

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดและ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใน โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือตอนล่าง โดยผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
3. พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาล

#### แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวด

แนวคิดความเจ็บปวดมีคนที่สนใจและให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้อย่างกว้างขวางดังนี้

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความเจ็บปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP, 1989) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายของเนื้อเยื่อ หรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือความไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์รวมทั้งมีการทำลายของเนื้อเยื่อนั้นด้วย

แมคคาฟเฟอร์ (McCaffery, 1989) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ของผู้ป่วยที่กำลังประสบอยู่ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้และคงอยู่ตลอดเวลาตามที่ผู้ป่วยบอกว่ามี ซึ่งความสำคัญต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

มิลเลอร์และเพอร์รี่ (Miller & Perry, 1990) ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่ซับซ้อนมาก บุคคลไม่สามารถอธิบายลักษณะที่แตกต่างกันออกไป และยากที่จะอธิบายและให้ความหมายที่สมบูรณ์ได้ ผู้ที่ประสบกับความปวดจะเกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน จนทำให้

เกิดความกลัวต่อความเจ็บปวด ซึ่งความกลัวต่อความเจ็บปวดจัดเป็นความกลัวอันดับสองของมนุษย์ รองมาจากความกลัวการเสียชีวิต

มาทาสาริน - จาคอบส์ (Matassrin – Jacobs, 1997) กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่ซับซ้อนและยากที่จะให้ความหมายที่ชัดเจนแน่นอนและบุคคลที่ประสบความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะรับรู้ได้ถึงความเจ็บปวดที่เขากำลังเผชิญอยู่

เซกตัน และคณะ (Sexton et al., 2003) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า ประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่เกี่ยวกับอารมณ์และรู้สึกไม่พอใจ ที่เกิดจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และเปรียบเสมือนสัญญาณชีพที่ห้า

สรุปได้ว่า ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งบุคคลที่กำลังประสบอยู่เท่านั้นที่รู้ซึ่งถึงความเจ็บปวด เกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายหรือทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ ที่เกี่ยวกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย และความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า ความเจ็บปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นยังบอกว่ามีความเจ็บปวด ทำให้บุคคลหาทางหลีกเลี่ยงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น

#### ชนิดของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดแบ่งได้หลายชนิด อาจแบ่งตามระยะเวลาที่เกิด ตำแหน่งที่เกิดและพยาธิสรีรวิทยา (Kozier & Berman, 2000) ได้ดังนี้

1. แบ่งตามระยะเวลาในการเกิดความเจ็บปวด (Kean et al., 2002; Kozier, Erb, & Berman, 2000; Laskin, 2002) แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ความเจ็บปวดเฉียบพลัน (Acute Pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ร่างกายได้รับอันตราย มีการบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพจนกระทั่งการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพนั้นหายไป เป็นความเจ็บปวดที่บุคคลส่วนใหญ่เคยประสบ มีลักษณะเหมือนเป็นสัญญาณเตือนภัยมักเกิดขึ้นทันทีทันใดและจะทุเลาไปภายหลังได้รับการรักษาหรือหายเอง โดยไม่ต้องรักษา สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดในอนาคต โดยระยะเวลาของความเจ็บปวดน้อยกว่า 6 เดือน (Laskin, 2002; LeMone & Burke, 2000)

1.2 ความเจ็บปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง คงอยู่ตลอดเวลา หรืออาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด มีระยะเวลาความเจ็บปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มักไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ บริเวณที่ปวดกว้าง บวกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน (Laskin, 2002; LeMone & Burke, 2000) ความเจ็บปวดเรื้อรัง เช่น

การปวดศีรษะแบบไมเกรน ความเจ็บปวดจากมะเร็ง แผลไฟไหม้ โรคข้อรูมาติก และโรคหลอดเลือดแดงอุดตันเรื้อรัง อาการร่วมที่พบ คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์หงุดหงิด ความกระตือรือร้น และความคิดสร้างสรรค์ลดลง

2. แบ่งตามพยาธิสรีรวิทยา (Black & Matassarin - Jacobs, 1997; Kean et al., 2002; Laskin, 2002) แบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ

2.1 ความเจ็บปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive Pain) เป็นความเจ็บปวดที่เป็นผลจากการที่ตัวรับความเจ็บปวด (Nociceptors) ถูกกระตุ้น อาจเกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อชั้นผิวหนังหรือเนื้อเยื่อชั้นลึก ได้แก่

2.1.1 ความเจ็บปวดบริเวณผิวหนัง (Cutaneous Pain or Somatic Pain) ความเจ็บปวดมาจากการกระตุ้นที่อวัยวะพื้นผิว เช่น ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ลักษณะความเจ็บปวดมักจะรู้สึกปวดเหมือนเข็มแทงหรือแบบแหลมคม บอกรวมได้ชัดเจนและมีระยะปวดสั้น บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังมีปลายประสาทรู้สึกปวดกระจายอยู่ทั่วไป จึงมีความไวต่อความเจ็บปวดสูง ไวต่อการกระตุ้นทั้งจากแรงกด ความร้อน ความเย็น ไฟฟ้า และสารเคมี ตัวอย่างความเจ็บปวดจากการถูกมีดบาดแผล เข็มแทง และไฟลวก เป็นต้น (Coda & Bonica, 2001; Kean et al., 2002; Laskin, 2002)

2.1.2 ความเจ็บปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (Deep Somatic Pain) ความเจ็บปวดอาจมาจากอวัยวะที่อยู่ลึกกว่าชั้นพื้นผิว เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ เยื่อหุ้มปอด และเยื่อหุ้มช่องท้อง เป็นต้น มักจะรู้สึกปวดตื้อๆ (Dull Pain) หรือปวดเมื่อย บริเวณปวดกว้าง และระยะปวดนานกว่าความเจ็บปวดบริเวณผิวหนัง (Coda & Bonica, 2001; Kean et al., 2002; Laskin, 2002)

2.1.3 ความเจ็บปวดจากอวัยวะภายใน (Visceral Pain) เป็นความเจ็บปวดที่มีลักษณะที่ไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ชัดเจนได้ เกิดภายในกะโหลกศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน เช่น การอุดตันของลำไส้ และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย (Coda & Bonic, 2001; Kean et al., 2002; Laskin, 2002)

2.2 ความเจ็บปวดที่มีผลจากการบาดเจ็บหรือการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท (Neuropathic Pain) ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายหรือส่วนกลาง ทำให้มีลักษณะปวดแบบแสบร้อน ปวดเหมือนเข็มทิ่มตำ ปวดเมื่อสัมผัส (Allodynia) ปวดมากขึ้นถึงแม้ว่าความแรงของการกระตุ้นให้ปวดที่ปกติ (Hyperalgesia) เช่น Peripheral Neuropathy ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท (ศศิกันต์ นิมนานรัชต์, 2547; Kean et al., 2002)

สรุปได้ว่า นอกจากจะมีการแบ่งชนิดของความเจ็บปวดแล้ว ก็มีนักวิชาการหลายท่านได้สนใจศึกษาความเจ็บปวด และได้กล่าวถึงทฤษฎีความเจ็บปวดดังนี้

### ทฤษฎีความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดมีลักษณะซับซ้อน เมื่อเกิดความเจ็บปวดจะส่งผลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีผู้ที่ศึกษาและอธิบายทฤษฎีความเจ็บปวดไว้หลายทฤษฎี ทฤษฎีซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันและสามารถอธิบายกลไกของความเจ็บปวดได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) และทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous Pain Control Theory) สามารถอธิบายได้ดังนี้

#### ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

ทฤษฎีควบคุมประตู คิดค้นโดยเมลซัคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เพราะสามารถอธิบายความเจ็บปวดได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเขาได้อธิบายกลไกการเกิดความเจ็บปวด โดยเน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณในไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความเจ็บปวดในระดับสมอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความเจ็บปวดและการรับรู้ความปวด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ (Melzack & Wall, 1965) คือ เซลล์ในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (Substantia Gelationosa: SG Cell) ซึ่งเป็นเซลล์พิเศษอยู่ที่คอร์ซอล ฮอร์น (Dorsal Horn) โยประสาทส่วนที่เป็นแนวยาวในคอร์ซอล ทอดตรงไปสู่สมอง และเซลล์ประสาทส่งต่อ (Transmission Cell: T Cell) ในไขสันหลังซึ่งเป็นสื่อกลางนำข้อมูลไปสู่สมอง โดยสามารถอธิบายกลไกการเกิดควมเจ็บปวดได้ว่า (1) การส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากปลายประสาทและโยประสาทนำขึ้นจะถูกควบคุมโดยกลไกประตูในไขสันหลัง (2) ระบบกลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ของการกระตุ้นเส้นโยประสาทขนาดใหญ่และเส้นโยประสาท ขนาดเล็ก โดยที่การกระตุ้นเส้นโยประสาทขนาดใหญ่ (Large Fiber: L) จะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูปิด) ส่วนการกระตุ้นเส้นโยประสาทขนาดเล็ก (Small Fiber: S) จะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูเปิด) (3) กลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลมาจากกระแสประสาทนำลงจากสมอง (4) มีเส้นโยขนาดใหญ่ที่มีความสามารถพิเศษในการนำสัญญาณส่งไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดซึ่งเชื่อมโยงกับกระแสประสาทนำลง มาควบคุมกลไกประตูในไขสันหลัง และ (5) เมื่อกระแสประสาทที่ส่งถึงเซลล์ประสาทส่งต่อถึงจุดวิกฤติจะกระตุ้นการทำงานในระบบการตอบสนอง (Action System) ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมและประสบการณ์ความเจ็บปวดทั้งหมด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547; Bonica & Loeser, 2001)

### ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous Pain Control Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการควบคุมการปวดที่เกิดจากการหลั่งสารในร่างกาย ที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (Endogenous Opioid) ได้แก่ เอนเคฟาลินส์ (Enkephalins) เอนเคอร์ฟินส์ (Endorphins) และไดโนอร์ฟินส์ (Dynorphins) (Bonica & Loeser, 2001; Boss, 1992) ซึ่งออกฤทธิ์ที่ตัวรับโอปิเอท (Opiate Receptors) และมีฤทธิ์ไประงับการหลั่งสารสื่อประสาทที่สำคัญ (Pain Neurotransmitter) โดยสารทั้งสามชนิดมีประสิทธิภาพในการควบคุมความเจ็บปวดแตกต่างกันคือ เอนเคฟาลินส์ออกฤทธิ์แรง  $1/4 - 1/2$  เท่าของมอร์ฟิน ระยะเวลาการออกฤทธิ์อยู่ได้นานหลายนาที พบกระจายอยู่ทั่วไปในสมองและบริเวณไขสันหลังและบริเวณคอร์ซอลลอรันของไขสันหลัง เอนเคอร์ฟินส์จะออกฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟินประมาณ 10 เท่าและมีระยะเวลาอยู่นาน 2 - 3 ชั่วโมงพบมากที่ต่อมใต้สมอง (Pituitary Gland) และไฮโปธาลามัสและไดโนอร์ฟินส์มีประสิทธิภาพในการควบคุมความเจ็บปวดมากที่สุด โดยออกฤทธิ์แรงกว่าเอนเคอร์ฟินส์ถึง 50 เท่า พบได้บริเวณธาลามัส ไฮโปธาลามัส และต่อมใต้สมอง (Boss, 1992; Ignatavicius, Workman, & Mishler 1999)

สำหรับกลไกในการควบคุมความเจ็บปวดทฤษฎีนี้อธิบายว่าการปรับสัญญาณนำเข้าในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตุโดยการควบคุมประตุให้ปิดหรือเปิดนั้น เป็นการยับยั้งการทำงานระหว่างเอนเคฟาลินส์และซัสเทนเซฟฟี กล่าวคือ เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นโดยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยซัสเทนเซฟฟี ออกมาบริเวณคอร์ซอลลอรันขณะเดียวกันไขประสาทขนาดใหญ่และไขประสาทและนำลงจากสมองปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์เอสจีให้ปล่อยเอนเคฟาลินส์ ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของซัสเทนเซฟฟี ทำให้ไม่มีการกระตุ้นเซลล์ที่ส่งสัญญาณประสาทของความเจ็บปวดไปสู่สมองจึงไม่เกิดความรู้สึกปวด แต่ถ้าเอนเคฟาลินส์ยับยั้งการทำงานของซัสเทนเซฟฟีไม่หมด ซัสเทนเซฟฟีจะไปกระตุ้นเซลล์ที่ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและมีการรับรู้ความรู้สึกปวดเกิดขึ้น (Lowel & Hassan, 1999; Watt - Watson, 1999)

### องค์ประกอบของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่มีความซับซ้อนซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตนเองอย่างหนึ่งของร่างกาย (นครชัย เพื่อนปฐม, 2538) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ประการ (สุพร พลยานันท์, 2528; อรัญญา เขาวลิต, 2543; Potter & Perry, 1999; Seer, 1999) คือ

1. สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (Noxious Stimuli) ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือเกิดการบาดเจ็บ ได้แก่ อุณหภูมิ สารเคมี เช่น กรด ด่าง และสารชีวเคมีในร่างกาย ได้แก่ ฮิสตามีน (Histamine) โพรสตาแกลนดินส์ (Prostaglandins) แบรดีไคนิน (Bradykinin) เป็นต้น
2. ตัวรับความเจ็บปวด (Pain Receptors หรือ Nociceptors) เป็นปลายประสาทอิสระที่ไม่มีปลอกหุ้ม กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อเกือบทุกส่วนในร่างกาย

3. วิธีประสาทนำกระแสความรู้สึกปวด (Pain Pathway) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะมีการปล่อยสารเคมีออกมา ได้แก่ สารพี (Substance P) แบรดีไคนิน (Bradykinin) โซมาโตสแตติน (Somatostatin) จะเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดกระแสประสาทความเจ็บปวด โดยลดความทนต่อระดับความเจ็บปวด เพิ่มความไวในการกระตุ้น รวมทั้งทำให้กระแสความเจ็บปวดที่ปล่อยออกมาและหลังปล่อยมีความถี่ต่ำ จึงเกิดสัญญาณความเจ็บปวดถ่ายทอดไปตามกระแสประสาท แบ่งเป็น

3.1 วิธีประสาทส่วนปลาย เมื่อปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดได้รับการกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดจะเกิดกระแสประสาทส่งไปตามเส้นประสาทนำเข้าไขสันหลัง ประกอบด้วยใยประสาท 3 กลุ่ม คือ

3.1.1 ใยประสาท เอ เบต้า (A Beta Fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กมีมัยอีลินหุ้ม นำความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัส การนวด และการสั่นสะเทือน

3.1.2 ใยประสาท เอ เดลต้า (A Delta Fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กมีมัยอีลินหุ้ม บาง ๆ นำความรู้สึกปวดแบบแหลมคมคล้ายเข็มแทง (Pricking) บอกตำแหน่งที่เจ็บได้แน่นอน เช่น บาดแผล ถูกไฟฟ้าช็อต เส้นใยนี้เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน

3.1.3 ใยประสาท ซี (C Fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กไม่มีมัยอีลินหุ้ม นำกระแสความเจ็บปวดได้ช้า ความรู้สึกปวดแบบตื้อ ๆ (Dull Pain) บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน กระจายอยู่ทั่วไปและอาการคงอยู่นานกว่า

3.2 วิธีประสาทส่วนกลาง ใยประสาททั้ง 3 ชนิด จะนำสัญญาณประสาทความเจ็บปวดเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอร์ซอล ฮอร์น (Dorsal Horn) ซึ่งบริเวณนี้จะมีจุดประสานประสาทและประสานกับเซลล์ประสาทในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (Substantia Gelatinosa: SG Cell) โดยการปล่อยสารสื่อประสาทที่เรียกว่า สาร พี ออกมา สาร พี นี้จะกระตุ้นเซลล์ประสาทใน SG Cell ให้เกิดสัญญาณประสาทความเจ็บปวด นำส่งไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลัง ผ่านด้านข้างของเวกทริลฮอร์นไปตามสไปโนธาลามิกแทร็ค (Spinothalamic tract) เข้าสู่สมองส่วนเมดูลลาและสมองส่วนกลาง ก่อนไปยังส่วนหลังของทาลามัส (Thalamus) ที่ทำให้รับรู้ความเจ็บปวด และส่งต่อไปยังคอร์เทกซ์เพื่อแปลผล แยกแยะความรุนแรงและตำแหน่งความเจ็บปวด บุคคลจึงสามารถรับรู้และจดจำความเจ็บปวดนั้นได้ เรียกวิธีประสาทส่วนนี้ว่า ดิสคริมิเนทีฟ พาร์ทเวย์ (Discriminative Pathway)

4. การรับรู้ความเจ็บปวด (Pain Perception) จะเกิดขึ้นในสมองโดยบุคคลนั้นจะบอกได้ว่ามีความรู้สึก เป็นขั้นตอนที่แปลผล เกิดขึ้นที่ระบบประสาทส่วนกลางในสมอง บุคคลสามารถรับรู้และจดจำความเจ็บปวดนั้นได้

5. ปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวด (Pain Reaction) เป็นการตอบสนองความเจ็บปวดของบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ภาวะทางอารมณ์ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม (อรุณญา เชาวลิศ, 2543)

สรุปได้ว่า เมื่อได้ทราบเกี่ยวกับความเจ็บปวด ชนิดความเจ็บปวด ทฤษฎีความเจ็บปวด และองค์ประกอบของความเจ็บปวดแล้ว จะส่งเสริมให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

### ผลกระทบของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเกิดขึ้นได้ทั่วไปโดยหลังผ่าตัดสามารถเกิดผลกระทบ ต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายได้ดังนี้

#### 1. ผลกระทบความเจ็บปวดด้านร่างกาย

##### 1.1 ระบบหายใจ ทำให้เกิดปอดแฟบหรือปอดบวม (Atelectasis or Pneumonia)

อย่างเช่นความเจ็บปวดของการผ่าตัดขนาดใหญ่ ช่องอกและช่องท้อง เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น ปริมาตรในปอดลดลงและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมลดลง จึงทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ อาจเกิดภาวะของการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด และภาวะขาดออกซิเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุ ผู้ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคทางระบบหายใจร่วมด้วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน ๆ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาได้ทั้งสิ้น ดังนั้นหากควบคุมความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อภาวะบวมและความตึงตัวของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ทำให้การทำงานของปอดในระยะหลังผ่าตัดดีขึ้น (จัสซัย ปรีชาไว, 2544; ธนิต วัชรพุกก์, 2542; ศศิกานต์ นิยมารัษต์, 2547; Loeser, 2000; Tribett et al., 1999)

##### 1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเจ็บปวดเฉียบพลันจากการผ่าตัดจะกระตุ้น

ระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความต้านทานปลายทาง (Peripheral Vascular Resistance) เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อภาวะ การขาดออกซิเจนและมีการไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลงได้ (ศศิกานต์ นิยมารัษต์, 2547; Loeser, 2000; Tribett et al., 1999)

##### 1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่จะเพิ่มระดับความ

เจ็บปวดและเกิดเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป รวมถึงการทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ทำให้กลับสู่ภาวะปกติช้าลง (ศศิกานต์ นิยมารัษต์, 2547; Loeser, 2000)

1.4 ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกตัวและยาบรรเทาปวดไปยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้และกระเพาะอาหาร เกิดอาการท้องอืด และทำให้เกิดการกั่งของปัสสาวะ นอกจากนี้ทำให้ปริมาตรกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มมากขึ้นจนอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ภาวะนี้ร่วมกับการลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้เสี่ยงต่อการสำลักจนเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ (ศศิกานต์ นิยมารัษต์, 2547)

1.5 ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดกระตุ้นระบบนิวโรเอนโดคราย (Neuroendocrine) อาจมีการเพิ่มของฮอร์โมนทางด้านร่างกาย (Catabolic Hormones) คือ แคเทพิโคลามีน (Catecholamine) คอร์ติโซล (Cortisol) และกลูคาگون (Glucagon) ร่วมกับการลดลงของฮอร์โมนด้านเสริมสร้าง (Anabolic Hormone) คือ อินซูลิน (Insulin) และเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ผู้ป่วยจะเกิดการเสียสมดุลของไนโตรเจน (Negative Nitrogen Balance) การทำลายโปรตีนเพิ่มขึ้น เกิดการกั่งของเกลือและโซเดียม มีผลทำให้เกิดการขยายของช่องว่างระหว่างเซลล์ (Extracellular Space) รวมถึงการเพิ่มการสลายไขมัน ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น มีผลต่อการหายของแผล แผลจะหายช้าลง (ศศิกานต์ นิยมารัษต์, 2547; Loeser, 2000)

1.6 ระบบเลือด ทำให้เกร็ดเลือดเกาะตัว ลดการสลายไฟบริน (Fibrinolysis) และเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Hypercoagulability) (ศศิกานต์ นิยมารัษต์, 2547; Loeser, 2000)

1.7 การทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน มีการศึกษาว่าความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาของการติดเชื้อหลังผ่าตัดสูงขึ้นได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีผลในการยับยั้งการทำงานของเซลล์เอ็นเค (Natural Killer – NK Cells) ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมเซลล์มะเร็งและป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (Page & Ben – Eliyahu, n.d. อ้างถึงใน วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547)

1.8 การพัฒนาเป็นความเจ็บปวดเรื้อรังต่อไปในอนาคต มีการศึกษาที่พบว่ามีการกระตุ้นความเจ็บปวดเกิดขึ้นในระบบประสาทส่วนกลางที่เรียกว่า Central Sensitization ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับความเจ็บปวดเป็นเวลานาน เกิดการกระตุ้นในประสาทส่วนกลางอย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะที่มีความไวต่อการกระตุ้นสูงมากกว่าปกติ กล่าวคือ เมื่อมีการกระตุ้นนั้นในภาวะปกติจะไม่ทำให้ปวด เช่น ความเจ็บปวดที่รุนแรง (Hyperalgnesia) หรือบางครั้งกระตุ้นนั้นในภาวะปกติจะไม่ทำให้ปวด เช่น การสัมผัส แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรับรู้เป็นความเจ็บปวด เรียกว่า อัลโลดินเนีย (Allodynia) (Blakely & Page, 2001; Edwards, 2002 อ้างถึงใน วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547) ดังนั้น การจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดการพัฒนาเป็นความเจ็บปวดเรื้อรังต่อไปในอนาคตได้

2. ผลกระทบความเจ็บปวดด้านจิตใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความกลัว หากความเจ็บปวดไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์โกรธ และซึมเศร้าได้ และการตอบสนองต่อความเครียด ความเจ็บปวดส่งผลให้ร่างกายเกิดความเครียด เช่น เรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง ความเจ็บปวด มีผลกระตุ้นการหลั่งคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) และอะดรีนาลิน (Adrenaline) ซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การหลั่งสารต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้นอยู่กับขนาดของแผล โดยแผลผ่าตัดขนาดใหญ่จะมีการหลั่งสารต่าง ๆ ออกมามาก ส่งผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ทำให้นอนไม่หลับได้ โดยเฉพาะหลังผ่าตัดวันแรกซึ่งระดับความเจ็บปวดมากที่สุด (ปิลันท์ ลิขิตกำจร, 2546)

3. ผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลงเนื่องจาก ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้เกิดการเรื้อรังอารมณ์และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมด้านอารมณ์ต่าง ๆ เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดมีความรุนแรงมากขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (พูลศรี พัฒนพงษ์, 2538; Cousin & Power, 1999; Curtis, Kolotlylo & Broom, 1998) และทำให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับกับบุคคลรอบข้าง

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบของอาการปวดจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (National Guideline Clearinghouse, 2003) ทำให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นเกินความจำเป็น ผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น (ลักขมี ชาญเวช, 2547; Kitcatt; 2000; Lloyd & McLauchlan, 1994)

สรุปแล้ว ผลกระทบของความเจ็บปวดมีผลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นการจัดการความเจ็บปวดจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด (Allocock, 1996) พยาบาลที่เป็นผู้ใกล้ชิด มีบทบาทรับผิดชอบต่อการบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและมีความพึงพอใจการจัดการอาการเจ็บปวด และครอบคลุมบุคคลในฐานะองค์กรรวม (อรัญญา เชาวลิศ, 2543)

## แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

### ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกลไกเนื่องมาจากการคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว ไม่รู้ตัว อาจเป็น

พฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบนั้นได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

บลูม (Bloom, 1971, pp. 65-197) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้ออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain)
2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain)
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

#### 1. พฤติกรรมด้านความรู้

พฤติกรรมด้านความรู้ เป็นกระบวนการทางสมองเป็นความสามารถด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำข้อเท็จจริงต่างๆรวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาการใช้ความคิด วิเคราะห์เพื่อประกอบกับการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก ดังนี้

1.1 ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่เกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehensive) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้ก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้แสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และการคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิชาการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกรื้อราวดัง ๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดเจนระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยตีราคาของสิ่งต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

#### 2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ

ทัศนคติเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะที่น่ายึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่ง

เร้าต่าง ๆ กันจะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดทัศนคติ ได้ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกรู้สึกผูกพันต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ ประกอบด้วยความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่า เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัดค่านิยมเกี่ยวกับตนซึ่งจะประกอบด้วย การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization Value) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิมนั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และการจัดระบบของค่านิยม และการแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากที่ดีที่สุดไปน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบไปด้วย การวางแนวทางของการปฏิบัติ การแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

### 3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลนั้นปฏิบัติออกมาโดยมี ด้านความรู้ และด้านทัศนคติ เป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจในหลายขั้นตอน แต่นักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมได้

#### ประสบการณ์

เป็นกระบวนการของการได้มาซึ่งความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติงาน ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการได้รับการอบรมของพยาบาลประจำการ แต่ละคนที่แตกต่างกันไปตามระยะเวลาของประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน ผู้ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อย มีประสบการณ์น้อย

ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของเกริก (Kirk, n.d. อ้างถึงใน รุ่งรวี จันทรแดง, 2540) กล่าวคือ ผู้ที่มีประสบการณ์มากมักจะมีโอกาสเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากทำให้เป็นคนกล้าคิด กล้าตัดสินใจ เมื่อเผชิญกับปัญหา อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลสามารถเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ผู้ที่มีประสบการณ์สูงให้การดูแลและร่วมปฏิบัติงานสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ต่ำ มีความเข้าใจในงานที่ปฏิบัติหรือรับผิดชอบได้ดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

สรุปได้ว่าประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวด คือ เป็นกระบวนการของการได้มาซึ่งความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติงาน ผู้ที่มีประสบการณ์มากมักจะมีโอกาสเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มาก ทำให้เป็นคนกล้าคิด กล้าตัดสินใจในการจัดการความเจ็บปวดที่ให้กับผู้ป่วย

ชวาร์ท (Schwartz, 1975) ก็เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่สนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมได้ทำการศึกษาต่อจากบลูม (Bloom, 1971) และได้พบว่าความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ทักษะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล ทักษะจะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาได้ ทั้งการปฏิบัติและทักษะต่างก็มีความสัมพันธ์กันและส่งผลซึ่งกันและกัน เป็นที่เชื่อกันว่ามีผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมของบุคคลและขณะเดียวกันก็มีการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อทักษะของบุคคลนั้นด้วย ใน 4 ลักษณะดังนี้

1. ความรู้ ↔ ทักษะ ↔ การปฏิบัติ

ทักษะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะและทักษะมีผลต่อการปฏิบัติ

2. ความรู้  
ทักษะ



```

graph LR
    A[ความรู้] --> D[การปฏิบัติ]
    B[ทักษะ] --> D
  
```

ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

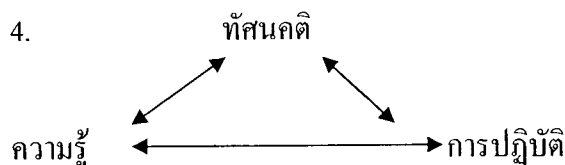
3. ความรู้  
ทักษะ



```

graph LR
    A[ความรู้] --> D[การปฏิบัติ]
    B[ทักษะ] --> D
  
```

ความรู้และทักษะต่างกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ (Schwartz, 1975, pp. 28 - 31)

จากความหมายของพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึงการกระทำหรืออาการที่แสดงออก เป็นการสะท้อนถึงสภาวะทางจิตใจที่สังเกตได้ ดังนั้นพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวด หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ด้วยการประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด และการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเกิดจากการที่ความรู้ทัศนคติมีความสัมพันธ์กันและเกิดพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดตามมา

### พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด พยาบาลต้องมีการจัดการกับความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพราะพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมตลอด 24 ชั่วโมง สามารถทราบถึงอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวดในผู้ป่วยได้ก่อนบุคลากรอื่น ๆ และมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย (ลดา ไชยแก้ว, 2547) และมีส่วนในการช่วยเหลือและบรรเทาปวด โดยการบริหารจัดการให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง รวมทั้งวิธีที่ใช้ยาบรรเทาปวดและวิธีที่ไม่ใช้ยาบรรเทาปวด มีการประเมินความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากความเจ็บปวด สามารถสรุปบทบาทที่สำคัญของพยาบาลต่อการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด คือ การประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด การประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด สามารถอธิบายเพิ่มเติมดังนี้

#### การประเมินความเจ็บปวด

แมคคาฟเฟอร์และปาเซโร (McCaffery & Pasero, 1999) กล่าวว่า การรายงานความเจ็บปวดโดยผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่มีความตรงที่สุด และเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดที่ใช้ในการติดตามผลจากการได้รับยาแก้ปวด เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด บุคลากรในทีมสุขภาพจึงต้องเชื่อว่า

เกิดขึ้นจริง และต้องประเมินความเจ็บปวดอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การประเมินความเจ็บปวดโดยคำบอกเล่าของผู้ป่วย เป็นวิธีการประเมินที่นิยมใช้กันมากและเป็นการประเมินที่สำคัญที่สุด เพราะความรู้สึกรู้ปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะส่วนบุคคลผู้ที่อยู่ภาวะปวดเท่านั้นที่จะรู้ความรู้สึกปวดของตนเองได้ดีที่สุด (McCaffery, 1989) ดังนั้นสิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความเจ็บปวดคือ ความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกถึงระดับของความเจ็บปวดของตนเองตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งมีหลายแบบที่นิยมใช้ ซึ่งจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple Pain Scale) มาตรวัดความเจ็บปวดแบบเปรียบเทียบกับสายตา (Visual Analog Scale) มาตรวัดความเจ็บปวด 2 ส่วนของจอห์นสัน (Johnson's Two Component Scale) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยใบหน้า (Face Pain Scale) มาตรวัดความเจ็บปวดของสจวร์ต (Stewart Pain Scale) นอกจากนี้ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด ลักษณะของความเจ็บปวด เวลาที่เริ่มปวดและระยะเวลาที่เริ่มปวดก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องประเมินร่วมด้วย
2. การประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความเจ็บปวด ความเจ็บปวดจะกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนองที่มีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกสามารถนำมาประเมินความเจ็บปวดสังเกตได้จาก พฤติกรรมการแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึ่นิ้วคิ้วขมวด กัดฟัน หลับตา พฤติกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนนิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว นอนบิดไปบิดมา เอามือลูบคลำบริเวณที่ปวด นอนตัวงอ เป็นต้น พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น เสียงครวญคราง สะอื้น ร้องไห้ หรือร้องกรีด เป็นต้น พฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น ฉุนเฉียว หงุดหงิด หรือซึมเศร้า ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะช่วยบ่งชี้ถึงความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ไม่ได้รายงานหรือไม่สามารถรายงานได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย และช่วยในการตรวจสอบข้อมูลที่ประเมินได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและช่วยในการตรวจสอบข้อมูลที่ประเมินได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย
3. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการประเมินความเจ็บปวดจากผลของความเจ็บปวดที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต โดยทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออก รูม่านตาขยาย และอาจมีเท้าเย็นเนื่องจากหลอดเลือดโลหิตหดตัว เป็นต้น โดยควรกำหนดให้อาการปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าที่จะต้องประเมินในผู้ป่วยทุกราย การประเมินอาการปวดขึ้นอยู่กับสถานการณ์ โดยควรประเมินทั้งในขณะพัก ขณะเคลื่อนไหว ก่อนและหลังการให้ยาหรือกิจกรรมบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24-48 ชั่วโมงแรกควรประเมินอาการปวดทุก 2 - 4 ชั่วโมง จนกว่าจะสามารถควบคุมอาการปวดได้ แต่หากอาการปวดรุนแรงมากขึ้นและต้องให้ยาบรรเทาปวดหรือเปลี่ยนแปลงการ

รักษาควรประเมินอาการปวดทุก 15 นาที ซึ่งโดยทั่วไปควรประเมินอาการปวดซ้ำ 15 - 30 นาที หลังได้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีดและ 60 นาทีหลังได้ยาได้ยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน (Agency for Health Care Policy and Research, 1992; Haljamäe & Stomberg, 2003; National Guideline Clearinghouse, 2002) ซึ่งสามารถวัดได้แน่นอนในเชิงปริมาณและทราบผลได้ทันที

อย่างไรก็ตาม การประเมินข้อมูลทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการปวด บางครั้งเป็นเรื่องยาก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการปวดอาจไม่มีอาการแสดงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมที่ตอบสนอง ดังนั้นการประเมินอาการปวดที่ถูกต้องและแม่นยำ ควรต้องอาศัยข้อมูลทั้งจากคำบอกเล่า และข้อมูลจากการสังเกตผู้ป่วยร่วมกัน (White, 1999)

สรุปได้ว่าการประเมินความเจ็บปวดทั้ง 3 วิธีเป็นการประเมินหลายมิติ ทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญอยู่มากที่สุด เนื่องจากอาการปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่บอกเล่าขณะผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมา ณ เวลาที่ทำการวัด โดยในแต่ละช่วงเวลามีสิ่งนี้อาจทำให้ค่าของการวัดคลาดเคลื่อนได้เช่น อารมณ์โกรธ ความเครียด และอารมณ์ที่เป็นสุข เป็นต้น ในรายที่อาการปวดมีการเปลี่ยนแปลงมาก เครื่องมือที่ใช้วัดก็ไม่ต้องการความละเอียด ในรายที่อาการปวดมีการเปลี่ยนแปลงน้อยก็ต้องการเครื่องมือวัดที่ละเอียด เครื่องมือสามารถตรวจสอบซ้ำและได้ค่าตรวจสอบเดิม (Reproducibility) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินอาการปวดควรมีให้ใช้ได้ หรือสะดวกที่จะใช้ได้และเป็นที่ยอมรับในการใช้ทางคลินิก (สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, 2534) ซึ่งส่วนใหญ่มักใช้การประเมินแบบผสมผสานร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม (Feldman, 1991) และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการประเมินอาการปวด คือ ผู้ประเมินจะต้องบันทึกข้อมูลอาการปวดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ครบถ้วน ต่อเนื่อง และสามารถประเมินความเจ็บปวดได้ครอบคลุมและเหมาะสมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุม (นวลสกุล แก้วลาย, 2545)

### การจัดการความเจ็บปวด

การจัดการความเจ็บปวดมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความเจ็บปวดโดยใช้ยาจะเป็นการบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แม้ว่าการให้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด จะไม่ใช่บทบาทอิสระของพยาบาล การควบคุมอาการปวด ถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Allcock, 1996) และการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดต้องใช้อย่างที่ออกฤทธิ์แรง โดยเฉพาะ 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัดสามารถเลือกใช้การควบคุมอาการปวดด้วยยาหรือโดยไม่ใช้ยาวิธีใดวิธีหนึ่ง หรืออาจใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดในการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย (Caunt, 1992)

## 1. การจัดการความเจ็บปวดโดยการให้ยา

1.1 การบริหารยาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Infusion) สามารถบริหารยาได้ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนัง วิธีนี้จะต้องเริ่มด้วยการให้ยาจำนวนหนึ่งแก่ผู้ป่วย (Loading Dose) เพื่อควบคุมความเจ็บปวดให้ได้ในระดับที่ต้องการก่อนจึงให้การหยดยาอย่างต่อเนื่องต่อไปโดยใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถควบคุมการหยดของยาได้อย่างคงที่และแน่นอนที่เรียกว่า Syringe Pump วิธีนี้มีข้อดีคือ จะทำให้ระดับของยาในพลาสมาคงที่ตลอดเวลา

1.2 การบริหารยาเป็นบางครั้ง (Intermittent Injection) วิธีนี้สามารถบริหารยาได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ และใต้ผิวหนังแบ่งได้ 3 วิธี คือ

1.2.1 การควบคุมโดยเวลา (Around the Clock) คือการบริหารยาตามเวลาที่ได้กำหนด ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยา เช่น มอร์ฟีนมีการบริหารยาทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง เพทิดีน บริหารยาทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง เป็นต้น การบริหารวิธีนี้จะพบว่า ระดับยาในพลาสมาจะเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นจังหวะตามเวลาที่ฉีด ซึ่งระดับของยาในพลาสมานี้อาจสูงกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากหรือต่ำกว่าจนผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ดี

1.2.2 การควบคุมโดยพยาบาล (Nurse Controlled Analgesia) คือ การสั่งยาแบบฉีดให้ยาเมื่อผู้ป่วยปวด โดยพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลและจะเป็นผู้ควบคุมความเจ็บปวดของผู้ป่วยการบริหารยาแบบนี้จะพบว่าระดับยาของพลาสมาต้องลดลงต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกปวด ผู้ป่วยจึงจะได้รับการบริหารยาใหม่ ซึ่งผลการรักษาจะไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรหรืออาจไม่ได้ผลเลย

1.2.3 การควบคุมโดยผู้ป่วย (Patient Controlled Analgesia) คือ วิธีการบริหารยาโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งต้องใช้เครื่องมือควบคุมพิเศษ ผู้ป่วยจะบริหารยาเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยเองเมื่อรู้สึกปวด วิธีนี้จะพบว่าระดับของยาในพลาสมาจะไม่ลดต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากจนเกินไป ปัจจุบันพบว่าการบริหารยาบรรเทาปวดด้วยวิธีนี้สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดี (ลักขมี ชาญเวชช์, 2547)

## 2. การจัดการกับความเจ็บปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาบรรเทาปวดเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่ม

ประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยาและช่วยลดขนาดการใช้ยาลง วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพและยังถือว่าเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542) โดยเฉพาะในระยะ 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดในระยะปานกลางถึงรุนแรง (ปีลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Bonica & Loeser, 2001) ซึ่งการควบคุมความปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาบรรเทาปวดจะเป็นการควบคุมความเจ็บปวดที่อาศัยกลไก

การปรับความรู้สึก (Sensory Control) และการปรับความนึกคิด (Cognitive Control) โดยมีรายละเอียดดังนี้

## 2.1 การควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับที่ความรู้สึก (Sensory Control) ได้แก่

### 2.1.1 ลดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็ก สาเหตุที่ทำให้เกิดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเกิดได้จากมีแรงกดบริเวณแผลผ่าตัดจากการเปลี่ยนท่านอนไม่ถูกต้อง การพยาบาลที่ขาดความนุ่มนวล เช่น หลีกเลียงการปฏิบัติกิจกรรมหรืออิริยาบถ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น เช่น การเช็ดทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล การไม่ปิดแผลแน่นจนเกินไป การแนะนำวิธีเปลี่ยนอิริยาบถ ที่ช่วยให้เจ็บแผลน้อยที่สุด จากการศึกษาวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ใน 3 วันแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 100 ราย (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535) พบว่าวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด ร้อยละ 99 คือ การพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย

### 2.1.2 การกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ ดังกล่าวมาแล้วจากทฤษฎีควบคุมประตู (Melzack & Wall, 1965) เมื่อมีการกระตุ้นเส้นไขประสาทขนาดใหญ่มาก จะไปกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ นั่นคือปิดประตู ไม่เกิดความเจ็บปวด การกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่โดยการกระตุ้นไขประสาทรับความรู้สึกที่บริเวณผิวหนัง สามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การนวด สัมผัส

#### 2.1.2.1 การนวด จะส่งผลให้มีการปิดกั้นกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลังไปยังสมอง และเป็นการกระตุ้นผิวหนังทำให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น การนวดเป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความเจ็บปวดที่สมองให้หลั่งสารเอ็นเคอร์ฟินและเอนเคฟาลิน เป็นสารยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด และเมื่อผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจะส่งผลให้การหายใจลึกขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตต่ำลง การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด ทำให้ความเจ็บปวดลดลง มีหลายการศึกษาที่พบว่าการนวดสามารถลดปวดได้ (จรรยาลักษณ์ พงษ์เจริญ, 2544; มาลี เอมสำอางค์, 2540; วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544)

#### 2.1.2.2 การสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เป็นการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่คล้ายกับการนวด การสัมผัส มี 2 ลักษณะ (สุภารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, 2535) คือ (1) การสัมผัส (Touch) เป็นการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด เป็นการรับรู้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทางผิวหนัง เป็นการใช้มือแต่ละต้องตัวกันเพื่อถ่ายทอดความรู้สึก ก่อให้เกิดความสบาย ผ่อนคลาย ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความเจ็บปวดได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539; สุภารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, 2535) และ (2) การสัมผัสบำบัด (Therapeutic Touch) พลังสัมผัสเป็นกระบวนการส่งพลังงานจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งโดยใช้มือเป็นสื่อส่งผ่านพลังงาน โดยมีสมมติฐานว่าตามธรรมชาติร่างกายของคนจะมีสนามพลังงานอยู่โดยรอบและเป็นระบบเปิด

ในสภาวะปกติสนามพลังงานจะอยู่ในภาวะสมดุล แต่เมื่อใดที่สนามพลังงานขาดความสมดุลเช่น ถูกปิดกั้น ค้างค้ำหรือลดลงก็จะทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นการจะทำให้ร่างกายหายจากความเจ็บป่วยหรือกลับสู่สภาวะปกติต้องปรับสนามพลังงานให้สมดุล โดยอาศัยการส่งผ่านพลังงานจากคนปกติหรือผู้รักษามาสู่คนที่เจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการใช้พลังสัมผัสให้ได้ผลดีนั้น ผู้รักษาหรือผู้ส่งพลังจะต้องมีทักษะหรือได้รับการฝึกฝนมาก่อน (Egan, 1998) ตัวอย่างงานวิจัยทางการแพทย์ที่ศึกษาการใช้การพลังสัมผัสและการปวดหลังผ่าตัดเช่น

มีแชน (Meehan, 1993) ศึกษาพลังสัมผัสและการปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเชิงกรานจำนวน 108 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 39 คน กลุ่มที่ 1 กลุ่มทดลองได้รับการรักษาโดยพลังสัมผัส กลุ่มที่ 2 กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาโดยพลังสัมผัสปลอม และกลุ่มที่ 3 กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาโดยการฉายาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาชนิดให้ตามความจำเป็น ผู้วิจัยประเมินอาการปวดก่อนการรักษาและหลังการรักษา 30 นาที ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับพลังสัมผัสมีอาการปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับพลังสัมผัสปลอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับพลังสัมผัสมีความต้องการยาบรรเทาปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับพลังสัมผัสปลอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการฉายาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาสามารถบรรเทาอาการปวดได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับพลังสัมผัสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่จากการศึกษาของซามาเรล ฟอว์เซทท์ ดาวิส และไรอัน (Samarel, Fowcett, Davis, & Ryan, 1998) ที่ศึกษาผลของการใช้ความเงียบ (Quiet Time) การสนทนา (Dialogue) และพลังสัมผัสต่อความวิตกกังวล อารมณ์ และการปวดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมหรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้จำนวน 31 คน สุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 17 คน กลุ่มทดลอง 14 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการใช้ความเงียบ (Quiet Time) โดยนั่งหลับตานิ่ง ๆ 10 นาที และฟังเพลงเปียโน จากนั้นจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมะเร็งเต้านมและการดูแลรักษา ส่วนกลุ่มทดลองได้รับพลังสัมผัส 10 นาทีพร้อมกับการฟังเพลงเปียโน จากนั้นจะให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมะเร็งเต้านมและการดูแลรักษา ผลการศึกษาพบว่าก่อนการผ่าตัดกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อารมณ์และการปวดหลังผ่าตัดของทั้ง 2 กลุ่มก่อนและหลังได้รับกิจกรรมรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับความรู้สึนึกคิด (Cognitive Control) เป็นการควบคุมความเจ็บปวด อาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนความรู้สึนึกคิดและการกระทำ โดยการ

เปลี่ยนแปลงการแปลความหมายความรู้สึกของความเจ็บปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น เป็นการลดการรบกวนทางอารมณ์ ส่งผลไปควบคุมความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลังและสมอง สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย หรือใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด เมื่อความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Good, 1999) มีหลายวิธี เช่น

2.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นวิธีการควบคุมความเจ็บปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุด ทีมสุขภาพสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดการให้กำลังใจ การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย สัมพันธภาพความช่วยเหลือ (Help Relationship) เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลเอาใจใส่และเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล เมื่อนั้นผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกว่ามีปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาจะได้รับความช่วยเหลือให้บรรเทาหรือขจัดออกไป ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ทั้งในเรื่องความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้งอาการ (Symptom) ปวดของผู้ป่วยลดลงด้วย (วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) และจากการศึกษาของนันทวรรณ อัมพันธ์ (2540) เกี่ยวกับผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองมีการลดลงของคะแนนความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยทำให้ความเจ็บปวดลดลงและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์มากขึ้น (รุ่งนภา ชัยรัตน์, 2545)

2.2.2 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นภาวะที่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ปราศจากความตึงเครียด (Day, 2000 อ้างถึงใน ทิพย์ธาดพร เพชรประพันธ์, 2546) เป็นอิสระจากความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและภาวะกดดันทางอารมณ์การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นการลดการรบกวนทางอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในสมอง ซึ่งทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมประตู่ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ เป็นผลให้ความเจ็บปวดลดลง (Heffline, 1990 อ้างถึงใน จุไรพร โสภจรรย์, 2536) เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้กันทั่ว ๆ ไปได้แก่ การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การผ่อนคลาย กล้ามเนื้อทีละส่วน การผ่อนคลายโดยใช้ดนตรี การหายใจแบบลึก ๆ ซ้ำ ๆ และสมาธิแบบเป็นต้นและจุไรพร โสภจรรย์ (2536) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดภายหลังการล้างแผลเสร็จสิ้นทันที และมีสัญญาณชีพขณะได้รับการล้างแผล เปลี่ยนแปลงน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจจาก ความเจ็บปวดไปสู่สิ่งอื่น หรือดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการ รับรู้ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการกระตุ้นไฮโปทาลามัส ไปกระตุ้นต่อมใต้ สมองให้หลั่งสารเอนเคอร์ฟิน มาควบคุมความเจ็บปวดภายในร่างกายเพิ่มขึ้น ช่วยลดการรับรู้ต่อ ความเจ็บปวด เพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวด (Boss, 1992 อ้างถึงใน ลดา ไชยแก้ว, 2547) เทคนิค การเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ด้านการฟัง เช่น ฟังดนตรี เรื่องขำขัน ฟังเสียงสวดมนต์ ฟังนิทาน ด้านการใช้ความคิด เช่น การเล่นเกม เป็นต้น จากการศึกษาของเอมอร์ อุดลโกคาธ (2543) และดวงดาว ดุลยธรรม (2543) เกี่ยวกับผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ตามลำดับ พบว่า กลุ่มทดลองมี ความปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การสอนและการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อลดความ วิดกกังวล เป็นการเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และอรัญญา เชาวลิศ, 2539) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดคะเนเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับความจริง เพิ่มความสามารถในการเผชิญ ปัญหาและเพิ่มความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ข้อมูลความรู้ที่ ผู้ป่วยควรจะได้รับ ได้แก่ สาเหตุของความเจ็บปวด ระยะเวลาการเกิดความเจ็บปวดรุนแรงของความ เจ็บปวด ยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับชื่อยา ขนาดยาที่ใช้และวิธีการใช้ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ที่สุดถึงกลไกการออกฤทธิ์ข้างเคียงของยา ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาบรรเทาปวด และเวลาใน การบริหารยาบรรเทาปวด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเกิดการบริหารยาบรรเทาปวดให้มี ประสิทธิภาพสูงที่สุดนั้น ผู้ป่วยจะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วย ต้องได้รับยาตามเวลาที่กำหนดเพื่อรักษาระดับยาในกระแสโลหิตให้คงที่ รวมถึงการติดตามประเมิน ประสิทธิภาพของ ยาบรรเทาปวดและการรายงานความเจ็บปวดแก่พยาบาลและแพทย์ เพื่อปรับขนาด ของยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในกรณีที่มีการใช้ยาบรรเทาปวดร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิด พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันของยาแต่ละตัว ผู้ป่วยจึงควร ได้รับยาเหล่านั้นครบทั้งหมด นอกจากนี้ต้องอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันของยาแต่ละตัว ผู้ป่วยจึงควร ได้รับยาเหล่านั้นครบทั้งหมด นอกจากนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการจัดการกับ ความเจ็บปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยาพร้อมทั้งอธิบายกลไกต่อการบรรเทาปวดร่วมด้วย

2.4 การดูแลเกี่ยวกับการพยาบาลพื้นฐานทั่วไป เช่น ความสุขสบายทั่วไป การจัดท่า นอน ที่เหมาะสมเพื่อเป็นการลดสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความสุขสบายเป็นความต้องการ พื้นฐานอย่างหนึ่งของบุคคล ซึ่งเป็นความรู้สึกพึงพอใจของแต่ละบุคคล มีการเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลา (Kolcaba, 1995) เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ มักใช้เวลาการผ่าตัดนานและบอบช้ำ

จากการผ่าตัดมาก จะมีความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณทรวงอก ช่องท้อง กระดูก และข้อใหญ่ ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับยาในการบรรเทาปวด จากการศึกษานี้ของปีลันธน์ ลิขิตกำจร (2546) พบว่า ความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะปวดมากในวันแรกสูงถึงร้อยละ 95 และลดลงเหลือร้อยละ 76 และ 49 ในวันต่อมา สอดคล้องกับการศึกษาของนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยร้อยละ 96 จะได้รับยาบรรเทาปวด และจะได้รับยาเมื่อต้องการทุก 4 - 6 ชั่วโมง รวมทั้งการศึกษานี้ของวัฒนเวช (Wattanawech, 2002 อ้างถึงใน ปีลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546) เกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมในการดูแลตนเองต่ออาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะได้รับยาบรรเทาปวดบ่อยครั้งที่สูงในวันแรกหลังผ่าตัด ยาบรรเทาปวดที่ใช้ ได้แก่ มอร์ฟีน (ร้อยละ 50.5) และเพทิดีน (ร้อยละ 35.1) ดังนั้น การดูแลในเรื่องการบรรเทาปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเพื่อลดความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ จะส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น การนอนไม่หลับ ท้องอืด และอาจก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ยังทำให้ลักษณะการหายใจเร็วขึ้นแต่ตื้น ไม่กล้าไอเพื่อเอาเสมหะออกมา จึงอาจนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนเลือดได้ (ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ, 2540; Case, 2002) พยาบาลจึงควรดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด ร่วมกับการบรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาร่วมด้วย เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ

2.5 การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด จะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับสภาพหรือผลจากการผ่าตัดและไม่ใช่อาการที่จะพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามพยาบาล ผู้ดูแลต้องมั่นใจว่า ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมีผลมาจากการผ่าตัดที่มีการทำลายเนื้อเยื่อแล้วทำให้เกิดความเจ็บปวด มิใช่มาจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การตกเลือด (Hemorrhage) ดังนั้น สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือ

2.5.1 การส่งเสริมการทำงานของระบบหายใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาในระบบทางเดินหายใจ โดยภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ มักเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในระดับต้น ๆ ของผู้ป่วยทางศัลยกรรม (พรชัย ขอดวิศิษฎ์ศักดิ์, 2544) ซึ่งอาจเกิดจากผลของยาระงับความรู้สึก การจัดท่าระหว่างผ่าตัด และจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในระยะแรกหลังผ่าตัด ภาวะการขาดออกซิเจนระดับไม่รุนแรง (Mild Hypoxia) มักพบได้ ประมาณ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พยาบาลควรมีการประเมินการหายใจของผู้ป่วย ทั้งความลึก และอัตราการหายใจ รวมทั้งกระตุ้นการหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ และการไออย่างมีประสิทธิภาพทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการ

ป้องกันการเกิดปอดอักเสบและปอดแฟบ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจตื้น รู้สึกปวดเมื่อหายใจเข้า (ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ, 2540; Case, 2002; DeWit, 2001)

2.5.2 การส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด ภายหลังการผ่าตัดย่อมมีการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมาก อาจมีผลต่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac Output) ลดลง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลงเช่นกัน การดูแลระบบไหลเวียนเลือดจึงมีความสำคัญ การบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันโลหิตและชีพจร ควรมีการเปรียบเทียบกับระยะก่อนการผ่าตัด ชีพจรที่เพิ่มขึ้นอาจบ่งบอกถึงการมีเลือดออกภายใน และระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่าปกติอาจบ่งบอกถึงการมีเลือดออกมากหรือช็อค (DeWit, 2001) การช็อคทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอทำให้เกิดกรดแลคติก ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นรับความรู้สึกปวดทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

2.5.3 การรักษาภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ภายหลังการผ่าตัด ร่างกายมีการสูญเสียเลือดและสารน้ำ รวมทั้งการจมน้ำและอาหาร พยาบาลจึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เลือด และพลาสมา ทดแทนทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งผู้ป่วยหลายรายมักได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะสมดุลของร่างกาย และป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันซึ่งจัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้โดยทั่วไปใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบได้ร้อยละ 5 - 10 (ประณีต ส่งวัฒนา, 2542) ในระยะแรกจึงควรมีการบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกต ลักษณะ สี และปริมาณ นอกจากนี้ในรายที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยจะมีสายยางทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารร่วมด้วย เพื่อลดน้ำย่อยและแก๊สจากกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจึงมีโอกาสดีกภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ โดยหลังผ่าตัดปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย (Output) จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นและเข้าสู่ภาวะปกติหลังผ่าตัดวันที่ 2 - 3 (DeWit, 2001) ดังนั้นการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ภายหลังการผ่าตัดช่วยลดการเกิดภาวะช็อคทั้งจากการสูญเสียเลือดและเลือดในระบบไหลเวียนซึ่งส่งผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดดังที่กล่าวมาแล้ว

2.5.4 ส่งเสริมการทำหน้าที่ของกระเพาะอาหารและลำไส้ ภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ ๆ มักส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร จึงควรมีการประเมินการทำงานของลำไส้ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็ว เพื่อให้ลำไส้สามารถทำงานตามปกติเร็วขึ้น (Case, 2002; DeWit, 2001) โดยหลังผ่าตัด 24 - 36 ชั่วโมงแรกจะไม่ได้ยินเสียงลำไส้ หรือได้ยินน้อยกว่า 5 ครั้ง/นาทีก่อนเป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และได้รับยาบรรเทาปวด อาจก่อให้เกิดลำไส้ไม่ทำงาน (Paralytic Ileus) และลดภาวะ การเกิดท้องอืดซึ่งทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น เมื่อลำไส้เริ่มทำงาน แพทย์จะเริ่มให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว

อาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอซึ่งปกติ การทำงานของลำไส้จะกลับปกติภายใน 2 - 5 วัน (Case, 2002) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้

2.5.5 การป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีสาย/ ท่อระบายต่าง ๆ ออกจากร่างกาย จึงมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ในผู้ป่วยมักคลาสายสวนปัสสาวะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อประเมินระดับสารน้ำในร่างกาย การเฝ้าระวังหรือป้องกันการติดเชื้อจึงมีความสำคัญโดยควรมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะ ปริมาณ สีและกลิ่นของปัสสาวะและสิ่งคัดหลั่งจากแผล/ ท่อระบายต่าง ๆ ดูแลเรื่องความสะอาดแผล สาย/ ท่อระบายต่าง ๆ โดยใช้หลักปราศจากเชื้อแนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งกระตุ้นให้มีการไออย่างมีประสิทธิภาพ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัด จะช่วยป้องกันภาวะปอดบวมได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก 2 - 3 วันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังมีความเจ็บปวดอยู่ และมีความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน กิจกรรมการพยาบาลจึงต้องปรับให้เหมาะสมกับความพร้อมของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

2.5.6 การดูแลทางด้านจิตใจหลังผ่าตัด โดยผลที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดในขั้นต้น จะเกิดผลต่อทางด้านจิตใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ การแสดงบทบาทหน้าที่เนื่องจากการมีสาย/ท่อระบายต่าง ๆ จึงควรดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การเยี่ยมเยียนและการให้กำลังใจเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าแพทย์และพยาบาลเห็นใจและเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเมื่อ และ เมื่อผู้ป่วยแน่ใจว่าแพทย์ไม่ละทิ้งให้ผู้ป่วยเจ็บปวดอยู่คนเดียว จิตใจของผู้ป่วยจะสงบลง อารมณ์ไม่หงุดหงิด อาการปวดของผู้ป่วยก็จะบรรเทาไปมาก (ศักดิ์ชัย ผลประเสริฐ, 2540)

#### การประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อพยาบาลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทั้งด้วยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและวิธีที่ไม่ใช้ยาบรรเทาแล้ว ต้องมีการประเมินผลหรือผลลัพธ์ของการบรรเทาปวด ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับการให้การพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยรายงานว่าความเจ็บปวดลดลง หลังการได้รับการบรรเทาปวด หรือผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ามีกลวิธีในการควบคุมความเจ็บปวดของตนเองได้อย่างไร รวมทั้งผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมอันเกิดจากความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยประสบอยู่ในลักษณะต่าง ๆ ได้เต็มที่ (Hargrove - Huttel, 2001) และมีความสำคัญในการจัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีคุณภาพ และนียา สออารีย์ (2546) และการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด สิ่งที่ต้องประเมินควบคู่ไปด้วยคืออาการ ไม่สุขสบายอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เนื่องจากความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อองค์รวมของสุขภาพ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านต่าง ๆ ควรนำไปเกี่ยวข้องกับภาวะที่เปลี่ยนแปลง

### การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการปวดตามเกณฑ์ของสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกา

จากปัญหาการจัดการอาการปวดไม่เพียงพอและการตระหนักถึงการพัฒนาคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดขององค์กรสุขภาพ ทำให้สมาคมอาการปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society [APS]) ได้จัดการประชุมสมาชิกของสมาคมในปี ค.ศ. 1989 เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดและตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1991 แนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดของสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกาถูกประเมินโดยศูนย์การแพทย์ 20 แห่ง หลังจากนั้นได้นำผลการประเมินและข้อเสนอแนะมาปรับปรุง โดยสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกาได้มีการจัดประชุมสมาชิกซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสถิติ และได้รวมเอาแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดของสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกาเข้ากับแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดเฉียบพลันและอาการปวดจากมะเร็งของ The Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) มาจัดทำและพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวด โดยใช้การวิจัยร่วมกับการรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และความคิดเห็นของสมาชิกที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ มาพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวด

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวด สมาคมอาการปวดแห่งอเมริกาใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวด โดยใช้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของแนวปฏิบัติ ซึ่งสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกาได้สร้างแบบคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการปวดของผู้ป่วย (Ward & Gordon, 1996) โดยแบบคำถามที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดของสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกาประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้ (American pain Society Quality of Care Committee, 1995)

#### 1. ข้อคำถามที่ประเมินความรุนแรงอาการปวด ประกอบด้วย

##### 1.1 ระดับความรุนแรงอาการปวดในปัจจุบัน

##### 1.2 ระดับความรุนแรงอาการปวดที่รุนแรงที่สุดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

##### 1.3 ระดับความรุนแรงอาการปวดโดยเฉลี่ยใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

1.3.1 ประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องโดยในระยะ 24 – 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดควรประเมินความเจ็บปวด อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

1.3.2 ประเมินความเจ็บปวดซ้ำเป็นระยะภายหลังให้ยาแก้ปวดหรือการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวด และบันทึกเป็นหลักฐานเพื่อประเมินประสิทธิภาพของยา และการปฏิบัติการพยาบาล โดยช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินความปวด

1.3.3 ควรประเมินความปวดซ้ำ 15 - 30 นาที หลังให้ยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำ

1.3.4 ควรประเมินความเจ็บปวดซ้ำ 60 นาที หลังให้ยาบรรเทาปวดแบบรับประทาน

1.4 ถ้าสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ดี ควรประเมินความเจ็บปวดเป็นประจำอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงพร้อม ๆ กับการประเมินสัญญาณชีพ ในการประเมินความรุนแรงอาการปวดใช้มาตรวัดอาการปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scales) 0 - 10

2. ข้อคำถามที่ประเมินการรับทราบดีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการปฏิบัติหน้าที่ โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่อาจถูกรบกวนจากการปวดได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดิน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3. ข้อคำถามที่ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูงแม้จะมีอาการปวดในระดับรุนแรง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและมีความพึงพอใจในการดูแลของทีมสุขภาพ (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995) ดังนั้นสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกาจึงแบ่งการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็น 3 ด้าน คือ

3.1 ความพึงพอใจต่อผลของการจัดการอาการปวดโดยรวม

3.2 ความพึงพอใจต่อการจัดการอาการปวดจากพยาบาล

3.3 ความพึงพอใจต่อการจัดการอาการปวดจากแพทย์

สรุปแล้ว พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาล จะประกอบไปด้วยการประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวดที่จะแสดงถึงบทบาทของพยาบาลว่าสามารถจัดการความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด**

การจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ แม้ว่าปัจจุบันการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการกับความเจ็บปวดมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าในสถานบริการหลายแห่งยังมีระดับการจัดการกับความเจ็บปวดอยู่ในระดับต่ำ (Mackintosh & Bowels, 2000) โดย

บุคลากรในทีมสุขภาพยังคงประสบปัญหาในการจัดการกับความเจ็บปวด แต่ในเวลาเดียวกันการได้รับการจัดการกับความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการมากขึ้น (Agency for Health Care Policy and Research, 1992 cited in Coyne et al., 1999) บุคคลที่อยู่ในความคาดหวังของผู้ป่วยว่าจะช่วยบรรเทาความปวดและดูแลตนให้ได้รับความสุขสบายคือ พยาบาล เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ แต่จากการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังมีการจัดการกับความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ (Puls - McColl, Holden, Buschmann, 2001) พบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและมีผลต่อการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล มีดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล

ความรู้ของพยาบาลในเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดที่มีความสำคัญ และมีผลกับผู้ป่วยมากที่สุดคือ ความรู้ในเรื่องการประเมินความเจ็บปวด จากการศึกษาของ จอสตรอม ดาลเรน และ ฮาลจาเม (Sjostrom, Dahlgren, & Haljamae, 2000) โดยศึกษาในพยาบาลจำนวน 30 ราย แพทย์จำนวน 30 ราย และสัมภาษณ์ผู้ป่วย 180 ราย พบว่า มีการประเมินความเจ็บปวด และการบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าความเป็นจริง เพราะทั้งแพทย์และพยาบาลจะใช้วิธีการประเมินความเจ็บปวดโดยประเมินจากลักษณะ โรคของผู้ป่วย ลักษณะภายนอกที่ผู้ป่วยแสดงให้เห็น ไม่ได้นำความรู้เรื่องการประเมินความเจ็บปวดมาใช้ มีผลให้การบรรเทาความเจ็บปวดไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของอิดวอลและเออเรนเบิร์ก (Idvall & Ehrengerg, 2002) โดยศึกษาจากการบันทึกทางการพยาบาลในการจัดการกับความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการตรวจสอบบันทึกรายงานผู้ป่วยจำนวน 172 รายพบว่า การบันทึกอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด มีน้อยกว่าร้อยละ 10 มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวดร้อยละ 50 และบันทึกลักษณะความเจ็บปวดเพียงร้อยละ 12 จากการศึกษาของ บริกส์และดีน (Briggs & Dean, 1998) โดยการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วย 65 ราย พบว่าการบันทึกการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยในแต่ละรายไม่มีประสิทธิภาพ การบันทึกระดับความเจ็บปวดโดยพยาบาลแตกต่างจากการประเมินที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงว่า พยาบาลยังขาดความรู้ในเรื่องการประเมินความเจ็บปวด ขาดความตระหนักในการประเมินความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญต่อการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นอย่างยิ่ง สาเหตุที่สำคัญ คือ การมีความรู้ในเรื่องความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษาของคลาร์กและคณะ (Clarke et al., 1996) โดยการศึกษาความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลจำนวน 120 ราย ผลการสำรวจพบว่า พยาบาลยังขาดความรู้ มีการจัดการไม่เหมาะสมร้อยละ 62 โดยขาดความรู้เรื่องการบรรเทา

ปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา ความแตกต่างระหว่างความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และพยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวด พยาบาลรายงานว่า อุปสรรคของการจัดการกับความเจ็บปวด เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่รายงานความเจ็บปวดและผู้ป่วยละเลยต่อการรับประทานยาแก้ปวด สำหรับด้านการประเมินนั้นไม่พบว่าพยาบาล มีการประเมินความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบถึงร้อยละ 76 และไม่พบว่าพยาบาลมีการบันทึกคำแนะนำวิธีการจัดการที่ไม่ใช่ยาถึงร้อยละ 90 ผลการสำรวจแสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้ของพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงว่า พยาบาลยังขาดความรู้ในการจัดการความเจ็บปวด ไม่ว่าจะเป็นการประเมินความเจ็บปวด การจัดการความเจ็บปวด ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งต่อการจัดการความเจ็บปวดต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงควรมีการศึกษาเข้าเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และการจัดการความเจ็บปวดและการประเมินผลลัพธ์การจัดการความเจ็บปวด

## 2. ทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาล

ทักษะในการจัดการความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่จะมีผลต่อการปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดของพยาบาลเพราะทักษะคือความเชื่อ ความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อการจัดการความเจ็บปวด และจากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีทัศนคติในเรื่องความเจ็บปวดและการจัดการกับความเจ็บปวดไม่ถูกต้องในเรื่องดังต่อไปนี้ คือ การรายงานความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยพยาบาลเชื่อว่าผู้ป่วยมีการรายงานความเจ็บปวดที่เกินความจริง และพยาบาลมีแนวโน้มในการให้ยาในการลดปวดแก่ผู้ป่วยในระดับต่ำกว่าที่ควรให้ (Clarke et al., 1996) มีการประเมินความเจ็บปวดผู้ป่วยผู้ป่วยโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในการตัดสินใจให้ยาแก้ปวด นอกจากนั้นพยาบาลยังมีความกลัวผิด ๆ ในเรื่องการให้ยาเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย โดยกลัวผู้ป่วยจะติดยาและกลัวผลข้างเคียงของยาจะกดการหายใจของผู้ป่วย (Anneke et al., 1997)

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าทัศนคติของพยาบาลต่อการจัดการกับความเจ็บปวดเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากถ้าพยาบาลมีทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดอย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้พยาบาลคิดตัดสินใจและทำให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม เพียงพอและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงจึงทำให้ผู้ป่วยจึงมีความสนใจศึกษาว่าทัศนคติในการจัดการความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการความเจ็บปวดตามกรอบแนวคิดที่ได้ศึกษา

## 3. ประสพการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล

การมีประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจและทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา ซึ่งอาจจะทำนายได้ว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาเป็นเวลานาน จะมีทักษะความชำนาญในเรื่องนั้น ๆ จากการศึกษาก่อนของเบนเนอร์ (Benner, 1984) ได้ศึกษาระยะเวลา

การพัฒนาทักษะของพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป จะมีทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานทางคลินิกสูงกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1 - 2 ปี และมากกว่า 2 - 5 ปี อาจกล่าวได้ว่าสมรรถภาพของพยาบาลวิชาชีพจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการปฏิบัติงานและสถานการณ์ในการปฏิบัติงาน ทำนองเดียวกัน พยาบาลที่มีจำนวนปีหรือมีระยะเวลาการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลายปี จะมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยเหล่านั้นได้ถูกต้องมากกว่าพยาบาลที่มีจำนวนปีในการปฏิบัติงานน้อย และไม่ได้ปฏิบัติงานในคลินิกที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

จากการศึกษาข้างต้น ยังมีการศึกษาอื่นที่พบว่า ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานหรือความชำนาญเฉพาะทางของพยาบาลไม่มีผลต่อการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยโดยจากการศึกษาของบราวน์ โบแมนและอีสัน (Brown Bowman, & Eason, 1999) ที่ศึกษาโดยการสำรวจความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดในพยาบาลจำนวน 1,000 คนพบว่า ไม่มี ความแตกต่างของคะแนนความรู้ของพยาบาล ไม่ว่าจะปฏิบัติงานในคลินิกทั่วไปหรือปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเจ็บปวด ประเด็นนี้จึงทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดกับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวด เพราะคนเราเมื่อมีทักษะในการจัดการความเจ็บปวดมากขึ้นก็จะมีประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดมากขึ้นด้วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ เนื่องจากหลายสาเหตุหลายประการ แต่ที่สำคัญ คือ ความรู้ ทัศนคติ และประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวด ซึ่งส่งผลต่อการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยเกิดผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดพัฒนาไปเป็นความเจ็บปวดเรื้อรัง ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ศึกษาพบ คือ ความรู้ ทัศนคติ จึงมีความสำคัญตามกรอบแนวคิดของชาร์ท (Schwartz, 1975) จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ เป็นปัจจัยที่มีการศึกษากันเรื่อยมาและใช้กรอบแนวคิดต่าง ๆ และได้ผลการศึกษชัดเจนแล้วว่ามี ความสัมพันธ์กับการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาล

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ เพราะผู้วิจัยมีความเชื่อว่าประสิทธิภาพการจัดการความเจ็บปวดจะมีผลต่อความรู้ จากการที่ได้ฝึกฝนทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความเจ็บปวด และส่งผลถึงการกระทำที่แสดงออกมาให้เห็นคือพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากการศึกษาปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรม

การจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่าความรู้ทัศนคติ และประสบการณ์การจัดการความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความเจ็บปวดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพราะว่าพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องมีความรู้เรื่องความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวด และการประเมินผลลัพธ์โดยที่ความรู้เหล่านี้ได้มาจากประสบการณ์ พยาบาลเกิดความรู้และความเข้าใจมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจึงส่งผลต่อพฤติกรรม