

มุมมองต่อความปวดของผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรัง

ทิพวัลย์ เรืองฤทธิ์*, วชริน สินขวานนท์*

*ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330 ประเทศไทย

Pain Perspectives in Thai Chronic Pain Patients

Thipawan Ruangrit*, Wacharin Sindhvananda*

*Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand

ที่มาและวัตถุประสงค์: การใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากประเทศทางตะวันตกในการสัมภาษณ์พบปัญหาการใช้งานในบริบทของคนไทยซึ่งอาจก่อให้เกิดความสับสนหรือนำไปสู่ความเข้าใจคลาดเคลื่อนประกอบกับการศึกษาความปวดเรื้อรังในคนไทยที่มีมาในอดีตด้วยวิธีการเชิงคุณภาพมีน้อยมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสืบค้น 1) คำบรรยายความปวด และ 2) ประสบการณ์ความปวด ที่เป็นภาษาไทย

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยไทยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ถูกสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้คำถามนำที่เตรียมไว้และวิเคราะห์ด้วยวิธี content analysis

ผลการศึกษา: ข้อมูลจากผู้ป่วย 9 รายถอดความได้ 4 หัวข้อ ได้แก่ 1) คำอธิบายความปวด พบว่าผู้ป่วยบรรยายลักษณะความปวดโดยใช้คำที่แปลกและแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่พรรณนาความปวดโดยการเปรียบเทียบมากกว่าการใช้คำคุณศัพท์ คำบรรยายความปวดที่รุนแรงสุดคือ 'ทรมาน' และ 'ปวดจนทนไม่ได้' 2) การบรรเทาความปวด ผู้ป่วยเห็นตรงกันว่า ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ในรูปแบบฉีดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยสังเกตว่าการให้ยาเพื่อบรรเทาความปวดยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอด้วยการใช้คะแนนความปวดในการประเมินความปวดและการสั่งบริหารยาทุก 4 ชั่วโมง 3) การปรับตัว ผู้ป่วยทุกรายผ่านกระบวนการปรับตัวอยู่กับความปวด โดยวิธีที่นิยมใช้ คือ การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด และเนื่องจากผู้ป่วยมีช่วงเวลาที่หายจากความปวด จึงมีสติที่จะหากลยุทธ์ในการปรับตัวอยู่กับความปวดของตนเอง 4) อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมต่อการดำรงชีพภายใต้ความปวด พบว่า ความเชื่อที่นิยมของ

Background: Using a western-adapted pain interview questionnaire in Thai context leads to confusion and misunderstanding. In addition, pain experience in Thai chronic pain patients has been investigated by very few qualitative studies. This study was aimed to reveal 1) pain descriptor and 2) pain experience in Thai.

Methods: A qualitative study was conducted at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chronic-pain patients were purposefully invited for participation. Collecting data was by in-depth interviews guided by prepared probe questions. Content analysis was applied.

Results: Four categories were abstracted from 9 patients' data. 1) Pain descriptor; there were unique and eccentric Thai words to represent their pain perceptions. However, serious severity of pain was described by the Thai word meant as 'suffering' and 'unable to withstand'. 2) Pain resolve; all patients agreed that intravenous opioid was effective. On the contrary, they revealed ineffective pain management which caused by ordering 4-hour interval of drug administration and using pain score for assessment. 3) Adaptation; all patients have already coped with their pains. The common coping strategy was an attempt to ignore the existing pain. As a result of having free time with no pain, they had their consciences to develop their coping strategies. 4) Cultural and social involvement; common Thai culture 'it needs to be patient with pain' leads patients to be easily in pain acceptance phase. It was also facilitated by a medical culture of 'pain-killer drugs are not good for health'. Thai-culture social support is an important

Correspondence to: Thipawan Ruangrit, e-mail: thipawanruangrit@gmail.com

Received 8 Dec 2017, Accepted 2 June 2018

คนไทย คือ “การอดทนต่อความปวด เป็นสิ่งที่ควรกระทำ” โน้มนำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความปวดได้ง่าย ซึ่งความเชื่อทางการแพทย์ คือ “ยาแก้ปวดเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” ช่วยเสริมการยอมรับสภาพความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัฒนธรรมไทย เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการปรับตัวอยู่กับความปวด

ข้อสรุป: ผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรังบรรยายความปวดโดยใช้คำเปรียบเทียบกับอุปมาอุปไมยมากกว่าการใช้คำคุณศัพท์ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลของแต่ละคนมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้แบบสอบถามเรื่องความปวด ควรใช้คำว่า “ทรมาน” ในการพัฒนาเครื่องมือเฉพาะเพื่อประเมินความรุนแรงของความปวดสำหรับผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรัง

คำสำคัญ: การแสดงออกของความปวด, คำบรรยายความปวดภาษาไทย, ประสบการณ์ความปวด

factor to facilitate coping with pain.

Conclusion: Thai chronic pain patients' descriptions of pain are eccentric and imagery. Individual interview is more effective than using structured pain questionnaire to collect information. The Thai word meant as “suffering” should be used for pain severity evaluation.

Keywords: pain descriptors, pain experience, Thai

วิสัญญีสาร 2561; 44(3): 127-35. • Thai J Anesthesiol 2018; 44(3): 127-35.

บทนำ

การศึกษาลักษณะและผลกระทบของความปวดอย่างเข้าใจ และครอบคลุมในมิติต่างๆ ของการรับรู้ของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง และเนื่องจากความปวด (Pain) เป็นสิ่งที่สื่อความหมายให้ชัดเจนและครอบคลุมได้ยากและเป็นความรู้สึกเฉพาะแต่ละบุคคลที่มีความปวดนั้นๆ ดังนั้นการรายงานความปวดโดยตัวผู้ป่วยเอง (self-report) จึงเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ว่าเป็นการประเมินความปวดที่น่าเชื่อถือมากที่สุด¹

นอกจากการซักประวัติโดยแพทย์หรือนักการทางการแพทย์เพื่อประเมินลักษณะและความรุนแรงของความปวดแล้ว แบบสอบถามเพื่อประเมินความปวดเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินหรือรายงานความปวดเอง McGill Pain Questionnaire เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ การประเมินความปวดด้านคุณภาพโดยการใช้คำบรรยายความปวด ซึ่ง Ronald Melzack ผู้พัฒนาแบบสอบถามได้รับแรงบันดาลใจจากคำบรรยายความปวดที่แปลกและไม่เคยได้ยินมาก่อนจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในคลินิกเจ็บปวด² ที่สะท้อนถึงมิติต่างๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ความปวดและความคิดต่อความปวดนั้น จนนำไปสู่การรวบรวมคำบรรยายความปวดต่างๆ ที่เป็นภาษาอังกฤษจากตำราและเอกสารทางคลินิกและนำมาเรียบเรียง จัดกลุ่มคำบรรยาย จัดระดับของความรุนแรง สร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความปวดหลายมิติได้ในที่สุด^{2,3} แม้จะมีการแปลแบบสอบถาม

ต่างๆ เป็นภาษาไทย และได้ทดสอบความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือแล้ว⁴⁻⁷ แต่จากประสบการณ์ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยพบปัญหาเรื่องคำบรรยายความปวดของผู้ป่วยไทยส่วนหนึ่งไม่อยู่ในกลุ่มคำบรรยายความปวดในแบบสอบถามเหล่านั้น จึงตั้งสมมติฐานว่า คำบรรยายความปวดในแบบสอบถามเหล่านั้นไม่ได้มาจากการบรรยายหรือแสดงออกต่อความปวดของผู้ป่วยไทยโดยตรงตามคำจำกัดความของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain, IASP) ความปวด คือ ประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการบาดเจ็บหรือสภาวะที่จะทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายบาดเจ็บ หรือถูกบรรยายเสมือนว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อนั้น⁸⁻¹⁰ ดังนั้นการรับรู้และแสดงออกต่อความปวด นอกจากจะขึ้นกับความแรงของสิ่งกระตุ้นหรือพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดความปวดแล้ว ยังขึ้นกับประสบการณ์และอารมณ์ของผู้ที่รับรู้ความปวดแต่ละคนด้วย¹¹

การมีเครื่องมือสืบค้นความปวดในมิติต่างๆ ที่มีความเฉพาะกับคนไทยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไทยที่มีความปวดเรื้อรัง การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะสืบค้นคำบรรยาย การรับรู้ และการแสดงออกต่อความปวดในภาษาไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (IRB

No. 707/59) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (semi-structure in-depth interview) ในผู้ป่วยที่มีความปวดที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เกณฑ์การคัดเลือกในการวิจัย คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง (นิยาม = มีความปวดบริเวณที่มีพยาธิสภาพนานมากกว่า 3 เดือน) 2) อายุมากกว่า 20 ปี 3) สามารถพูดภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ณ เวลาใดก็ตามในขณะที่ทำการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ การปกป้องข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัย อย่างละเอียด และลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ที่หอผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเรื่องความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยระยะเวลาสัมภาษณ์กำหนดไว้ 1-2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 45 นาที ผู้ป่วยต้องการหยุดให้สัมภาษณ์ในแต่ละครั้งเมื่อใดก็ได้

คำถามที่ใช้นำในการสัมภาษณ์ (probe question) เป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาจากการศึกษาในอดีตเพื่อครอบคลุม อย่างไรก็ตามระหว่างสัมภาษณ์อาจปรับเปลี่ยนคำถามเพื่อสื่อสารกันได้ถูกต้องตรงประเด็น โดยคำถามที่ใช้นำหรือหัวข้อของบทสนทนาจะเกี่ยวข้องกับคำบรรยายความปวดและประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความปวด โดยรวบรวมทุกมิติ อาทิ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก เป็นต้น (Table 1) และ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เสมือนการสนทนาในชีวิตประจำวัน ทำการบันทึกบทสนทนาด้วยเครื่องบันทึกเทป

Table 1 Guide for interview

วัตถุประสงค์การวิจัย	คำถามเริ่มสัมภาษณ์	แนวคำถามนำ
การรับรู้ความปวด	ช่วยกรุณาเล่าความรู้สึกขณะปวดให้ฟัง	ความรู้สึกขณะที่มีอาการปวดเป็นอย่างไร ? ความรุนแรงของความปวดมากเพียงไร ? อาการเริ่มปวดเป็นอย่างไร ? ความไม่สุขสบายเป็นอย่างไร ? โกรธไหม? เศร้าไหม ? เสียใจไหม ? เริ่มเจ็บป่วยเมื่อไหร่ ?
ประสบการณ์การปวด	ช่วยกรุณาเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยของคุณให้ฟัง	ทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการปวด ? คิดอย่างไรกับการปวด ? อะไรบ้างที่ทำให้คลายความปวด ? ทำไมถึงอยู่กับความปวดได้ ?

ผู้วิจัยถอดบทสนทนาจากเครื่องบันทึกเสียงทุกคำแล้วนำมาเขียนเป็นบันทึกบทสัมภาษณ์ (field note) ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จากนั้น ผู้วิจัยที่ 1 และผู้วิจัยที่ 2 ต่างอ่านบันทึกบทสัมภาษณ์อย่างละเอียด และต่างวิเคราะห์อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธี inductive content analysis ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน^{4, 5} ได้แก่ decontextualization, recontextualization, categorization และ compilation และทำการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ด้วยการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ของผู้วิจัยทั้งสองคน และปรับเลือกเฉพาะผลการวิเคราะห์ที่เห็นพ้องต้องกัน (face validity) (Figure 1)

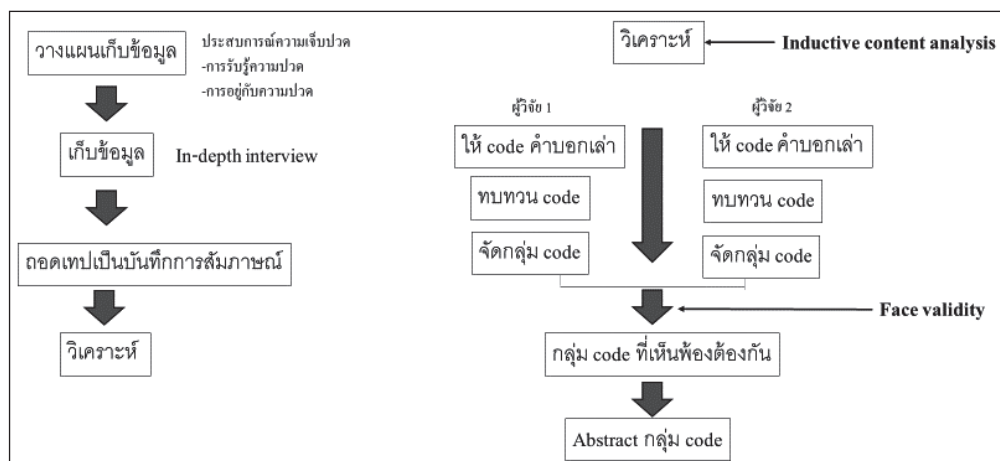


Figure1 Research design and Content analysis

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 9 คน เป็นชาย 5 คน หญิง 4 คน อายุระหว่าง 33-60 ปี ส่วนใหญ่

ของพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับความปวดเรื้อรัง คือ มะเร็ง ระยะลุกลาม (ร้อยละ 55.56) (Table 2)

Table 2 Characteristics of participants

No	Sex	Age(yr)	Diagnosis	Treatment
1	male	33	Colon cancer, advance stage	chemotherapy
2	female	52	3 rd degree burn	scrub burn
3	male	55	3 rd degree burn	scrub burn
4	female	48	Cervical cancer, bone metastasis	chemotherapy
5	male	60	Carcinoma of supraglottic, tongue and esophagus	chemotherapy
6	male	54	Sacral chondroma	sacrectomy
7	female	34	Open fracture both leg	vacuum dressing
8	male	36	3 rd degree burn	scrub burn
9	female	40	Cervical cancer, bone metastasis	radiotherapy

ผลการวิเคราะห์ (Table 3) ขั้นตอน decontextualization ให้รหัส (code) คำที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย หรือ คำที่ผู้ป่วยกล่าวถึงบ่อย ให้รหัสที่สื่อความหมายคำที่พบบ่อย อาทิ แพทย์ หรือ พยาบาล ให้รหัสเป็น “บุคลากรทางการแพทย์” ขั้นตอน recontextualization คือ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างรหัสใหม่ อาทิ รวบรวมลักษณะความปวด และความรุนแรงของความปวด เป็น “ประสบการณ์ความปวด” รวบรวมบุคลากรทางการแพทย์ ยาแก้ปวด ยานอนหลับ เป็น “การรักษาทางการแพทย์” เป็นต้น ขั้นตอน categorization เป็นการจัดกลุ่มข้อค้นพบจากขั้นตอนวิเคราะห์ก่อนหน้านี้ ให้สอดคล้องและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น

โดยการวิเคราะห์ขั้นตอนนี้ ปรับประสบการณ์ความปวด เป็นการบรรยายความปวด ซึ่งทำให้ความหมายแคบลงแต่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากขึ้น ปรับ “การรักษาทางการแพทย์” เป็น “การบรรเทาความปวด” ซึ่งครอบคลุมวิธีการบรรเทาความปวดที่นอกเหนือจากวิธีทางการแพทย์ ปรับ “การรักษาด้วยตนเอง” เป็น “การปรับตัวอยู่กับความปวด” (coping with pain) ซึ่งครอบคลุมกว่า และปรับ “แรงสนับสนุนทางสังคม” (social support) เป็น “อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมต่อการดำรงชีพภายใต้ความปวด” เนื่องจากข้อมูลบ่งว่ามีความซับซ้อนทางสังคมและวัฒนธรรม ต่อแนวความคิดความปวดและการปรับตัวของผู้ป่วย

Table 3 Content analysis and results

ขั้นตอน	วิธีการ	สิ่งที่พบ
1 decontextualization	coding	ลักษณะความปวด (ปวดจี๊ด ปวดหนึบ ซ้ำไปทั้งตัว เป็นต้น) ปวดรุนแรง (ทรมาน ทนไม่ได้ อยากตาย เป็นต้น) บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เป็นต้น) ยาแก้ปวด (ยาทาน ยาฉีด ยานอนหลับ ยามอร์ฟิน ดื้อยา) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (แม่ เพื่อน แฟน ดูแล เป็นห่วง ช่วยเหลือ เป็นต้น) การต่อสู้ความปวด (ควบคุม อดทน ต่อสู้ นอนหลับ ไม่คิดถึงความปวด เป็นต้น) ภายหลังการหายปวด (ไปบวช ไปแต่งงาน ทำบุญ เป็นต้น)
2 recontextualization	reviewing	ประสบการณ์ความปวด (อาการปวด และความรุนแรงของความปวด) การรักษาทางการแพทย์ (บุคลากรทางการแพทย์ ยาแก้ปวด ยานอนหลับ) การรักษาด้วยตนเอง (ควบคุม อดทน ต่อสู้ เบี่ยงเบนความสนใจไปจากความปวด การมีความหวัง) แรงสนับสนุนทางสังคม (แม่ เพื่อน ผู้ป่วย แฟน ดูแล เป็นต้น)
3 categorization	grouping	1 การบรรยายความปวด 2 การบรรเทาความปวด 3 การปรับตัว 4 อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมต่อการดำรงชีพภายใต้ความปวด
4 compilation	abstraction	Pain coping (pain relief-->pain acceptance-->pain distraction/avoidance) (ภายใต้ cognitive behavioral theory)

จากขั้นตอน categorization พบว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยแบ่งเป็นเรื่องราว 4 มิติ ซึ่งในแต่ละมิติพบข้อค้นพบที่สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การบรรยายความปวด

1.1 การบรรยายความปวดมีการใช้ภาษาเฉพาะบุคคล

ความเจ็บปวดเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีความเฉพาะ ผู้ที่มีความปวด รับรู้ความปวด และตีความอธิบายลักษณะความปวดตามประสบการณ์ของตน คำคุณศัพท์อธิบายความปวดจึงเป็นคำที่แปลก

“...มันเจ็บต่อนั้นไม่เหมือนกับตอนเจ็บกระดูกรอบนี้ มันเจ็บเหมือนกับยามันไปปะทะกะช่องท้องแล้วมันดึงวามันจึกจึก มันปวดอย่างรุนแรงเลย...” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

“.....มันปวดเหมือนกับอะไรก็ไม่รู้ เปลี่ยนปลั๊กๆ เหมือนกับแตกจะขาดจากกันเลยแหละ เวลาทำแผล เวลาทำความสะอาดแผล เวลาพลิกตะแคงไปเนี่ย โอ๊ย ปวดมาก ครบเปลี่ยนปลั๊กๆ จนผมจะทนไม่ไหวนะแหละ ทั้งกัดฟันทั้งร้องไห้ ปวดเหมือนกับไฟช็อต แต่มันมากกว่านั้นก็เป็นไปได้” (ผู้ป่วยรายที่ 6)

“...มันก็ปวดนู่นๆ อยู่เนี่ยแหละ เช่นตอนนอนอยู่เฉยๆ ผมก็ นอนทนได้.... มันนุบ พุดง่าย ๆ เหมือนกับเรากำเข้ากำออกอย่างนี้” (ผู้ป่วยรายที่ 6)

“...ก็จะมีร้อนใต้ฝ่าเท้า มันจะมีปวดแบบจี้ๆ แล้วบางทีก็มีวู้ง.... ตอนทำแผลจะปวดแผลนี้ละคะ จะไม่มีอะไรวู้ง ปวดเจ็บนี้แหละคะ....มันวู้งแปลบๆ นะคะ บางทีมันก็จี้ตรงโน้นตรงนี้ มันไม่ได้จี้เฉพาะตรงแผลที่เค้านวดบางทีมันก็จี้ตรงโน้น บางทีก็จี้ตรงนี้....ก็จี้ตุนะคะ..... แต่เรื่องจี้ดนี้มันจะบ่อยคะ.....” (ผู้ป่วยรายที่ 7)

“...เหมือนมันมีมดในตัวเรา พอได้เวลา เค้กก็ออกมาหา กิน เราก็กินๆ จิบๆ พอมันกินอิ่มมันก็เสียบไป พอได้เวลา 4 ชั่วโมงก็ จิบๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

“... มันตุบๆ แล้วก็จี้ เหมือนไฟช็อต เป็นอย่างนี้ตลอด บางครั้งทนไม่ได้.... ตอนที่แผลไม่หาย มันไม่เปลี่ยนมันจี้ยาวๆ.....พอยาหมดฤทธิ์นี้ จี้ขึ้นมาเลย ซู้ๆ ผงตกเหมือนเม็ดฝนเลย ซู่มาจากข้างล่าง” (ผู้ป่วยรายที่ 3)

นอกจากนี้ การอธิบายลักษณะความปวด เป็นการพยายามเปรียบเทียบหรือเปรียบเปรยกับสิ่งที่ป็นรูปธรรมหรือสถานะที่บุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้มากขึ้น

“.....ตอนแรกเริ่มต้นเจ็บปวด มันก็เหมือนกับจะเป็นอาการแสบท้องหิวข้าวทั่วไปนะครับ.....ตอนล่างนี้มันก็เจ็บเหมือนอาการเจ็บจี๊ดเหมือน ฉีมนะมานะ.” (ผู้ป่วยรายที่ 1)

“...ทนไม่ได้เมื่อก่อนมันเจ็บนะมันเยอะกว่าเมื่อก่อนมันเย็นเหมือนน้ำฝนชื่นใจ มันปวดทรมาน เมื่อก่อนเย็นเย็นเหมือนน้ำฝนชื่นใจ บางเมื่อก่อนมา ทั้งปวดทั้งเจ็บ. สุดท้ายจะพรรณารุนแรงมากๆ.....เป็นทั้งตัว เหมือนกับฝนตกลงมา มีทั้งลูกเห็บ มีทั้งฝน. ลูกเห็บ อาจจะเทียบว่าเป็นหินอุกกาบาตตกมาใส่ตัวเราพร้อมกับฝน....แต่น้ำฝนเย็นชื่นใจเนี่ย มันมีน้อย. มันอาจจะเมื่อก่อนแต่อุกกาบาตเนี่ย เวลาเราเจ็บแรงๆ อาจถึง 30-40 เม็ด” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

“...ปวดกระดูกนี่คือ กระดูกของเราตามตัวเนี่ย เราจะปวดตามข้อทุกข้อเลย ที่มีกระดูก จับไม่ได้เลย เจ็บ เหมือนกระดูกเรานิมเหมือนกระดูกเราจะไม่มีแล้ว ตัวเราทั้งตัวเนี่ยกระดูกเรานิมไปหมดแล้ว.ปวดมากปวดตามเนื้อที่ยังอยู่ แต่ตัวกระดูกเหมือนมันหายไปแล้ว ปวดเนื้อที่เหลือ.... เหมือนหมากัด....ก็เวลาหามันมากัดกระดูกเรา มันมาแตะ....ก็เหมือนกับเราอยู่ของเราดีๆ มีอะไรมาแตะ มาขยี้กระดูกของเรา เราก็ไม่อยากให้มันมาแตะมาอะไร กระดูกของเรา มันเจ็บ แต่ละส่วน มันย้ายที่ได้ตลอดเวลา....คะ เจ็บ แทะเหมือนหมามาแตะ จี้ อย่งเนี่ย เจ็บ มาก หนูบอกไม่ถูกถามหนูก็บอกไม่ถูก คำบรรยายว่า ยังไง แต่หนูรู้คำว่าหนูปวดมาก มันมาขยี้หนู จี้ๆ แล้วก็กระชากหนูออกมา” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

“...ปวดร้อนใต้ฝ่าเท้า ที่ว่ามันเยอะ มันเหมือนเราไปเหยียบในพริก กองพริก ปวดแสบปวดร้อน....เหมือนมีอะไรมาทิ่ม... ของแหลมที่ถึงกับสะดุ้ง...” (ผู้ป่วยรายที่ 7)

1.2 การบรรยายความรุนแรงของความปวด

ความปวดเรื้อรังที่มีความรุนแรงมาก คำที่ใช้ในการพรรณนาความรุนแรงของความปวดได้แก่ คำว่า “ทรมาน” “ทนไม่ได้” และ “ร้อง หรือ ร้องไห้ หรือ น้ำตาไหล ในงานวิจัยนี้พบจำนวนคำ ทรมาน และ ทนไม่ได้ ทั้งหมด 28 ครั้ง (รวมผู้ป่วย 9 คน) และ ร้องหรือ ร้องไห้ ทั้งหมด 10 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบมีการอธิบายความรุนแรงของอาการปวดในรูปแบบของการอยากตายเพื่อหนีความเจ็บป่วย

“..เจ็บคอนี้ ยกตัวอย่างเจ็บเวลากินอาหาร กลืน น้ำลาย เจ็บแบบเจ็บปวดเวลามืออะไรผ่านลงไปคอ กลืน น้ำลายก็เจ็บ เจ็บแบบทรมานมาก..นะ.....มันเป็นการเจ็บปวดแบบว่ามันถึง ถ้าเวลาใดมันไม่ปวดเนี่ย ลุงจะลืมนมันไปเลย.... ถ้ามันยังไม่มานะ ก็ดำเนินชีวิตไปตามปกติ แต่ถ้ามันมานะจะรู้เลยว่ามันปวดแบบมันทรมาน แต่ก่อนไม่เคยรู้ว่าเค้าเจ็บปวดเนี่ยมันเป็นยังงี้ แต่พอมันมาเกิดกะลุงแล้วเนี่ย ลุงรู้แล้วว่าไม่อยากให้มันเกิดขึ้นเลย มันทรมานมาก ถ้าพูดอย่างคนทั่วไป ก็ไม่อยากจะอยู่ ..อย่างนั้นเถอะ ทรมาน” (ผู้ป่วยรายที่ 5)

“.....เวลาทำความสะอาดแผล เวลาพลิกตะแคงไปเนี่ย โอ๊ย ปวดมากครับเปลี่ยนปลีาปูนผมจะทนไม่ไหวนะแหละ ทั้งกัดฟันทั้งร้องไห้...บางทีก็มีอาการเข็ดบั้ง...บางทีก็นอนร้องไห้บ้าง” (ผู้ป่วยรายที่ 6)

“..เจ็บ ก็ร้องเลย มันเจ็บบางที เวลาถึง ตรงช่วงแผลมันก็อดที่จะ.... ร้องจะไม่ไว้วาย จะอดทนไว้ก่อน นอนอดทนอย่างเดียว น้ำตาไหล แค่นั้น ถ้าไม่ไหวจริงก็คือ มีเสียงออกมาบ้างนิดหน่อย แต่ก็ไม่ได้ตะโกนไว้วายอะไร....” (ผู้ป่วยรายที่ 7)

“...ยาที่เพ็งกินไปไม่กี่มากน้อย เพ็งกินไปแบบเดียวก็ปวดอีกแล้ว... หนูก็คิดว่า หนูไม่อยากมีชีวิตอยู่แล้ว หนูไม่อยากแลก กับความเจ็บปวด...” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

2. การบรรเทาอาการปวด

2.1 จุดเริ่มของการได้รับการรักษา

ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การสื่อสารด้วยคะแนนความปวด และเรียนรู้ว่าควรประเมินคะแนนความปวดเท่า ไหร่จึงจะได้รับยาแก้ปวด

“...ถ้าปวดมาก ก็บอก 10 ปวดน้อยก็ลดหลั่นลงมาถ้าปวดกลางๆ ก็ 5.... หลังให้ยาอาการปวดนี้มันอาจกลับมาเป็น 10 ก็ได้ 5 ก็ได้ 2 ก็ได้...” (ผู้ป่วยรายที่ 5),

“....ถึงเวลาที่เค้ามาฉีดยา ต้องถามทุกครั้งว่าปวดเกิน 5 หรือเปล่า” (ผู้ป่วยรายที่ 3)

“...ถ้าปวดกลางๆ ก็ 5 เค้าก็จะให้ยามาในระดับ 5....” (ผู้ป่วยรายที่ 5)

“..คราวนี้รู้แล้วว่าฉีดยาแล้วสบาย เราก็ต้องเริ่มโกหกแล้ว...เคยบอกให้อาการปวดมันถึงตัวเลขที่เค้าจะฉีดยา...” (ผู้ป่วยรายที่ 3)

2.2 ยาแก้ปวดช่วยบรรเทาความปวดได้ดีที่สุด

ผู้ป่วยทราบว่าการได้ยาแก้ปวดโดยเฉพาะยากลุ่ม opioids หรือยาฉีด เป็นวิธีที่ทำให้ทุเลาความปวดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

“...พอมันเป็น 10 เม็ดเราก็ไม่ไหวจะต้องบอกพยาบาลเหมือนทั้งตัวมันจะแหลกสลาย เราก็จะบอกพยาบาล เค้าก็จะเอายามาฉีดให้...มันก็ค่อยยังชั่ว...” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

“....ถ้าเป็นยาฉีดเนี่ย มันลากปรืดลงมาเลย ค่อยๆ จากหัวลงมา.ราบเลย ที่เราเจ็บๆ เนี่ย. มันหายเป็นปลิดทิ้งเลยอยู่สบาย...” (ผู้ป่วยรายที่ 3)

“... ไม่มีใครสามารถช่วยได้ นอกจากยาเท่านั้น พอฉีดยาไปแล้วนี้ คุณหมอให้ยามอร์ฟีนนี้ฉีดไปแล้วนี้ยิ่งกว่าหม้ออีก พอฉีดไปแล้ว ดีใจมาก จะหายเลย เจ็บพลัน..... ที่ทำให้ลดลงความเจ็บปวด มีองค์ประกอบหลายอย่างหนึ่ง

ยานี้สำคัญที่สุดเลย คุณหมอก็สั่งยามา มีคุณหมอถ้าไม่มียา ก็ไม่หายปวด...” (ผู้ป่วยรายที่ 5)

2.3 รูปแบบทางการแพทย์ของการรักษาความปวด

1) ให้ยาแก้ปวดแบบรับประทานก่อน หากไม่หายจึงเปลี่ยนประเภทยาแก้ปวดหรือเปลี่ยนรูปแบบของการบริหารยา

“.. กินยาไปมันก็เอาไม่อยู่ สุดท้ายจะอะอะไร อาจต้องมีชุดสองตามมา หรืออาจต้องฉีดยา...เค้าพยายามไม่ให้ยาฉีดเลย ยาฉีดนี้ต้องแบบสุดท้ายสุดๆ เลย ไม่ใช่ว่าคุณบอกว่าคุณปวดมากแทบขาดใจ แล้วจะให้ยาฉีด พยาบาลเค้าจะไม่ให้ หมอเค้าจะไม่ให้ เค้าจะให้ตามสเต็ปของเขา...” (ผู้ป่วยรายที่ 8)

2) ระยะห่างของเวลากลับมาปวดใหม่ภายหลังได้รับยา 2 ชั่วโมง

“..พยาบาลบอกว่ามันกินติดต่อกันไม่ได้ ต้องกินตามเวลา บางทีมียาตัวหนึ่ง ต้องกินทุก 4 ชม. กินไปยังไม่เบาและยังไม่ถึง 4 ชม. จะขอเพิ่มก็ไม่ได้ อดทนเอา...” (ผู้ป่วยรายที่ 9)

“..การทานยาเนี่ย ระวังปวดชั่วคราว เมื่อฤทธิ์ยาหายประมาณซัก 2 ชม. ก็เป็นขึ้นมาอีก...” (ผู้ป่วยรายที่ 5)

“...พอฉีดยามอร์ฟีนไป ดีใจมาก จะหายเลยเจ็บพลันคร่าวๆ ซัก 2 ชม. เห็นจะได้ หลังจากนั้นอาการปวดเหล่านั้นก็จะเพิ่มขึ้นๆ จนปวดมาก” (ผู้ป่วยรายที่ 5)

3) การประเมินคะแนนความปวดก่อนการให้ยาแก้ปวด ทำให้ได้รับยาซ้ำ

“..มันจะมีเคสของมัน ความเจ็บปวดมันจะมีขีด (=มากที่สุด) ของมันตอนไหน หนูอยากให้หมอเข้ามาดูเฉพาะเลยนะค่ะ อย่างคนเข้ามาโรคนี้ ผ่านการรักษามาถึงตรงนี้ปุ๊บ คุณหมอควรที่จะเข้ามาดู.. ให้เขาไปเลย.. เขามารักษาปุ๊บ มันพอดีกับความปวด ไม่ต้องมาทรมาน เหมือนกับที่หนูเป็น หนูทรมานมาก หนูรู้ทรมานมากเกิน...” (ผู้ป่วยรายที่ 4)

3. การปรับตัว

ผู้ป่วยทุกรายมีการปรับตัวเพื่ออยู่กับความปวด ด้วยวิธีปรับความคิด ทักษะคิด หรือยอมรับ และเปลี่ยนความสนใจไปเป็นสิ่งที่อื่นที่นอกเหนือจากความปวด

“...หนูก็จะ พยายาม ถ้าหนูปวด สิ่งแรก หนูพยายามที่จะไม่คิดถึงมันก่อน ไม่คิดถึงแผล พยายามเล่นโทรศัพท์บ้าง อ่านหนังสือ...” (ผู้ป่วยรายที่ 7)

“... ปวดนิดเดียวใจเราก็กังวลอยู่ตรงนั้นๆ ปวดนะๆๆๆๆ ก็เน้นย้ำอย่างนี้ ก็เลยจะช่วยให้ใช้วิธีอย่างนี้เยอะ. ก็เลยจะไม่ค่อยได้เกาหรือเกา ดูโทรศัพท์. ถ้าเอาไม่อยู่เราก้ไปเดินออกกำลังกายเดินไปเดินมา เดินวนไปวนมา มองหน้าต่างมองไปมองมา มันก็ลดไป...” (ผู้ป่วยรายที่ 2)

“...คิดถึงพระ อยู่เฉยๆ ยังไงมันก็ปวด พยายามข่มมันไว้ พยายามคุมร่างกาย. เราว่ามันเจ็บ เจ็บ แต่เราก้ต้อง

บอกว่ามันไม่เจ็บ ก็ลองมาหลายครั้งแล้ว ตั้งแต่อยู่เตียงแรก บางทีก็ดูโน่นดูนี่ไป..." (ผู้ป่วยรายที่ 3)

การไม่คิดเพิ่มเติมหรือปรุงแต่งจากความปวด

"...ได้ความรู้จากคุณหมอท่านหนึ่ง เขามาคำให้ความรู้ ประมาณว่าลองใช้สมาธิ... ให้เรากำหนดลมหายใจ อย่าไปเพิ่มความเจ็บปวดให้มัน อย่าไปเติมเสริมแต่ง เรากำลึงเจ็บมากนะมันจะต้องเจ็บไปกว่านี้หรือเปล่า... อย่าไปคิดแทนมัน มันเจ็บอยู่แค่นั้น ให้มันเจ็บอยู่แค่นั้น อย่าไปคิดแทนมัน..." (ผู้ป่วยรายที่ 1)

การลดการเคลื่อนไหวบริเวณที่เจ็บ

"...เราไม่ขยับเขยื้อนเราก็ออยู่ได้ เรารู้ว่าตรงไหนเจ็บ เราก็อหาที่ที่เหมาะสมวาง แล้วก็คอยระวัง ไม่ขยับอีก ก็ทนได้..." (ผู้ป่วยรายที่ 3)

การตั้งความหวังว่ามีโอกาสหาย

"...ผมก็คิดว่า มันมีวันปวด มันก็ต้องมีวันหาย ที่ผมคิด เพราะว่าถึงยังเฝ้าเราก็นั่นมันไม่พ้นอยู่แล้ว ซักวันหนึ่งเราก็คงหายได้ ก็คิดอย่างนั้นแหละครับ..." (ผู้ป่วยรายที่ 6)

"...นึกถึง พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ ท่องอะไรนี่ ท่องคำศักดิ์สิทธิ์ ท่องไป... มันก็ช่วยให้เราหลับไปไม่รู้ตัว... ยังงี้เดียวมันก็หาย..." (ผู้ป่วยรายที่ 9)

การตั้งเป้าหมายการดำเนินชีวิตในอนาคตหลังจากออกจากโรงพยาบาล

"...ผมบอกเค้าว่าถ้าผมหายไปได้กลับไปใช้ชีวิตได้ อีกครั้งผมจะบวชให้พวกเค้า และก็จะไปแต่งงาน..." (ผู้ป่วยรายที่ 1)

"...หนูมีเป้าหมาย คือถ้าหนูหาย หนู ก็จะ ออกไป บำเพ็ญเพียรช่วยอาจารย์...ช่วยเผยแผ่ศาสนา สวดมนต์ช่วย เหลือคน หนูขอหายเพื่อออกไปบำเพ็ญเพียร หนูออกไป ทำงานช่วยเหลือคน..." (ผู้ป่วยรายที่ 4)

4. อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม

4.1 ความปวดเป็นสิ่งที่ต้องทน

4.1.1 สังคมไทยให้ความสำคัญกับการอดทนต่อ ความปวด หรือ การอดทนต่อความปวดเป็นสิ่งที่ควรกระทำ โดยบุคคลรอบตัวผู้ป่วย อาทิ ญาติ ผู้ป่วยรอบข้าง และ บุคลากรทางการแพทย์ ล้วนสื่อความคิดนี้ให้ผู้ป่วย

"... ความปวด ..ญาติก็บอกให้เรอดทน ยังไง หมอก็ดูแลเราอยู่แล้ว..." (ผู้ป่วยรายที่ 3)

"...อู..เค้าก็โทรมาหาวันละครั้ง....โทรมา ปลอบใจ โทรมาคุย ตลอดเวลา บอก "แม่ เดี่ยวแม่ก็หาย อดทนอีกนิดนึงนะ อดทนเยอะ เป็นกำลังใจให้..." (ผู้ป่วยรายที่ 4)

"...พวกป้าเค้าก็สอนหนู ว่า..... " ถ้าไม่เท่าไรก็ ทนเอา ถ้าไม่ไหวก็ขอยา เค้าสอน..." (ผู้ป่วยรายที่ 7)

"... อย่างพยาบาลเค้าก็จะถาม เหมือนเค้าคอยเป็นห่วง ควบคุมด้วย ถ้ายังไม่ถึงเวลา เค้าก็จะบอกให้ทนก่อนนะ อย่าง ตอนทำแผล เค้าเห็นเราเจ็บ เค้าก็ให้กำลังใจ สู้ๆ นะ บางที เค้าก็ให้เราจับมือ เราจับเราก็จับมือ และทำให้เรารู้สึก ดีขึ้น..." (ผู้ป่วยรายที่ 7)

4.1.2 อุดมคติทางการแพทย์ที่ เกี่ยวข้องผล ข้างเคียงของยา และการดื้อยา เป็นสิ่งที่สื่อให้ผู้ป่วยพยายาม อดทน

"...เอามาฉีดให้ เราก็อหายปวดไปแค่ครึ่งชั่วโมง" อดทน เพราะไม่จำเป็นก็ไม่อยากได้ยาเยอะ เพราะก็มีทั้งผล ดีผลเสีย ..คิดเราได้เยอะเดี๋ยวเราจะดื้อยา ก็ไม่รู้สึกถูกหรือ เปล่า..." (ผู้ป่วยรายที่ 2)

"...ก็พยายามทน กลัวติด ถ้าไม่ไหวก็ขอ..." (ผู้ป่วยรายที่ 7)

4.2 ความเชื่ออาถรรพ์ในวัฒนธรรมไทยช่วย บรรเทาความทุกข์จากความปวด

วัฒนธรรมไทย ถือว่าทุกคนเป็นพี่เป็นน้องกัน จึงมี ความเชื่ออาถรรพ์ต่อกันอยู่เสมอ โดยเฉพาะกับผู้ป่วย ซึ่งความ เชื่ออาถรรพ์เป็นกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย

"...ในความโชคร้ายของผมเนี่ย ผมได้เจอความโชค ดี 3 อย่าง... ก็คือจากครอบครัวผม ..เพื่อน...แฟน ไม่เคยวាយ เลย เค้าก็มาอยู่เป็นเพื่อนผม...มันเป็นความโชคดีของผม โชคดีจริง..." (ผู้ป่วยรายที่ 1)

"...บางที่เราไม่อยากทานข้าว..... คุณพยาบาลมา แกะปลาให้ เมื่อมันมีก้าง เราก็เลย จิตใจเราก็อเบกบาน เหมือน ต้นไม้ที่มีน้ำรด.....มามีส่วนนี้มาชดเชย มาเป็นกำลังใจเพื่อ ให้เราเดินไปข้างหน้าเพื่อรักษาตัวเอง..." (ผู้ป่วยรายที่ 2)

วิจารณ์

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษาประสบการณ์ ความปวดในผู้ป่วยไทยที่มีความปวดเรื้อรังในโรงพยาบาล ซึ่ง การศึกษาที่เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในอดีตจะเป็นการศึกษา ผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับ กระดูก กล้ามเนื้อ และระบบประสาท¹² ซึ่งบริบทที่มีความแตกต่าง อาทิ ลักษณะ ความปวด และ การปรับตัวอยู่กับความปวด

ลักษณะอาการปวดที่พบจากการศึกษานี้ พบว่ามีความ จำเพาะเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบในแบบสอบถาม Short-form McGill pain ฉบับภาษาไทย นอกจากนี้พบว่าการบรรยายความปวดของผู้ป่วยไทย เป็นการบรรยายแบบมี พลวัต โดยให้การเปรียบเทียบกับธรรมชาติ มากกว่าการใช้

คำคุณศัพท์บรรยายความปวดแบบที่พบในผู้ป่วยต่างประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Patharakorn P¹³ ดังนั้น น่าจะต้องมีการทบทวนว่าการใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากต่างประเทศทำให้เข้าใจลักษณะความปวดของผู้ป่วยไทยจริงหรือไม่

ลักษณะความปวดที่รุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้คำบรรยายว่า “ทรมาน” ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Kitisomprayoonkul W⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยไทยให้ความเห็นตรงกับคำอธิบายความปวดในแบบสอบถามถึงร้อยละ 89 คือ “ทรมาน” ดังนั้น อาจนำคำ “ทรมาน” มาใช้ประเมินความรุนแรงของอาการปวดอย่างมาก แทนการประเมินด้วยคะแนนความปวด (pain score) ทั้งนี้ ในการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยปวดเรื้อรังสามารถเรียนรู้ว่า ควรประเมินคะแนนความปวดเท่าไรจึงจะได้รับยา ดังนั้นการประเมินคะแนนความปวดเพื่อประเมินความรุนแรงของความปวด อาจเชื่อถือไม่ได้¹⁴ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ อาจจำเป็นต้องใช้การประเมินรูปแบบอื่นร่วมด้วย

การรักษาอาการปวดทางการแพทย์ในมุมมองของผู้ป่วยโดยรวม ผู้ป่วยมองว่าการตัดสินใจให้การรักษาทางการแพทย์ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ทั้งนี้ผู้ป่วยยังมีความทุกข์ทรมานกับความปวด ซึ่งผู้ป่วยให้ความเห็นประเด็นที่ขาดประสิทธิภาพ คือ 1) ระยะห่างในการให้ยาตามที่แพทย์สั่งไม่เหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า อาการปวดกลับมาใหม่อีกเมื่อหลังได้รับยา 2 ชั่วโมง 2) การประเมินคะแนนความปวดซึ่งในความเห็นของผู้ป่วยคะแนนความปวดไม่มีประโยชน์ แต่ทำให้ได้รับยาแก้ปวดช้า และ 3) การรักษาตามลำดับคือให้ยารับประทานก่อนหากไม่พอแล้วจึงให้ยาฉีด ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า การให้การรักษาตามแนวทางทฤษฎีเภสัชวิทยา ให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้ให้ความมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวด ซึ่งแพทย์ผู้ให้การรักษาควรพิจารณาปรับการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นแต่ยังคงความปลอดภัย¹⁵

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยปวดเรื้อรังในการศึกษานี้มีอาการปวดเรื้อรังเพียง 3 เดือน แต่พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีการปรับตัวอยู่กับความปวด ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลจึงได้รับการรักษาอาการปวดได้เพียงพอในระดับหนึ่ง จึงไม่มีการคิดแบบ catastrophizing และมีเวลาช่วงปราศจากความปวดที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับความคิดต่อความเจ็บปวดด้วยตนเอง และหาวิธีการควบคุมความปวดด้วยตนเอง ซึ่งตรงตามทฤษฎี cognitive behavioral therapy¹⁶

การยอมรับความปวด (pain acceptance) เป็นปัจจัยที่สำคัญลำดับแรกในการเกิดกระบวนการปรับตัวให้อยู่กับความปวด^{17,18} ผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับความปวดจะมีความทุกข์ทรมานต่อความปวดมากกว่า¹⁹ ปัจจัยที่ช่วยทำให้ตัวผู้ป่วยยอมรับความปวด จากการศึกษาในอดีต²⁰ ได้แก่ (1) การกลับเข้าสู่ชีวิตปกติ (2) การเชื่อว่าความปวดสามารถควบคุมได้ (3) การรับรู้ว่าการปวดไม่เปลี่ยนแปลง และ (4) การหลีกเลี่ยงการทำให้เกิดความปวด ซึ่งเป็นการศึกษาในวัฒนธรรมตะวันตก ที่เน้นตัวตนผู้ป่วยเป็นหลัก ในการศึกษาที่พบว่า วัฒนธรรมไทยเชื่อว่า การอดทนเป็นสิ่งที่ดี ซึ่งการอดทนอีกนัยหนึ่ง คือ การยอมรับความปวด ดังนั้น ผู้ป่วยจึงได้รับการผลักดันจากวัฒนธรรมที่ฝังแน่นอยู่ ประกอบกับแนวคิดนี้ได้รับการขยายตลอดเวลาที่รับการรักษา จากญาติ พี่น้อง เพื่อน ผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยไทยสามารถปรับตัวต่อความปวดได้เร็ว

วัฒนธรรมการกลัวอันตรายจากยา opioid ของบุคลากรทางการแพทย์^{21,22} ซึ่งในการศึกษานี้พบปรากฏการณ์การกลัวอันตรายจากยา opioid ของตัวผู้ป่วยโดยผู้ป่วยครึ่งหนึ่งของการศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลการอดทนต่อความปวด คือ การกลัวตัวยา ซึ่งไม่ใช่กตการหายใจอย่างที่บุคลากรการแพทย์กังวล การกลัวตัวยา คือ กลัวว่ายา opioid ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้ผลดีในการรักษาจะไม่สามารถทำให้ตนเองหายปวดได้ วัฒนธรรมนี้จึงเสมือนดาบสองคม คือทำให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดไม่เพียงพอ แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้มีการปรับตัวต่อความปวด

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ content analysis เป็นการวิเคราะห์แบบผิว ไม่ใช่วิเคราะห์แบบลึกที่สามารถแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างข้อค้นพบกับคำอธิบายได้ชัดเจนกว่าที่แสดงในการศึกษานี้ แต่เนื่องจากวัตถุประสงค์หลัก ต้องการศึกษาการสื่อสารและคำบรรยายความปวดของผู้ป่วย การออกแบบคำถามจึงไม่ได้นำไปสู่การวิเคราะห์แบบลึกได้ จึงได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์เพื่อการวิเคราะห์ขั้น compilation แต่อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบเข้าได้กับการ coping ภายใต้อาการ cognitive behavioral theory 2) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยปวดเรื้อรังระยะแรก ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยในการศึกษานี้จึงเข้าได้กับผู้ป่วยปวดเฉียบพลันมากกว่า ทั้งนี้ไม่พบความซับซ้อนของการปรับตัว อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความหวังว่าจะกลับคืนสู่ปกติ 3) จำนวนผู้ป่วยเพียง 9 คนอาจเป็นข้อจำกัด แต่ไม่พบว่าได้ข้อมูลใหม่ในการสัมภาษณ์ตัวอย่างเพิ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่านี้ จึงถือว่าเพียงพอ²³

สรุป

1) การบรรยายลักษณะความปวดในผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรังเป็นการพรรณนาที่มีลักษณะเฉพาะบุคคล การใช้แบบสอบถามด้วยคำบรรยายความปวดที่พัฒนาจากต่างประเทศอาจไม่เหมาะสม 2) การประเมินความรุนแรงของความปวด อาจพิจารณา นำคำถามว่า ปวด “ทรมาณ” หรือ “ปวดจนทนไม่ได้” มาใช้แทนการประเมินด้วยคะแนนความปวด 3) การปรับตัวต่อความปวดของผู้ป่วยไทยที่สำคัญได้แก่ การอดทนต่อความปวด

References

- Melzack R, Katz J. Pain measurement in adult patients. In: McMahon SB, Koltzenburg M, Tracey I, Turk D, editors. Wall and Melzack's textbook of pain. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2013. p 301-14.
- Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971;34:50-9.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: From description to measurement. *Anesthesiology* 2005;103:199-202.
- Kitisomprayoonkul W. Thai Short-form McGill Pain Questionnaire. *J Med Assoc Thai* 2006;89:846-53.
- Chaudakshetrin P. Cross-cultural adaption to the Thai language of the neuropathic pain diagnostic questionnaire. *J Med Assoc Thai* 2007;90:1860-5.
- Chaudakshetrin P. Validation of the Thai version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2009;92:34-40.
- Chansirinukor W. Thai version of the Functional Rating Index for patients with back and neck pain: Part 1 Cross-cultural adaptation, reliability and validity. *J Med Assoc Thai* 2015;98:S97-105.
- Bunyaratavej S. Pain. IASP(Thai chapter) *Pain News* 1991;2:2.
- Niruthisard S. Pain: an overview. In: Niruthisard S, editor. *Essential knowledge in pain management*. Bangkok: Amarin printing & publishing Plc.; 2559. p 2-11.
- International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec14]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>.
- Bourke J. The art of medicine: Languages of pain. *Lancet* 2012;379:2420-1.
- Puttakun N. Chronic pain experience, pain management and quality of life of persons with spinal cord injury: Prince of Songkla university; 2014.
- Patharaorn Patharakorn. Pain language: A Thai case study: University of queensland; 2010.
- van Dijk JF, Vervoort SC, van Wijck AJ, Kalkman CJ, Schuurmans MJ. Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2016;53:260-9.
- Rosenblum A, Marsch LA, Joseph H, Portenoy RK. Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Exp Clin Psychopharmacol* 2008;16:405-16.
- Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Curr Pain Headache Rep* 2010;14:105-12.
- Esteve R, Ramirez-Maestre C, Lopez-Marinez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Ann Behav Med* 2007;33:179-88.
- Kohl A, Rief W, Glombiewski JA. Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain* 2013;14:305-15.
- Kratz AL, Davis MC, Zautra AJ. Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Ann Behav Med* 2007;33:291-301.
- McCracken LM. Behavioral constituents of chronic pain acceptance: Results from factor analysis of the chronic pain acceptance questionnaire. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 1999;13:93-100.
- Bennett DS, Carr DB. Opiophobia as a barrier to the treatment of pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2002;16:105-9.
- Krakauer EL, Nguyen TP, Husain SA, et al. Toward safe accessibility of opioid pain medicines in Vietnam and other developing countries: a balanced policy method. *J Pain Symptom Manage* 2015;49:916-22.
- Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. Sampling, sample size. How to investigate the use of medicines by consumers. Switzerland: World Health Organization and University of Amsterdam; 2004. p 57-65.