

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการที่ประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วร่วมกับความเจริญด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการรักษา โดยเฉพาะด้านศัลยศาสตร์และวิสัญญีวิทยาส่งผลดีในด้านการรักษาโรคด้วยการผ่าตัดได้มากขึ้นกว่าในอดีต (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวนมากขึ้น (Lee et al., 2004) อย่างไรก็ตามเมื่อมีการผ่าตัดย่อมมีผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะความปลอดภัยหลังการผ่าตัด (Potter & Perry, 2003) ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บถูกทำลายเพิ่มขึ้น (Albrecht, & Moecke et al., 2000) โดยปลายประสาทรับความรู้สึกปวดบริเวณเนื้อเยื่อเหล่านี้ถูกกระตุ้น (Christoph, 1994; Kitcatt, 2000) ร่วมกับเนื้อเยื่อที่ได้รับกษัยนทรายจะปล่อยสารเคมีออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดทำให้เกิดการรับรู้อาการปวด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Craven & Hirmler, 2003)

ความปวดภายหลังการผ่าตัดจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาสั้นๆ มีระดับความปวดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง (Angela, 2009) และความปวดจะค่อยๆ ทุเลาลง หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่การตอบสนองความปวดในผู้สูงอายุพบว่ามีความแตกต่างจากวัยอื่น และในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน (Gianni et al., 2009) พบว่า มีการแสดงออกของความปวด (Barnett, 2003; American Society of Anesthesiologists [ASA], 2004) และความทนต่อความปวดของผู้สูงอายุแตกต่างกัน (Sein & Groh, 2002) ซึ่งการตอบสนองที่แตกต่างกันนี้เป็นผลให้การจัดการความปวดในผู้สูงอายุแตกต่างจากวัยอื่น และแตกต่างเป็นรายบุคคล มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมากกว่าวัยอื่น (Prowse, 2005)

ผลกระทบจากความปวดหลังผ่าตัด นอกจากความไม่สุขสบายจากความปวดแผลผ่าตัดแล้ว ความปวดจากบาดแผลยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดผลลัพธ์การผ่าตัดในทางลบมากขึ้น (Herr et al., 2004) ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเข้าออกลึกๆ และไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้ เนื่องจากความปวดจากบาดแผลที่ทรวงอก ทำให้เกิดการกั๊กตัวของเสมหะ อาจทำให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพองและปอดบวมเฉพาะที่ตามมาได้ ทั้งนี้เพราะความปวดแผลผ่าตัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง หรือไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย (Berry, 2000; Christensen, 2003; Craven & Hirmler, 2003) มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้เกิดอาการท้องอืดจากการกั๊กของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้

(พงศักรตี เจาทะเกษตริณ, 2547; Cousins & Power, 1999) และยังมีผลให้เกิดการกั้งของเลือดดำ บริเวณส่วนลึกของขา ร่วมกับการที่ผู้ป่วยไม่ขยับขาเป็นเวลานานๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดใน หลอดเลือดดำส่วนลึกของขา มีการตอบสนองของต่อมไร้ท่อมากขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน คอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) มากกว่าปกติ ทำให้ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน ส่งผล ให้แผลหายช้า (Berry, 2000; Christensen, 2003; Cousins & Power, 1999; Potter & Perry, 2003) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อแบบแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ (ปีลันซ์ ลิขิตกำจร, 2546) เป็นผลให้ ความสามารถของร่างกายลดลง (functional ability) (Bennett & Marie, 2002) ทำให้การฟื้นฟูสภาพ หลังผ่าตัดช้า (Clarke & Carty, 2001; Cousins & Power, 1999) ระยะเวลาในการอยู่รักษานานขึ้น และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (Wemer et al., 2005) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ กระบวนการชราที่ เกิดขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้างต้นมากขึ้น (Egbert, 1996 cited in Herr, 2004)

