



วรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่องการนอนของพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ในประเทศไทย ยังไม่มีผู้ใดทำมาก่อน สำหรับในต่างประเทศการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บปวดและพฤติกรรมของพยาบาลต่อผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ได้ได้รับความสนใจ เป็นอันมาก ได้มีผู้ทำการศึกษาและวิจัยอย่างกว้างขวาง อันจะนำไปสู่การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้รวบรวม ทฤษฎีและผลของการวิจัยที่มีสาระสำคัญเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้โดยประมวลไว้ เป็นหมวดหมู่ดังนี้

มโนทัศน์ของความเจ็บปวด

คำว่า "Pain" มาจากภาษาละตินว่า "Poena" และมาจากภาษากรีกว่า "Poine" ซึ่งแปลว่าการลงโทษ (Punishment หรือ Penalty)¹

ส่วนความหมายของ Pain หรือความเจ็บปวดได้มีผู้ให้ไว้หลายความหมายด้วยกันคือ สมิธ และ เจอร์แมน (Smith and Germain) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่จำเพาะและสลับซับซ้อนในทางชีว-จิต-สังคมและวัฒนธรรม ของบุคคลหนึ่งบุคคลใด ที่สามารถอธิบายได้ในความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา ที่สนองตอบต่อตัว กระตุ้นที่เป็นอันตราย โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่จะป้องกันอันตรายต่อตนเอง และเป็นอาการ แสดงที่เกิดขึ้นเพื่อหาความช่วยเหลือทางด้านกายภาพ²

¹Susanna Lee Garner and Pamela Mitchell, "Comfort and Sleep Status," : 445.

²Dorothy W. Smith and Carol P. Hanley Germain, Care of the Adult Patient : Medical -Surgical Nursing : 134.

เบลลอค (Blaylock) กล่าวว่า
ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่มีจุดเริ่มต้น และเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นต่อความรู้สึกนั้น ซึ่ง
สามารถจะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยา
ทางด้านอารมณ์และปรากฏการณ์ทางด้านจิตใจ¹

บิลลาร์ (Billars) กล่าวว่า
ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ของการรับรู้ ซึ่งมีคุณภาพและความรุนแรงขึ้นอยู่กับประวัติใน
อดีตของแต่ละบุคคล โดยที่บุคคลนั้นได้ให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด
โดยใช้สภาวะทางด้านจิตใจของเขาในขณะนั้น และโดยตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด
ในขณะนั้น²

บีแลนด์ (Beland) ได้กล่าวว่า
ความหมายของความเจ็บปวด จะรวมสิ่งต่าง ๆ ดังนี้คือ (1) เป็นการรับรู้ความรู้สึก
(Sensory perception) : (2) มีด้านจิตใจเข้ามาเกี่ยวข้อง : (3) เป็นความรู้สึก
ที่ไม่พึงปรารถนา : (4) ถึงแม้จะเป็นความเจ็บปวดเฉพาะตำแหน่งแต่ก็สามารถที่จะกระทบ
กระเทือนต่อบุคคลทั้งบุคคล : (5) ประโยชน์มีอย่างกว้างขวาง กล่าวคือ ทำให้บุคคลเลือก
หาทาง ที่จะบรรเทาให้เกิดความปลอดภัย และเป็นหนทางที่ทำให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง³

¹Jerry Blaylock, "The Psychological and Cultural Influences on the Reaction to Pain : A Review of the Literature," Nursing Forum 7 (No.3. 1968) : 262-263.

²Karen S. Billars, "You Have Pain? I think This will Help," American Journal of Nursing 70 (October 1970) : 2143.

³Irene L. Beland, Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychological Approach (New York : The Macmillan Co., 1965) : 1217.

อีวิง (Ewing) กล่าวว่า

เป็นการยากที่จะตอบว่าความเจ็บปวดคืออะไร แต่แน่นอนที่สุดคือเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา ที่เรามีประสบการณ์กับมันบ่อยครั้งในชีวิตของเรา เราถือว่าเป็นความรู้สึกชนิดพิเศษ ซึ่งแตกต่างจากความรู้สึกเมื่อสัมผัสอุณหภูมิเย็นหรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามาในจิตใจ อันเนื่องมาจากคำสั่งของรีเฟล็กซ์ของการป้องกัน เป็นปรากฏการณ์ที่เจ้าตัวบอกรับรู้โดยสมอง เป็นสิ่งที่เตือนให้หนีจากอันตราย อย่างไรก็ตามความเจ็บปวดก็มีได้มีประโยชน์เสมอไปสำหรับหน้าที่ในการป้องกัน เพราะความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายหรือการมีเนื้อเยื่อสามารถทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมานได้อย่างมากมาย¹

ในปัจจุบันนี้ เมลแซค และ วอลล์ (Melzack and Wall) ได้เสนอ Gate Control Theory ซึ่งมองความเจ็บปวดในโมโนทัศน์ที่ว่า เป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน และพยายามที่จะสังเคราะห์ทฤษฎีที่เคยมีมาก่อนเข้าสู่ความหมายของความเจ็บปวด โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าอยู่บนรากฐานทางด้านสรีรวิทยาของความเจ็บปวด และได้แสดงให้เห็นว่าการประเมินทางด้านความรู้ความจำที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดเข้ามาแทนที่นั้น จะมีประสบการณ์ในอดีต ภาวะทางด้านจิต และทัศนคติต่อความเจ็บปวดเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปได้ว่า ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสลับซับซ้อน ซึ่งมีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันระหว่างองค์ประกอบทางด้านสรีรวิทยาและด้านจิตวิทยาสังคม²

¹Gerald Ewing, "Pain," The Canadian Nurse 61 (June 1965): 443.

²Ada K. Jacox, Pain : A Source Book for Nurses and Other Health Professional (Boston : Little, Brown and Company, 1977) : 57.

แมคแคฟเฟอร์ (McCaffery) พยายามผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดในทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล ซึ่งเป็นที่ยอมรับของนักการศึกษา พยาบาลและนักปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปว่า "ความเจ็บปวดคืออะไรก็ตามที่ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะนั้น ๆ บอกว่าเจ็บปวด และยังคงปรากฏมีอยู่เมื่อใดก็ตามที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีอยู่"¹ คำจำกัดความนี้จะครอบคลุมถึงความสำคัญอย่างมากของทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยที่เจ็บปวด คือการยอมรับว่าผู้ป่วย มีความเจ็บปวดจริง ยิ่งกว่านั้นยังครอบคลุมถึงการสื่อความหมายหรือสัญญาณทุกชนิดที่ผู้ป่วยบอกว่า เจ็บปวด ไม่ว่าจะเป็นโดยทางวาจาที่ผู้ป่วยพูดหรือท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออกก็ตาม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นเนื่องจาก มีการกระตุ้นเร้าที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล โดยมีปรากฏการณ์ทางด้านสรีรวิทยาและทางด้านจิตวิทยาสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนาเช่นนี้จะยังคงมีอยู่เมื่อใดก็ตามที่บุคคลนั้นบอกว่ามันยังมีอยู่

กายวิภาคและสรีรวิทยาของความเจ็บปวด

กลไกการเกิดความเจ็บปวดมีส่วนประกอบทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาดังนี้

1. การกระตุ้น (Stimulation) และตัวรับความเจ็บปวด (Pain receptor)

โดยปกติความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการกระตุ้นที่ตัวรับความเจ็บปวด ตัวกระตุ้น อาจเป็นพลังงานชนิดใดก็ได้ เช่น พลังงานกล ไฟฟ้า สารเคมี ความร้อนหรือความเย็น กลไกการกระตุ้นนี้อาจเกิดจากการกระตุ้นโดยตรงที่ตัวรับความเจ็บปวดหรือเมื่อตัวกระตุ้นทำลายเนื้อเยื่อแล้ว เนื้อเยื่อปล่อยสารเคมีบางอย่างออกไปกระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวดอีกต่อหนึ่ง²

¹McCaffery, "Understanding Your Patient's Pain," : 26-28.

²ชูศักดิ์ เวชแพศย์, สรีรวิทยา (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2520) : 337.

ตัวรับความเจ็บปวด (Pain receptor) เป็นพวก Free nerve ending ของพวก Myelinated และ Non-myelinated fiber ซึ่งอยู่ลึกใต้ผิวหนังประมาณ .02-1 มิลลิเมตร กระจายไปทั้งชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อภายในร่างกาย ส่วนมากแล้วเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกจะมี Nerve ending มา Supply เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ตัวรับความเจ็บปวดนี้ไม่มีการปรับตัวให้ทนต่อความเจ็บปวดได้เหมือนกับการรับรู้ความรู้สึกอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความรู้สึกร้อน เป็นต้น ถ้ายังคงมีการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดอยู่ต่อไป ระดับกันของความรู้สึกเจ็บปวด (Pain threshold) จะต่ำลงเรื่อย ๆ ความเจ็บปวดจะยังคงมีอยู่ตราบเท่าที่ยังคงมีสิ่งมากระตุ้น

2. การนำกระแสความรู้สึกเจ็บปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง

มีเส้นประสาทที่นำความรู้สึกเจ็บไปยังสมอง 2 กลุ่มคือ Delta type A fibers ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มี Myelin sheath หุ้มอยู่ มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-6 μ สามารถนำความรู้สึกได้เร็วประมาณ 3-20 เมตรต่อวินาที นำความรู้สึกเจ็บปวดแปลบ (Pricking pain) ที่มีลักษณะเหมือนเข็มแทง บอกตำแหน่งได้แน่นอน หมดไปเร็ว อาจเรียกว่า Fast pain และ Type C. fibers เป็นเส้นประสาทที่ไม่มี Myelin sheath หุ้ม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ .02-1 μ สามารถส่งความรู้สึกได้เร็วประมาณ .5-2 เมตรต่อวินาที นำความเจ็บปวดแบบปวดแสบปวดร้อน (Aching pain) หรือแบบผิวหนังไหม้ (Burning pain) บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ปวดอยู่นาน อาจเรียกว่า Slow pain^{1,2,3,4}

¹David Bowsher, "The Anatomico-physiology of Pain," in Persistent Pain : Modern Methods of Treatment. vol.1, ed. Sampson Lipton (London : Academic Press and Grune & Stratton, 1977) : 1-3.

²M.E. Wilson, "The Neurological Mechanisms of Pain," Anaesthesia 29 (July 1974) : 408.

³Mary Schmitt, "The Nature of Pain with Some Personal Notes," The Nursing Clinics of North America 12(December 1977) : 623.

⁴Anne Hedlin and J. Dostrovsky, "Understanding the Physiology of Pain," : 28.

ดังนั้นเมื่อมีการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด จึงมีความรู้สึกเจ็บปวดซ้อนกันคือเกิด Fast pricking pain sensation ขึ้นก่อน แล้วตามด้วย Slow burning pain sensation ซึ่ง Pricking pain จะทำให้บุคคลนั้นมีการกระทำอย่างทันทีทันใดต่อสิ่งที่มากระตุ้น เช่นถอยหนีจากสิ่งที่มากระตุ้นที่เป็นอันตรายทันที ส่วน Slow burning pain sensation จะค่อยเพิ่มปริมาณความเจ็บปวดขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาจนถึงขั้นรุนแรง ผู้ป่วยจะพบว่าความเจ็บปวดชนิดนี้ทำให้เกิดความทรมานมากที่สุด¹

ความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นเมื่อปลายประสาทถูกกระตุ้น เส้นประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดจากส่วนต่าง ๆ จะมีทางเดินร่วมกัน เข้าสู่ไขสันหลังทางด้านหลัง (Dorsal roots) โดย impulse จะวิ่งไปตามเส้นประสาทนำเข้าไปสิ้นสุดที่เขาค้านหลังของเนื้อเยื่อสีเทาของไขสันหลัง (Posterior horns of cord gray matter) และจะไปกระตุ้น Neurons ซึ่งมีแขนง Axon ผ่านขวางมายังด้านตรงข้ามกับอีกด้านหนึ่งของไขสันหลัง เมื่อ Neurons นี้ถูกกระตุ้น impulse ก็จะถูกส่งไปยัง Thalamus โดยทาง Lateral spinothalamic tract impulse ที่นำโดยใยประสาทชนิด A ซึ่งนำความรู้สึก Pricking pain จะสิ้นสุดใน Posterior nuclear group ของ Thalamus และจากนั้นจะมีเซลล์ประสาทชั้นที่ 3 ต่อไปสู่ Cerebral cortex ความรู้สึกชนิดนี้จะเกิดขึ้นเร็ว อยู่ไม่นาน บอกตำแหน่งได้ชัดเจน สำหรับใยประสาทชนิด C ที่ส่งผ่าน Burning และ Aching pain ขณะส่ง impulse ไปตาม Spinothalamic tract จะมี Synapse กับเซลล์ประสาทเป็นช่วง ๆ ทั้งในไขสันหลังและใน Reticular formation ของก้านสมอง (บริเวณ Reticular ของ Medulla, Pons และ Mesencephalon) และไปถึง Thalamus ที่ Nucleus centrum medianum และ Intralaminar nuclei^{2,3} เนื่องจาก

¹Arthur C. Guyton, Textbook of Medical Physiology, 4th ed. (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1971) : 580.

²Guyton, Textbook of Medical Physiology : 580-581.

³Wilson, "The Neurological Mechanisms of Pain," : 407-411.

มีการกระจายติดต่อกับ Reticular formation ทั่วไป จึงบอกตำแหน่งไม่ชัดเจน และมักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย นอกจากนี้การไปสิ้นสุดที่ Medial และ Reticular nuclei ของ Thalamus ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความเจ็บปวดแบบนี้จึงทำให้เกิดความทรมานได้มาก และมักมีปฏิกิริยาด้านระบบประสาทอัตโนมัติ¹

จะเห็นได้ว่าการแปลความรู้สึกเจ็บปวดที่นำโดยใยประสาทชนิด A จะไปแปลที่ Cerebral cortex และ C-fiber pain ไปที่ระดับ Thalamus เท่านั้น การบอกตำแหน่งความรู้สึกเจ็บสมองใช้ Cerebral cortex ในส่วน Parietal lobe ซึ่งมีผังโครงร่างของร่างกาย (Body Scheme) อยู่ ซึ่ง Body scheme นี้จะบอกแต่โครงร่างภายนอกไม่มีส่วนของอวัยวะภายในเลย ดังนั้นความเจ็บปวดจากอวัยวะภายในจึงนำโดยระบบประสาท Sympathetic จะส่งผ่านเข้าไขสันหลังโดยผ่านทาง Kami communicans แล้วไปสู่สมองโดยร่วมไปกับเส้นประสาทสันหลังในระดับนั้น ทำให้รู้สึกเจ็บบริเวณผิวหนังที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทสันหลังในระดับนั้น การเจ็บปวดแบบนี้เรียกว่า Referred pain และการแปลความที่ไม่ตรงไปตรงมาอีกแบบหนึ่งคือ Phantom pain ในผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนหรือขาออกไปแล้ว แต่ยังมีความรู้สึกเจ็บปวดในส่วนของแขนหรือขาที่ตัดออกไปเป็นเช่นนี้เพราะ Body scheme ในสมองยังคงอยู่ เมื่อเส้นประสาทถูกกระตุ้นก็จะเกิดความรู้สึกที่บริเวณนั้นได้²

ทฤษฎีของกลไกความเจ็บปวด

ทฤษฎีความเจ็บปวดได้มีการเปลี่ยนแปลงและมีวิวัฒนาการบนรากฐานการรวบรวมสร้างสมเหตุการณ์ทางด้านสรีรวิทยาใหม่ ๆ และข้อสรุปที่เกิดขึ้นจากจินตนาการตั้งข้อสมมติฐานที่ได้รับ

¹ พลศักดิ์ จิระวิบูลวรรณ, "ความเจ็บปวด," วารสารศูนย์แพทยศาสตรมหาวิททยาลัยขอนแก่น
3 (พฤษภาคม - มิถุนายน 2520) : 174.

² เรื่องเดียวกัน : 174-175.

พื้นฐานจากการสังเกตทั้งทางค่านจิตวิทยาและทางคลินิก¹ ทฤษฎีความเจ็บปวดมีประโยชน์ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการกระทำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บปวดมากที่สุด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับกลไกหรือความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวดเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วย

ในปัจจุบันเชื่อว่าความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่สลับซับซ้อนที่เกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยมิติทางด้านความรู้สึก (เวลา บริเวณที่เป็น ความรุนแรง) ด้านอารมณ์ ด้านการหยั่งรู้ และด้านการกระตุ้นเร้า² จากการทบทวนทฤษฎีความเจ็บปวดที่มีผ่านมาจะพบว่า แต่ละทฤษฎีพยายามที่จะอธิบายให้ครอบคลุมทุก ๆ มิติดังกล่าวนี้ ดังนี้

AFFECT THEORY

กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นลักษณะทางอารมณ์มากกว่าเป็นความรู้สึก และมองความเจ็บปวดว่าเป็นคุณภาพของอารมณ์ที่รวมเหตุการณ์ความรู้สึกทั้งหมด โดยสืบเนื่องมานานมากกว่าศตวรรษที่นักปรัชญา นักจิตวิทยา และนักทฤษฎี ได้พิจารณามิติทางด้านอารมณ์ของความเจ็บปวด กล่าวคือ อริสโตเติล (Aristotle) อธิบายความเจ็บปวดว่าเป็นความรู้สึกทางจิตใจที่ตรงข้ามกับความชื่นชมยินดี ฟรอยด์ (Freud) ได้ให้ความหมายของความชื่นชมยินดีว่าเป็นการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ฮาร์ดี้, วูฟฟ์ และ กูดเทล (Hardy, Wolff and Goodell) กล่าวว่าอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวด และโบโรวสกี (Zborowski) ได้สรุปว่าปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดสามารถที่จะเรียนรู้ได้ และแบบแผนจะเป็นไปตามแบบฉบับของพฤติกรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยกลุ่มคนที่อยู่ในวัฒนธรรมเดียวกัน³ ซึ่งทฤษฎีนี้ไม่สามารถอธิบายได้อย่างเป็นระบบ และไม่สามารถจะบอก

¹Ronald Melzack and Patrick D. Wall, "Psychophysiology of Pain," in Pain : Clinical and Experimental perspectives, ed Matisyohu Weisenberg (Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1975) : 8.

²Zane Robinson Wolf, "Pain Theories : An Overview," Topics in Clinical Nursing 2 (April 1980) : 9-10.

³Ibid : 12.

ได้ว่าทำไมความเจ็บปวดจึงเป็นอารมณ์ แต่ก็ได้เน้นว่าการระคายต่อมิตทางด้านอารมณ์จะก่อให้เกิดผลเสียได้¹

AFFECT THEORY

โกลด์ไชเคอร์ (Goldscheider) ได้กล่าวไว้ว่า การกระตุ้นที่แรงพอร่วมกับการทำงานของสมองจะเป็นจุดวิกฤตให้เกิดความเจ็บปวด จากหลักการนี้ เวดเดลล์ และ ซินเคลร์ (Weddell and Sinclair) ได้สร้าง Peripheral pattern theory ซึ่งอธิบายว่า ความเจ็บปวดเกิดขึ้นเนื่องจากการกระตุ้นที่แรงพอที่ส่วนผิวทำให้เกิดกระแสประสาทส่งไปแปลยังส่วนกลาง และโดยหลักการเดียวกัน ลิวริงสโตน (Livingstone) ก็ได้จัดตั้ง Central pattern summation theory ซึ่งบ่งชี้ถึงกลไกทางประสาทที่จำเพาะเพื่อสรุปปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นใน Phantom limb pain, Causalgia และ Neuralgia² ซึ่งอธิบายว่า การกระตุ้นที่เป็นพยาธิสภาพที่รุนแรงของร่างกายจะทำให้เกิดวงจรสะท้อนกลับระหว่างเซลล์ประสาทของไขสันหลัง การสะท้อนกลับจะทำให้เกิดกระแสประสาทซึ่งตามปกติจะไม่เป็นอันตรายนั้นเกิดมีความรุนแรงขึ้น และทำให้เกิดการระดมยิงของกระแสประสาทที่ผิดปกติส่งเข้าสู่สมองและแปลว่าเป็นความเจ็บปวดชนิดที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น³

นักทฤษฎีรูปแบบอีกท่านหนึ่งคือ นอร์เดนบอส (Noordenbos) ได้ไข่มโนทัศน์ของการปฏิสัมพันธ์ของความรู้สึกมารวมอธิบาย Pattern pain theory ได้เสนอว่า เส้นใยชนิดเล็กจะนำ

¹Susie Kim, "Pain : Theory, Research and Nursing Practice," Advanced in Nursing Science 2 (January 1980) : 44-45.

²Wolf, "Pain Theories : An Overview," : 11-12.

³Joan Luckman and Karen Creason Sorensen, Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach, 2 nd ed. (Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1980) : 707.

กระแสประสาทชนิดที่สร้างความเจ็บปวด ผลรวมของกระแสประสาทจากเส้นใยชนิดเล็กจะสร้างรูปแบบของประสาทส่งเข้าสู่สมอง ทำให้เกิดความเจ็บปวด และในขณะที่เส้นใยชนิดใหญ่ จะยับยั้งการส่งผ่านและการรวมของกระแสประสาทจากเส้นใยชนิดเล็ก การสูญเสียเส้นใยชนิดใหญ่จะทำให้สูญเสียการยับยั้งและเพิ่มการรวมของกระแสประสาทจากเส้นใยชนิดเล็ก ทำให้ปรากฏมีความเจ็บปวดที่ผิดปกติ แนวความคิดนี้จะอธิบายธรรมชาติของ Postherpetic pain และ Trigeminal neuralgia การทำ Sympathectomy จะลดระดับความเจ็บปวดโดยการทำลายเส้นใยชนิดเล็ก ทำให้มีเส้นใยชนิดใหญ่ที่มากพอในการยับยั้งและลดการรวมตัวของกระแสประสาทจากใยชนิดเล็ก

อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีนี้ก็ไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับมิติทางด้านจิตวิทยาของความเจ็บปวดได้¹

SENSORY DECISION THEORY OR SIGNAL DETECTION THEORY²

กล่าวถึงการแยกสัญญาณระหว่างประสบการณ์ความเจ็บปวด และเกณฑ์ของแต่ละบุคคลในการรายงานความเจ็บปวด โดยจะแบ่ง Threshold ที่บุคคลนั้นรายงานว่ารู้สึกเจ็บปวด ออกเป็น 2 ส่วนประกอบ

1. เป็นการแยกแยะการรับรู้ความรู้สึกเพียงอย่างเดียว (d' = sensory discriminability) ซึ่งเป็นหน้าที่ของตัวแปรทางด้านสรีระ ซึ่งส่วนประกอบนี้จะไม่เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคาดหวัง หรือแรงกระตุ้นแต่อย่างใด บุคคลจะมี d' ต่ำเมื่อความแรงของการกระตุ้นอยู่ใกล้หรือบุคคลนั้นมีระบบความรู้สึกเสียไป

¹Kim, "Pain : Theory, Research and Nursing Practice," : 45.

²Wolf, "Pain Theories : An Overview," : 15.

2. เกณฑ์การตอบสนองซึ่งประมาณจากทัศนคติ โดยที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกความรู้สึกว่าเป็นความเจ็บปวด จนกว่าบุคคลนั้นแน่ใจว่าความเจ็บปวดมีอยู่ในขณะนั้นจริง ๆ บุคคลที่มีเกณฑ์การตอบสนองสูงและมี d' เหมือนกับบุคคลหนึ่งซึ่งมีเกณฑ์ความอดทนต่ำ จะมีจำนวนของความเจ็บปวดเหมือนกัน

ทฤษฎีนี้มีประโยชน์ต่อการวัดความเจ็บปวด และใช้ในงานวิจัยที่ต้องการ ทดความสามารถของบุคคลในการแยกแยะความแรงของการกระตุ้น การหาระดับกัน (Threshold) และความทนทาน (Tolerance) ต่อการเจ็บปวด อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ไม่สามารถสรุปได้เกี่ยวกับการมีหรือไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด และไม่สามารถวัดภาวะที่มีอิทธิพลหรือคุณลักษณะของสิ่งกระตุ้นความเจ็บปวดได้ตามความหมายดังกล่าวข้างต้น

ENDOGENOUS PAIN CONTROL THEORY¹

กล่าวถึงระบบของการระงับความเจ็บปวด (Pain Suppression System)

ซึ่งมีการควบคุมอยู่ 3 ระดับคือ

1. ที่ระดับของ Midbrain โดย Periaqueductal gray เป็นตำแหน่งที่สำคัญในการกระตุ้นให้มีการสร้างการระงับปวดซึ่งมีสารที่เรียกว่า Enkephalin และ Endorphin (เป็นฮอร์โมนของสมองที่มีฤทธิ์เหมือนมอร์ฟีน) จาก Pituitary gland เป็น Opiate receptor

2. ที่ระดับของ Medulla จะมี Serotonin (5-hydroxytryptamine) ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ของ Nucleus raphe system และ Nucleus reticularis magnocellularis ได้รับการกระตุ้นจาก Periaqueductal gray ให้ส่งกระแสกลับไปยังไขสันหลัง

3. ที่ระดับไขสันหลัง เส้นใยส่งออกจะส่งออกจาก Nucleus raphe magnus และ Nucleus reticularis magnocellularis เดินทางผ่าน Dorsolateral funiculus เพื่อหยุดยั้งเซลล์ประสาทที่นำส่งความเจ็บปวดที่ Lamina I และ V ในตำแหน่งของ Dorsal horn

¹Ibid : 16-17.

เซลล์ประสาทนำส่งความเจ็บปวดโดยปรกติจะถูกกระตุ้นโดยสารประกอบ P (Substance P-containing) ให้พุ่งเข้าสู่ Supraspinal site และอ้อมผ่านไปยัง Nucleus reticularis gigantocellularis ไปสัมผัสกับเซลล์ของระบบระงับความเจ็บปวด ทำให้เป็น Negative feedback มีการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า ตัวกระตุ้นที่เป็นอันตรายจะมีประสิทธิภาพอย่างมากในการกระตุ้นให้เกิด Negative feedback system ซึ่งระบบนี้จะลดการรับรู้ความเจ็บปวดโดยควบคุม Output ของเซลล์ประสาทนำส่งความเจ็บปวด

THALAMIC NEURON THEORY¹

กล่าวว่า ความเจ็บปวดเรื้อรังทุกชนิดมีต้นกำเนิดเด่นชัดอยู่ที่เซลล์ประสาทใน Thalamus อธิบายได้โดย การส่งความรู้สึกจากเซลล์ประสาทส่วนผิวโดย Intermediate neuron มายังไขสันหลัง และเข้าสู่ Thalamus ทำให้เซลล์ประสาทใน Thalamus เกิด hyperexcitability ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวด แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นซ้ำ เซลล์ประสาทนี้จะปรับภาวะ excitability ให้เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้โดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของการกระตุ้นและภาวะ excitability ต่อการกระตุ้น ซึ่งทฤษฎีนี้จะใช้อธิบายการฝังเข็มเพื่อระงับปวดและความเจ็บปวดของ Postherpetic neuralgia พวกเล่นเทนนิสเป็นอาชีพที่มี Epicondylitis และความเจ็บปวดของ Osteoarthritis และทฤษฎีนี้ยังให้ข้อเสนอแนะว่า การรักษา Phantom pain การให้ยาระงับปวดอาจไม่เพียงพอ แต่การทำ Nerve block หลังทำ amputation จะเป็นการป้องกัน Pain impulse ที่มีจำนวนมากที่จะเข้าสู่ Thalamus และเป็นการลดภาวะ hyperexcitability ที่มีอยู่ด้วย ทฤษฎีนี้เพิ่งมีการค้นพบเมื่อไม่นานมานี้ ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมอีกมาก

¹Ibid : 17.

SPECIFIC THEORY

เป็นทฤษฎีที่เป็นพื้นฐานที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ศึกษาเกี่ยวกับกลไกของความเจ็บปวดมานานแล้ว เดสคาร์ตส์ (Descartes) ได้อธิบายทฤษฎีนี้ในปี ค.ศ.1644 แมค วอน เฟร์ (Max Von Frey) ได้พัฒนาทฤษฎีนี้ระหว่างปี ค.ศ.1894-1895 โดยสันนิษฐานว่ามีตัวรับความรู้สึกที่ชั้นของผิวหนัง 4 ชนิดคือ การสัมผัส ความร้อน ความเย็น และความเจ็บปวด ซึ่งแต่ละชนิดจะเป็นระบบส่งเข้าสู่สมองที่จำเพาะ¹

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ในการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดนั้นจะต้องมีตัวรับที่จำเพาะ คือปลายประสาทเปลือย (Free nerve ending) ซึ่งมีที่ผิวหนังชั้นบนสุดทั่วร่างกาย คอยเปลี่ยนสารเคมีที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อให้เป็นพลังงานไฟฟ้าหรือกระแสประสาท ซึ่งจะถูกส่งไปตาม Afferent pain fibers ได้แก่ เส้นใยชนิดเล็ก A-delta และเส้นใยชนิดช้า C-fiber นำส่งไขสันหลังผ่าน Dorsal root ขึ้นหรือลงใน Lissauer tract และสิ้นสุดที่เซลล์ประสาทใน Dorsal horn ของ Gray matter ที่ไขสันหลัง จากนั้นจะข้ามไปยัง Anterior commissure และเข้าสู่สมองโดยทาง Spinothalamic และ Spinoreticular tract เมื่อเข้าสู่สมองจะแบ่งออกเป็นสองทางคือ Pricking pain pathway (เกือบสิ้นเชิงนำโดยใยชนิดเล็ก A-delta) และ Burning Pain pathway (เกือบสิ้นเชิงนำโดยเส้นใยชนิดช้า C-fiber) โดยเส้นใยชนิดเล็ก A-delta จะสิ้นสุดที่ Ventrobasal complex และส่งสัญญาณไปยัง Thalamus และ Somatic sensory cortex ส่วนเส้นใยชนิด C จะสิ้นสุดที่ Brain stem (ตำแหน่ง Reticular) และ Thalamus (บริเวณ Intralaminar nuclei) ดังนั้นการหยิ่งเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลของความเจ็บปวดเกิดจากการส่งสัญญาณไปยัง

1. ทุกส่วนของสมองโดยเฉพาะ Thalamus จะเป็นตำแหน่งที่ตัวกระตุ้นได้ถูกรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

¹Ibid : 10.

2. ทุกส่วนของ Cerebral cortex เพื่อแปลเป็นความหมายเจ็บปวดในรูปของตำแหน่ง ความรุนแรง และ cortex จะกระตุ้นให้เกิด Efferent หรือ Descending nerve impulse ที่มีผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางค่านประสาทอัตโนมัติ ปฏิกิริยาทางกล้ามเนื้อ และปฏิกิริยาทางจิต¹

3. ไปยังรอบ ๆ Thalamus โดยเฉพาะ Hypothalamus

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีนี้แสดงปรากฏการณ์ทางด้านสรีระที่ชัดเจน แต่ทางด้านจิตใจเป็นเพียง การสันนิษฐาน² ทฤษฎีนี้ได้พยายามอธิบายถึงการผ่าตัดเพื่อลดความเจ็บปวดที่ไม่หาย เช่นการทำ Cordotomy แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ไม่สามารถอธิบายได้ถึงปัญหาทางคลินิกของ Causalgia, Phantom limb pain และ Peripheral neuralgias รวมทั้งไม่สามารถอธิบายได้เกี่ยวกับ กระบวนการการรับรู้ความเจ็บปวดและการตอบสนองทางค่านจิตใจต่อความเจ็บปวดที่มีตัวแปรหลายตัว แปรเข้ามาเกี่ยวข้อง

THE GATE CONTROL THEORY³

Ronald Melzack และ Patrick Wall ได้เสนอทฤษฎีใหม่ของความเจ็บปวด เรียกว่า Gate Control Theory ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นจากพื้นฐานของการทำทนายที่ว่า Specific Theory ไม่สามารถอธิบายในเรื่องปรากฏการณ์ทางด้านคลินิกบางอย่างได้เพียงพอ เช่น ความเจ็บปวดเกิดขึ้นภายหลัง nerve tract ถูกทำลายหรือไม่ องค์ประกอบทางค่านจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรม มีอิทธิพลอย่างไรต่อความเจ็บปวด แต่ Gate Control Theory สามารถจะอธิบาย

¹Dorothy S. Siegele, "The Gate Control Theory," American Journal of Nursing 74 (March 1974) : 500.

²Ronald Melzack and Patrick D. Wall, "Psychophysiology of Pain," in Pain : A Source Book for Nurses and Other Health Professionals, eds. Ada K. Jacox (Boston, Little, Brown and Company, 1977) : 4.

³Siegele, "The Gate Control Theory," : 499.

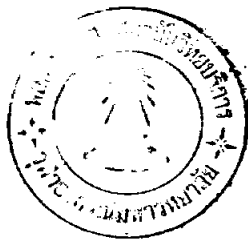
สภาวะการณืเหล่านี้ได้

Gate Control Theory แตกต่างจาก Specific Theory ในหลายวิธีทางและสิ่ง
ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนในมโนทัศน์ก็คือ Gate Control Theory อธิบายว่า อิมพัลส์ของความ
เจ็บปวดจะส่งจาก nerve receptors ผ่านเข้าไขสันหลังและสมองนั้น สามารถทำให้เหมาะสม
หรือเปลี่ยนแปลงได้ใน Spinal cord, Brain stem และใน Cerebral cortex โดยสามารถ
ที่จะหยุดยั้งหรือกระทำต่อเซลล์ที่อยู่ในระหว่างช่วงวิธีการส่งผ่านความรู้สึก สามารถที่จะทำให้เกิด
ความเจ็บปวดน้อยหรือไม่มีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง เมื่อได้รับการกระตุ้นจากตัวกระตุ้นที่เป็นอันตราย

Gate Control Theory เป็นทฤษฎีที่สนับสนุนข้อสมมติฐานที่ว่า "ความเจ็บปวดเป็น
ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปก่อนที่ความรู้สึกจะเข้าสู่การรับรู้ความรู้สึกเจ็บ
ปวดที่สมอง" ทฤษฎีนี้จะช่วยให้มีความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ทฤษฎีอื่นไม่สามารถ
อธิบายได้ เช่น สภาวะการณืต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งมีความหมายเฉพาะบุคคล
ประวัติของความเจ็บปวด ตลอดจนสภาวะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อการสนองตอบ
ความเจ็บปวดของบุคคลเท่านั้น แต่ยังมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดของเขาด้วย

มโนทัศน์ที่เป็นรากฐานของ Gate Control Theory ก็คือ เส้นประสาทส่วนปลาย
(peripheral nerves) ซึ่งมีพื้นที่หน้าตัดเล็ก (เส้นประสาทขนาดเล็ก) จะนำความรู้สึกเจ็บปวด
ไปสู่ Spinal Cord และถ้าไม่มีอะไรขัดขวางทางเดินของการนำความรู้สึกเจ็บปวด nerve
fibers นี้ ความรู้สึกจะถูกส่งไปยัง Thansmission cells (T.cell) ที่อยู่ที่ dorsal horn
และเข้าสู่ anterolater tract ไปยัง Thalamus และ Cerebral cortex, Malzack
และ Wall ได้เสนอว่า Substantia gelationa (S.G.cell) ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์เล็ก ๆ อยู่ใน
Spinal cord จะทำหน้าที่ถ่ายทอดหรือยับยั้งการรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งจะทำหน้าที่คล้าย "ประตู"
ที่จะนำหรือไม่นำความรู้สึกไปยัง Spinal cord

อย่างไรก็ตาม ยังมีกลไกที่ช่วยในการ "ปิดประตู" ด้วยพวก nerve fibers ที่มีพื้นที่
หน้าตัดใหญ่ (เส้นประสาทขนาดใหญ่) ที่อยู่บริเวณพื้นผิวของผิวหนังจะถูกกระตุ้นโดยการสัมผัส เตะ
การสัมผัส การเกา การถู เป็นต้น ซึ่งทำหน้าที่คล้าย ๆ กับ negative charges ต่อความรู้สึกที่



ส่งเข้ามา ซึ่งจะเรียกว่าเป็น incoming positive charges ของประสาทที่มีพื้นหน้าตัดเล็กที่เป็น excitatory fibers ซึ่งพวก inhibitory หรือ negative action จะทำหน้าที่ "ปิดประตู" กระบวนการ Excitation-inhibition นี้เรียกว่า A Gating mechanism ซึ่งกลไกนี้จะเกิดเป็นผลสมมูลย์ได้โดยการกระตุ้นให้เข้าสู่ Transmission cells ใน dorsal horn และประตูจะเปิดเมื่อเส้นประสาทขนาดเล็กถูกกระตุ้น แต่จะมีผลเพียงเล็กน้อยจากพวกเส้นประสาทขนาดใหญ่ และเมื่อมีการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่จะทำให้ประตูปิด แต่ปฏิกิริยานี้จะลดลงตามเวลาที่ผ่านไป ดังนั้นถ้ามีการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่ อย่างต่อเนื่องก็จะทำให้ประตูปิด ถ้าสามารถปิดประตูได้อย่างถาวรก็จะสามารถขจัดความเจ็บปวดได้ แต่ก็จะทำให้มีความบกพร่องทางด้านการทำงานของ

นอกจากนี้ยังพบว่ามี Pain-inhibition mechanism อื่น ๆ อีกเช่นพวก nerve fibers ที่มาจาก Reticular formation ใน Brain stem (the central biasing mechanism) ซึ่งโดยปกติแล้ว Reticular formation จะได้รับการกระตุ้นจากเส้นประสาทในไขสันหลังอยู่เสมอ และเซลล์ใน Reticular formation จะส่งกระแสประสาทมา "ปิดประตู" ไม่ให้ T. cell และเซลล์ในระดับอื่น ๆ นำความรู้สึกได้ เมื่อมีการทำลายเส้นประสาทขนาดใหญ่บางส่วนเช่น ในโรค Causalgia, Phantom pain จะเป็นการลดการกระตุ้นต่อ Reticular formation ผลก็คือไม่มีกระแสประสาทมา "ปิดประตู" T. cells และ เซลล์ในระดับอื่น ๆ ของสมองก็จะเกิดความเจ็บปวดขึ้นมาเอง เมื่อไม่มีสิ่งมากระตุ้นหรือกระตุ้นเพียงเล็กน้อย

นอกจากนี้ Pain-inhibition mechanism อื่น ๆ อีกได้แก่พวก nerve fibers ที่มาจาก Thalamus และ Cerebral cortex (the central control system)

Melzack และ Wall ได้เสนอว่า สมองทั้งหมดเป็นศูนย์กลางความเจ็บปวด (The pain center) เพราะพบว่ามีบริเวณต่าง ๆ เช่น Cerebrum ซึ่งรับผิดชอบต่อ pain perception และการตอบสนอง และ Brain stem จะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่ส่งความรู้สึกไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพราะมีเส้นประสาทที่ติดต่อกันกับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ใน The central control system จะประกอบด้วยพวก neurons ต่าง ๆ ใน Thalamus และ Cerebral cortex ซึ่งจะถูกกระตุ้นโดยการกระตุ้นที่ผ่านมาจาก dorsal horn transmission cells

การกระตุ้นที่ The central control center จะสามารถยับยั้งความรู้สึกที่ส่งออกมาได้ ซึ่งผลก็จะทำให้ "ประตูปิด" และไม่สามารถรับความรู้สึกเจ็บปวดที่ส่งเข้ามาได้อีกต่อไป แต่ The central control system ใน Thalamus และใน Cortex จะกระทบกระเทือนต่อความกังวล การคาดคะเน การเสนอแนะ ความจำ และประสบการณ์ที่มีมาก่อน

Melzack และ Wall ได้จำแนก Cerebral process ออกเป็น Sensory discrimination, Motivation-affect และ Cognition activity ซึ่ง Sensory discrimination จะให้ข่าวสารเกี่ยวกับเวลา สถานที่หรือตำแหน่งและความรุนแรง Motivation affect activities จะแสดงออกให้เห็นถึงความไม่สุขสบาย หรือความไม่พึงพอใจ ซึ่งเป็นการกระทำเพื่อที่จะลดการกระตุ้นที่เป็นอันตราย ส่วน Cognition process จะวิเคราะห์พวกประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มีมาก่อน ความเป็นไปได้ ความหมายของความเจ็บปวดและอื่น ๆ

การนำ Gate Control Theory ไปใช้

ทฤษฎีนี้สามารถนำประโยชน์ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงใน Cerebral process โดยการสร้างความไว้วางใจ ช่วยคำจูน และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยรวมถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะเห็นวิธีทางใหม่ ๆ ที่จะมีผลต่อการระงับความเจ็บปวดของเขา ความวิตกกังวลจะมีบทบาทสำคัญต่อความรุนแรงของการรับรู้ความเจ็บปวด ซึ่งทำให้เกิดศิลปต่าง ๆ ในการปฏิบัติ เช่น การตอบคำถามของผู้ป่วย การขจัดความกลัวให้กับผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการให้การพยาบาล การให้ความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับความเจ็บปวด จะพอให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดความสุขสบาย การสอนผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด จะเป็นการลดความเจ็บปวดโดยใช้ Motivation affect process เพื่อว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าร่วมต่อการดูแลรักษาตนเองอย่างประสบผลสำเร็จได้ดีกว่า การที่จะพึ่งพาบุคคลอื่น

วิธีการของ Lamaze¹ ที่ปฏิบัติเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย (Relaxation) เพื่อลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอดบุตร ซึ่งคล้ายคลึงกับวิธีการเรียนหรือผ่อนคลายความเจ็บปวดที่มีพยาธิสภาพจากพื้นฐานที่ว่าความตึงเครียดหรือความเหนื่อยอ่อนจะทำให้ความเจ็บปวดหรือความรุนแรงขึ้น โอกาสที่บุคคลได้มีการพักผ่อนจะช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี การฝึกหัดการหายใจและฝึกหัดผ่อนคลายได้ ถูกได้กระทำในวิธีของ Lamaze

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังมักจะมีกลไกในการป้องกันตนเอง เพื่อที่จะเผชิญกับความทรมาน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ Cognitive process ในการวิเคราะห์สภาวะการณ์ของเขา และตัดสินใจเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวดเรื้อรัง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะความตึงเครียดได้อย่างเหมาะสมมากกว่าที่จะหยุดนิ่งโดยไม่ทำอะไรเลย

การกระทำการรักษาโดยใช้กลุ่มเป็นหลักการที่ทำความเข้าใจกับการให้คำแนะนำผู้ป่วย องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อ pain threshold ของแต่ละบุคคล การสะกดจิตได้นำมาใช้ในบางกรณีในคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกิดการเปลี่ยนแปลง motivation affect component และเพิ่มความสามารถของเขาในการที่จะอดทนต่อความไม่สุขสบาย

การเบี่ยงเบนความสนใจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง การเบนความสนใจไปสู่สิ่งอื่นจะเป็นหนทางลดความวิตกกังวล การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง

การควบคุมตัวกระตุ้นคือสิ่งที่ทำลายความสนใจ เราต้องการที่จะลด Noxious stimuli บางอันและแต่ละชนิดของ sensory input เช่นการเบี่ยงเบนความสนใจหรือการกระตุ้นผิวหนัง เพื่อที่จะระงับการส่งความเจ็บปวด

¹Elizabeth Stewart, "To Lessen Pain : Relaxation and Rhythmic Breathing," Am. J. Nurs. 76 (June 1976) : 958-959.

Gate Control Theory ได้ให้คุณค่าในเรื่องของการสัมผัส (Touching) การนวดหลัง, การเกา, หรือการนวดเบา ๆ หรือการใช้ยาที่ฝึกลิ่นหอม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้รู้กันมาเป็นเวลานานว่า สามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ แต่ในปัจจุบัน เป็นทฤษฎีพื้นฐานที่จะใช้กับผู้ป่วย

การใช้ Gate Control Theory เพื่อรักษาความเจ็บปวดเรื้อรังโดยการกระตุ้น peripheral nerve เพื่อให้มีผลต่อการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่ (ทำได้โดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดน้อย ๆ) ผลของการกระตุ้นจะ "ปิดประตู" ไม่ให้ T. cell ถูกกระตุ้นด้วยเส้นประสาทขนาดเล็กก็สามารถระงับอาการปวดได้

การให้ยาในระบบ C.N.S. รวมถึงพวกยาระงับปวดชนิด narcotics และ non-narcotics, พวกยากล่อมประสาท และการให้พวก Antacid, ยาปฏิชีวนะ และยาขยายหลอดเลือด เป็นการลดสาเหตุหรือตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด และ Gate Control Theory ได้แนะนำว่าการให้ยาที่มีผลทำให้เกิดการผ่อนคลาย, ยาระงับประสาท หรือยาเทียม (Placebo) จะมีผลเปลี่ยนแปลง Cerebral process และมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด (Pain perception) ซึ่งยาจะเร้าหรือยับยั้ง The Gating Mechanism ใน substantia gelatinosa จากการศึกษพบว่า เซลล์ของ Substantia gelatinosa มีสารเคมีที่แตกต่างไปจาก nervous tissue ปกติดังนั้นการเปลี่ยนแปลงบริเวณนี้โดยการให้ยาจะได้ผลดี

การฝังเข็มเพื่อระงับความรู้สึก (Acupuncture) ในปัจจุบันเชื่อว่า Gate Control Theory) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายได้ดีที่สุด ความรุนแรงของการกระตุ้นประสาทขนาดใหญ่ด้วยเข็มอาจจะทำให้ประตูปิด ระงับความเจ็บปวดได้ หรือบริเวณฝังเข็มอาจเป็นจุดที่ใยประสาทซึ่งนำความรู้สึกไปสู่สมองเปลี่ยนวิธีทางไป และการกระตุ้นเหล่านี้ก็จะไประงับการรับความเจ็บปวดและการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบทางด้านจิตใจเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยที่ผู้รับการฝังเข็มจะต้องได้รับคำแนะนำก่อนว่าการฝังเข็มจะไม่มีความรู้สึกที่ไม่มีความสุขสบาย ไม่ต้องวิตกกังวล ซึ่งทำให้เขาเกิดความเชื่อและสามารถบรรเทาความเจ็บปวดภายหลังการฝังเข็มได้ แต่อย่างไรก็ตาม

เรื่องนี้ต้องมีการค้นคว้าหาเหตุผลทางด้านสรีรวิทยา ต่อไปทำไมจึงระงับความเจ็บปวดได้¹

ระบบการลดความเจ็บปวดตามธรรมชาติ (Natural pain relief system)

การศึกษาในปัจจุบันได้พบว่าการสร้างสารลดความเจ็บปวดได้ในร่างกายของมนุษย์ การค้นพบนี้เกิดขึ้นจากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าเมื่อมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ในร่างกายจะมีบริเวณเฉพาะอยู่หลายแห่งที่ทำหน้าที่เป็น Opiate receptors ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดความเจ็บปวดได้โดยธรรมชาติ บริเวณที่มี Receptors เหล่านี้อยู่มากได้แก่ Cognitive area ของสมอง Hypothalamus, Amygdala, ส่วนของ Limbic system ซึ่งควบคุมอารมณ์² หรือเกี่ยวข้องกับ Motivational-affective dimension ของความเจ็บปวด³ นอกจากนี้ยังปรากฏใน Raphe nuclei ระหว่างแนวกลางของ Pons และ Medulla และ Periaqueductal gray matter ใน Midbrain ซึ่งบริเวณเหล่านี้จะเป็นจุดกำเนิดของการควบคุมคำสั่งลงไปเมื่อมีกระแสรู้สึกส่งเข้ามา และยังปรากฏมีอยู่ที่ Substantia gelatinosa ใน Dorsal horn ของไขสันหลัง

การทำงานของ Receptors เหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ดังที่ได้เคยมีรายงานสนับสนุนว่ายาที่เข้าฝิ่น จะลดความเจ็บปวดได้โดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเจ็บปวดมากกว่าที่จะป้องกันความเจ็บปวด นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าสมองไม่มี Receptors สำหรับยาพวก

¹Illustration from : Wong, K.C. and Wu, L.T. : History of Chinese Medicine, Tientsin, Tientsin Press, "Acupuncture," Am. J. Nurs. 74 (March 1974) : 503.

²B. Anne West, "Understanding Endorphins : Our Natural Pain Relief System," Nursing 81 11 (February 1981) : 50-53.

³Hedlin and Dostrovsky, "Understanding the Physiology of Pain,"

อัลคาลอยด์ เช่น มอร์ฟิน จนกว่าจะมีสารธรรมชาติในสมองใช้ Receptors นั้นอยู่แล้วจึงได้มีการค้นคว้าเพื่อหาสารลดความเจ็บปวดที่เป็นธรรมชาติ ในปี 1975 คณะนักวิจัยได้ค้นพบโพลีเพปไทด์ชนิดเล็ก (Small polypeptide) ซึ่งประกอบด้วยกรดอะมิโน 5 ตัวจับอยู่กับ Opiate receptors เมื่อสะกัดสารนี้และฉีดเข้าไปในสัตว์ทดลองพบว่าช่วยลดความเจ็บปวดได้ นอกจากนี้เมื่อฉีดสารสะกัดนี้แล้วฉีด Naloxone ซึ่งมีฤทธิ์ต้านยาเข้าฝืนตาม จะให้ผลตรงกันข้าม และไปลด Pain threshold โดยการขัดขวาง Opiate receptors¹ คณะผู้วิจัยเรียกสารสะกัดนี้ว่า "Enkephalin" มาจากภาษากรีก หมายถึง "in the head"

ต่อมาได้ค้นพบโพลีเพปไทด์ชนิดโมเลกุลใหญ่ใน Pituitary axis (Hypothalamus) Diencephalon แนวกลาง, และ Pons ส่วนหน้า ซึ่งเรียก Opiate-like peptide นี้ว่า "Endorphin" มาจากคำว่า Endogenous และ Morphine และคำว่าเอนดอร์ฟิน จะใช้ในความหมายทั่วไปซึ่งจะรวมถึง Opiatelike peptide ทั้งหมด ได้มีการเสนอความเห็น่าสารนี้ออกฤทธิ์เป็น Neurotransmitters (สารซึ่งเข้าสู่ Impulse transmission ที่ Synapses) ในวิธีประสาทเพื่อทำให้ความเจ็บปวดพอเหมาะ การกระทำเพื่อลดความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การกระตุ้นประสาทด้วยไฟฟ้า การฝังเข็ม เป็นต้น จะทำให้มีการหลั่งของเอนดอร์ฟิน นอกจากนี้ยังพบว่าเอนดอร์ฟินอาจมีบทบาททางด้านจิตทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด พบว่าสารนี้บางครั้งทำให้เกิดการคลื่นอกครีมีใจ และนักวิทยาศาสตร์เชื่อกันว่าการใช้สารนี้เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดผลเสียได้เช่นเดียวกับการใช้ยาอัลคาลอยด์เข้าฝืน เช่น มอร์ฟิน เป็นระยะเวลาเวลานาน ๆ

การนำความรู้เรื่องเกี่ยวกับเอนดอร์ฟินไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาล จำเป็นต้องเข้าใจ Gate Control Theory ทฤษฎีนี้ได้เน้นว่า Impulse ของความเจ็บปวดจะกระจายในไขสันหลังก่อนที่จะขึ้นสู่สมอง การมี Opiate receptors และเอนดอร์ฟิน ใน Substantia

¹Ronald W. Wilson and Bonnie J. Elmassian, "Endorphins,"

gelatinosa ของไขสันหลังจะทำให้การสนับสนุนการปิดประตู จากความรู้ที่ว่าเอนดอร์ฟินมีผลต่อบุคคลนั้นทางด้านร่างกาย จิตใจ และความสบาย กิจกรรมการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล เทคนิคการพยาบาลและเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย การจัดทำของผู้ป่วย การใช้ผ้าพันกกดลงบนจุดที่เจ็บ สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มการหลั่งของเอนดอร์ฟิน และช่วยชดชวาทการส่งกระแสความเจ็บปวดได้

ระดับกันของความรู้เจ็บปวด (Pain threshold)

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจะไม่รู้สึกทันทีภายหลังที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย แต่เพียงชั่วขณะหนึ่งจะเจ็บปวด จากการสัมผัสความเจ็บปวดของทหารในสงครามโลกครั้งที่สอง ที่ถูกกระสุนปืนและถูกสะเก็ดระเบิด ส่วนมากจะตอบว่าขณะถูกยิงหรือถูกสะเก็ดระเบิดจะไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย แต่หลังจากนั้น 2-3 นาทีจะรู้สึกเจ็บปวดเกิดขึ้น¹ ซึ่งขณะนี้มีหลักฐานที่เชื่อได้ว่าเมื่อเซลล์ของเนื้อเยื่อถูกทำลายจะปล่อย Histamine และ Proteolytic enzymes ซึ่งจะปล่อย Bradykinin และสารที่คล้ายคลึงจากไกลูบูลินออกมาระตุ้นปลายประสาทที่รับความเจ็บปวด ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น Proteolytic enzymes นี้เป็นพวก Polypeptide ที่สร้างมาจากไกลูบูลิน^{2,3,4} การหดตัวของกล้ามเนื้อพบได้เสมอที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทั้งนี้การหดตัวของกล้ามเนื้อจะกตเส้นเลือดภายในกล้ามเนื้อทำให้ชดชวาทการไหลของเลือดที่จะเข้าสู่เนื้อเยื่อ และจากการหดตัวของกล้ามเนื้อจะเพิ่ม

¹Guyton, Textbook of Medical Physiology : 578.

²Eileen McLachlan, "Recognizing Pain," American Journal of Nursing 74 (March 1974) : 496.

³ชูศักดิ์ เวชแพศย์, สรีรวิทยา : 337-338.

⁴Bond, Pain Its Nature, Analysis and Treatment (Edinburgh London : Churchill Livingstone, 1979) : 24.

การเผาผลาญของกล้ามเนื้อ ยิ่งอัตราการเผาผลาญของกล้ามเนื้อที่มีมากเท่าไร จะยิ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรวดเร็วมากขึ้นเท่านั้น¹ กลไกการเกิดความเจ็บปวดใน Muscle ischemia นี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน แต่จากการทดลองพบว่า การให้ O_2 ต่อเนื้อเยื่อที่ขาดเลือดนั้นจะบรรเทาความเจ็บปวดได้ และการปล่อย Unoxxygenated blood สู่นเนื้อเยื่อจะไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ อาจเป็นไปได้ว่าการสะสม Lactic acid เป็นจำนวนมากระหว่างการเกิด Ischemia ก่อให้เกิด Consequence ของการเผาผลาญที่ปราศจาก O_2 (Anaerobic metabolism) กระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวด แต่เหตุผลที่หนักแน่นกว่าก็คือ การที่เซลล์ของกล้ามเนื้อถูกทำลายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงจะปล่อย Bradykinin และ Histamine ออกมา กระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวด²

Pain threshold เป็นระดับต่ำสุดที่คนเริ่มรู้สึกเจ็บเมื่อถูกกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย Hardy และคณะ ได้ศึกษาพบว่า Pain threshold และ Threshold ของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายมีความใกล้เคียงกันหรือเกือบเท่ากัน³ และพบว่าค่าระดับกันของความรู้สึกเจ็บปวดจะไม่ค่อยแตกต่างกันในแต่ละคน⁴ ตัวอย่างเช่น ความร้อนที่ใช้ในการทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อและ

¹Ewing, "Pain," : 444.

²Guyton, Textbook of Medical Physiology : 578-579.

³Gyril Mitchell Macbryde, Signs and Symptoms Applied Pathologic Physiology and Clinical Interpretation, 4th ed. (Philadelophia : J.B. Lippincott Co., 1964) : 74.

⁴Blaylock, "The Psychological and Cultural Influences on the Reaction to Pain : A Review of the Literature," : 263-264.

ทำให้คนส่วนมากรู้สึกเจ็บ คืออุณหภูมิระหว่าง 44-46 องศาเซลเซียสที่บริเวณเนื้อเยื่อนั้น ซึ่งเห็นได้
ว่าช่วงต่างกันไม่มากนัก¹ แต่ถ้ามีสมาธิ ความสนใจ หรือความเมื่อยล้า หรือการคาดการณ์ล่วงหน้า
ต่าง ๆ มาเกี่ยวข้องกับตัวจะทำให้ระดับกันการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด (Pain perception
threshold) ในบุคคลต่าง ๆ มีความแตกต่างกันอย่างมาก และไม่อาจทำนายได้ Beecher
กล่าวว่า Pain perception threshold จะแตกต่างกันอย่างมากเนื่องจากไม่ได้เป็นการรับ
ความรู้สึกที่แท้จริง ประสบการณ์และการให้ค่าในการตัดสินใจต่าง ๆ จะมีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องอย่าง
หลีกเลี่ยงไม่ได้²

ปฏิกิริยาต่อความรู้สึกเจ็บปวด (Pain reaction)

การตอบสนองต่อความเจ็บปวดเป็นเรื่องสลับซับซ้อน เพราะเกี่ยวกับแต่ละบุคคลตอบสนอง
ต่อตัวกระตุ้นที่เป็นอันตราย ซึ่งขึ้นอยู่กับการกระตุ้นแล้วทำให้เกิดความเจ็บปวดมีความหมายต่อคนนั้น ๆ
มากน้อยเพียงใด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การตอบสนองต่อความเจ็บปวด ของแต่ละคน
แตกต่างกันในสภาวะที่ต่างกันด้วย

เมื่อ อิมพัลส์ของความเจ็บปวดผ่านเข้าสู่ Cerebral cortex และได้รับการแปลผลแล้ว
ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดดังนี้คือ

1. ปฏิกิริยาทางกล้ามเนื้อ (Skeletal muscle reactions or Motor response)
ปฏิกิริยาทางกล้ามเนื้อจะกระตุ้นให้บุคคลถอยหนีจากตัวกระตุ้นภายนอกที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ใน

¹Arthur C. Guyton, Function of the Human Body, 4th ed.

(Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1974) : 279.

²Macbryde, Signs and Symptoms Applied Pathologic Physiology and
Clinical Interpretation : 75.



กรณีที่มีการกระตุ้นให้เกิด Deep pain หรือ Visceral pain กล้ามเนื้อที่อยู่เหนือบริเวณที่ถูกกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดจะมีการหดตัวแข็งเกร็งที่เรียกว่า "Guarding" ดังนั้นจะเห็นว่า ปฏิกิริยาทางกล้ามเนื้อมักจะเป็นผลจากพวก Flexion reflex ทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อต่าง ๆ เช่น ปวดท้องก็มีการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อท้อง ปวดหลังก็มีการเกร็งของกล้ามเนื้อหลัง ให้มีแอ่นหรือคด (Scoliosis) หรือตามแขนขาจะมีการงอข้อพับต่าง ๆ เข้าหาตัว เป็นต้น

นอกจากนี้รวมถึงปฏิกิริยาของกล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจของจิตใจที่บุคคลกระทำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด เช่น การจิกเท้า การถูบริเวณนั้น การเกา การชันเข้าขึ้น การอยู่ในท่าที่ผิดปกติ ตลอดจนอาการกระสับกระส่าย¹

2. ปฏิกิริยาต้านประสาทอัตโนมัติ (Autonomic reactions) ความเจ็บปวดจะกระตุ้น Autonomic nervous system ทางด้าน Sympathetic และ Parasympathetic (อันใดอันหนึ่งหรืออาจมากกว่าได้) ถ้าเป็น C-fiber pain อาการทาง Autonomic nervous system จะมากกว่า A-delta pain ถ้าเป็นปฏิกิริยาทางด้าน Sympathetic จะมีการหลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine มากขึ้น² ทำให้ชีพจรเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วซึ่งอาจเพิ่ม Cardiac output ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ตัวร้อน ม่านตาขยายโต ขนตั้งชัน ผิวหนังแห้ง คอแห้ง และน้ำลายเหนียว ถ้าหากเป็นด้าน Parasympathetic จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัวมากขึ้น กรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น ชีพจรช้าลง เหงื่อออก ตัวเย็น น้ำลายไหล ม่านตาเล็ก อุจจาระปัสสาวะราดหรือหลังน้ำอสุจิได้ ถ้าอาการเจ็บปวดรุนแรงมาก อาจกระตุ้น Depressor reflex ต่าง ๆ ทำให้เกิด Generalized peripheral vasodilatation ทำให้ความดันโลหิตตกอย่างมาก อาจเกิดอาการช็อคที่เรียกว่า Neurogenic shock ได้

¹McLachlan, "Recognizing Pain," : 496.

²Ibid : 497.

3. ปฏิกริยาทางจิต (Psychic reaction) เป็นปฏิกริยาที่สำคัญมาก เพราะเป็นเหตุให้เกิดความทรมาณ ความกลัว ความทุกข์แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมากได้ ปฏิกริยานี้เกิดขึ้นมากน้อยแล้วแต่สภาพจิตของแต่ละบุคคลแต่ละลักษณะตามปกติมักจะเป็นไปทางซึมเศร้า วิตกกังวล หรือกระวนกระวาย แต่บางคนอาจมีปฏิกริยาเป็นไปในลักษณะตรงกันข้าม เช่น พวกที่มีความสุขหรือความยินดีเมื่อเจ็บปวด

ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิกริยาการแสดงออกเมื่อมีความเจ็บปวด

จากการศึกษาพบว่า จิตใจที่มีผลต่อระดับการทนต่อความเจ็บปวด และจะแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยมีดังนี้

1. State of consciousness ระดับของความรู้สึก เช่น อยู่ในภาวะเตรียมพร้อม (alert) หรือเริ่ริง (drowsy) เป็นต้น ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะรู้ตัวดีก็จะทำให้การรับความรู้สึก การแปลความหมายต่าง ๆ ไม่เกินความจริง ไม่มากเกินไป เป็นต้น และการมีสติดีจะเป็นสิ่งสำคัญในการต่อต้านกับความเจ็บปวดด้วย
2. Total pain load การที่มี Pain impulse มาถึง perception center หลาย ๆ ทาง คือ มีการเจ็บปวดเกิดขึ้นหลายแห่ง การตอบสนองย่อมมากกว่าความเจ็บปวดที่เกิดจากแหล่งเดียว
3. Training เชื้อชาติ การศึกษา หรือสิ่งแวดล้อมอาจสอนให้บุคคลทนต่อความเจ็บปวด ไม่แสดงอารมณ์หรือแสดงอาการร้องครวญคราง หรือมีปฏิกริยาหนี หรือต่อสู้ (flight or fight) ต่อความเจ็บปวดนั้น ๆ Winsberg และ Greenlick พบว่า เชื้อชาติมีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ผิวดำจะทนต่อความเจ็บปวดได้สูงสุด ผิวดำและผิวดำเหลืองรองลงมาตามลำดับ¹
4. Previous experience ประสบการณ์ของความเจ็บปวดในครั้งก่อนมีผลต่อปฏิกริยาตอบสนองด้วย อาจจะมีมากขึ้นหรือลดลง ถ้าการเจ็บครั้งแรกมีมากและเกิดในบุคคลที่มีความอดทน และถ้าเกิดความเจ็บปวดแบบนี้ซ้ำอีกจะก่อให้เกิดความกลัว ซึ่งจะคาดการณเกี่ยวกับความเจ็บอยู่คนเดียว อันจะเป็นสาเหตุให้มีปฏิกริยาทางอารมณ์และร่างกายอย่างมาก อาจถึงเป็นลมหรืออาเจียนได้

¹Geraldine G. Flaherty and Foyce J. Fitzpatrick, "Relaxation Technique to Increase Comfort Level of Postoperative Patient : A Preliminary Study" Nursing Research 27 (November - December 1978) : 353.

5. Knowledge and Understanding การมีความรู้ความเข้าใจในต้นเหตุและความสำคัญของการเกิดความเจ็บปวด ซึ่งจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตอบสนองของความเจ็บปวด เช่น หลิงที่มีก้อนที่เต้านม และกลัวต่อการเป็นมะเร็ง มักจะทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดอย่างมากจนกว่าผลการตรวจพบว่าเป็นเพียงเนื้องอกธรรมดาเท่านั้นหรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อวิยะส่วนนั้น กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือวิยะส่วนนั้น มีความหมายเพียงใดต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดมดลูก ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วย ความเจ็บปวดทางกาย ความเจ็บปวดอันเกิดจากการสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง

6. Attention and Distraction การตอบสนองต่อความเจ็บปวดจะมีมากขึ้น ถ้าให้ความสนใจต่อความเจ็บปวดนั้นมาก ถ้ามีสิ่งเบนความสนใจ ความเจ็บปวดจะลดน้อยลงหรือไม่รู้สึกเจ็บเลย เช่น ทหารในขณะรบเขาจะไม่รู้สึกเจ็บจากบาดแผลที่สาหัสนั้นเลย จนกว่าจะพ้นจากสนามรบหรือ นักกีฬาจะไม่รู้สึกเจ็บจากบาดแผลที่ฟกช้ำนั้น จนกว่าภาวะอันนำตื่นเต้นของการแข่งขันผ่านพ้นไป

7. Fatigue ความอ่อนล้า สามารถเปลี่ยนปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวดได้หลายทาง คือความอ่อนเพลียอาจจะทำให้ไม่สนใจต่อการบาดเจ็บนั้น หรือในทางตรงกันข้าม อาจทำให้ความอดทนการควบคุมตนเองเสียไป ถึงแม้ว่าจะเป็นการเจ็บปวดเล็กน้อย แต่ก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดทางด้านจิตใจอย่างมาก เช่น ร้องครวญคราง เป็นต้น

8. Anxiety , Tension and Fear อารมณ์มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดความเจ็บปวด สภาวะของอารมณ์ในขณะนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของการเจ็บที่มีต่อผู้ป่วย เช่น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นนั้นเนื่องมาจากการทดลองหรือความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น หมายถึงการเป็นมะเร็ง เป็นต้น วิธีที่จะลดความวิตกกังวลอาจเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดยังมีอยู่ แต่ความทุกข์ทรมานจะน้อยลงหรือหมดไป

9. Suggestion การให้คำแนะนำจะช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวดนั้น จากการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยฝ่ายกายและผู้ป่วยโรคจิตจะมีการตอบสนองต่อการให้คำแนะนำโดยการเปลี่ยนปฏิกิริยาหรือ Threshold ต่อความเจ็บปวดนั้น

10. Religious ศาสนา เป็นสิ่งสำคัญมากในการที่จะทำให้ปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวดน้อยลง

11. Age อายุก็มีผลต่อความเจ็บปวดด้วยเช่นกัน Hardy และคณะรวมทั้ง Proccoci และ Woodrow รายงานว่าการทนต่อความเจ็บปวดจะลดลง เมื่ออายุมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นเพศหรือเผ่าพันธุ์ใด¹

¹ Ibid :



การประเมินความเจ็บปวดโดยพยาบาล

การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ที่มีความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในสรีรวิทยาและจิตวิทยาของความเจ็บปวด เช่น จะต้องเข้าใจว่าความเจ็บปวดนี้จะทราบได้ โดยการบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective manifestation) ไม่สามารถที่จะวัดหรือเปรียบเทียบได้ ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิด ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การตอบสนอง และการบอกกล่าวให้ทราบเกี่ยวกับความรู้สึกนั้นๆ และอีกนัยหนึ่ง พยาบาลจะต้องทราบว่าตามปกติหลังจากที่รับรู้ความเจ็บปวด พฤติกรรมจะไม่ถูกแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง แต่เพียงอย่างเดียว เพราะฉะนั้นพยาบาลจึงควรมีการวินิจฉัย (Nursing diagnosis) หรือประเมินความเจ็บปวดเสียก่อน ทั้งร่องรอยของความเจ็บปวดที่สังเกตได้ (Objective clues) และจากการบอกเล่าของผู้ป่วย (Subjective clues)¹ ความเจ็บปวดที่เราสามารถสังเกตเห็นได้ ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การไม่ยอมเคลื่อนไหว ความตึงตัวของส่วนต่างๆ ซิพจร การหายใจ ความกระวนกระวาย พักไม่ได้ ความอึดโรย หรือมีนซึม เป็นต้น ส่วนการสังเกตจากร่องรอยที่ผู้ป่วยบอก (Subjective clues) ได้แก่ สังเกตตำแหน่งและความรุนแรงของการเจ็บปวดที่ผู้ป่วยบอก เป็นต้น บ่อยครั้งที่พยาบาลจัดผู้ป่วยที่มีความอดทนต่อความทุกข์ทรมานหรือทนความเจ็บปวดได้อย่างมากว่าเป็นผู้ป่วยที่ดี และจัดผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนได้ว่า เป็นผู้ป่วยที่น่าเบื่อ การตัดสินใจเช่นนี้เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลได้ละเลยขาดการเอาใจใส่ต่อการศึกษาให้ทราบถึงพื้นฐานทางจิตวิทยาเกี่ยวกับความไม่สบายต่างๆ²

¹ Kathleen McCauley and Rosemary Carol Polomano . "Acute Pain : A Nursing Perspective with Cardiac Surgical Patients " Topics in Clinical Nursing 2 (April 1980) : 50 - 51

² McCaffery, "Understanding Your Patients' Pain ," : 28

การประเมินความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยาก โดยทั่วไปแล้วจะพบว่าผู้ประเมินมีแนวโน้มที่จะประเมินความเจ็บปวดต่ำกว่าความเป็นจริงหรือไม่เชื่อในระดับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย¹ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้ประเมินที่มีต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย ความยุ่งยากจะเกิดขึ้นเมื่อทัศนคติของผู้ประเมินและผู้ป่วยไม่ตรงกัน ผู้ประเมินมักจะใช้ทัศนคติของตัวเองในการประเมินว่าผู้ป่วยควรจะทนต่อความเจ็บปวดได้มากเท่าใด หรือควรแสดงความเจ็บปวดมากน้อยเท่าใด เป็นต้น ตัวอย่างเช่น พยาบาลคาดว่า เมื่อผู้ป่วยเจ็บเข่าจะพูดออกมาหรือบอกให้ทราบ หรือผู้ป่วยจะแสดงให้ทราบโดยพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การบิดตัวไปมา กระวนกระวาย เป็นต้น แต่ผู้ป่วยก็พยายามที่จะทนและควบคุมตัวเองไม่ให้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา จากตัวอย่างดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่แตกต่างกัน ทำให้มีการสื่อสารที่ผิด ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยผิดไปได้ จากการศึกษาของ Hardy พบว่า ประมาณ ๗๐% ของผู้ป่วยไม่ชอบที่จะพูดเกี่ยวกับความเจ็บปวดของตัวเองกับผู้อื่น ซึ่งส่วนมากให้เหตุผลว่าคนอื่นก็มีปัญหาของเขาเองอยู่แล้ว จึงไม่มีความสนใจต่อปัญหาของบุคคลอื่นๆ และผู้ป่วยเชื่อว่าไม่มีใครอยากที่จะฟังปัญหาของคนอื่น นอกจากนี้พบว่า ๒ ใน ๓ ของผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่พยายามแสดงอาการต่าง ๆ ออกมาให้เห็นเมื่อมีความเจ็บปวด เพราะคิดว่าความเจ็บปวดของตนเองนี้มิได้คงอยู่ตลอดไป จึงพยายามยอมรับและทนต่อความเจ็บปวดนั้น² จากการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าคนส่วนมากจะพยายามไม่แสดงอาการเจ็บปวดหรือบอกด้วย ถ้อยคำให้ผู้อื่นรู้จนกว่าจะทนไม่ได้จึงจะบอกให้ทราบ ฉะนั้นพยาบาลควรจะหาทางบรรเทาความเจ็บปวดในทันทีที่ผู้ป่วยแจ้งให้ทราบ

นอกจากนี้ยังมีทัศนคติอื่นๆ ของบุคคลากรที่อาจพบได้ เช่น จากการศึกษาของ Pilesky และคณะ โดยทำการสังเกตอุปนิสัยของแพทย์และพยาบาลในการให้ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า บุคลากรมีแนวโน้มที่จะให้ยาระงับปวดที่มีประสิทธิภาพสูงแก่ผู้ป่วยหญิง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าหญิงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดสูงกว่าชาย ดังนั้น เมื่อหญิงบอกว่าเจ็บปวดอ่อนแสดงว่าอยู่ในภาวะทุกข์

¹ Weiner , "Pain Assessment on a Orthopedic Ward , " : 508.

² Jacox , " Assissing Pain , " 895-897.

ทรมานจริง ๆ¹ และจากการศึกษาของ Hackett พบว่า ถ้าไม่สามารถหาสาเหตุของความเจ็บปวดทางกายได้ ผู้ประเมินมีแนวโน้มที่จะทำการเตา ข้อผิดพลาดของผู้ประเมินส่วนใหญ่จะเกิดจากการที่จะค้นพบพยาธิสภาพของเซลล์ มากกว่าจะเป็นการบอกกล่าวของผู้ป่วยว่า เขามีความรู้สึกเช่นไร²

จากปัญหาต่างๆดังได้กล่าวมาแล้ว เป็นเหตุทำให้การประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยผิดไปหรือประเมินได้ไม่ถูกต้องนัก เพราะฉะนั้นเพื่อที่จะปรับปรุงการประเมินจึงควรรำพึงถึงสิ่งต่อไปนี้คือ

1. พยายามที่จะรู้รายละเอียดต่าง ๆ ที่ประกอบกันทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแตกต่างกัน เช่น การผ่าตัดและวิธีการในการผ่าตัด เป็นต้น รายละเอียดต่างๆ ที่ควรรำพึงถึงในการประเมินได้แก่ ตำแหน่งที่เจ็บ ลักษณะการเจ็บ เวลาที่เริ่มเจ็บและช่วงของการเจ็บ ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุที่เกิด ความเจ็บปวดในครั้งก่อน รวมทั้งการรักษาและผลการรักษา

2. ควรระมัดระวังในการใช้คำถาม เช่น เจ็บ รู้สึกไม่สบาย ชีตขัด หรือเหนื่อยหรือตึง เนื่องจากแรงกด เป็นต้น เพราะผู้ป่วยอาจแปรความหมายเป็นเจ็บอย่างตื้นเขินควรพยายามที่จะพิจารณาตัดสินว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรและจะช่วยบรรเทาความเจ็บนั้นได้อย่างไร

3. ควรจะตรวจสอบทัศนคติของตัวเองต่อความเจ็บปวด พยายามสนใจในความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อมีความเจ็บปวด ขจัดความมีอคติหรือพยายามลดความเชื่อของตัวเอง เกี่ยวกับขนาดของความเจ็บปวดถ้าผู้ป่วยควรจะทนได้ ต้องพึงระลึกไว้ว่า ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่เกิดจากความนึกคิดของบุคคล เพราะฉะนั้นนอกจากจะประเมินความเจ็บปวดจากอาการแล้วควรพึงถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่ผู้ป่วยบอกด้วย สำหรับเด็กอาจจะมีความจำกัดในเรื่องภาษาหรือในผู้ป่วยชายอาจไม่ยอมบอกกล่าวให้ทราบว่ามีความเจ็บปวดเกิดขึ้น เพราะเป็นการแสดงถึงความอ่อนแอ³พยาบาลจะต้องเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ด้วย

¹ Thomas P. Hackett, "Pain and Prejudice : Why Do We Doubt That the Patient Is in Pain ? , " Medical Times 99 (February 1971) : 130 .

² McCaffery , "Understanding Your Patients ' Pain , " : 29 .

³ Kathleen McCauley and Rosemary Carol Polomano , " Acute Pain : A Nursing Perspective with Cardiac Surgical Patients , " : 45 .

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือนผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด

โดเฮอร์ตี้ (Doherty) กล่าวว่า มีบางสถานการณ์ที่ทำให้พยาบาลรู้สึกล้มเหลวในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเมื่อไม่สามารถลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยลงได้ ทำให้พยาบาลเกิดความคับข้องใจ ความคับข้องใจจะกลายเป็นความโกรธต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดไม่ลดน้อยลง เป็นสาเหตุให้พยาบาลรู้สึกมีความผิดอยู่ในใจ ถ้าความล้มเหลว ความคับข้องใจ ความโกรธ ความรู้สึกผิด เกิดซ้ำแล้วซ้ำเล่า จะเชื่อมโยงกับบุคคลที่คล้ายคลึงผู้ป่วย แล้วพยาบาลเริ่มที่จะสัมพันธ์ว่าแต่ละบุคคลมีความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา เพื่อที่จะไม่ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายดังกล่าวที่เกิดจากผู้ป่วย พยาบาลก็จะเริ่มหลีกเลี่ยงผู้ป่วย การเป็นผู้หลีกเลี่ยงก็จะเกิดขึ้น ภายใต้จิตสำนึกที่พยายามจะแยกความจริงที่ไม่พึงปรารถนาออกไป อย่างไรก็ตาม การหลีกเลี่ยงอาจจะไม่ประสบผลสำเร็จและอาจจะเพิ่มความรู้สึกผิดของพยาบาลให้มีมากขึ้นเมื่อได้ประจักษ์ชัดว่าได้ทำอะไรลงไป¹ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของกราฟแฟม (Graffam) ที่กล่าวว่า "พยาบาลและผู้ป่วยจะถอนตัวออกซึ่งกันและกันเมื่อความเจ็บปวดไม่สามารถบรรเทาได้"² นอกจากนี้การตอบสนองของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเป็นที่น่าสนใจเกิดความจำกัดและการตอบสนองมักจะไม่มรูปแบบ และส่วนใหญ่จะเป็นการกระทำโดยอัตโนมัติ³ และจากการศึกษาของ คีทส์ (Keats) ซึ่งอ้างถึงโดย บิลลาร์ (Billars) พบว่าพยาบาลให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดโดยปราศจากการประเมินความต้องการของผู้ป่วย⁴

¹Gillian Doherty, "The Patient in Pain : Handling the Guilts Feelings," The Canadian Nurse 75 (February 1979) : 31.

²Shirley Graffam, "Congruence of Nurse-Patient Expectations Regarding Nursing Intervention in Pain," Nursing Leadership 4 (June 1981) : 12.

³Shirley Graffam, "Nurse Response to Patient in Pain : An Analysis and Imperative for Action," Nursing Leadership 2 (September 1978) : 23.

⁴Billars, "You Have Pain? I think This Will Help," : 2143.

จากข้อความ เห็นและการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในแง่ที่ว่าพยาบาลพยายามหลีกเลี่ยงผู้ป่วยหรือกระทำโดยปราศจากความรู้ ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น เพพิน และ โฮว์ (Pepin and Howe) ให้ความเห็นว่า

การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับสรีรวิทยาและจิตวิทยาของความเจ็บปวด จะต้องเข้าใจว่าความเจ็บปวดนี้จะทราบได้ก็โดยการบอกเล่าของผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ใช่สถานการณ์ที่จะวัดหรือเปรียบเทียบได้ พยาบาลจะต้องมีพื้นฐานอยู่กับการวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งที่เป็นอัตนัยและปรนัย การแสดงผลได้อย่างถูกต้องแม่นยำของความเจ็บปวดจะเป็นไปได้เพียงเมื่อพยาบาลได้มีการรับรู้ที่ลึกซึ้ง มีความเต็มใจจะใช้เวลาในการสังเกตซักถามผู้ป่วย มีปรัชญาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาล และมีความสนใจต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ¹

บทบาทของพยาบาลต่อความเจ็บปวดมีดังนี้คือ

1. การป้องกัน (Prevention) พยาบาลจะต้องส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพอนามัยของคนและป้องกันอันตรายต่าง ๆ ตลอดจนการป้องกันโรคซึ่งอาจจะทำให้มีความเจ็บปวดขึ้น ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล ไม่ทำให้เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายแล้วมีอันตรายเพิ่มขึ้น และบุคคลที่จะได้รับการรักษาซึ่งจะมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น คนเหล่านี้ต้องได้รับการป้องกันความเจ็บปวด หรือลดความเจ็บปวดให้อยู่ในระดับที่เขาทนได้ เช่น การเตรียมมารดาสำหรับคลอด หรือการเตรียมบุคคลก่อนผ่าตัด โดยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักผ่อนคลาย (Relaxation) และการหายใจเป็นจังหวะ (Rhythmical breathing) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยนอนหลับอย่างสนิทในตอนกลางคืน ช่วยลดความตึงเครียดของร่างกายจากการมีกล้ามเนื้อเป็นตะคริวหรือเกร็งอ่อนเพลีย ส่งเสริมความรู้สึกของร่างกายและ

¹Sister Irene Pepin and Del Howe, "Nursing the Patient in Pain,"

จิตใจให้ดีขึ้นสงบ สามารถที่จะเผชิญความเจ็บปวดได้¹

2. ขจัดต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (Removal of causes) พยาบาลจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุของความเจ็บปวด และช่วยกำจัดต้นเหตุเหล่านี้ เช่น จัดท่านอนให้ดีขึ้น ปูเตียงให้เรียบดึง จัดสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น และเมื่อมีการกำจัดเหตุโดยการใช้อายาและวิธีการรักษาต่าง ๆ พยาบาลจะต้องช่วยให้การรักษานี้ดำเนินไปด้วยดี เพื่อประโยชน์ที่จะช่วยกำจัดต้นเหตุของความเจ็บปวดให้หมดสิ้นไป ฉะนั้นจะเห็นว่า พยาบาลจะต้องมีความรู้กว้างขวางที่จะช่วยกำจัดความเจ็บปวด จะต้องนำความรู้ทั้งหมดมาใช้ในการกำจัดต้นเหตุของความเจ็บปวด

3. ควบคุมความวิตกกังวล (Control Anxiety) ความวิตกกังวลจะเป็นต้นเหตุหรือสาเหตุทำให้เกิดมี Pain reaction threshold ต่ำ และทำการรักษาพยาบาลความเจ็บปวดได้ยากเพราะความเจ็บปวดเป็นปฏิกิริยาของการป้องกันของมนุษย์ ฉะนั้นพยาบาลควรจะได้ค้นหาว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอะไรบ้าง โดยพยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อจะได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างละเอียด ซึ่งความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะต้องปฏิบัติและทราบในสิ่งต่อไปนี้คือ

- ก. ค้นหาสาเหตุของความเจ็บปวด
- ข. ต้องเข้าใจหลักความจริงที่ว่าคนโดยทั่วไป จะวิตกกังวลน้อยลงเมื่อเขารู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับเขา
- ค. ความวิตกกังวลจะลดลงเมื่อเขารู้ว่ามียาบางสิ่งบางอย่างที่ควบคุมสถานการณ์ของเขาไว้ได้
- ง. ความโดดเด่น ไร้เหตุ จะทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น
- จ. ความวิตกกังวลจะลดลง เมื่อบุคคลนั้นรู้ว่าเขาได้รับการดูแลโดยพยาบาลหรือญาติคอยเอาใจใส่อยู่ตลอดเวลา

¹Stewart, "To Lessen Pain : Relaxation and Rhythmic Breathing.": 958-959.

ฉ. กิจกรรมทางร่างกายจะช่วยลดความวิตกกังวลได้

ข. การหันเหความสนใจไปสู่สิ่งอื่นจะช่วยลดความวิตกกังวลได้

ซึ่งในการลดความวิตกกังวลนั้น โรฮานี (Rouhani) เสนอว่าจะกระทำได้โดยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเป็นจริง¹ นอกจากนี้พยาบาลอาจช่วยในเรื่องความรู้สึกเจ็บปวด เช่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเจ็บปวดเพียงใดแต่ไม่ทราบว่าจะให้คนอื่นมีประสบการณ์ต่อความเจ็บปวดที่ตนเองได้รับ เป็น Loneliness pain จากข้อเขียนของ แคชแฮท (Cashatt)² ซึ่งเป็นพยาบาล ได้บรรยายเรื่องราวความเจ็บปวดในการผ่าตัดมะเร็งจำนวนถึง 6 ครั้งของตนเอง และได้สรุปความต้องการของตนเองขณะมีความเจ็บปวดว่า "ต้องการบุคคลที่แสดงให้เห็นว่าคุณสนใจดูแลฉัน บุคคลที่ใช้เวลาในการฟัง แพทย์ที่ดีมีความสนใจ และการมีครอบครัวและเพื่อนอยู่ใกล้ชิดเมื่อฉันรู้สึกว่าคุณต้องการบุคคลเหล่านั้น" ดังนั้นพยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งความเห็นอกเห็นใจ (Sympathy) คอชซ์³ (Koch) กล่าวว่า "เป็นกุญแจที่นำไปสู่ความสำเร็จในการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วย เป็นศิลปะที่จะช่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดีโดยตรงกับผู้ป่วย และเป็นสิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นต่อความสัมพันธ์กับมนุษย์" ซึ่งการแสดงความเห็นอกเห็นใจอาจทำได้หลายวิธี เช่น การฟัง การเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวด

นอกจากนี้ในระยะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ผู้ป่วยจะรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า ร่วมด้วยเสมอ ผู้ป่วยอาจจะร้องไห้ ซึม ตะโกนเสียงดัง คำขอ ครวญคราง ฯลฯ พยาบาลสามารถ

¹Graeme C. Rouhani, "Understanding of Anxiety," Nursing Mirror 146 (March 1978) : 26.

²Babara Cashatt, "Pain : A Patients View," American Journal of Nursing 22 (February 1972) : 281.

³Dorothy M. Koch, "A Personal Experience with Pain," American Journal of Nursing 59 (October 1959) : 1434.

ที่จะช่วยเหลือนำบรรเทาความเจ็บปวดหรือให้กำลังใจผู้ป่วยในการต่อสู้ความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ ได้อีกคือ การดึงความสนใจของบุคคลไปที่อื่น (Distraction) เชื่อกันว่าความเจ็บปวดจะมีมาก หากความสนใจของบุคคลนั้นอยู่ที่บริเวณที่ปวด ซึ่งจากข้อเขียนของ แคดี้¹ (Cady) ที่เขียนเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเอง เธอได้พบว่า เธอได้ใช้เสียงดนตรีดึงดูดความสนใจของเธอ ไปจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทำให้ลดปวดได้ผลดี และ ล็อคซิน (Locsin) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดในช่วง 48 ชั่วโมงแรก โดยอาศัยแนวทฤษฎีของ Gate Control Theory ร่วมกับโมทัศน์ของการดึงความสนใจ ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองใช้ดนตรีเป็นกิจกรรม การพยาบาลสำหรับลดความเจ็บปวด ผลปรากฏว่ากลุ่มทดลองมีการแสดงออกทางระบบกล้ามเนื้อ การแสดงออกทางวาจา การตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา ประสาทอัตโนมัติ และการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และการวิจัยครั้งนี้ได้มีการรับรองถึงการใช้ดนตรีว่าเป็นวิธีการทางการพยาบาล²

นอกจากนี้การสัมผัส (Touch) ซึ่ง จอห์นสัน (Johnson) ได้กล่าวไว้ว่า "การสัมผัสสามารถสรุปได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่จะสื่อสารให้เกิดความสบายใจ ความรัก ความปลอดภัย และความอบอุ่นจากผู้ให้การสัมผัสไปสู่ผู้ถูกสัมผัส"³ และถ้าจะพิจารณาถึงผลที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสก็จะทราบได้

¹Jane Wood Cady, "Dear Pain ...," American Journal of Nursing 76 (June 1976) : 960-961.

²Rozzano G.R.A.C. Locsin, "The Effect of Music on the Pain of Selected Post-Operative Patients," Journal of Advanced Nursing 6 (January 1981) : 19-25.

³Betty Sue Johnson, "The Meaning of Touch in Nursing," Nursing Outlook 13 (February 1965) : 59.

จากผลการวิจัยของ แมคคอร์คเคิล (McCorkle) ซึ่งได้ทดลองใช้การสัมผัสกับผู้ป่วยอาการหนักจำนวน 60 คนที่โรงพยาบาลใน Wides ผลปรากฏว่าการสัมผัสสามารถเป็นสื่อในการสื่อสาร โดยไม่ต้องใช้ภาษาลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นวิธีที่พยาบาลสามารถจะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยได้ในระยะเวลาอันสั้น การที่พยาบาลได้สัมผัสกับผู้ป่วยจะสามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เขาไม่ได้อยู่คนเดียว มีพยาบาลอยู่ด้วย คอยที่จะสนใจห่วงใยพร้อมที่จะรับฟังและช่วยให้เขาหายเจ็บปวด

4. บทบาทในการให้ยา ยาเป็นสิ่งบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างดีเลิศ แต่ไม่ควรใช้ยาแทนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย เมื่อสภาพของผู้ป่วยควรได้รับยาบรรเทาอาการ พยาบาลก็ควรให้ผู้ป่วยได้รับยานั้น อย่างไรก็ตามพยาบาลจะต้องพิจารณาให้ยาผู้ป่วยตามแผนการรักษา ต้องมีความเข้าใจอย่างดีเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาและฤทธิ์ข้างเคียง และยีกฎของการให้ยาอย่างเคร่งครัด

5. บทบาทในการให้การปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยอาศัยรากฐานทางวิชา Anatomy และ Physiology ตลอดจนหลักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ เช่น การใช้ความเย็นเพื่อป้องกันการนำกระแสประสาทไปสู่ศูนย์กลางประสาท ซึ่งความเย็นจะช่วยให้เกิดอาการชาเฉพาะที่ ดังนั้นมันจะยับยั้งการส่งความรู้สึกเจ็บปวดไปสู่ศูนย์กลางประสาท เป็นต้น

การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ด.ศ. 1967 คาริทซ์ และ เพนดีตัน (Davitz and Pendleton) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการอนุญาตของพยาบาลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างในการรับรู้ของพยาบาลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในแง่พื้นภูมิ หลังทางด้านชนบธรรมเนียม (Cultural background) ความชำนาญพิเศษเฉพาะสาขา (อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม จิตเวช และสูติกรรม) ของพยาบาล การวินิจฉัยโรคและคุณลักษณะบางประการเช่น อายุ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วย ผลการศึกษาสรุปได้ว่า องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของพยาบาลตามลำดับคือ การวินิจฉัยโรค คุณลักษณะ

¹Ruth McCorkle, "Effects of Touch on Serious Ill Patients,"
Nursing Research 23 (March - April 1974) : 125-132.



บางประการของผู้ป่วย (ยกเว้นเพศของผู้ป่วย) และทัศนคติทางด้านขนบธรรมเนียมของพยาบาล ส่วนความชำนาญพิเศษเฉพาะสาขาของพยาบาลกล่าวได้ว่าแทบจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของพยาบาลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแต่อย่างใด กล่าวนัยหนึ่งก็คือ ระดับความรู้ความชำนาญของพยาบาลไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ว่าจะทำให้พยาบาลรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้มากน้อยแตกต่างกัน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นขั้น เริ่มแรกในการหาความมีนัยสำคัญทางรูปธรรมของตัวแปรซึ่งทำให้เกิด ความแตกต่างในการรับรู้ของพยาบาลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย¹

ค.ศ. 1970 ดาวิทซ์ และคณะ² (Davitz and Others) ได้ทำการศึกษาเป็นอนุกรม ลำดับที่ 2 ต่อเนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้โดยได้เน้นความหมายของความทุกข์ทรมานว่าเป็น ผลรวมของความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ศึกษาถึงความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการอนุมานของพยาบาลในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและมีรายละเอียดมากยิ่งขึ้น การศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้ความเจ็บปวดทางกาย ความทุกข์ทรมานของจิตใจ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการสื่อความหมาย (Communication) ของผู้ป่วย

เบียร์, ดาวิทซ์ และ ลิบ (Baer, Davitz and Lieb) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการอนุมานความเจ็บปวดทางร่างกายและความทุกข์ทรมานของจิตใจในความสัมพันธ์กับการสื่อความหมายด้วยการแสดงออกโดยคำพูด (Verbal) และการแสดงออกทางกิริยาท่าทางของผู้ป่วย (Nonverbal) โดยนัยแห่งความเชื่อที่ว่า ความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานของจิตใจนั้น ผู้ป่วยจะสื่อความหมายให้พยาบาลหรือผู้อื่นรับรู้ได้ 2 ลักษณะคือ การสื่อความหมายด้วยวาจา และ

¹Lois Jean Davitz, Sydney Harrison Pendleton and Members of the Class of TN 4600, "Nurses' Inferences of Suffering," Nursing Research 18 (March-April 1969) : 100-107.

²Lois Jean Davitz and Others, "Inferences of Physical Pain and Psychological Distress," Nursing Research 19 (September-October 1970) : 388.

กรียาทำทาง ปัญหาก็คือว่า ทั้งสองลักษณะนี้จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของพยาบาลหรือนุคลากรอื่นอย่างไร แตกต่างกันไปหรือไม่ และพยาบาลจะรับรู้ต่อการแสดงออกของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานโดยวาจาของผู้ป่วยแตกต่างกันไปอย่างไรกับกรียาทำทางของผู้ป่วย ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และแพทย์ จากโรงพยาบาลท้องถิ่นและสถานสังคมสงเคราะห์ จำนวน 74 คน กลุ่มละเท่า ๆ กัน เครื่องมือที่ใช้คือแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้สถานการณ์ของผู้ป่วย 16 คู่ รวม 32 ข้อ ในแต่ละสถานการณ์จะมี 2 มาตรการ มาตรการแรกเป็นการวัดระดับความเจ็บปวดทางกาย และมาตรการที่สองเป็นการวัดระดับความทุกข์ทรมานของจิตใจ ผู้ทำแบบทดสอบจะให้ค่าคะแนนแบบมาตรา ประเมินค่าตามลำดับต่ำสุดถึงสูงสุด 8 คำ (จาก 0-7) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบหาความแปรปรวน ผลของการวิจัยพบว่าบุคลากรทั้ง 3 กลุ่มประเมินค่าหรือรับรู้ต่อความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ แพทย์และพยาบาลประเมินค่าความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยต่ำสุด เป็นลำดับ ผู้วิจัยได้อธิบายว่าสิ่งเหล่านี้ อาจเนื่องมาจาก แพทย์และพยาบาลทำงานอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เจ็บปวดตลอดเวลาและทุกวัน สภาพความเจ็บปวดความทุกข์ทรมานที่เห็นอยู่เป็นประจำจะทำให้เกิดความชิน และรับรู้ต่อสิ่งเหล่านั้นลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดเจน และอีกประการหนึ่ง การที่แพทย์และพยาบาลเผชิญกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา นั้นจะทำให้เกิดการสร้างเกราะหุ้มรอบตัวไม่ให้เผชิญกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ก็คือการสร้างปราการกั้นความรู้สึกไม่ให้อ่อนไหวไปตามสถานการณ์เหล่านั้น เพื่อที่จะรักษาสุขภาพจิตของตนเอง และในขณะเดียวกันก็เหมือนขัดกั้นการรับรู้ของตนเองต่อความเป็นจริงของผู้ป่วย ส่วนนักสังคมสงเคราะห์นั้นพบว่าประเมินค่าความเจ็บปวดทุกข์ทรมานสูงสุด ซึ่งผู้วิจัยให้เหตุผลว่า อาจเนื่องมาจากพื้นฐานการศึกษาของนักสังคมสงเคราะห์ หรือโดยตามความเป็นจริงแล้วนักสังคมสงเคราะห์ไม่ได้มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีปฏิกริยาตอบสนองสอดคล้องกับผู้ป่วยได้มากกว่าแพทย์และพยาบาล

เป็นที่น่าสังเกตว่าบุคลากรทุกกลุ่มอนุมานความเจ็บปวดทางกายโดยใช้การสื่อความหมายด้วยวาจา มากกว่าการใช้กรียาทำทาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทางกาย การใช้วาจาบอกถึงความเจ็บปวดจะทำให้ได้รับความสนใจ เหตุผลอาจเป็นเพราะว่า พยาบาล แพทย์และ

ฝึกสังเกตสังเกตการเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยประจำวันอาจไวต่อสัญญาณทางคำพูดมากกว่า และเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของจิตใจ บุคลากรทุกกลุ่มจะให้คำแนะนำการแสดงออกด้วยกิริยาท่าทางสูงกว่าการแสดงออกด้วยวาจา ซึ่งบ่งชี้ว่าบุคลากรทางการแพทย์รับรู้ความทุกข์ทรมานของจิตใจผู้ป่วยจากการแสดงออกทางกิริยาท่าทางมากกว่าการบอกกล่าวของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาคุณค่าคะแนนความทุกข์ทรมานทั้งหมด บุคลากรทั้ง 3 กลุ่มให้ความสำคัญของการแสดงออกทางวาจาสูงกว่ากิริยาท่าทาง ซึ่งแสดงว่าถ้าผู้ป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การบอกบุคลากรบุคลากรมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าจะมีความเจ็บปวดทรมานจริงมากกว่าการที่ผู้ป่วยใช้กิริยาท่าทางแสดงออก ผู้วิจัยให้ข้อสันนิษฐานว่า จะเป็นไปได้หรือไม่ว่าในผู้ป่วยที่เจ็บปวดไม่พูดถึงความเจ็บปวดทรมานที่เขากำลังได้รับอยู่ หรือผู้ป่วยไม่สามารถจะพูดได้แล้วสิ่งเหล่านี้จะถูกมองข้ามไป ¹

ส่วนที่ 2 การรับรู้ต่อความเจ็บปวดทางกาย ความทุกข์ทรมานของจิตใจ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระยะของความเจ็บป่วย (Stage of Illness) และอาชีพของบุคคลผู้รับรู้

เลนเบอร์ก, แกลส และ ดาวิทซ์ (Lenberg, Glass and Davitz) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาหาความแตกต่างในระดับการรับรู้ระหว่างบุคคลที่มีอาชีพแตกต่างกัน ต่อความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานของจิตใจในค่านระยะของความเจ็บป่วย โดยได้ศึกษาในกลุ่มบุคคลต่างอาชีพ ระหว่างกลุ่มผู้ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรงกับกลุ่มผู้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษายาบาลคือ นางซีในคริสตนิกาย และครู เหตุผลในการนำเอากลุ่มผู้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษายาบาลดังกล่าวมาศึกษา ก็โดยนัยแห่งความเชื่อที่ว่า นางซีในคริสตนิกายจะมีพื้นฐานทัศนคติทางด้านศาสนาและปรัชญาในแนวทางการดำเนินชีวิตที่แน่นอนและมีรูปแบบที่เด่นชัด สิ่งเหล่านี้ทำให้เป็นบุคคลที่รับรู้ได้เร็วและไวต่อความรู้สึกทุกข์ทรมานของผู้อื่น อันจะส่งผลให้มีการอนุมานระดับความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของ

¹Eva Baer, Lois Jean Davitz and Renee Lieb, "Inferences of Physical Pain and Psychological Distress in Relation to Verbal and Nonverbal Patient Communication," Nursing Research 19 (September-October 1970) : 388-392.

บุคคลอื่น และครูผู้ซึ่งมีพื้นฐานการศึกษาและมีปรัชญาเช่นเดียวกัน การอบรมและปลูกฝังรากฐานในวิชาชีพครูให้มีความรู้สึกไวต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของเด็กและผู้ปกครอง สิ่งเหล่านี้จะทำให้ครูรับรู้ต่อความรู้สึกของบุคคลอื่นได้เร็ว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำใน 4 กลุ่มอาชีพ ได้แก่ พยาบาล 33 คน แพทย์ 30 คน ครู 32 คน และแม่ชีในคริสตนิกาย 36 คน ใช้แบบสอบถามมีหลักเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกับแบบทดสอบที่ใช้ศึกษาในส่วนแรก ประกอบด้วยสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะการเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งเฉพาะลงไป 36 สถานการณ์ จากการศึกษาพบว่าทั้ง 4 กลุ่มให้คะแนนของความทุกข์ทรมานด้วยจิตใจสูงกว่าความเจ็บปวดทางกาย และพบว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาอบรมมาเพื่อที่จะให้มีความสามารถรับรู้และตอบโต้ได้อย่างรวดเร็วต่อสภาพการณ์ของผู้ป่วยกลับเป็นผู้ให้ค่าคะแนนของความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานของจิตใจต่ำกว่าบุคคลในกลุ่มอื่น ค่าคะแนนการประเมินของทั้ง 4 กลุ่ม เรียงตามลำดับคือ นางชีในคริสตนิกายให้ค่าคะแนนมากเป็นอันดับแรก ต่อมาเป็นครู พยาบาล และแพทย์ในที่สุด

สำหรับความสัมพันธ์ของค่าคะแนนความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานของจิตใจกับระยะของความเจ็บป่วยปรากฏว่า แพทย์และพยาบาลให้ค่าคะแนนใกล้เคียงและค่อนข้างสูงเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของการพยากรณ์โรค (Prognosis phase) และจะให้ค่าคะแนนปานกลางในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย (Onset phase) และต่ำสุดในระยะรักษา (Treatment phase) ซึ่งตรงข้ามกับการให้ค่าคะแนนของนางชีและครูซึ่งจะให้ค่าคะแนนสูงไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะใดของความเจ็บป่วย ผู้วิจัยอภิปรายว่า อาจเนื่องมาจากแพทย์และพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมมากกว่าบุคคลอื่น จึงให้ค่าคะแนนที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละระยะ ซึ่งเป็นการถูกต้องเหมาะสม แต่หากจะพิจารณาให้ลึกซึ้งแล้ว อาจเป็นไปได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะรับรู้ต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติเท่านั้น ซึ่งจะเป็นการรับรู้ที่ได้เลือกสรร (Highly selective) และเกี่ยวเนื่องกับระดับความรุนแรงและระยะสุดท้ายของโรคเท่านั้น การให้ค่าคะแนนต่ำสุดในระยะรักษานั้น อาจเนื่องมาจากว่าแพทย์และพยาบาลมีความเชื่อมั่นแฝงอยู่ว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจย่อมจะลดน้อยลงกว่าในระยะก่อนได้รับการรักษา แต่อย่างไรก็ตามก็ไม่อาจจะเชื่อได้ว่าผู้ป่วยจะไม่ทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ได้รับในเมื่อภาวะเครียดที่เกิดจากการรักษา เป็นสิ่งที่พบได้เสมอ

การศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า ลักษณะของอาชีพจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล และในขณะที่เกี่ยวกับการรับรู้นั้นก็ขึ้นอยู่กับระยะของความเจ็บป่วย และการที่กลุ่มผู้ถูกศึกษาทั้งหมดได้ประเมินค่าความทุกข์ทรมานของจิตใจสูงกว่าความเจ็บปวดทางกาย ผู้วิจัยให้ความเห็นว่าอาจสืบเนื่องมาจากแนวโน้มของการศึกษา และสื่อสารมวลชนในปัจจุบันมองเห็นความสำคัญและ เน้น เกี่ยวกับภาวะจิตใจของมนุษย์มากยิ่งขึ้น¹

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเจ็บปวดทางกาย ความทุกข์ทรมานของจิตใจ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับชั้นปีที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาล

เลนเบิร์ก, เบิร์นไซด์ และ ดาวิทซ์ (Lenburg, Burnside and Davitz) ได้ทำการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาความแตกต่างในการรับรู้ต่อความเจ็บปวดทางกาย และความทุกข์ทรมานของจิตใจของนักศึกษาในระดับต่างชั้นปี โดยเน้นแห่งความเชื่อที่ว่า วัตถุประสงค์หลักในหลักสูตรพยาบาล ก็คือการเตรียมนักศึกษาสำหรับปฏิบัติวิชาชีพ ในการจัดการเรียนการสอนสิ่งที่ต้องการ เป็นผลลัพธ์ออกมาคือความเปลี่ยนแปลงของผู้เรียนตามที่วัตถุประสงค์ของหลักสูตรได้ระบุไว้ ปัญหาอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงของผู้เรียนนั้นสอดคล้องไปกับโปรแกรมการศึกษาในแต่ละชั้นปีหรือไม่ ผู้วิจัยได้เลือกนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 ของ 4 มหาวิทยาลัยชุมชน จำนวนรวม 258 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยสถานการณ์ 40 สถานการณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินค่าคะแนนการรับรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ 2 มาตรา คือความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานของจิตใจ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาทั้งหมดให้ค่าคะแนนความทุกข์ทรมานของจิตใจอยู่ในระดับสูงกว่าความเจ็บปวดทางกาย การมีลักษณะ เช่นนี้ผู้วิจัยให้ความเห็นว่า อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการศึกษาปัจจุบัน เน้นที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ เมื่อเกิดความเจ็บปวด และพบว่ามีความแตกต่างของการรับรู้ของนักศึกษาทั้งสองชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ให้ค่าคะแนนของความเจ็บปวดทางด้านร่างกายสูง ในขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ให้ค่าคะแนนของ

¹Carrie Byrd Lenburg, Helen P. Glass and Lois Jean Davitz, "Inferences of Physical Pain and Psychological Distress in Relation to the Stage of the Patient's Illness and Occupation of the Perceiver," : 392-398.

ความทุกข์ทรมานสูงกว่าความเจ็บปวดทางกาย ผู้วิจัยให้ความเห็นว่า อาจเนื่องมาจากกระบวนการศึกษาและประสบการณ์บนหอผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ กล่าวคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของหลักสูตรพยาบาลจะได้รับการศึกษาในวิชาทั่วไปมาก เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ฯลฯ ทำให้นักศึกษาเข้าใจในตัวเองและบุคคลอื่น แต่เมื่อนักศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 จะเข้ามาสัมผัสกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย และมีภาระกิจประจำวันในการดูแลผู้ป่วยจำเจ การไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยจะลดน้อยลง จึงมีแนวโน้มที่จะรับรู้ต่อความเจ็บปวดทางกายน้อย ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า อาจารย์พยาบาลควรได้มีการชี้แนะให้นักศึกษาให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยพิจารณาผู้ป่วยทั้งบุคคลจึงจะแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ ¹

การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษานำร่อง เพื่อเตรียมงานวิจัยลำดับต่อมา ประโยชน์จากการศึกษานำร่องนี้ ทำให้มีข้อบ่งชี้ถึงศักยภาพที่มีคุณค่าที่จะใช้ เป็นแนวทางสำหรับการสร้างทฤษฎีการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดพื้นฐานสำหรับจำแนกตัวแปรที่มีนัยสำคัญของงานวิจัยต่อมา และทำให้สามารถสร้างแบบสอบถามมาตรฐานสำหรับวัดการรับรู้ของพยาบาลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ในปี 1980 และ 1981 คาริธซ์ และ คาริธซ์ (Davitz and Davitz) ได้เสนอผลงานวิจัยในทำนองเดียวกันแต่มีวัตถุประสงค์ที่จะเน้นถึงการรับรู้ของพยาบาลต่อความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยศึกษาตัวแปรต่าง ๆ เพื่อนำมาประมวลสร้างทฤษฎีการพยาบาลและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป คาริธซ์ และ คาริธซ์ (Davitz and Davitz) ได้เสนอชุดของการศึกษาเป็นลำดับอนุกรมดังนี้ ^{2,3}

¹Carrie Byrd Lenburg, Helen Burnside and Lois Jean Davitz, "Inferences of Physical Pain and Psychological Distress in Relation to Length of Time in the Nursing Education Program," Nursing Research 19 (September - October 1970) : 399-401.

²Lois L. Davitz, Joel R. Davitz and Charlene F. Rubin, Nurses' Responses to Patients' Suffering (New York : Springer Publishing Co., 1980) : 6-106.

³Joel R. Davitz and Lois L. Davitz, Inferences of Patients' Pain and Psychological Distress : Studies of Nursing Behaviors (New York : Springer Publishing Co., 1981) : 17-167.

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับความเชื่อของพยาบาลและคุณลักษณะของผู้ป่วย ได้ทำการศึกษาตัวแปรทางด้านผู้ป่วยที่จะมีอิทธิพลต่อพยาบาลในการอนุมานความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ได้แก่ สถานะภาพทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วย อายุ ชาติพันธุ์ และธรรมชาติของโรคหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษา เป็นพยาบาลประจำการของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง New York โดยแต่ละตัวแปรศึกษาในกลุ่มพยาบาล 1 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบทดสอบ Standard Measure of Inferences of Suffer/มีสถานการณ์ของผู้ป่วย 60 สถานการณ์ ประกอบด้วยโรคและการบาดเจ็บ 5 โรคคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ และโรคทางด้านจิตเวช แต่ละโรคจะมีความรุนแรง 2 ระดับคือ รุนแรงน้อยและรุนแรงปานกลาง มีเพศของผู้ป่วยคือเพศหญิงและเพศชาย ระดับอายุของผู้ป่วยที่ใช้คือ 4-12 ปี 30-45 ปี และ 65 ปีขึ้นไป แต่ละโรคจะเปรียบเทียบเป็นคู่ ของระดับความรุนแรงของโรค เพศ และระดับอายุของผู้ป่วย แต่ละสถานการณ์จะมี 2 มาตรการ มาตรการแรกเป็นการวัดระดับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย มาตรการที่สองเป็นการวัดระดับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ แต่ละมาตรการให้ผู้ทำแบบทดสอบให้คะแนนแบบมาตราประเมินค่าจากระดับต่ำสุดถึงสูงสุด 7 ค่า แบบทดสอบนี้ได้ทำการหาค่าความเที่ยงแล้ว มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบความแปรปรวน ผลการวิจัยพบว่า

1.1 สถานะภาพทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ใช้อาชีพเป็นดัชนีชี้วัด แบ่งฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับคือ สูง กลาง ต่ำ พบว่าการอนุมานความเจ็บปวดทางกายมีความเกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วย กล่าวคือผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ พยาบาลเชื่อว่ามีความเจ็บปวดทรมานมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมในระดับปานกลางและสูง ส่วนความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจพบว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วย แต่ถึงแม้พบว่าโดยทั่วไปพยาบาลมีแนวโน้มที่จะให้ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำมีความเจ็บปวดทรมานสูง แต่ก็พบว่าธรรมชาติของโรคบางโรคได้แก่โรคหัวใจ และหลอดเลือด พยาบาลมีความเชื่อว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงจะมีความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำที่เป็นโรคนี

1.2 อายุของผู้ป่วย ได้แบ่งอายุของผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มอายุคือ เด็กอายุ 4-12 ปี วัยรุ่นระยะท้ายและวัยรุ่นหนุ่มสาว 17-25 ปี วัยกลางคน 30-40 ปี และคนชราอายุมากกว่า 65 ปี

ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ป่วยมีอิทธิพลเพียงเล็กน้อยต่อการอนุมานความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย และพยาบาลเชื่อว่าเด็กอายุ 4-12 ปี มีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้โดยให้เหตุผลว่าเด็กในกลุ่มอายุนี้อย่างไม่รู้จักคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นจากโรค จึงมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจน้อยกว่า และเมื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ของอายุกับความรุนแรงของโรค และเพศ พบว่าพยาบาลมีแนวโน้มที่จะมองดูเด็กและคนชราคล้ายคลึงกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 17-25 ปี และ 30-45 ปี

1.3 ชนิดพันธุ์ของผู้ป่วย ได้แบ่งชนิดพันธุ์ของผู้ป่วยออกเป็น 6 เชื้อชาติคือ เชื้อชาติตะวันตก เชื้อชาติเมดิเตอร์เรเนียน เชื้อชาติผิวดำ เชื้อชาติสเปน เชื้อชาติฮิว เชื้อชาติผิวขาว/เยอรมัน ผลการวิจัยพบว่า ชนิดพันธุ์ของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาของพยาบาลต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยทั้งในมิติความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย และมิติความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และในมิติทั้งสองของความทุกข์ทรมาน พยาบาลจะมองเห็นผู้ป่วยเชื้อชาติฮิวและเชื้อชาติสเปนมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด ส่วนผู้ป่วยเชื้อชาติตะวันตกและเชื้อชาติผิวขาว/เยอรมัน มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลรับรู้ว่าคุณป่วยชาวฮิวมีความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมากที่สุด ในรายชื่อที่เป็นโรคทางด้านจิตเวชและโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.4 โรคของผู้ป่วย แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 80 โรคและการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งพยาบาลจะต้องพบโรคเหล่านี้อยู่เสมอในการปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลให้พยาบาลอนุมานความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ซึ่งแบบทดสอบต่างจากแบบทดสอบที่ใช้ศึกษา เรื่องที่ได้กล่าวไปแล้วคือ ไม่ได้ให้ข้อมูลอื่นเกี่ยวกับผู้ป่วยแต่ให้พยาบาลอนุมานความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ในเฉพาะโรคตามที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ผลการวิจัยพบว่า โดยทั่วไปพยาบาลมีแนวโน้มที่จะอนุมานระดับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจสูงกว่าความเจ็บปวดทางด้านร่างกายเมื่อประเมินความทุกข์ทรมานเฉพาะโรคหรือเฉพาะการได้รับบาดเจ็บ และพบว่าในโรคต่าง ๆ เหล่านี้พยาบาลจะอนุมานความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจไม่ขึ้นอยู่กับการอนุมานความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย แต่ในโรคที่มีความพิเศษเฉพาะ ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือดที่รุนแรง และการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง พยาบาลจะอนุมานทั้งความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและความเจ็บปวดทางด้านร่างกายทั้ง 2 มิติเท่ากัน และอยู่ในระดับที่สูง สำหรับโรคที่ไม่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะที่รักษาให้หายได้ การอนุมานความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจะมี

ระดับต่ำ นอกจากนี้โรคทางจิตเวช โรคทางกายและการได้รับบาดเจ็บจะถูมองว่ามีความทุกข์
ทรมานทางด้านจิตใจอย่างมาก เมื่อโรคนั้นคุกคามถึงแก่ชีวิตหรือ เรือรังที่ทำให้เกิดความไร้สมรรถภาพ

ตอนที่ 2 ความแตกต่างในคุณลักษณะของพยาบาลที่มีผลต่อการอนุมานความทุกข์ทรมาน
ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในความแตกต่างของพยาบาลในเรื่องต่อไปนี้คือ

2.1 ความแตกต่างระหว่างบุคคลของพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับการอนุมานเกี่ยวกับ
ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาว่า ความแตกต่างระหว่างบุคคล
ของพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับ ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ความชำนาญของ
ผู้ป่วย เชื้อชาติ การเป็นผู้ที่ลดหรือเพิ่มการกระตุ้น การรายงานความเจ็บปวดของตนเอง ปฏิกริยา
ต่อความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ การมีความอดทนและความต้องการกิจกรรมการพยาบาลทางด้าน
ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในการปฏิบัติการพยาบาล จะมีผลต่อการอนุมานของพยาบาลเกี่ยวกับความทุกข์
ทรมานของผู้ป่วยหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเป็นพยาบาล 94 คน มีตำแหน่งเป็นพยาบาล
ประจำการ หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ตรวจการพยาบาล มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 1 ปีถึง 46 ปี
หรือโดยเฉลี่ย 8 ปี ส่วนใหญ่เกิดในสหรัฐอเมริกา และมากกว่า 50 คนที่มีเชื้อชาติเป็นชาวยุโรป
ทางเหนือ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดดังต่อไปนี้ 1. แบบถามเกี่ยวกับสถานภาพส่วนบุคคล 2. แบบวัด
กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลขณะให้การพยาบาล (Preference for Interpersonal
versus Technical Nursing Activities) 3. แบบวัดการอนุมานความทุกข์ทรมานมาตรฐาน
4. การรายงานประสบการณ์ความเจ็บปวดของตนเอง 5. แบบวัดแนวโน้มที่จะค้นหาหรือหลีกเลี่ยง
สิ่งที่มากระตุ้น (Reducing-augmenting Scale) 6. แบบวัดความไวของบุคคลต่อความทุกข์
ทรมาน (Repression-sensitization scale) และ 7. แบบวัดการอดทนไม่แสดงออก
(Stoicism Scale) ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่อนุมานความเจ็บปวดทางด้านร่างกายของ
ผู้ป่วยสูง มีแนวโน้มที่จะรายงานว่าตนเองมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดสูงด้วย และพยาบาล
ซึ่งมีแนวโน้มที่จะอนุมานความเจ็บปวดในระดับสูงจะเป็นผู้ที่ชอบเพิ่มการกระตุ้น อย่างไรก็ตาม
ความไวต่อความทุกข์ทรมาน การอดทน และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลไม่มีความเกี่ยวพัน
กับการอนุมานความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย ส่วนการอนุมานความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ พบว่า
มีความเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมปฏิสัมพันธ์กับบุคคลขณะให้การพยาบาล สำหรับการวิเคราะห์ตำแหน่ง

การงาน ความชำนาญบนทอผู้ป่วย พบว่าไม่ทำให้เกิดความแตกต่างในการอนุมานความทุกข์ทรมาน ส่วนเชื้อชาติพบว่าทำให้พยาบาลอนุมานความทุกข์ทรมานแตกต่างกันนอกจากนี้ผลบ่งชี้ว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมานานมีแนวโน้มที่จะมีความชอบน้อยต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการกระตุ้น มีการบ่นเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจน้อย และยอมรับทัศนคติการอดกลั้น ผู้วิจัยได้สรุปว่า ระบบความเชื่อเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของบุคคลอื่นมีอิทธิพล เนื่องมาจากประสบการณ์ของบุคคลนั้นเองต่อความทุกข์ทรมานและการเรียนรู้ทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจากสังคม การเรียนรู้จากสังคมจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่เป็นนักศึกษาพยาบาล และเมื่อเข้ามาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพในปีแรก ซึ่งจะอนุมานความทุกข์ทรมานไม่เปลี่ยนแปลง

2.2 พยาบาลที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาวัฒนธรรมของพยาบาลจะมีความเกี่ยวข้องกับการอนุมานความทุกข์ทรมานหรือไม่ โดยมีพื้นฐานของความเชื่อที่ว่า การอนุมานความทุกข์ทรมานของบุคคลอื่น เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้จากสังคม วัฒนธรรมจะเป็นสิ่งที่ทำให้มีความเหมาะสมในการให้การอนุมานและสนองตอบต่อสัญญาณความทุกข์ทรมานของบุคคลอื่น บางสังคมประชาชนมีความเชื่อว่าโรคบางโรคก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมาก แต่ในสังคมอื่นอาจมีความเชื่อว่าโรคเดียวกันนี้มีความทุกข์ทรมานน้อย ดังนั้นระบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บปวดจะมีอิทธิพลต่อกาอนุมานของพยาบาล ในทำนองเดียวกัน ในวัฒนธรรมหนึ่งการเก็บกอดและการควบคุมอารมณ์จะได้รับการสรรเสริญ ดังนั้นบุคคลในวัฒนธรรมจะคาดหวังว่ามีความทุกข์ทรมานน้อย แต่ในอีกวัฒนธรรมหนึ่งการแสดงออกทางอารมณ์จะได้รับการสรรเสริญ สมาชิกในสังคมอาจคาดหวังว่ามีความทุกข์ทรมานสูงสุดในการอนุมานความทุกข์ทรมานของผู้ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ นอกจากนี้ระบบความเชื่อทางด้านวัฒนธรรม เกี่ยวกับอายุและเพศจะมีอิทธิพลต่อการอนุมานความทุกข์ทรมาน บางสังคมให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ บางสังคมให้คุณค่าแก่เด็ก หรือการรับรู้เกี่ยวกับบทบาททางเพศของหญิงและชายที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้มีเหตุผลพอที่จะทำนายว่าทำให้พยาบาลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันอนุมานความเจ็บปวดแตกต่างกัน นอกจากนี้ความเชื่อในมนโถงที่ว้าวุ่นร่างกายกับจิตมีความเกี่ยวข้องกัน หรือจิตมีความสำคัญกว่ากาย ของแต่ละวัฒนธรรม ก็มีผลกระทบต่อการอนุมานของพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจได้เช่นเดียวกัน การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในพยาบาล 544 คนจากประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น เปอร์โตริโก เกาหลี ไทย และได้ค้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Standard Measure of Inferences of Suffering

ซึ่งแปล เป็นภาษาของชาติที่ศึกษา ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลทุกชาติที่ศึกษามีความแตกต่างกันในการ
 อนุমানความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งสนองสมมติฐานที่ว่า วัฒนธรรมประจำชาติมีอิทธิพลต่อการ
 อนุমানของพยาบาล เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติระหว่างการอนุমানทั้งในด้านความเจ็บปวดทางกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจที่ให้
 แก่ผู้ป่วยใน 5 โรคของพยาบาลทั้ง 6 ชาติ และมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระดับความรุนแรงของโรค
 กับวัฒนธรรมประจำชาติของพยาบาลในส่วนระดับอายุของผู้ป่วย การวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่า
 ทั้งความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ มีความ
 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลญี่ปุ่น เกาหลี ไทย ไต้หวัน ให้ระดับความเจ็บปวดทาง
 ด้านร่างกายสูงสุดในผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยสูงอายุเป็นลำดับต่อมา พยาบาลอเมริกันให้ความเจ็บปวด
 ทางด้านร่างกายแก่ผู้ป่วยสูงอายุสูงสุด และผู้ป่วยเด็กเป็นลำดับต่อมา พยาบาลอเมริกัน ญี่ปุ่น
 เปอร์โตริโก ไต้หวัน ให้ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยสูงอายุสูงที่สุด และให้เป็นลำดับต่อ
 มาในกลุ่มอายุ 35-45 ปี พยาบาลเกาหลี ไทย ให้การอนุমানความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจสูงสุด
 แก่ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 33-45 ปี และผู้ป่วยสูงอายุเป็นลำดับต่อมา เกี่ยวกับเพศของผู้ป่วยพบว่ามีความ
 แตกต่างของการอนุমানของพยาบาลชาติต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยเพศชาย และไม่ว่า
 จะเป็นผู้ป่วยเพศหญิงหรือเพศชาย พยาบาลจะให้ระดับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจสูงกว่าความ
 เจ็บปวดทางด้านร่างกายเสมอ โดยทั่วไปแล้วพยาบาลชาติต่าง ๆ จะให้การอนุমানความเจ็บปวด
 ทางด้านร่างกายแก่ผู้ป่วยเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

2.3 การเปรียบเทียบการอนุমানความทุกข์ทรมานที่ให้แก่ผู้ป่วยระหว่างพยาบาลผิวดำ
 และพยาบาลผิวขาว จุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาการอนุমানของพยาบาลผิวดำและผิวขาวที่ให้แก่ผู้ป่วยผิวดำ
 และผิวขาว ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ซึ่งเป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติของพยาบาล
 และเชื้อชาติของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคั้งนี้ เป็นพยาบาลผิวดำ 76 คน พยาบาลผิวขาว
 76 คน แบ่งกลุ่มพยาบาลผิวดำ 38 คน ให้อนุমানความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยผิวดำ อีก 38 คนให้
 อนุমানความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยผิวขาว และในกลุ่มพยาบาลผิวขาวก็กระทำเช่นเดียวกัน แบบวัดที่
 ใช้ในการวิจัยคือ Standard Measure of Inferences of Suffering ผลการวิจัยพบว่า
 พยาบาลผิวดำและผิวขาวอนุমানความเจ็บปวดทางด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน และการอนุমানความ
 เจ็บปวดที่ให้แก่ผู้ป่วยผิวดำและผิวขาวไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ

โดยทั่วไปแล้วพยาบาลมีค่าอณูมาณความทุกข์ทรมานทางค้ำานจิตใจของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยผิวดำ หรือผิวขาว สูงกว่าพยาบาลผิวขาว จึงพอสรุปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้การอณูมาณความทุกข์ทรมานทางค้ำานจิตใจขึ้นอยู่กัับเชื้อชาติของพยาบาล ไม่ได้ขึ้นอยู่กัับเชื้อชาติของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณคดีและการวิจัย จะเห็นได้ว่าความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่ สลับซับซ้อน การประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กัับผู้ประเมินคือตัวพยาบาลที่ ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยตลอดเวลา ขณะปฏิบัติงานประจำวัน จึงควรทำการศึกษาเพื่อ ทราบข้อเท็จจริงและผลที่ได้จะได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลได้มีการประเมิน ระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย