความกลัวและความเจ็บปวดได้เสรี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยทางวัฒนธรรม ในแง่ของปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวดนั้น ดาลควิสต์ (Dalquist, 1980) ได้ศึกษา ในเด็กอายุ 3-12 ปี ทั้งเพศและหญิง จำนวน 79 คน โดยการสัมภาษณ์บิดามารดาและให้บิดามารดาให้คะแนนปฏิกิริยาที่เด็กแสดงออกต่อประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เคยได้รับในอดีตกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวด แต่เด็กที่มีประสบการณ์ในทางลบคือมีการตอบสนองที่รุนแรงในอดีต มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดรุนแรงกว่าในกลุ่มที่มีประสบการณ์ในทางบวก ในประเทศไทยมีผู้ที่ศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมตอบสนองกับความเจ็บปวด ได้แก่ เพศ ลำดับที่ของการเป็นบุตร ประสบการณ์ความเจ็บป่วยในอดีต ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความสัมพันธ์ของผู้ที่อยู่กับเด็กขณะทำแผลไม่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวด (ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก, 2529)

2.6 การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

สำหรับความปวดในเด็กได้มีการศึกษากันอย่างจริงจังเมื่อประมาณ 20 ปี ที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมความปวดในเด็กสามารถเกิดขึ้นได้กับเด็กทุกวัย (Bozzettle, 1993 อ้างถึงใน จุริย สุนสวัสดิ์, 2540) การรับรู้ความปวดของเด็กมีผลจากความเข้าใจความหมายของความปวดตามระยะพัฒนาการ ในปัจจุบันมีการพิสูจน์ว่าเด็กมีการรับรู้สิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดได้ตั้งแต่วัยแรกเกิด (Anand et al., 2000b อ้างถึงใน Stevens, 2001) และเริ่มจำประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความปวดได้เมื่ออายุ 6 เดือน อย่างไรก็ตามเด็กเข้าใจความหมายของความปวดแตกต่างจากผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ การรับรู้ความปวดของเด็กมีผลจากความเข้าใจความหมายของความปวดตามพัฒนาการ ตามทฤษฎีความคิดความเข้าใจของเพียเจต์ (Piaget) พัฒนาการเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 7-12 ปี การรับรู้ความปวดในวัยเด็กวัยนี้ เด็กวัยเรียนจะมีความคิดที่เป็นรูปธรรม (Concrete operation period) สามารถคิดในสิ่งที่เกิดขึ้นได้จริง เริ่มมีความเข้าใจมิติทางด้านจิตใจของความปวดและความต้องการวิธีการทางการแพทย์เพื่อบำบัดโรค ความคิดของเด็กวัยนี้มีเหตุมีผลมากขึ้น ทำให้เด็กสามารถยับยั้งความหุนหันพลันแล่น (Impulse control) ได้มากขึ้นตามไปด้วย และเป็นระยะที่เด็กสามารถนำความรู้ หรือประสบการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหาในเหตุการณ์ใหม่ๆ ได้ แต่ปัญหาหรือเหตุการณ์นั้นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม และเด็กวัยนี้ลดการใช้ภาษาที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentric language) แต่จะสามารถใช้ภาษาของสังคม (Socialized language) ได้มากขึ้น เขาจึงสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอธิบายความคิดของตนเองให้คนอื่นเข้าใจได้มากขึ้น (ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, 2540) เมื่อเด็กต้องเผชิญกับความปวดเขาต้องการทราบเหตุผล ต้องการทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง และพฤติกรรมอันเหมาะสมที่สังคมยอมรับคือ อะไร ทั้งนี้เพราะเป็นวัยที่เริ่มพัฒนา และควบคุมการทำงานของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กจะสนใจเรียนรู้ว่าสิ่งต่างๆ มีกลไกการเกิดและการทำงานอย่างไร เด็กวัยเรียนนี้สามารถบอกเล่าและให้ความหมายความปวดของตนได้หลากหลาย

เช่น ใช้ภาษาหรือคำที่บอกถึงความปวด เช่น บอกบริเวณที่ปวด ความรุนแรง ลักษณะของความปวด และการแสดงพฤติกรรมของตนเมื่อมีความปวด งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทางด้านการพัฒนาการซึ่งมีอิทธิพลต่อความปวดนั้น รอส & รอส (Ross & Ross, 1984) ได้ศึกษาถึงความปวดในเด็กโดยการสัมภาษณ์ เด็กอายุ 5-12 ปี พบว่า เด็กจะมีคำอธิบายมากมายที่หมายถึงความปวด เช่น รู้สึกเหมือนถูกกด (Pressing) ถูกขุด (Digging) ปวดท้องเหมือนถูกฝังเป็นร้อย ๆ ตัวต่อย กระเพาะอาหาร เป็นต้น และการรับรู้ความปวดมีความแตกต่างกันแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ดังเช่นงานวิจัยของ อบูสาดี (Abu-saad, 1984) อ้างถึงใน Bernstien & Pachter, (2003) ได้ศึกษาเด็กอายุ 9-12 ปี เชื้อชาติ ลาติน อาหรับ และจีน ที่อาศัยในประเทศอเมริกัน พบว่าทั้งสามเชื้อชาติมีการรับรู้ความปวดที่แตกต่างกัน

2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว และเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความปวด

ครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่ถือได้ว่ามีความสำคัญต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีความปวด เนื่องจากมีความใกล้ชิดและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเด็ก ทราบข้อมูลและประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดของเด็กได้ดี และเป็นสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นของผู้ป่วยเด็ก ไม่สามารถแยกออกจากผู้ป่วยเด็กได้ และเมื่อเด็กได้รับผลกระทบจากความปวด ผลกระทบนั้นก็จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นบุคคลที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับความปวด ครอบครัวจึงเป็นผู้มีความสำคัญในการประเมินความปวดและการบรรเทาความปวดในการดูแลเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

2.8.1 การรับรู้ของครอบครัวที่มีบุตรวัยเรียนเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความปวด

บุคคลมีการรับรู้ความปวดแตกต่างกันไป เนื่องจากประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดและการให้ความหมายของความปวดตามทัศนะของแต่ละบุคคล และสนองตอบออกมาเป็นรูปของพฤติกรรมตามการรับรู้ โดยแสดงออกเป็นการกระทำ ความนึกคิดของแต่ละบุคคล ครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจอารมณ์เนื่องจากเป็นผู้อบรมเลี้ยงดูและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็กป่วย ครอบครัวสามารถรับรู้และเข้าใจอย่างถูกต้องถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากวัยเด็กเป็นวัยที่มีการสื่อสารกับผู้อื่นได้ไม่ชัดเจน และจากสังคมวัฒนธรรม ภาษา ที่แตกต่างกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และเด็กจึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์อาจตีความหมายผิดได้ ดังนั้นครอบครัวย่อมเป็นกุญแจสำคัญที่ที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางการแพทย์ (Coyne, 1996) การรับรู้ของครอบครัวต่อความปวดของบุตร เป็นกระบวนการแปลความหมายหรือตีความของสิ่งเร้าหรือความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งเร้า โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 รวมทั้งประสบการณ์ความรู้เป็นเครื่องช่วยในการแปลความ ให้เกิดความเข้าใจ หมายความว่า เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดที่บ่งบอกถึงความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความปวดของบุตรที่เจ็บป่วย โดยอาศัย กระบวนการแปลความหรือตีความ จากการประเมินพฤติกรรม การตอบสนองต่อความปวด และจากการบอกเล่าออกมาเป็นคำพูดของบุตร ซึ่งข้อมูลที่ได้จาก

ครอบครัวเป็นข้อมูลที่ดีพอ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้รู้ เข้าใจความรู้สึกและไวต่อการตอบสนองความต้องการต่างๆของเด็กป่วยได้เป็นอย่างดี ทราบข้อมูลและประสบการณ์เกี่ยวกับบรรเทาความปวดของเด็กได้ดีกว่าพยาบาล เนื่องจากเด็กมีความไว้วางใจครอบครัวมากกว่าพยาบาล จากรายงานการวิจัยของ ชไนเดอร์ & โลบันโด วูด (Schneider & LoBiondo-Wood, 1992) พบว่า การรับรู้ความปวดของผู้ปกครอง และเด็ก ผลไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งคล้ายคลึงกับ ออสเทอมิวเลอร์ (Ostermueller, 1988) พบว่า ผู้ปกครองสามารถรับรู้การเจ็บปวดของเด็กได้อย่างถูกต้องแม่นยำตามที่เด็กสื่อสารมา ซึ่งตรงกับการศึกษาของ แชมเบอร์และคณะ (Chambers et al., 1996) ผู้ปกครองสามารถระบุความปวดของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญกับบุคลากรสุขภาพและเด็กป่วย นอกจากนี้ สเติน (Stien, 1995) ยังศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ของมารดาเด็กป่วยกับการตอบสนองทางพฤติกรรม และสรีรวิทยาต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดของเด็กขณะที่เกิดความกลัวร่วมด้วย ซึ่งบุคลากรสุขภาพอาจแปลค่าการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและสรีรวิทยาผิดได้ ในขณะที่คนในครอบครัวมีความเข้าใจในพื้นฐานอารมณ์และบริบทของเด็กได้ดีกว่า จึงสามารถแปลผลความเปลี่ยนแปลงนั้นได้ดีกว่า (Coffman et al., 1997) ซึ่งจากปรากฏการณ์ที่พบครอบครัวสามารถตีความหมายความปวดของบุตรได้จากพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดของเด็กนั้นจะมีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านใบหน้า เช่น หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว กัดริมฝีปาก ปิดตาแน่น ด้านน้ำเสียง เช่น ร้องคราง โวยวาย ร้องไห้ ร้องกรี๊ด ด้านคำพูด เช่น วอนขอความช่วยเหลือ บ่นพึมพำซ้ำๆ ขอยู่คนเดียว และด้านเคลื่อนไหว ได้แก่ นอนนิ่งๆ งอแขนขา นอนลูบบริเวณที่ปวด นอนแข็งทื่อ บิดตัวไปมา (Tesler et al., 1998) ในขณะที่เด็กบางคนก็อาจจะไม่แสดงพฤติกรรมใดๆเลย ทั้งๆที่มีความปวดเหมือนกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเด็กผู้ชายเพราะคิดว่าเพศชายเป็นเพศที่แข็งแกร่งไม่ควรแสดงความอ่อนแอออกมา และเกรงว่าสังคมว่าไม่อดทนต่อความปวด (สมศรี กัมทะมาลา, 2529) ซึ่งบางครั้งพยาบาลยังไม่สามารถใกล้ชิดและไม่เข้าใจผู้ป่วยเด็กอย่างเพียงพอในการที่จะทราบถึงวัฒนธรรมเฉพาะที่แสดงออก การสื่อสารในเรื่องความปวดของเด็ก (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2546) มีตัวอย่างงานวิจัยยืนยันความคิดนี้ เช่น งานของจอร์จ สุนส์วีสต์ (2540) พบว่า การรับรู้ความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยเด็กไม่สอดคล้องกับความปวดที่เด็กกำลังเผชิญ ได้แก่ สาเหตุการเกิดความปวดว่าเกิดจากพยาธิสภาพทางร่างกายเท่านั้น หลังการผ่าตัดถ้าผู้ป่วยนอนนิ่งๆไม่เคลื่อนไหวร่างกาย แสดงว่าผู้ป่วยเด็กไม่มีความปวด จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดไม่ได้รับการดูแลบรรเทาความปวดอย่างเพียงพอเท่าที่ควร

2.8.2 ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังและความปวดในเด็กและครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยเด็กมีการเจ็บป่วยเรื้อรังและความปวด จะมีผลกระทบต่อหน้าที่ เช่น ทำให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่และการทำกิจกรรมต่างๆ สังคมเปลี่ยนแปลง และคุณภาพชีวิตไม่ดีจากการศึกษาไม่มีการศึกษาผลกระทบของความปวดเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่จะศึกษาร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของความปวดเสมอ ซึ่งผลกระทบ

ของการเจ็บป่วยเรื้อรังและความปวดจะมีผลต่อตัวเด็กและครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษามาจาก จุงแมน (Ljungman, 2003) และแชมเบอร์ (Chambers, 2003) ดังนี้

ด้านการศึกษาของเด็ก จากรายงานวิจัยของ ซอว์เยอร์และคณะ (Sawyer et al., 1986) พบว่า ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีปัญหาในการเรียนหนังสือ มีสังคมกับผู้อื่นน้อยกว่าเด็กปกติ

ด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ เช่น จากการถูกตัดขาจากการเป็นมะเร็งที่ขา และความปวด ทำให้ไม่สามารถเดินตามปกติ (Tebbi et al., 1989; Lampert et al., 1984)

ด้านจิตใจ มีการศึกษาในเด็ก พบว่า เด็กมีความวิตกกังวลและเกิดความกดดันเพิ่มมากขึ้นจากการรักษาโรคมะเร็ง (Challinor et al., 1999)

ด้านสังคม ในเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน จากการให้เคมีบำบัด การให้รังสีรักษา หรือจากการผ่าตัด มีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

คุณภาพชีวิตของเด็ก มีการศึกษาวัยรุ่นที่ปวดเรื้อรัง พบว่า ถ้าความปวดมีความรุนแรงมากจะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กต่ำ ในด้านจิตใจ ร่างกายและหน้าที่ที่เด็กต้องรับผิดชอบ ในเด็กที่ปวดหัว (Langeveld et al., 1997; Hunfeld et al., 2001) ปวดท้อง แขนขา และหลัง (Hunfeld et al., 2001, 2002)

ครอบครัว การศึกษาเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มีผลกระทบในการเพิ่มภาระหน้าที่ต่อครอบครัวซึ่งจะเกี่ยวข้องไปถึงความปวดของผู้ป่วยเด็กด้วย ในปัจจุบันมีการศึกษาเพิ่มขึ้นในเรื่องผลกระทบของความปวดเรื้อรังในเด็กต่อครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จากการศึกษาต่างๆพบผู้ปกครองที่มีเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีการปรับตัวในเรื่องการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว มียอมรับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น มีการจัดการในครอบครัวที่สำคัญๆในแต่ละวัน เพื่อให้พัฒนาการของเด็กป่วยเป็นปกติ และสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้อย่างต่อเนื่องจากภาวะเครียดและภาวะวิกฤตในช่วงนั้นๆ ผลกระทบของครอบครัวที่มีเด็กปวดเรื้อรังนั้น ครอบครัวจะพบกับความเครียดเสมอ เนื่องจากความปวดมีความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นอยู่กับระยะของโรค มีรายงานวิจัยของ เบนเน็ตและคณะ (Bennett et al., 2000) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากความปวดต่อผู้ป่วยเด็กโดยผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูล พบว่า เด็กมีปัญหาในการเรียน การเล่น กีฬา และการทำกิจกรรมเวลาว่าง ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว คือ มีการลางานหรือออกจากการทำงานเพื่อพาบุตรไปรับการรักษา เพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัวจากการพาบุตรไปรักษาต่างๆ เช่น ค่าการเดินทาง ค่าการตรวจและรักษาบุตร และรายงานวิจัยของ ฮันฟิลด์และคณะ (Hunfeld, 2002) พบว่า มารดาของวัยรุ่นที่มีความปวดเรื้อรังอย่างรุนแรง รายงานว่า ความปวดมีผลกระทบทำให้ครอบครัวมีสังคมกับผู้อื่นลดน้อยลง ครอบครัวมีปัญหาในด้านการเผชิญความ

ปวดของบุตร และทำให้ครอบครัวเกิดภาวะตึงเครียด (Strain) และผลกระทบต่างๆยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องหลายปี และงานวิจัยของ เฟอร์เรลและคณะ (Ferrell et al., 1994) ได้ศึกษาผลกระทบของความปวดต่อครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า มีผลกระทบต่องานอดิเรก หน้าที่การงาน ระบบของครอบครัว ผู้ปกครองรู้สึกผิดกับเด็ก และครอบครัวมีการปรับตัวเพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไปได้ตามปกติ

2.8.3 บทบาทของครอบครัวที่มีเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีประสบการณ์ความปวด

ครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดของเด็ก ดังที่ แชมเบอร์ (Chambers, 2003) ได้กล่าวสรุปดังนี้ ครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลเด็กเจ็บป่วยอย่างใกล้ชิด เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเด็ก ทราบข้อมูลและประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวดของเด็กได้ดีและถูกต้อง ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นผู้ตอบสนองและเป็นผู้ตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กเผชิญความปวด และเป็นบุคคลที่เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางการแพทย์ มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และนักจิตวิทยา รายงานว่า ครอบครัวเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความปวดของเด็ก (Craig, 1983; 1986) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดในเด็กนอกจากการบรรเทาทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีปัจจัยด้านจิตใจและด้านสังคมที่มีอิทธิพลต่อความปวดของเด็ก ซึ่งการบรรเทาความปวดทางด้านจิตใจและด้านสังคมครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กขณะเผชิญความปวดทั้งในความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง

2.8.3.1 การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองขณะเด็กทำกิจกรรมการรักษา

จากการศึกษาต่างๆ พบว่า มีการโต้เถียงในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองขณะที่บุตรได้รับการรักษา ว่าการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในขณะทำกิจกรรมการรักษามีประโยชน์ต่อเด็กและผู้ปกครองหรือไม่ ในการทำกิจกรรมการรักษาบางครั้งบุคลากรทางการแพทย์เชื่อว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองขณะทำกิจกรรมการรักษาเป็นการรบกวนการทำงานของบุคลากร เพราะอาจทำให้เด็กต่อต้านการรักษามากขึ้น จึงทำให้บุคลากรไม่อนุญาตให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการรักษา และในทางตรงข้ามมีการศึกษาว่า การศึกษาที่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมขณะทำกิจกรรมการรักษาและทำให้มีประโยชน์ต่อผู้ปกครองและเด็ก แต่มีผู้ปกครองบางคนปฏิเสธในการเข้าร่วมในขณะทำกิจกรรมการรักษา มีงานวิจัยของ เคน (Kain et al., 1996) พบว่า ร้อยละ 82 ของวิสัญญีแพทย์ชาวอังกฤษ เชื่อว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองขณะให้ยาสลบ สามารถลดความวิตกกังวลของเด็กได้ และทำให้เด็กร่วมมือในการรักษา ร้อยละ 64 ของวิสัญญีแพทย์ชาวอเมริกัน เชื่อว่า สามารถลดความวิตกกังวลของเด็กได้ และทำให้เด็กร่วมมือในการรักษา ในทางตรงข้ามมีการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในขณะทำหัตถการมีผลกระทบต่อเด็ก ในเรื่องความวิตกกังวล ความเครียด และการร่วมมือในการรักษา และงานวิจัยบางวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการรักษาของผู้ปกครองทำให้ระดับความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ปกครองลดลง การศึกษาการมีส่วนร่วมของ

ผู้ปกครองขณะทำกิจกรรมการรักษายังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่า มีประโยชน์ต่อผู้ปกครองหรือเด็กหรือไม่ งานวิจัยของ ฮิคมอทและคอลเลียกิส (Hickmott & Colleagues, 1989) พบว่า เด็กอายุ 1-9 ปี ไม่มีความแตกต่างด้านอารมณ์และการร่วมมือของเด็ก ในขณะที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการรักษา และงานวิจัยของ พาเลอโมและคอลเลียกิส (Palermo & Colleagues, 2000) พบว่า การมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมของผู้ปกครองขณะทำกิจกรรมการรักษา ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความเครียดในทารก สอดคล้องงานวิจัยของ เคนและคอลเลียกิส (Kain & Colleagues, 1996) พบว่า ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุ 1-6 ปี ผู้ปกครองมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมขณะทำกิจกรรมการรักษา เมื่อวัดความวิตกกังวลและความเครียดของเด็กทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ในการศึกษาในด้านความวิตกกังวลของผู้ปกครอง มีผู้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในเด็ก ขณะเจาะเลือด ให้น้ำเกลือ และใส่สายสวนปัสสาวะในห้องฉุกเฉิน พบว่า การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าการไม่ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม แต่การมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ไม่มีผลต่อการตอบสนองของเด็กที่อายุน้อยกว่า 4 ปี เช่น การร้องไห้ แต่จะมีต่อการตอบสนองในเด็กอายุ มากกว่า 4 ปี

จากการศึกษาข้างต้น การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีผลดีต่อเด็กและผู้ปกครอง เช่น ทำให้ระดับความเครียดและความปวดของเด็กลดลง ระดับความเครียดของผู้ปกครองลดลง ในด้านลบต่อเด็กและผู้ปกครอง เช่น ทำให้พฤติกรรมของเด็กแสดงออกทางด้านลบ เช่น ต่อต้านการรักษา หรือทำให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลมากขึ้น จึงสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมของผู้ปกครองยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่ามีประโยชน์หรือไม่ ดังนั้นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการรักษานั้น ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ปกครองเอง

จากงานวิจัยขณะที่ผู้ปกครองเข้ามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการรักษาที่ก่อให้เกิดความปวด พบว่า พฤติกรรมที่ครอบครัวแสดงออกขณะนั้น มี 6 พฤติกรรม การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ความไม่มั่นใจ (Reassurance) เพิกเฉย (Ignore) อาการปั่นป่วน (Agitation) การบอก (Informing) และการช่วยจับ (Restraining) จากพฤติกรรมของผู้ปกครองดังกล่าว การเบี่ยงเบนความสนใจทำให้เด็กมีความกดดันน้อยลง การปั่นป่วนและความไม่มั่นใจทำให้ความกดดันของเด็กเพิ่มขึ้น (Brush & Colleagues, 1986) สรุปได้ว่าพฤติกรรมของผู้ปกครองขณะมีส่วนร่วมในการรักษามีอิทธิพลต่อความปวดและภาวะจิตใจของเด็ก ดังนั้นถ้าบุคลากรมีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ปกครองก่อนการเข้าร่วมโดยการให้ข้อมูล เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปกครองและลดความวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้ผู้ปกครองสามารถประคับประคอง ปลอบโยนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเด็กได้

2.8.3.2 การบรรเทาความปวดของครอบครัวในขณะผู้ป่วยเด็กเผชิญความปวด

นโยบายเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการบรรเทาความปวดเฉียบพลันในเด็กของ American academy of pediatrics and the American pain society, (2001) ได้เสนอแนะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความปวดเฉียบพลัน มีรายงานบ่อยครั้งว่าผู้ปกครองต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการรักษา แต่เนื่องจากเกรงใจ กลัว หรือไม่กล้าติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ปกครองไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้ปกครองคิดว่าเขาสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเด็กได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ คาร์เตอร์ (Carter, 2002) ที่ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการประเมินความปวดและการบรรเทาความปวดในเด็ก พบว่าครอบครัวมีความเตรียมรับมือกับความปวดที่จะเกิดขึ้น มีประเมินความปวดโดยการสังเกตจากการแสดงพฤติกรรมและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจในการจัดการกับความปวดของเด็กที่เกิดขึ้น

ในปัจจุบันมีการพัฒนาการบรรเทาความปวดในเด็ก ทั้งการใช้ยาและการใช้จิตวิทยาในการบรรเทาความปวด เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation exercise) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) การจินตนาการ (Imagery) เป็นต้น กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือบุคลากรในการลดความเครียดได้ แต่ไม่สามารถลดความปวดของเด็กได้ เช่นการศึกษาของ บูทและคอลเลเกียส (Booth & Colleagues, 1992) พบว่าการสอนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการลดความปวด โดยการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ขณะฉีดวัคซีนให้เด็ก ทำให้เด็กลดความเครียดได้มากกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการสอน แต่ไม่มีความแตกต่างของระดับความปวดของเด็ก และมีการศึกษาที่สอนวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ให้กับผู้ปกครองและเด็ก จะทำให้ลดความเครียดของเด็กได้ดีกว่าสอนผู้ปกครองเพียงคนเดียว (Manne & Colleagues, 1990) สรุปจากการศึกษาที่กล่าวมา ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือในขณะที่กำลังเผชิญความปวด เด็กต้องการครอบครัวมากที่สุดขณะเผชิญความปวด และถ้าผู้ปกครองได้รับการสอนวิธีการบรรเทาความปวดจากทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการช่วยเหลือเด็ก จะทำให้เด็กลดความเครียดและความปวดได้

3. การบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

ความปวดมีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเด็กจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นถ้าพยาบาลมีการรับรู้ต่อความปวดที่ถูกต้องจะส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาความปวดได้ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบรรเทาความปวดนั้นมีหลายวิธี

การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเด็ก แบ่งเป็น 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยา (Pharmacological control) การบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา

3.1 การควบคุมความปวดด้วยยา (Pharmacological control) การบริการยาในกลุ่มยาแก้ปวดชนิดเสพติด นี้มีหลายวิธีได้แก่

3.1.1 การบริหารยาต่อเนื่อง (Continuous infusion) สามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนัง วิธีนี้จะต้องเริ่มด้วยการให้ยาจำนวนหนึ่งแก่ผู้ป่วย (Loading dose) เพื่อควบคุมความปวดให้ได้ในระดับที่ต้องการก่อนจึงให้การหยดยาอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถควบคุมการหยดของยาได้อย่างคงที่และแน่นอนที่เรียกว่า syringe pump วิธีนี้มีข้อดี คือ จะทำให้ระดับของยาในพลาสมาคงที่ตลอดเวลา

3.1.2 การบริหารยาเป็นบางครั้ง (Intermittent injection) วิธีนี้สามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ และใต้ผิวหนังแบ่งได้ 3 วิธี คือ

3.1.2.1 ควบคุมโดยเวลา (Around the clock) คือการบริหารยาตามเวลาที่กำหนดให้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยา เช่น มอร์ฟีน บริหารทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง เฟดิดีน บริหารทุก 3 ถึง 4 ชั่วโมง เป็นต้น การบริหารวิธีนี้จะพบว่าระดับยาในพลาสมาจะเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นจังหวะตามเวลาที่ฉีดซึ่งระดับของยาในพลาสมานี้อาจสูงกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากหรือต่ำกว่าจนผู้ป่วยมีความปวดเกิดขึ้นซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ดี

3.1.2.2 ควบคุมโดยพยาบาล (Nurse controlled analgesia) คือ การสั่งยาแบบฉีดที่ให้นยาเมื่อผู้ป่วยปวดโดยพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลและจะเป็นผู้ควบคุมความปวดของผู้ป่วยการบริหารยาแบบนี้จะพบว่าระดับยาของพลาสมาต้องลดลงต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดผู้ป่วยจึงจะได้การบริหารยาใหม่ ซึ่งผลการรักษาจะไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรหรือควรไม่ได้ผลเลย

3.1.2.3 ควบคุมโดยผู้ป่วย (Patient controlled analgesia) คือ วิธีการบริหารโดยผู้ป่วยเองซึ่งต้องใช้เครื่องมือควบคุมพิเศษ ผู้ป่วยจะบริหารยาเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยเองเมื่อรู้สึกปวด วิธีนี้จะพบว่า ระดับของยาในพลาสมาจะไม่ลดต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากจนเกินไป

การดูแลผู้ป่วยขณะที่ได้รับยาแก้ปวด ประกอบด้วย การสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด คือ สับสน กระวนกระวาย ความดันโลหิตต่ำลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม เกร็ง กระตุก ชัก การกดการหายใจอาจพบได้หากให้ยาเกินขนาด อีกทั้งจำเป็นต้องมีการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ยังปวดอยู่หรือได้รับการปรับยาอย่างค่อยเป็นค่อยไป จะไม่พบภาวะกดการหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกต้อง

3.2 การบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา (Non pharmacological method)

3.2.1 การใช้เทคนิคการนวด (Massage technique) การนวดเป็นระบบของกระตุ้นด้วยมือไปที่เนื้อเยื่อของร่างกาย เพื่อจะนำไปสู่ภาวะการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ การนวดทำให้เกิดปฏิกิริยาทางแมคแคนิค (Mechanical effects) คือทำให้เส้นเลือดดำส่วนพื้นผิว (Superficial vein) ลดความดันลง เลือดแดงไหลเวียนดีขึ้นลดแรงดันภายในเส้นเลือดฝอย การซึมผ่านของเหลวออกมานอกเซลล์ลดลง การคั่งของเลือดและน้ำเหลืองลงและลดความปวดได้ การนวด

ทำให้เกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Reflect effects) คือเมื่อมีการนวด การกดที่แรงและลึก จะมีรอยแดงทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัวเมื่อนวดและกดซ้ำๆจะแดงกระจายทั่วไป และแดงมากขึ้นจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Arteriole) ซึ่งเกิดจากรีเฟล็กซ์ของประสาทส่วนแอกซอน (Axon reflex mechanism) เมื่อนวดต่อไปจะเกิดรอยแดงเป็นแผ่น (Wheal) และเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดแดงอีกด้วย การนวดเป็นการกระตุ้นทางผิวหนังบริเวณที่มีความปวดโดยตรง ตามหลักของทฤษฎีควบคุมประตูปพบว่า การนวดมีผลต่อการยับยั้งการรับรู้ต่อความรู้สึกปวด โดยการปิดประตูและควบคุมการหลั่งของเ็นโดฟินส์ (Endorphins) (McCaffery & BeeBe, 1989) เป็นการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ ทำให้ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์และทำให้สามารถลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนวดสามารถทำให้การสะสมของกระบวนการเมตาโบลิซึมสมดุลเป็นประโยชน์ทั้งทางร่างกายและอารมณ์ การนวดเป็นวิธีเก่าแก่ ที่ยังคงให้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยนำไปสู่การรักษาด้วย การนวดมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อระบบประสาทและระบบไหลเวียนและยังมีส่วนต่อจิตใจด้วย โดยทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกที่ดี มีการนำความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของกล้ามเนื้อจากการกดเข้าสู่ไขสันหลังและสมอง ทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลงเกิดความพึงพอใจมีความรู้สึกที่ดีขึ้น มีการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยเด็กจะได้รับประโยชน์จากการนวดที่เบาๆนั้นมวลส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเด็กกับพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยเด็กด้วย

การนวดเป็นการกระตุ้นทางผิวหนังบริเวณที่มีความปวดโดยตรง (Counter irritation) ตามหลักของทฤษฎีควบคุมประตูปพบว่า การนวดมีผลต่อการยับยั้งการรับรู้ต่อความรู้สึกปวด โดยการปิดประตูและควบคุมการหลั่งของเ็นโดฟินส์ (McCaffery & BeeBe, 1989) เป็นการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ ทำให้ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์และทำให้ความรู้สึกปวดลดลง

3.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจความหมายต่อการลดความปวด มีจุดเน้นคือ ให้ผู้ป่วยเด็กพุงความสนใจไปที่อื่น มากกว่าการคิดเรื่องของตนเอง เช่น ความปวด และความเจ็บป่วยที่มีอยู่ไปสู่สิ่งอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง เนื่องจาก การเบี่ยงเบนความสนใจนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความอดทนต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น จะพบได้บ่อยว่าผู้ป่วยเด็กที่มีความปวด และต้องการยาแก้ปวดจากพยาบาลแต่ยังไม่ได้รับยาแก้ปวดกลับมีหน้าตาแจ่มใสขึ้น หัวเราะ ร่าเริงกับคนที่มาเยี่ยมแม้จะยังไม่ได้รับยาบรรเทาปวดเนื่องจากผู้ที่มาเยี่ยม สามารถทำให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจนั่นเอง

การเบี่ยงเบนความสนใจในผู้ป่วยเด็กสามารถทำได้หลายวิธี รวมทั้งกิจกรรมการเล่น ทั้งการเล่นแบบเงียบๆหรือการเล่นแบบสนุกสนาน นอกจากการเล่นแล้วการอ่านนิทานหรือการเล่าเรื่องให้เด็กฟัง ก็เป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งหนังสือที่มีความโดดเด่นเฉพาะรูปภาพ เช่น หนังสือที่มีภาพหุ่นเด่นชัด หรือสามารถเคลื่อนไหวได้จะเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเด็กเล็ก การร้องเพลง และการเคาะตามจังหวะของเพลงประกอบนิทานที่เล่าจะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความรู้สึกที่ดีสนุกสนานในการฟัง และเป็นการ

กระตุ้นการเบี่ยงเบนความสนใจที่ดี การดูรูปภาพ การดูทีวีในเรื่องที่เด็กชอบ เช่น การ์ตูน หรือ วีดีโอ การสื่ออารมณ์ขัน เช่น การเล่าเรื่องตลก และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กมีส่วนร่วมด้วย เช่นการตอบคำถาม การร้องเพลงร่วมหรือการเคาะตามจังหวะเพลง เป็นต้น จะสามารถเบี่ยงเบนความสนใจและบรรเทาความปวดได้ (McCaffery & BeeBe, 1989; Whaley & Wong, 1997) อย่างไรก็ตามการใช้กิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจสามารถทำให้ความรู้สึกปวดมากขึ้นหรือลดลงก็ได้หากใช้สื่อที่ไม่เหมาะสม เช่น การเปิดเพลงจังหวะหนักๆหรือแรงๆ เป็นต้น

การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กเผชิญกับความปวดในระยะสั้นๆได้ดี เช่น ในการทำหัตถการต่างๆที่ทำให้เกิดความปวด ดังเช่น รายงานการวิจัยของ เวสเซย์และคาร์ลสัน (Vessey & Carlson, 1996) ได้ศึกษากับผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 3 ปี 6 เดือน ถึง 12 ปี 11 เดือน จำนวน 102 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับ ความปวดระหว่าง การเจาะเลือด โดยจัดให้กลุ่มทดลองมองดูกล้องส่องกระจกสีที่มีลวดลายต่างๆสวยงามมากหลายด้านหลายสี (Kaleidoscope) ในระหว่างที่มีการเจาะเลือด ของเล่นชนิดนี้สามารถส่องแสงประกายสีสดใสมีของเหลวบรรจุอยู่ในหลอดแก้ว และเลื่อนไปเลื่อนมาได้ เมื่อดูด้วยตาเปล่าในระหว่างที่เจาะเลือดพบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองนี้มีความปวดน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุม ส่วนการศึกษาของ ดาริกา ไชยคุณ, 2544 เรื่องผลของกิจกรรมการเล่นต่อพฤติกรรม ความเครียดและความปวดของเด็กวัยเรียนที่ผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้ทำกิจกรรมการเล่นมีคะแนนความปวดลดลง และลดลงมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่ไม่ได้ทำกิจกรรมการเล่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ฟาวเลอร์ เคอร์รี่และแรมเซย์-ลอเดอร์ (Fowler Kerry & Ramsay-Layder, 1990 อ้างถึงใน จุรีย์ สุนสวัสดิ์, 2540) ได้รายงานว่า การใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจะได้ประโยชน์ในผู้ป่วยเด็กเนื่องจากการเบี่ยงเบนความสนใจนี้สามารถทำให้เด็กรู้สึกพึงพอใจ แม้ว่าจะไม่สามารถทำให้ความปวดหายไปได้ตลอดก็ตาม อย่างไรก็ตามการรับรู้ต่อความปวดในผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกครั้งหนึ่ง เมื่อการเบี่ยงเบนความสนใจนั้นสิ้นสุดลง แมคแคฟเฟอร์และบีบี (McCaffery & BeeBe, 1989) ได้ให้ข้อคิดว่าการใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจที่มีประสิทธิภาพสามารถใช้ในการควบคุมความปวดในระยะสั้นๆได้ดี

3.2.3 การใช้เทคนิคการสร้างจินตนาการ (Imagery) เป็นการสร้างจินตนาการนึกคิดในเรื่องที่พึงพอใจ ผลของการจินตนาการจะหันเหความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือความปวดที่กำลังเผชิญอยู่ นักวิชาการบางท่านจัดว่าการจินตนาการทางบวกเป็นส่วนหนึ่งของเทคนิคการผ่อนคลายและการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการใช้ความรู้สึกสร้างภาพพจน์ที่ดีต่อความปวด

การสร้างจินตนาการสามารถสร้างผ่านการเบี่ยงเบนความสนใจได้ การผ่อนคลายและการสร้างภาพพจน์ความปวดนี้ สามารถชี้แนะให้เด็กสร้างภาพพจน์เพื่อลดความปวดระบบนี้เรียกว่าระบบโดยตรง เพื่อนำไปสู่การสร้างจินตนาการเพื่อการรักษาจินตนาการถึงความรู้สึกที่ดีนำไปสู่วิธีการเยียวยาแก้ไขความปวดได้ เช่น เด็กที่มีความรู้สึกร้อน สามารถจินตนาการถึง

สิ่งแวดล้อมที่เย็นได้ เด็กยังสามารถจินตนาการถึงลักษณะที่เด็กชอบจากหนังสือ หรือโทรทัศน์ และอื่นๆ การเล่นเกมแสดงบทบาทโดยใช้รูปภาพหรือใช้วิธีพูดถึงคนเก่งที่เด็กชอบมาช่วยเด็กจัดการเรื่องความปวด การสร้างจินตนาการโดยการนำนิทานเรื่องที่เด็กชอบมาอ่านให้ฟังหรือนำการเล่นมาสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความปวด โดยการถามคำถามสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปและคำถามอื่นๆ ที่เด็กสนใจในเรื่องราวที่เด็กชอบ (McCaffery & Bebe, 1989) เด็กๆ อาจจินตนาการต่อแนวคิดการหายของแผลโดยอาศัยพลังงานแสงจากลูกบอล พุ่งตรงมายังบริเวณที่ปวดและสามารถทำให้ความปวดนั้นหายไป (McCaffery & Bebe, 1989) การสร้างจินตนาการเหล่านี้ สามารถช่วยเหลือให้เด็กเผชิญกับความปวด และการปรับตัวต่อความปวดได้ดียิ่งขึ้น

3.2.4 เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation technique) เป็นกลวิธีระงับความปวดที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง เทคนิคการผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้แม้ว่าในบางครั้งอาจไม่สามารถลดความปวดในผู้ป่วยเด็กได้แต่ก็สามารถลดความเครียด ซึ่งสัมพันธ์กับประสบการณ์ความปวดที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ เวนเสนเบริด (Weisenberg, 1980 อ้างถึงใน จุริย์ สุนสวัสดิ์, 2540) ได้ให้ข้อคิดว่าการที่บุคคลไม่สามารถผ่อนคลายและมีความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องจะทำให้ความปวดเพิ่มมากขึ้นกล้ามเนื้อได้รับสิ่งกระตุ้นต่อความปวดมากยิ่งขึ้น การลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อสามารถลดความปวดได้ แม้ว่ากล้ามเนื้อจะไม่ใช้สาเหตุโดยตรงของความปวดก็ตาม

การใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถทำให้เด็กเผชิญต่อความปวดได้ถ้าใช้วิธีที่เหมาะสม เช่น การหายใจลึกๆ ช้าๆ การหายใจเป็นจังหวะสม่ำเสมอ การจับมือแม่หรือบีบมือแม่ และผ่อนคลายออกอย่างช้าๆ และการเป่าลูกโป่ง (McCaffery & Bebe, 1989; Whaley & Wong, 1991) เป็นการที่ร่างกายได้รับการผ่อนคลาย จะสามารถเผชิญต่อภาวะความปวดได้ดีทำให้ความวิตกกังวลน้อยลง โดยการผ่อนคลายทำให้เด็กมีจุดโฟกัสของความคิดที่คงที่ เช่น โฟกัสไปที่การหายใจมากกว่าความปวดจากเหตุการณ์ที่ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยใช้วิธีการหายใจเป็นจังหวะให้ประโยชน์ต่อร่างกาย

การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อนี้ใช้ได้ตั้งแต่เด็กวัยก่อนเรียนขึ้นไป ในผู้ป่วยที่เตรียมการเจาะไขกระดูก เจาะไขสันหลัง หรือแม้แต่การเจาะเลือด (Vessey & Carlson, 1996) นอกจากนี้ยังใช้ได้ดีในการบรรเทาความปวดจากปวดศีรษะไมเกรนในเด็ก ปวดมะเร็ง ปวดแผลหลังผ่าตัด หรือหลังทำหัตถการ ดักลาส (Douglas, 1993) ได้ให้ข้อคิดว่าเด็กที่อายุต่ำกว่า 7 ปี สามารถได้รับการช่วยเหลือโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้เป็นอย่างดี เด็กจะรู้สึกชอบและลืมหืมตามอง และเริ่มกระดิกเท้าเมื่อรู้สึกผ่อนคลายเด็กเล็กๆ เทคนิคการผ่อนคลายในเด็กนี้มีงานวิจัยออกมาเผยแพร่แล้ว เช่น อีเกล (Engle, 1992) ได้รายงานการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดศีรษะพบว่าการใช้วิธีนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยหายปวดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โซเกลและคณะ (Sokel et al., 1991) โดยนำวิธีการผ่อนคลายนี้ไปใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการปวดท้องพบว่าสามารถทำให้เด็กลดความปวดได้ และสามารถทำ

กิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและเด็กยังสามารถพัฒนาความรู้สึกในการควบคุมความปวดด้วยตนเองได้อีกด้วย

3.2.5 การใช้เทคนิคการสัมผัส (Touch) การสัมผัสเป็นกระบวนการที่กระตุ้นการส่งความรู้สึก และการรับความรู้สึกในเวลาเดียวกัน ความต้องการการสัมผัสในมนุษย์มีมาตั้งแต่เกิดจนปัจจุบัน และยังคงมีความต้องการต่อไป การสัมผัสเป็นการแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจเข้าใจผู้ป่วยเด็กแม้ว่าเด็ก ๆ จำนวนมากจะต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่จากสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลก็ตาม แต่ก็ไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้เท่าที่ควร ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการสัมผัสจากเครื่องมือมากกว่า

ดังนั้นการสัมผัสเพื่อการรักษา (Therapeutic touch) มีผลต่อผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากเป็นวิธีระงับปวดที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง ซึ่งพัฒนาให้เป็นระบบโดย คริงเจอร์ (Krieger) ในปี ค.ศ. 1970 การสัมผัสรักษาสามารถลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการผ่อนคลายและทำให้ผู้ป่วยหายปวดได้ภายใน 2-3 วินาที ที่เริ่มสัมผัส (Krieger, 1975 อ้างถึงใน จุรีย์ สุนสวัสดิ์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สุดารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์ (2535) โดยการศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การสัมผัสสามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้โดยการให้การสัมผัสโดยเร็วที่สุด ไม่จำเป็นต้องรอให้ผู้ป่วยมีอาการปวดก่อน และให้การสัมผัสอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

การสัมผัสรักษาทำให้เกิดความสมดุลของสนามพลังงานในตัวเด็กการสัมผัสเป็นการกระตุ้นอวัยวะความรู้สึก (Receptor) ซึ่งกระจายอยู่ตามผิวหนังทั่วร่างกายกระแสความรู้สึกสัมผัสจะถูกส่งไปตามทางเดินประสาทสู่ระบบประสาทส่วนกลางส่งไปยังสมองแปลผล การรับรู้และความหมายของการสัมผัสซึ่งในแต่ละครั้งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่เคยได้รับการสัมผัส และคุณภาพของการสัมผัส (Weiss, 1988) มีรายงานการศึกษาสรุปได้ว่า การสัมผัสที่นุ่มนวลเป็นการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ผิวหนัง ส่งผลกระตุ้นไฮโปทาลามัส โดยการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ระบบประสาทอัตโนมัติ ลดการทำงานของซิมพาเทติกและเพิ่มการทำงานของพาราซิมพาเทติก การสัมผัสที่เหมาะสมก่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยการลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความโลหิต และเพิ่มอุณหภูมิที่ผิวหนัง การสัมผัสด้วยแบบแผนที่แน่นอน เช่น การลูบหลังอย่างช้า ๆ การสัมผัสด้วยมือจะมีผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก เพิ่มการกระตุ้นระบบพาราซิมพาเทติก ความรู้สึกสัมผัสนอกจากจะถูกส่งไปแปลการรับรู้สัมผัสที่ระดับสมองแล้วในขณะเดียวกันจะส่งสัญญาณประสาทเข้ามากระตุ้นเซลล์สืบสแตนท์เยลลาทโนซา ซึ่งเป็นประสาทยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทนำความรู้สึกปวด (จรัส สุวรรณเวลา, 2523) ดังนั้นการสัมผัสจึงเป็นวิธีการที่ลดความปวดและความวิตกกังวลได้ดี

3.2.6 การใช้น้ำมันหอมระเหยที่มีกลิ่นหอม (Aromatherapy) การรักษาโดยใช้น้ำมันหอมระเหยที่มีกลิ่นหอมหรือน้ำมันซึ่งเป็นสารจำเป็นที่สกัดจากต้นไม้มสมุนไพรมีกลิ่นหอมของ

พรรณไม้ดอกนานาพรรณ มีคุณสมบัติในการลดความเครียดทำให้เกิดการผ่อนคลายและรักษา ส่งเสริมให้บรรเทาความปวดได้

การรักษาด้วยวิธีนี้อาจจะเป็นวิธีที่ค่อนข้างจะโบราณแต่ปัจจุบันนี้มีผู้นิยมมากขึ้นและใช้ บ่อยขึ้นในโรงพยาบาล การใช้กลิ่นหอมรักษาความปวดนี้ โดยมากมักใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น การใช้น้ำมันหอมระเหยร่วมกับการนวด (Aromatherapy massage) หรือการใช้กลิ่นหอมระเหย ร่วมกับเสียงเพลง การใช้วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความรู้สึกมั่นใจ และเด็กจะยอมรับการนวด ที่อ่อนโยน เพื่อการผ่อนคลายโดยเฉพาะกลิ่นหอม (Day, 1995) การใช้กลิ่นหอมรักษามีผลต่อ ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ การใช้น้ำมันหอมระเหยในการนวดและผสมน้ำอาบ การดม หรือ ผ่านทางผ้าพันแผลจะมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเศร้า การใช้ กลิ่นหอมร่วมกับ การนวดนี้สามารถใช้ลดความเจ็บปวดได้หลายทิศทางโดยจะไปทำให้เกิดการ ปิดประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีระบบควบคุมประตู เนื่องจากเป็นการนำสัญญาณประสาท จากไขสันหลัง และเอเดเลตาไม่ให้นำความรู้สึกเจ็บปวด ดังนั้นเมื่อประตูในไขสันหลังปิด สัญญาณประสาทไม่สามารถส่งต่อไปได้จึงทำให้ความรู้สึกปวดลดลง และนอกจากนี้ยังไปกระตุ้น ให้มีการหลั่งของเอ็นโดฟินส์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกสบายขึ้น

ความปวดเป็นภาวะที่ผู้ป่วยเด็กเรื้อรังทุกคนต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าความ ปวดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ภายในร่างกายและจิตใจ รวมทั้งครอบครัวที่ให้การดูแล ดังนั้นการบรรเทาความปวดจึงเป็นสิ่ง สำคัญ ซึ่งการบรรเทาความปวดที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว น่าจะเป็นวิธีที่ เหมาะสมมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเด็กและ ครอบครัว เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบท สังคมอีสาน

4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care)

การพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นลักษณะการพยาบาลครอบครัวอย่างหนึ่งที่ ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการ พยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลดังนี้

ครอบครัวมีอิทธิพลต่อสุขภาพ เป็นตัวกลางเชื่อมโยงกับโลกภายนอก รวมถึงระบบบริการ สุขภาพ การจัดการพยาบาลจึงเน้นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล หรือให้ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล (ล่ายอง รัชมีมาลา, 2541) แนวคิดนี้ตระหนักว่าครอบครัวมี บทบาทสำคัญในชีวิตของทุกคน และมีความเชื่อพื้นฐานว่า ครอบครัวทุก ๆ ครอบครัวมีความ ตั้งใจจริงในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว มีองค์ประกอบสำคัญหลายประการที่สามารถ ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปรัชญาที่ยึดเอาองค์กร โรงพยาบาล หรือบุคลากรในวิชาชีพเป็น ศูนย์กลางการดูแล ไปสู่ครอบครัวคือศูนย์กลางการดูแล ครอบครัวควรจะได้รับ การสนับสนุน

ช่วยเหลือตามธรรมชาติของการให้การดูแลของเขา และบทบาทในการตัดสินใจที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละครอบครัว บุคคลในครอบครัว ส่วนบุคลากรในวิชาชีพมีสถานภาพเท่าเทียมกัน มีรูปแบบการทำงานที่มีพันธกิจร่วมกัน เพื่อพัฒนาไปสู่คุณภาพของการดูแลทางสุขภาพในทุกๆ ระดับ

การพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้นำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายในสาขาการพยาบาลเด็ก (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2546 อ้างจาก Nethercott, 1993; Evan, 1994) และนอกจากนี้กลุ่มในประเทศตะวันตกหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความสำคัญต่อแนวคิดเรื่องการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการให้บริการมาโดยตลอด แต่กระนั้นแนวคิด หรือแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของการให้การพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้ได้มีผู้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นการเข้าถึงผู้รับบริการและครอบครัวแบบองค์รวม มีปรัชญาสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักได้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2546 อ้างจาก Gill, 1993; Nethercott, 1993; Stower, 1992) จึงอาจกล่าวได้ว่าคำสำคัญที่ปรากฏร่วมในแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางการให้การพยาบาล ได้แก่คำต่อไปนี้ คือ เป็นความเกี่ยวข้องของครอบครัวในการดูแล (involvement) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (participation) การดูแลร่วมกัน (shared care) ความเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) นอกจากนี้ฮัทฟิลด์ (Hutchfield, 1999) ได้อธิบายคำว่าครอบครัวคือศูนย์กลางการดูแลเพิ่มเติม ซึ่งจะปรากฏให้เห็นภาพของการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางสองด้าน ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวมทั้งเด็ก และครอบครัว และการดูแลแบบที่แสดงให้เห็นถึงพื้นฐานที่ว่าด้วยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยเด็กเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแล ทั้งนี้บทบาทของพยาบาลจะต้องเป็นผู้ดูแล คอยให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวในการดูแล และนอกจากนี้การพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น จะต้องมีการวางแผนให้การดูแล ประเมินภาวะสุขภาพ โดยร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และครอบครัว (Ahmann & Johnson, 2000) ปัจจุบันการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยเปลี่ยนจากการยึดผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางการดูแล มาเป็นครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล จะเน้นให้เห็นความสำคัญที่ครอบครัวมีความสามารถดูแลได้ มีการคำนึงถึงวัฒนธรรม ระบบบริการ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Zwelling & Phillips, 2001)

กรอบแนวคิดเรื่องการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีปรัชญาที่มีหลักเน้น คือ การยอมรับครอบครัวและผู้รับบริการ การสื่อสารระหว่างกัน (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2546 อ้างจาก Birch, 1993; Ahmann, 1994) คำนึงถึงความร่วมมือแบบเท่าเทียมกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับครอบครัวในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ และได้ระบุหลักการเกี่ยวกับแนวคิดนี้ไว้ดังนี้ (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2546 อ้างจาก Nethercott, 1993; Sheton & Smith Stepanek, 1995)

1. ยอมรับครอบครัวยังเป็นสิ่งที่ดีดำรงอยู่อย่างถาวรของชีวิตผู้ป่วย หรือเด็ก และให้ความสำคัญของการดำรงอยู่ของครอบครัวว่ามีลักษณะอย่างไร มีบทบาทหน้าที่ต่อกันอย่างไร และมีแหล่งทรัพยากรในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร ตลอดจนการประเมินผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อครอบครัว
2. เน้นให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคคลในครอบครัว
3. ให้มีลักษณะแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร อย่างสมบูรณ์ และไม่มีอคติ และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และการตัดสินใจ
4. ยอมรับและให้เกียรติในเรื่องความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคม ความเชื่อ หรือศาสนาที่แตกต่างกัน
5. ยอมรับและเคารพในความแตกต่างในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล
6. ให้การสนับสนุน ประเมินความต้องการของครอบครัวในเรื่องพัฒนาการ การศึกษา อารมณ์ จิตสังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และปัญหาทางเศรษฐกิจ
7. สร้างให้เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวกับครอบครัว
8. จัดระบบบริการที่สนับสนุนให้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่าย และครบถ้วน ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ที่บ้าน และชุมชน
9. ให้คุณค่าความเป็นบุคคลแก่ครอบครัวและผู้ป่วย
10. เอื้ออำนวยความสะดวกให้เกิดเครือข่าย ความช่วยเหลือระหว่างครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นส่วนมากจะเป็นการศึกษาทางด้านการพยาบาลเด็กเป็นส่วนมากและมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังตัวอย่างเช่น การศึกษาของบรูนส์ และแมคคอลลัม (Bruns & McColum, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างมารดา กับผู้ให้บริการสุขภาพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อตรวจสอบความรู้สึกของมารดา พยาบาล แพทย์ เฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลในหอผู้ป่วยเด็กแรกเกิด เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และปฏิสัมพันธ์ภายใต้บริบทของการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสามด้านมีความสอดคล้องกันไปทิศทางเดียวกัน แต่ค่าคะแนนของพยาบาลและมารดาจะมากกว่าแพทย์ ชนิษฐา ลำภา (2544) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอดโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้สามีหรือสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลระยะเตรียมคลอด ถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้คลอดและสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับสูง และรูปแบบใช้ได้เหมาะสมกับสภาพบริบทของโรงพยาบาล

การวิก เจนนิง และทีเซน (Garwick, Jennings, & Theisen, 2002) ศึกษาการรับรู้ของครอบครัวของชาวชนบทเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ศึกษา

ผู้ดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่า 1/3 ของผู้ร่วมวิจัยให้การดูแลตามความเชื่อ 1/4 ของผู้ดูแลให้การดูแลได้เหมาะสมตามสถานภาพ ซึ่งทั้งสองแบบไม่มีผลเสียต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยให้การรับรองว่าเป็นการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมตามวัฒนธรรม ข้อเสนอแนะจากผู้วิจัยคือ ควรมีการคำนึงถึงความต้องการของครอบครัว วัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติการพยาบาลควรอยู่ในระหว่างความร่วมมือของบิดา มารดา ผู้ดูแลในครอบครัว

ดาร์ราห์ ลอว์ และพอลล็อค (Darrah, Law, & Pollock, 2001) ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีความพิการโดยใช้หลักการครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล และประยุกต์ทฤษฎีระบบมาใช้ ซึ่งให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแล พบว่า ในครอบครัวเด็กที่มีความพิการทางสมอง 12 ราย ประสบผลสำเร็จในการดูแลเด็กตามพัฒนาการ ครอบครัวสามารถดูแลได้เหมาะสมกับโรค

ลีวานโดวสกี และพีส (Lewandowski & Piece, 2002) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่บ้าน วัดอุปสงค์ของการศึกษา เพื่อประเมินการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่าง 374 ครอบครัวที่ดูแลเด็กในปี ค.ศ. 1994-1996 ผลการศึกษาพบที่มีความหลากหลายในการดูแล เนื่องจากเด็กในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม โปรแกรมก็ประสบผลสำเร็จในด้านการลดเวลาในการดูแลที่สถานพยาบาล

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากเมื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมควบคู่กันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคคลที่ผู้ป่วยเด็กไว้วางใจและมั่นใจว่าจะสามารถให้การดูแลบรรเทาความปวดได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลรักษา ให้คำแนะนำ สนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพความเข้าใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเด็กรวมทั้งครอบครัวที่ดี ย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจได้ ซึ่งการให้บริการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องนั้นผลที่เกิดตามมาคือความพึงพอใจในคุณภาพของการพยาบาลที่ได้รับ (อำไพ ยุติธรรม, 2526) ดังนั้นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่สำคัญ ควรจะเป็นการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุม ซึ่งได้แก่ การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพราะเป็นการดูแลที่ให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจในการประเมินความปวด และวางแผนการบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วยเด็ก มีการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับความปวดของบุตร การอำนวยความสะดวก การยืดหยุ่นในการดูแล การเคารพสิทธิส่วนบุคคล และเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (Phillips, 1998; อุษา เชื้อหอม, 2541) ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวต้องการทั้งสิ้น เพราะก่อให้เกิดความพึงพอใจและสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดได้

5. แนวคิดเกี่ยวกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมอีสาน

“อีสาน” เป็นภาคหนึ่งของประเทศไทยตั้งอยู่ทิศตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากภาคอีสานมีภูมิประเทศกว้างใหญ่ไพศาล จึงทำให้ลักษณะทั่วไปของพื้นที่แตกต่างกันไป และประกอบกับประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพมาสู่ถิ่นฐานนี้เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากในต้นพุทธศตวรรษที่ 22 เขมรเสียเอกราชให้แก่ไทย ประชากรเขมรมีน้อยแต่พื้นที่ในความปกครองของเขมรกว้างขวางมาก พื้นที่อีสานทั้งหมดที่เคยเป็นดินแดนของเขมรก็ตกเป็นของไทย ในขณะที่ลาวมีประชากรมากกว่าไทยหลายเท่า แต่แตกแยกกันออกไปเป็นหลายอาณาจักรและไม่มีความสามัคคีต่อกันง่ายต่อการเข้าตีของไทย จึงทำให้ชาวลาวได้อพยพเข้ามาอยู่ร่วมกับชาวเขมรในดินแดนอีสานมีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นความเป็นอีสานตั้งแต่บรรพชนมาจากเชื้อสายดั้งเดิมเป็นชนชาตลาวและเขมรที่ได้อพยพเข้ามาและตั้งถิ่นฐานอยู่ (ประมวล พิมพ์เสน, 2541) ดังนั้นจึงทำให้มีภาษาและวัฒนธรรมแยกเพี้ยนกันไปบ้าง แต่ส่วนใหญ่ก็คล้ายคลึงกัน (อุดม บัวศรี, 2540) ดังนั้นจะกล่าวถึงบริบททางวัฒนธรรมอีสานดังนี้

สถาบันทางสังคมของประชาชนภาคอีสาน เริ่มจากครอบครัวขนาดเล็กอาศัยอยู่ในบ้านแบบอีสานที่มีลักษณะเป็นห้องโถงห้องเดียวไม่มีฝาผนัง ถือเอาช่วงเสาหนึ่งๆเป็นเสมือนการแบ่งห้องไปในตัว รูปแบบการตั้งถิ่นฐานของชุมชนมักปลูกบ้านเรือนกันเป็นกระจุกรวมกันเป็นหมู่บ้าน ทำให้ไปมาหาสู่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้สะดวก มีความรักความผูกพันต่อกลุ่มต่อชุมชน สมาชิกดำรงอยู่ด้วยการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ยึดเกาะกันโดยมี ฮีต-คองหรือจารีตประเพณีทำหน้าที่เป็นกฎระเบียบ เป็นบรรทัดฐานให้สังคมประพฤติปฏิบัติเพื่อไปสู่ความสงบสุขร่วมกัน

การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ยังเป็นแบบเกษตรกรดั้งเดิม คือ พึ่งพาธรรมชาติเป็นส่วนใหญ่มีทัศนะว่าคนต้องอยู่กับธรรมชาติ สภาวะต่างๆทางธรรมชาติมีทั้งที่อยู่ในวิสัยและนอกวิสัยที่คนจะรู้เห็นและควบคุมได้ มีกฎเกณฑ์แน่นอน ต้องปฏิบัติให้สอดคล้องจึงจะปลอดภัยและอยู่เย็นเป็นสุข มิฉะนั้นจะถูกลงโทษได้ มาตรการสำหรับควบคุมพฤติกรรม เรียกว่า ข้อ “ชะล่า” หรือข้อห้ามที่แต่ละคนต้องปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันตามขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆอย่างเคร่งครัดโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล แต่เป็นการบอกกล่าวสอนลูกหลานรับช่วงกันมาเป็นชั่วอายุคน ซึ่งในปัจจุบันนี้อาจจดจำหรือปฏิบัติตามกันน้อยลง ตัวอย่างเช่น ข้อชะล่าในเรื่อง “อย่างก่อนเจ้าหัวเว้าหยอกเจ้าบ่หัว เข้าวัดเสียงดัง” “ปรึกษากันไปหาหมอให้คนไข้ไฉ่ไฉน” หรืออาหารที่มักห้ามเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ ส้มตำ เนื้อควาย ปลาบางชนิด ไก่ เป็ด หน่อไม้ น้ำแข็ง ของหมักดอง เป็นต้น (อภิศักดิ์ โสมอินทร์, 2534)

ประชาชนอีสานมีระบบความเชื่อพื้นฐานเป็นรากฐานดั้งเดิม ระบบความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการดูแลรักษาเยียวยาของประชาชนอีสานได้ผูกโยงเกาะเกี่ยวเข้ากับระบบความเชื่อต่างๆ โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยของมนุษย์และการป้องกันรักษาขึ้นกับเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น อำนาจของผี หรือวิญญาณ

อำนาจของไสยศาสตร์ เวทมนต์คาถา อำนาจที่มาจากอิทธิพลของดวงดาว หรือโหราศาสตร์ที่สัมพันธ์กับโชคชะตาและวิถีชีวิตของมนุษย์ อำนาจของความเชื่อเรื่องกรรม บุญ กฎแห่งกรรมในพุทธศาสนา อำนาจจากการประพจน์ตามขนบธรรมเนียมประเพณี และกฎเกณฑ์ข้อตกลงร่วมกันของชุมชน และอำนาจจากธรรมชาติที่ประกอบขึ้นเป็นรูปกายของมนุษย์ ซึ่งความสัมพันธ์ของเหตุปัจจัยต่างๆดังกล่าว กับการเจ็บป่วยของมนุษย์ตามความเชื่อของชาวชนบทอีสานเป็นดังนี้

5.1 ความเชื่อของชาวชนบทอีสาน

5.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการนับถือผี เป็นความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ ความเชื่อเรื่องผีเกิดจากความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างคน ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม สะท้อนโลกทัศน์ที่ว่ามนุษย์เป็นหน่วยหนึ่งของธรรมชาติทุกสิ่งในธรรมชาติล้วนมีผี หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์คอยปกปักรักษา ผีตามความเชื่อมี 2 ประเภท คือ ผีดี เป็นผีที่ทำหน้าที่ปกปักรักษาคนดี ผีร้าย คือผีที่ทำให้ร้ายคนให้เจ็บป่วย (พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 อ้างถึงใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

ดังนั้นความเชื่อดังเดิมเกี่ยวกับอำนาจลึกลับที่ทำให้เจ็บป่วย หรือช่วยรักษาให้หายป่วยยังดำรงอยู่โดยมิได้สูญสลายไปตามกาลเวลา ความเชื่อดังกล่าวทำให้ประชาชนจำนวนไม่น้อยเลือก หรือยังเลือกวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านที่เคยปฏิบัติกันมา เช่น ทำพิธีไล่ผี ฟ้อนขอขมาผีฟ้า เป็นต้น แทนที่จะใช้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาเยียวยาไม่ได้ โดยแพทย์แผนปัจจุบัน

5.1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับพุทธศาสนา ชาวอีสานให้ความสำคัญกับพุทธศาสนามาก วัดมักจะเป็นศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมต่างๆในหมู่บ้าน หลักของศาสนาพุทธที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อโลกทัศน์ของประชาชนชาวอีสาน คือ หลักบุญ-กรรม “บุญ” ผลของการทำดี แนวทางแห่งการทำดี คือ การประพจน์ หรือการปฏิบัติตามจารีต หรือ “ฮึดคอง” “กรรม” คือ การทำชั่ว หรือการปฏิบัตินอกฮึด นอกคอง คือผิดจารีตประเพณี (อภิศักดิ์ โสมอินทร์, 2537) ความเชื่อเกี่ยวกับพุทธศาสนาที่นำมาอธิบายถึงความเจ็บป่วย คือ ความเชื่อเรื่องกรรม กฎแห่งกรรม ความเจ็บป่วยเกิดจากกฎแห่งกรรม พิธีกรรมในการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น พิธีดำโพธิ์ ไทร พิธีตัดกรรม เป็นต้น

5.1.3 ความเชื่อเกี่ยวกับโหราศาสตร์ ชาวอีสานส่วนใหญ่มักเชื่อในเรื่องของโชคชะตา ราศี ตำแหน่งและวิถีโคจรของดวงดาวมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของมนุษย์ อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุได้ พิธีกรรมที่เป็นการป้องกันอันตรายหรือป้องกันโรคภัย คือ “การเสียเคราะห์” หรือ “สะเดาะเคราะห์”

5.1.4 ความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์เชื่อในอำนาจของเวทมนต์คาถาว่า สามารถทำให้คนเจ็บป่วยและแก้ไขความเจ็บป่วยได้ เวทมนต์คาถาที่ทำให้คนอื่นเจ็บป่วย เช่น การใช้คาถาเสกของใส่ร่างกายคนอื่น ทำให้เจ็บป่วย เรียกไสยศาสตร์นี้ว่า “ไสยดำ” การใช้เวทมนต์คาถาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เช่น กรณีหมอธรรมใช้คาถาอาคมเป่าหรือทำนํ้ามนต์เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทั้งโรคที่เกิดจากทางกายและโรคผีทำเรียกไสยศาสตร์นี้ว่า “ไสยขาว”

5.1.5 ความเชื่อเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี สังคมโดยทั่วไปนับถือผู้อาวุโส การล่วงละเมิดธรรมเนียมของสังคมอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ โดยอำนาจของสิ่งที่เชื่อว่าเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ

5.1.6 ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติที่เป็นรูปกายของมนุษย์ รูปกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากทางกายจึงเกิดจากการแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 จนขาดความสมดุล การรักษาพยาบาลก็เป็นไปตามอาการของโรค

นอกจากนี้ยังเชื่อว่าสิ่งที่มีชีวิตทั้งหลายต้องมีขวัญอยู่ประจำตัว ถ้าขวัญหนีไปอาจจะเจ็บไข้ จึงมักมีพิธีบายศรีสู่ขวัญในโอกาสต่างๆมากกว่าภาคอื่นๆ

สังคมอีสานจึงมีแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และวิธีการรักษาเยี่ยงว่าเขาควรจะจัดการอย่างไรกับความเจ็บป่วยชนิดใด ในขณะที่สังคมไทยมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะต่างก็มีวิธีคิด แบบแผนความเชื่อ และกำหนดหลักเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมตอบสนองความเจ็บป่วยต่างกัน และต่างก็ดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม จึงมีอิทธิพลต่อระบบวิธีคิด และการเปลี่ยนแปลงความคิดดั้งเดิมของชาวอีสาน พฤติกรรมการตอบสนองความเจ็บป่วยของบุคคลจึงมีได้หลากหลายขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดใคร่ครวญ ไตร่ตรอง ตัดสินใจเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Young, 1981 อ้างถึงใน บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของความเจ็บป่วย สาเหตุ และการเลือกวิธีการรักษาเยี่ยงว่า

5.2 ความเชื่อ พิธีกรรมในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานที่เกี่ยวกับความปวด

พื้นฐานอุดมการณ์-ค่านิยมของชาวอีสาน คือ พุทธศาสนา พราหมณ์และผี ซึ่งมีการผสมผสานอย่างมีเอกลักษณ์เป็นตัวของตัวเอง โดยแสดงออกผ่านวิถีชีวิต พิธีกรรม และจารีตของชุมชนหมู่บ้าน พื้นฐานอุดมการณ์ของชาวอีสานนี้ เป็นทั้ง “แรงขับ” และ “เกณฑ์” ในการกำหนดให้ชาวอีสานสร้างพฤติกรรมต่างๆขึ้น โดยเฉพาะความเชื่อในพุทธศาสนา ซึ่งเข้ามาสู่ภาคอีสานมาเป็นเวลาช้านาน (สุวิทย์ & ดารารัตน์, 2541) ชาวอีสานให้ความสำคัญกับพุทธศาสนา มาก ดังที่ สเปคเตอร์ (Spector, 2000 cite in Jansaitong, 2002) กล่าวไว้ว่า พุทธศาสนาสอนให้มีความอดทนต่อสิ่งต่างๆ ดังที่เคยได้ยินมาเสมอว่า ป่วยตายายสอนให้อดทนจึงทำให้เด็กมีความอดทนต่อความปวด และจากวรรณกรรมประเภทคำสอนที่นิยมกันในภาคอีสาน ซึ่งได้แก่ ธรรมดาสอนโลก ท้าวคำสอนพระยาคำกองสอนไพร่อินทียาณสอนลูก ปู่สอนหลาน ฯลฯ วรรณกรรมเหล่านี้จะพบว่า กวีได้พยายามสอดแทรกปรัชญาชีวิต ค่านิยม ตลอดจนจนถึงอุดมการณ์ของสังคม เพื่อให้พึงสังวรในการประพฤติปฏิบัติตามฮีตบ้านคองเมือง นอกจากนี้วรรณกรรมอีสาน ยังมุ่งมั่นที่จะปลูกฝังอุดมการณ์ร่วมของสังคมให้มีความหวังในโลกหน้าอย่างแน่นแฟ้น คือ การอดออม อดทน สร้างบุญบารมีชาตินี้เพื่อเสวยสุขในโลกหน้า นักปราชญ์ได้ใส่แนวคิดตามคติความเชื่อทางสังคมพุทธศาสนา เรื่องโลกพระศรีอารย์มาปรับเป็นสังคมในอุดมการณ์ของชาวอีสาน จะพบว่าวรรณกรรมประเภทเพลงกล่อมเด็ก หมอลำ นิทาน นิยาย หรือแม้แต่พิธีกรรม จะกล่าวซ้ำแล้วซ้ำอีก เพื่อให้ประชาชนประพฤติปฏิบัติตามฮีตบ้านคองเมือง

อดกลั้นต่อความลำบากยากแค้น อดใจบังคับใจ ช่มใจเพื่อหวังว่าจะได้เกิดในศาสนาพระศรีอารย์ (สุวิทย์ & ดารารัตน์, 2541) และจากงานวิจัยพบว่า 34% ของเด็กวัยเรียนไทยภาคเหนือ ใช้วิธีการอดทนต่อความปวดเสมอเวลาฉีดยา ดังตัวอย่างเช่น ปิดตา ไม่ร้องไห้ หายใจลึก และพยายามอดทน (Jansaihong, 2002) เช่นเดียวกับคนอีสาน ที่มีความอดทนสูงต่อความลำบากทุกชนิด อดทนต่อความกดดันต่างๆ (อภิศักดิ์ โสมอินทร์, 2537)

ในสังคมอีสานนับตั้งแต่อดีตจนปัจจุบันยังมีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ยังยึดติดอยู่กับความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น เรื่องผี การนับถือผี การเวียนว่ายตายเกิด ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นการกินการอยู่ของเด็ก การอบรมสั่งสอน หรือการเลี้ยงดูทั่วไปมักจะมีข้อห้ามข้อชะล่า และการเจ็บป่วยรักษาก็ต้องพึ่งพาสีงเหนือธรรมชาติ ได้แก่ หากมีการเจ็บป่วยก็จะมีพิธีกรรมหรือกรรมวิธีรักษาแบบพื้นบ้านตามคติความเชื่อแบบดั้งเดิม เช่น หากเด็กร้องไห้มากก็จะมีพิธีผูกแขนเด็ก หรือเมื่อเด็กเจ็บป่วยเป็นโรคเฉพาะของเด็ก เช่น คางทูม ออกหัด ก็จะมีกรรมวิธีเป่า สวดมนต์ให้หาย ถ้าเด็กเลี้ยงยาก 3 วันตี 4 วันไข่ ก็จะทำพิธีกรรมปฏิบัติต่อเด็ก เช่น สวดต่อชะตาให้เด็ก หรือสวดสืบชะตาเด็ก หรือยกให้พระเป็นต้น (ทัศนีย์ บัวระภา, 2542)

ชาวอีสานมีระบบความเชื่ออันเป็นพื้นฐานดั้งเดิม ระบบความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพเยียวยา ได้ผูกโยงกับระบบความเชื่อต่างๆ (เกศินี สราญฤทธิ์ชัย, 2542) ยารักษาโรคของชาวอีสานก็สามารถหาได้จากธรรมชาติจากพืช หรือ สมุนไพร (อภิศักดิ์ โสมอินทร์, 2537) เนื่องจากมนุษย์ได้ศึกษาค้นคว้ายาสมุนไพรที่ได้จากธรรมชาตินั้น ทำให้มนุษย์รู้จักพืชชนิดต่างๆ ที่นำมารักษาโรคได้ นับว่ามนุษย์มีความสัมพันธ์กับยาสมุนไพรมาแต่โบราณและได้สืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคน นับว่ายาสมุนไพรมีบทบาทกับประชาชนชาวอีสานเป็นอย่างยิ่ง โดยคนอีสานได้นำยาสมุนไพรที่ได้จากท้องถิ่นนั้นมาประกอบเป็นตัวยา เพื่อรักษาโรคแต่ละชนิดได้ ซึ่งแยกกันออกไม่ได้เลย เพราะประชาชนอีสานมีความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรมาเป็นเวลานาน ถ้าหากเกิดเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุต่างๆ แล้ว ชาวอีสานจึงรู้ว่าพืชหรือรากพืชสามารถนำมาประยุกต์เป็นยาเพื่อรักษาโรคต่างๆ ได้ จึงทำให้คนอีสานมีความผูกพันกับยาสมุนไพรมาจนถึงปัจจุบันนี้ (สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน, 2540) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับการลดปวดโดยใช้สมุนไพรหรือพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ แต่จากการศึกษาของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ได้ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในภาคอีสาน พบว่า การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ มีวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้บำบัดรักษาอาการต่างๆ สำหรับการดูแลตนเอง มีหลายวิธี คือ สมุนไพร ยาพื้นบ้าน พิธีกรรม และยาแผนปัจจุบัน

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในภาคอีสาน พบว่า เมื่อคนอีสานมีการฟกช้ำ หรือเจ็บปวดจากการตกต้นไม้ ถูรถชนหรือเกิดอุบัติเหตุ จะมีพิธีกรรมที่บรรเทาความปวด คือ “การย่าง” โดยการใช้ใบพืชหอมต่างๆ ได้แก่ ใบหนาด และใบเป่า เพราะเชื่อว่าใบหนาดและใบเป่าเป็นยา

สมุนไพรที่มีผลเกี่ยวกับเลือดลม ทำให้เลือดลมในร่างกายไหลเวียนดี ดังนั้น “การย่าง” คือ ใช้ความร้อนและสมุนไพร เพื่อรักษาให้เลือดไหลเวียนดี บรรเทาความปวด และแผลที่ฟกช้ำจะหายเร็ว ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับพิธีกรรมการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด โดยจะให้ผู้อยู่นอนบนแคร่ไม้ไผ่ที่ปูด้วยใบหนาดและใบเป่า ผู้ที่อยู่ว่าจะต้องนอนคลุมผ้า และก่อไฟด้วยถ่านหรือฟืนไว้ข้างล่างแคร่ เพื่อให้ความร้อนจากไฟผ่านสมุนไพรทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น แผลแห้ง ไม่บวม ลดอาการเจ็บปวดและแผลหายเร็วขึ้น ส่วนในการรักษาโดยใช้สมุนไพร หมออาจจะใช้สมุนไพรเป็นตัวหลักในการรักษา ยาที่ใช้สามารถแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 3 ประเภท คือ ยากิน ยาประคบ เป็นยาตั้ง หรือภาคอีสานเรียกว่า ตั้งยา ใช้ประคบนอกผิวหนัง และยาประสาน ใช้ประสานแผล ชาวอีสานมักใช้การประคบร้อนด้วยสมุนไพร หรือการตั้งยา เพื่อการบรรเทาความปวดอย่างหนึ่ง โดยการนำสมุนไพรมาห่อด้วยผ้า หลังจากนั้นนำไปอังไอน้ำร้อนแล้วนำมาประคบบริเวณที่ฟกช้ำและบวม ซึ่งการประคบดังกล่าวสามารถบรรเทาอาการบวมอักเสบ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตได้เช่นเดียวกับการประคบร้อน แต่มีข้อแตกต่างกันคือ การประคบร้อนด้วยสมุนไพร ที่ประกอบไปด้วยตัวยาที่มีสรรพคุณในการบรรเทาอาการปวดและอาการอักเสบได้ (ชัยยงค์ ธรรมรัตน์, 2542) และจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ สมุนไพรที่ใช้ในการประคบร้อนมีหลายอย่างมาโชลกแล้วห่อรวมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นยาสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย เช่น ไพล ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ตะไคร้ การบูร เป็นต้น ซึ่งเมื่อถูกความร้อน จะระเหยออกมา

นอกจากการใช้สมุนไพรแล้วชาวอีสานยังใช้การรักษาโรคต่างๆ โดยการหาหมอที่ใช้วิธีการรักษาทางไสยศาสตร์ หมอไสยศาสตร์มีหลายชนิด แตกต่างกันตามวิธีการรักษา เช่น หมอมนต์ หรือหมอเป่า คือหมอที่รักษาโรคอาศัมนต์หรือคาถา แล้วก็เป่าลงไปที่ตรงบริเวณที่เจ็บปวด หรือที่เชื่อว่าเป็นต้นเหตุของความไม่สบาย หมอมนต์บางรายอาจจะใช้มนต์เสกของบางอย่างให้ผู้ป่วยกินเพื่อเป็นยารักษา บางรายก็อาจให้กินยาและทายาสมุนไพรไปด้วย ส่วนหมอน้ำมันต์ หมอชนิดนี้โดยมากก็ใช้มนต์ หรือคาถาเหมือนหมอมนต์ แต่แทนที่จะเสกคาถาเป่าลงไปที่บริเวณที่เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยโดยตรง หมอน้ำมันต์จะเสกคาถาทำน้ำมันต์ก่อน แล้วจึงเอาน้ำมันต์นั้นให้ผู้ป่วยดื่ม อาบ หรือทา ตามกรรมวิธีของหมอแต่ละคน (กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ, 2536)

อย่างไรก็ตามจากการที่ได้มองภาพรวมของระบบความเชื่อในสังคมอีสานนั้นพบว่า ไม่ว่าสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร สิ่งต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นเป็นความเชื่อเนื่องจากในสมัยก่อนความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์หรือการสาธารณสุขยังไม่ก้าวหน้า จนเกิดความกลัวเนื่องจากความไม่รู้ อย่างไรก็ตามแม้ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ไปมากจนสามารถทำได้เกือบหมดแล้ว หรือมีอุปกรณ์ที่ทันสมัยเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าไกลเกินธรรมชาติของมนุษย์ ในชนบทของภาคอีสานชาวอีสานก็ยังคงมีประเพณีพิธีกรรมต่างๆ อยู่อย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการนับถือผี นับถือเทวดา เทพเจ้า อำนาจลึกลับต่างๆ ความเชื่อความยึดมั่นในพุทธศาสนา ความเชื่อในจิตวิญญาณ สิ่งเหล่านี้ยังคงมีอิทธิพลต่อความคิดการปฏิบัติ พฤติกรรมของสมาชิกในสังคมอีสาน

ทั้งสิ้น เพียงแต่รูปแบบของการแสดงออกของความเชื่อเหล่านั้นทางพิธีกรรมประเพณี อาจจะมีการปรับเปลี่ยนไปบ้าง เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของสังคมอีสาน และในระยะเวลาต่าง ๆ กัน

6. การทำวิจัยเชิงคุณภาพในเด็ก

การทำวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นวิธีการวิจัยที่ได้รับความสนใจและใช้กันอย่างมากในปัจจุบันในวงการวิชาชีพการพยาบาล รวมถึงการพยาบาลในเด็ก แต่การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในเด็กยังมีไม่มาก เนื่องจากการเก็บข้อมูลในเด็กทำได้ยากหรือบางครั้งเก็บแล้วอาจลืมหลับ เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่มีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ทำให้นักวิจัยต้องนำผู้ปกครองมามีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองเป็นส่วนใหญ่เกี่ยวกับประสบการณ์หรือข้อมูลของเด็ก จึงทำให้เด็กขาดโอกาสในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและประสบการณ์ของตน ผู้วิจัยได้สรุปวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในเด็กของ ฟอส มอส และกิลเลียน (Faux, 1988; Morse, 1991; Gillian, 1999) ดังต่อไปนี้

6.1 การสร้างสัมพันธภาพของนักวิจัยกับเด็ก

การสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) ระหว่างนักวิจัยกับเด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักวิจัยและเด็กนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ที่จะทำให้เด็กยินดีหรือเกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล นักวิจัยต้องใช้ทักษะอย่างมากในการที่จะทำให้เด็กให้ข้อมูลต่างๆ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีขึ้นอยู่กับระยะเวลา ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพหลายครั้งเพื่อให้เด็กไว้วางใจ และแสดงความคิดเห็นของเขาออกมา หรือโดยการสร้างสัมพันธภาพร่วมกับผู้ปกครองเพื่อให้เด็กมีความไว้วางใจกับผู้วิจัยเร็วขึ้น และมีผู้วิจัยใช้การวาดรูปเพื่อให้เด็กเกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและสร้างสัมพันธภาพกับเด็กก่อนการสัมภาษณ์

6.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในเด็ก

การทำวิจัยเชิงคุณภาพในเด็ก มักจะเริ่มทำได้ในวัยเรียน 6-12 ปี เพราะเด็กวัยนี้เริ่มมีการพัฒนาทักษะทางด้านภาษา เป็นวัยที่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ และขยันหมั่นเพียร ส่วนในวัยรุ่นเป็นวัยที่ไม่ค่อยฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ถือตัวเองเป็นใหญ่ มักดื้อรั้นไม่เชื่อฟังและมีความเป็นอิสระสูง ทำให้การวิจัยเชิงคุณภาพในเด็กส่วนใหญ่จึงนำมาศึกษาในเด็กวัยเรียน และจะเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งสามารถทำได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญที่มีความเข้าใจในการแสดงออกต่างๆ ของเด็กได้ดี การทำวิจัยในเด็กส่วนใหญ่มักใช้เป็นแบบสอบถาม หรือใช้แบบสอบถามร่วมกับคำถามแบบปลายเปิดหรือคำถามแบบไม่เป็นทางการ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในเด็กมักจะใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลหลายอย่างประกอบกัน เช่น การสัมภาษณ์ (Interviewing) การสังเกต (Observation) และการเล่น (Play) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและมีความน่าเชื่อถือ มีรายละเอียดดังนี้

6.2.1 การสัมภาษณ์ (Interviewing)

การสัมภาษณ์ในเด็กไม่ควรสัมภาษณ์เด็กเพียงผู้เดียวหรือตัวต่อตัว (face to face) และควรสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ปกครอง อาจมีกิจกรรมอื่นร่วมด้วยขณะสัมภาษณ์หรือการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informally) เช่น กำลังเดิน กำลังเล่นกับสัตว์เลี้ยง กำลังถักนิตติ้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลจากความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จากเด็กจะได้เป็นคำๆ ประโยคสั้นๆ หรือได้ข้อมูลจากเด็กที่พูดมาก มีความมั่นใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้อาจพบว่ามีความเที่ยงตรงน้อยกว่าผู้ใหญ่ ผู้วิจัยจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้เด็กเกิดความไว้วางใจและผ่อนคลายขณะสัมภาษณ์ จึงจะทำให้เด็กมีความมั่นใจในการตอบคำถาม รวมทั้งตัวผู้วิจัยควรใช้คำถามที่ชัดเจนตรงไปตรงมา ให้ความสำคัญในการตอบคำถามแก่เด็กใช้ความเงียบ ไม่แสดงความคิดเห็นของผู้วิจัยเอง เพื่อให้เด็กได้แสดงความคิดของตนเองออกมา เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด ในขณะที่ถูกสัมภาษณ์ และถ้าเด็กไม่ผ่อนคลาย มีความวิตกกังวล ไม่กล้าพูดหรืออาย จะทำให้มีผลต่อคุณภาพของข้อมูล การสัมภาษณ์เด็กในแต่ละครั้งควรใช้ระยะเวลา ประมาณ 30 นาทีเท่านั้น

การใช้ภาษาในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายตรงไปตรงมา เป็นภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย เพราะบางครั้งการใช้คำของเด็กอาจมีความหมายไม่เหมือนกับผู้วิจัย ผู้วิจัยควรถามกลับในคำที่ไม่แน่ใจเพื่อมีความเข้าใจตรงกัน หรือสัมภาษณ์โดยใช้ภาษาถิ่นของเด็กเพื่อให้เด็กง่ายต่อการคำถาม

การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในเด็ก อาจใช้การวาดรูปเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ข้อมูลในสิ่งที่เขาไม่สามารถพูดออกมาได้ โดยการวาดรูปและเขียนข้อความที่แสดงความรู้สึกของเด็กที่ต้องการบอก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น

6.2.2 การสังเกต (Observation)

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในเด็กโดยการสังเกต ผู้วิจัยควรสังเกตทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยมีการสังเกตขณะการสัมภาษณ์ สถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเด็ก และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น ปฏิกริยาระหว่างเด็ก สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ อาจใช้การอัดวิดีโอเทป หรือการสังเกตโดยผู้วิจัยเอง

6.2.3 การเล่น (Play)

การเล่นต่างๆเครื่องมือสำคัญในเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจะใช้ร่วมกับการสังเกตและการสัมภาษณ์ เช่น การเล่นตุ๊กตา (Doll play) การเล่นเกมส (Games) การเติมประโยคให้สมบูรณ์ (Sentence completion) และการวาดรูป (drawing) ซึ่งการวาดรูปของผู้ป่วยเด็กสามารถสื่อความรู้สึกนึกคิดได้อย่างหนึ่ง และเป็นเทคนิคที่ใช้ในการผ่อนคลายความวิตกกังวลและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กกับผู้วิจัยได้ โดยจะใช้การวาดรูปก่อนการสนทนา เพื่อช่วยให้เด็กสนุกสนานจึงรู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ ผู้วิจัยให้เด็กวาดรูปให้มีความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความรู้สึกนึกคิดของเด็กที่มีต่อ

ภาพวาด ซึ่งในขณะที่เด็กวาดรูปผู้วิจัยให้เด็กได้บรรยายถึงสิ่งที่เด็กได้วาดว่ามีความหมายว่าอย่างไร หรือให้เด็กเขียนสิ่งที่อยากเขียนลงในรูปภาพที่วาด

6.3 การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในทำวิจัยเชิงคุณภาพในเด็ก

จากการศึกษาการทำวิจัยเชิงคุณภาพในเด็ก พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการทำวิจัย โดยผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปกครองก่อน จึงจะทำให้ผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและทำให้เด็กไว้วางใจ ผู้วิจัยจึงจะเข้าใจเด็กได้ง่ายขึ้น และผู้ปกครองมีส่วนช่วยในการทำให้เด็กประสบผลสำเร็จในการสัมภาษณ์และการเล่นจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้ปกครองจะเป็นผู้กระตุ้น ให้กำลังใจ ทำให้เด็กคลายความวิตกกังวล และเมื่อเด็กไม่เข้าใจคำถามที่ผู้วิจัยถาม ผู้ปกครองจะเป็นผู้ที่จะอธิบายคำถามที่เด็กไม่เข้าใจได้ จึงทำให้เด็กสามารถแสดงความรู้สึกที่ต้องการสื่อออกมาได้ชัดเจน ในขณะที่วาดรูปและขณะเล่นกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากขึ้น ส่วนการเข้าร่วมในการทำวิจัยผู้วิจัยต้องการให้ทั้งเด็กและผู้ปกครองยินยอมในการให้ข้อมูล เพราะว่าถ้าเด็กไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย แต่ผู้ปกครองยินยอมให้ข้อมูล อาจทำให้ผู้ปกครองไม่ร่วมมือในการให้ข้อมูลในเวลาต่อมาได้ ทำให้เสียเวลาและไม่ประสบผลสำเร็จในการเก็บข้อมูลได้

สรุปได้ว่าการทำวิจัยเชิงคุณภาพในเด็กมีความแตกต่างจากการทำวิจัยในผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษากับผู้อื่นให้เข้าใจได้ยาก การวิจัยเชิงคุณภาพจึงไม่สามารถใช้ทักษะในการสัมภาษณ์และการสังเกตเท่านั้นในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การเล่น และการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล มาใช้ร่วมกันในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำสม่ำเสมอ ซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มักเกิดควบคู่กับความปวด สาเหตุของความปวดมีทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและวิธีการของการรักษาพยาบาลต่างๆ ความปวดมีองค์ประกอบที่สลับซับซ้อนและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ให้การดูแลเป็นอย่างดี ซึ่งประสบการณ์ความปวดของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคล เป็นผลมาจากการรับรู้ความรู้สึก อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นไม่อาจหยั่งรู้ได้จะมีแต่บุคคลที่กำลังประสบความปวดอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความรู้สึกปวดของตนเอง นอกจากบุคคลนั้นได้บอกกล่าวสำหรับความปวดเด็กนั้นเด็กมีความเข้าใจความปวดมาตั้งแต่อายุน้อยๆ ถึงแม้ว่าความปวดเป็นความรู้สึกที่ยากที่จะบอก ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาประสบการณ์ความปวดในเด็กวัยเรียน เนื่องจากเด็กวัยนี้สามารถบอกเล่าและให้ความหมายความปวดของตนได้หลากหลาย เช่น ใช้ภาษาหรือคำที่บอกถึงความปวด เช่น บอกบริเวณที่ปวด ความรุนแรง ลักษณะของความปวด และการแสดงพฤติกรรมของตนเมื่อมีความปวด และครอบครัวผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดเป็นผู้ที่สามารถรับรู้และ

เข้าใจประสบการณ์ความปวดผู้ป่วยเด็กมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะปวดแล้วไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆภายในร่างกายและจิตใจ รวมทั้งครอบครัวที่ให้การดูแล ทำให้ต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นการบรรเทาความปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ดังนั้นผู้ป่วยเด็กที่มีประสบการณ์ความปวดและครอบครัวที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเท่านั้นที่จะให้ความหมาย ความรู้สึกปวดได้ดี และการบรรเทาความปวดที่เหมาะสมตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ความปวดและการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัวในบริบทสังคมอีสาน เนื่องจากชาวอีสานมีบรรพชนมาจากเชื้อสายดั้งเดิมเป็นชนชาติลาวและเขมรที่ได้อพยพเข้ามาและตั้งถิ่นฐานอยู่ จึงมีระบบความเชื่อและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ คือ ระบบความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการดูแลรักษาเยียวยาของชาวอีสานได้ผูกโยงเกาะเกี่ยวเข้ากับระบบความเชื่อต่างๆ โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยของมนุษย์และการป้องกันรักษาขึ้นกับเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น อำนาจของผี หรือวิญญาณ อำนาจของไสยศาสตร์ เวทมนต์คาถา อำนาจที่มาจากอิทธิพลของดวงดาว หรือโหราศาสตร์ที่สัมพันธ์กับโชคชะตาและวิถีชีวิตของมนุษย์ อำนาจของความเชื่อเรื่องบุญ-กรรมในพุทธศาสนา อำนาจจากการประพฤติตามขนบธรรมเนียมประเพณี กฎเกณฑ์ข้อตกลงร่วมกันของชุมชน และอำนาจจากธรรมชาติที่ประกอบขึ้นเป็นรูปกายของมนุษย์ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคต่างๆร่วมกันในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนถึงปรากฏการณ์ความปวดที่มีอยู่จริงในระดับที่ลึกซึ้งถึงความหมายของความปวดและการบรรเทาความปวดนั้นได้อย่างหลากหลายในลักษณะองค์รวมได้อย่างชัดเจน เพื่อนำไปให้การพยาบาลได้อย่างตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างแท้จริง