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่สลับซับซ้อนและหลากหลายมิติ (multidimensional component) ไม่ใช่ประสบการณ์มิติเดียว (unidimension) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2545; McGuire, 1999 cited in Dewi, 2002) จึงทำให้การตอบสนองต่อความปวดแตกต่างกัน มีทั้ง ปัจจัยทางด้านร่างกาย และปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความปวด เช่น ประสบการณ์ความ ปวดในอดีต ระดับขีดกันของความปวด ระดับความทนต่อความปวด อายุ เพศ ชนิด และตำแหน่ง ของการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึก สภาวะอารมณ์ การให้ความหมายเกี่ยวกับความปวด ระดับการศึกษา การรับรู้ข้อมูล ความเชื่อวัฒนธรรมและสังคม (Heye & Reeves, 2003; Keane, McMenamin & Polomano, 1999) ความปวดหลังผ่าตัดจึงเป็นปัญหาที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้า หากให้การรักษาพยาบาลที่ไม่เพียงพอและเหมาะสมจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพ ทุกข์ทรมาน สูญเสีย เศรษฐกิจ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Sherwood, McNeill, Starck & Disnard, 2003; Siedlieki & Good, 2006)

ความปวดในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นหรือแม้ในกลุ่มผู้สูงอายุเดียวกันๆ (Shea, Brooks, Dayhoff & Keck, 2002) ทั้งนี้เพราะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความปวด แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จิตใจและการรับรู้ แตกต่างกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าทั้งด้านทัศนคติและการแสดงออกของความปวด (Barnett, 2003; American Society of Anesthesiologists [ASA], 2004) ผู้สูงอายุบางรายมีความเชื่อว่าบุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้ไม่ สนใจความปวดที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ (Gianni, 2009) ความทนต่อความปวดของผู้สูงอายุแต่ละราย ยังมีความแตกต่างกัน (Sein & Groh, 2002) ผู้สูงอายุบางคนเชื่อว่าความเป็นผู้สูงอายุ ไม่ควรแสดง อาการปวดเพราะเป็นการแสดงออกถึงความอ่อนแอ (Mercadante & Arcuri, 2007 cited in Gianni,

2009) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีกระบวนการสูงอายুর่วมกับการเกิดความปวด จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (พงศ์การ์ดี เจาฑะเกษตริน, 2547; Horgas & McLennon, 2003) ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด เครียด แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติตัวที่จำเป็นสำหรับการผ่าตัด เช่น การออกกำลังกาย การลุกจากเตียง (ambulation) มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง หรือไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย (Berry, 2000; Christensen, 2003; Craven & Hirnle, 2003) ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนด้านสติปัญญาและความจำ ทำให้ประสบกับความรู้สึการทำงานลดลง และไม่สามารถรายงานความปวดได้จากความสามารถในการสื่อสารบทพ้อง

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังพบปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความปวดในผู้สูงอายุมี พบว่ามีความยากลำบากในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ แม้ว่าการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือการใช้ยา ซึ่ง จากการศึกษาของ Lellan (2004) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกยังคงประสบกับความทุกข์ทรมานจากความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้เพราะการตอบสนองต่อความปวดในผู้สูงอายุมีปัจจัยที่หลากหลายและแตกต่างจากวัยอื่นๆ (Shea, Brooks, Dayhoff & Keck, 2002) ทั้งนี้การใช้ยาไม่สามารถที่จะบรรเทาความปวดได้เสมอไปและอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียง หากมีการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ (Herr, 2002) อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจน้อย นอกจากนี้การศึกษาของ Collins (1999) ยังพบว่าอุปสรรคในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ มีสาเหตุจากการที่บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการความปวดและการเลือกใช้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสม แม้ว่าได้มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ตลอดเวลา แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดยังคงประสบกับความปวดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความปวด ลักษณะความปวดและ ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความปวด เพื่อสามารถจัดการความปวดในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Heye & Reeves, 2003; Keane, McMenamin & Polomano, 1999) ซึ่ง Dahl (2004) และ Jurf & Nirschl (1993) เห็นว่าการที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความปวดจะเป็นขั้นตอนแรกที่น่าไปสู่การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดได้อย่างเหมาะสม

หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้รับการดูแลช่วยเหลือและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากความปวด จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ให้บริการทางศัลยกรรมระบบทางเดินอาหารและช่องท้องในระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2550 - มีนาคม พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 70 ของผู้ป่วย และเป็นผู้สูงอายุรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 29.66 ซึ่งถือว่า

เป็นจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่น้อย และจากประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมักพบภาวะแทรกซ้อนเช่น ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน จากความปวดแผลหลังการผ่าตัด 24 -72 ชั่วโมงแรก และได้รับการจัดการความปวดด้วยยา แก้วปวดชนิดฉีด เช่น มอร์ฟีน (morphine) และ เพธิดีน (pethidine) ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดมีการแสดงออกถึงความปวดในหลายลักษณะเช่น การนอนนิ่งๆ หรือนอนอยู่ในท่าเดียวตลอดเวลาอนตัวเกร็ง ไม่เคลื่อนไหว หายใจเบาๆ ตื่นๆ ไม่งอแงแต่จะไอขับเสมหะ แต่บางคนส่งเสียงร้องครางปวด หงุดหงิด อารมณ์เสียกับญาติที่เฝ้าอยู่ข้างๆ อะอะ โวยวายร้องขอยาแก้ปวด นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ตลอดระยะ 1-2 วันแรกหลังการผ่าตัด การจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุยังมีการจัดการความปวดในผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ การใช้วิธีประเมินความปวดในผู้สูงอายุชนิดเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยวัยอื่นๆ และมีการประเมินความปวดไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งพบว่าการจัดการความปวดที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ คือ การให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา และเมื่อความปวดยังไม่บรรเทาลงจะรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาการให้ยาซ้ำ ในการปฏิบัติงานพยาบาลเพื่อนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามาร่วมกับการรักษาทางยายังมีน้อยจากภาระงานที่มีมากขึ้น เนื่องจากความไม่เข้าใจในความปวดของผู้สูงอายุที่มีผลจากปัจจัยต่างๆ นอกจากนี้การจัดการความปวดของพยาบาลยังมีความแตกต่างกัน บางคนจัดการความปวดตามพฤติกรรมแสดงออกของผู้สูงอายุ หากไม่แสดงอาการปวดด้วยการร้องขอ ก็จะไม่ให้ยาแก้ปวด บางคนให้ยาแก้ปวดตามแนวการรักษา ซึ่งจากการสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการตอบสนองความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน แม้ในกลุ่มผู้สูงอายุเองก็มีความแตกต่างกัน แต่ไม่เข้าใจชัดเจนว่าเป็นผลจากเหตุปัจจัยใด การจัดการความปวดที่ผ่านมายังปฏิบัติไปตามแนวทางการรักษาเท่านั้น ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความปวดของผู้สูงอายุและงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ผ่านมาจากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่มักศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรัง ส่วนการศึกษาความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในรูปแบบต่างๆ ทั้งการจัดการความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา เช่น การให้ความรู้ก่อนผ่าตัด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้เพราะบุคลากรยังไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาในผู้สูงอายุวัยน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ เป็นการศึกษาความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความปวด ได้แก่การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 70 ราย ซึ่ง

พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดอยู่ระดับปานกลาง (มยุรี สำราญญาติ และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541) การจัดการความปวดโดยใช้ยา ได้แก่ การศึกษาของ กรรวิ พุเต็มวงค์ (2548) ที่พบว่าประสิทธิผลในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดที่รายงานโดยผู้ป่วยหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อคุณภาพการดูแลความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ไม่ได้ศึกษาเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุ มีเพียงมีเพียงการศึกษาของ สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (2544) ที่ทำการสำรวจผลการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลศรีนครินทร์เพื่อศึกษารูปแบบการระงับปวดและผลการระงับปวดในวันแรกหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ส่วนการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความปวด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดว่าในต่างประเทศ มีการศึกษาของ Reid et al. (2002) ได้ศึกษาความแตกต่างของลักษณะเฉพาะของความปวด (characteristic of pain) ระหว่างวัยหนุ่มและในวัยสูงอายุ เพศชาย พบว่า อายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงความปวดและการรายงานความปวดในผู้สูงอายุ วัยหนุ่มจะรับรู้ความปวดเกี่ยวกับ ลักษณะอาการปวด รวมถึงตำแหน่ง ความถี่และความรุนแรงว่าเป็นเรื่องปกติ และแตกต่างจากผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความปวด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าหากมีการศึกษาถึงความปวด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้สูงอายุจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความปวดในผู้สูงอายุมากขึ้น ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการได้เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความปวดในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจความปวดรวมทั้งปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจและพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

## 3. คำถามการวิจัย

3.1 ความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

#### 4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับลักษณะความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยทำการศึกษาผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ช่องท้อง เต้านม และระบบทางเดินปัสสาวะที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

#### 5. คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

##### 5.1 ผู้สูงอายุ

**คำนิยามเชิงทฤษฎี** หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

**คำนิยามเชิงปฏิบัติการ** หมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

##### 5.2 ความปวด

**คำนิยามเชิงทฤษฎี** หมายถึง ประสบการณ์ทางการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บร่วมกับการทำลายหรือมีสิ่งที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย ทั้งนี้ความปวดไม่สามารถประเมินได้จากการสังเกตผู้ป่วยเท่านั้นแต่เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยบอก (The International Association for the Study of Pain:IASP, 1997 cited in Cannon, 2000) ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่รับรู้ถึงความปวดของตัวเอง (McCaffery & Pasero, 1999)

**คำนิยามเชิงปฏิบัติการ** หมายถึง ความปวดของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง เต้านม และระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ เวลาที่เริ่มปวด คุณภาพความปวด ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ และความรุนแรงของความปวดที่ได้จากการประเมินด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS)

##### 5.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด

**คำนิยามเชิงทฤษฎี** หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้การแสดงออกของความปวดประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านสรีระ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษาอาชีพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ปัจจัยด้านอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ปัจจัยด้านความรู้คิดและความจำได้แก่ประสบการณ์ความปวด ความสามารถในการสื่อสาร และด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือข่ายทางสังคม เป็นต้น (Sikorski & Barker, 2005)

**คำนิยามเชิงปฏิบัติการ** หมายถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร ช่องท้อง เต้านม ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล

เช่น เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ, ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล, ปัจจัยด้านประสบการณ์ความปวด ได้แก่ ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับข้อมูลความปวดจากการผ่าตัด ปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ การวินิจฉัยโรค วิธีการผ่าตัดตำแหน่งของการผ่าตัด ลักษณะแผลผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก ตลอดจนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดซึ่งประเมินด้วยมาตรวัดความวิตกกังวลของกาเบอร์สัน (Gaberson, 1991)

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสารตำราและงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับแนวคิดความปวดว่า การแสดงออกของบุคคลกลุ่มวัยต่างๆต่อความปวดหลังผ่าตัดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสรีระ ได้แก่ เพศอายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการผ่าตัด ปัจจัยด้านอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ปัจจัยด้านความรู้คิดและความจำ ได้แก่ ประสบการณ์ความปวด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวด ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น (Sikorsi & Barker, 2005) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการแสดงออกของความปวด ผ่านกลไกการควบคุมความปวด คือ การนำกระแสประสาทความปวด กระบวนการส่งกระแสประสาท การปรับกระแสประสาท และกระบวนการรับรู้ความปวด ทำให้การแสดงออกของความปวดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป

ดังนั้นกรอบแนวคิดในการศึกษาความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาความปวดครอบคลุม เวลาที่เริ่มปวด คุณภาพความปวด และความรุนแรงของความปวด ซึ่งมีผลจากปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประสบการณ์ความปวด เช่น ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับข้อมูลความปวดจากการผ่าตัด ปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ การวินิจฉัยโรค วิธีการผ่าตัดตำแหน่งของการผ่าตัด ลักษณะแผลผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ตลอดจนความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ดังภาพที่ 1

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวด

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค
2. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล
3. ประสบการณ์ความปวด ได้แก่ ประสบการณ์การผ่าตัด ประสบการณ์การได้รับข้อมูลความปวดจากการผ่าตัด
4. ปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ วิธีการผ่าตัด ตำแหน่งของการผ่าตัด ลักษณะแผลผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ทัศนคติให้ยาระงับความรู้สึก
5. ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด

### ความปวด

1. เวลาที่เริ่มปวด
2. คุณภาพความปวด
3. ความรุนแรง ของความปวด

## ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการทำวิจัย

### 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการทำความเข้าใจความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
- 7.2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการประเมินและการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม