

กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดใน
สถาบันบำราศนราดูร

Process and Outcome of Postoperative
Pain Management in Bamrasnaradura Infectious
Disease Institute

ณภัทร ไวปรีนทะ

งานวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

2560

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี จากการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สถาบันบาราศนราดรุ
ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดรุ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการวิจัย
ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศรีณยา ประสิทธิ์ศิริกุล ที่ช่วยแนะนำวิธีวิจัยและตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ ที่ช่วยแนะนำการคำนวณขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างและการเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ขอขอบพระคุณ คุณมนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์ คุณณัฐนันท์ หาญณรงค์ คุณพัชรี ศรีธัญ
รัตน์ และคุณสมถวิล อัมพรอารีกุล ที่ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณ คุณธงชัย กาสา ที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ห้องเวช
ระเบียนที่ช่วยในการสืบค้นเวชระเบียน

นางสาวณภัทร ไวกุรินทะ
ธันวาคม 2560

บทคัดย่อ

สถาบันบำราศนราดูร มีการจัดการความปวดที่เป็นรูปธรรมโดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ยังคงขาดการประเมินผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2560 และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสูติกรรม โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกกระบวนการจัดการความปวด และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษาด้านกระบวนการ พบว่า พยาบาลมีการใช้เครื่องมือในประเมินความปวด และมีการบันทึกการประเมินความปวดใน 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 98.7 สำหรับความต่อเนื่องในการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความต่อเนื่องของการประเมินความปวด คิดเป็นร้อยละ 62.7, 48.0 และ 42.7 ส่วนการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวดยังพบว่าการปฏิบัติน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.3, 20.0 และ 22.7 ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ตามลำดับ การบริหารยาเพื่อบรรเทาปวด วิธีบริหารยาแบบฉีดยาทางหลอดเลือดดำตามเวลาเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด ส่วนการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การจัดทำ รองลงมาเป็นประคบร้อน/เย็น ด้านผลลัพธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปวดที่มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดเฉลี่ย 2.05, 1.87 และ 1.66

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด และพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบรรเทาปวดให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการ ผลลัพธ์ การจัดการความปวด

Abstract

There is clear management guideline for postoperative pain management for Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. However, there are some lack in the continuity of pain management and lack of process evaluation. The purpose of this study was to present the results of postoperative pain assessment and postoperative pain management in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The study subjects were postoperative patients admitted to Bamrasnaradura Institute during April-September 2017, Purposive sampling of subjects were done in surgical ward, private surgical ward and obstetric ward. The total number of sample was 75. The records form included personal details, pain management related process and the results of pain management were used. Data were analyzed using descriptive statistics.

The study found that nurses use pain assessment tools and recorded pain assessment 100% at 24 and 48 hours postoperative, while reduce to 98.7% after 72 hours post-surgery. For continuous pain assessment (at least 3 times daily). In 24, 48 and 72 hours after surgery were 62.7%, 48.0% and 42.7% respectively. However, re-assessment of pain for more than one time at 24, 48 and 72 hours after surgery were found to be less effective (29.3%, 20.0% and 22.7%, respectively). The method of administering intravenous infection by time interval were the commonest pain management method. The most commonly non-drug-based pain relief method is to arrange the posture of patients, a hot or cold compress. Results showed that the highest mean pain scores was at 24 hours. The mean postoperative pain scores were 4.32, 3.64 and 3.21, by 24, 48 and 72 hours respectively. The lowest pain scores were 2.05, 1.87 and 1.66.

The results show that nurses should focus on continuous management of pain focus on continuous management of pain and reassessment after pain management. Development of a non-drug-based pain management model will improve the effectiveness of pain management for Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

Key words: pain management process, outcomes, pain management

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
คำถามการวิจัย	2
ขอบเขตการวิจัย	2
นิยามศัพท์	3
กรอบแนวคิด	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
ความปวดหลังผ่าตัด	4
ความหมายของความปวด	5
ประเภทของความปวด	5
ทฤษฎีความปวด	5
ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด	8
ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด	11
การจัดการความปวดหลังผ่าตัด	13
การประเมินความปวดหลังผ่าตัด	13
การจัดการความปวด	15
การบันทึกและการติดตามประเมินการจัดการความปวด	21
กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวด	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	23
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ	24
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	25
วิธีการรวบรวมข้อมูล	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	26
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	26
การอภิปรายผล	30
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	34
สรุปผลการวิจัย	34
ข้อเสนอแนะ	35
เอกสารอ้างอิง	36
ภาคผนวก	41
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	42

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ชนิดของการผ่าตัด และชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก	26
2	แสดงค่าเฉลี่ย อายุและระยะเวลาอนโรงพยาบาล	27
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกระบวนการจัดการความปวด	28
4	แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ	28
5	แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา	29
6	แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของผู้ป่วย	30
7	แสดงจำนวนและร้อยละความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย	30

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลันซึ่งปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 80 มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Ashburn & Ready, 2001; Good, 1999) โดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดความปวดจะรุนแรงมาก หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆ บรรเทาตามระยะเวลา (Ashburn & Ready, 2001) การจัดการความปวดเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลในระยะหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว (Allcock, 1996) ถ้าการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพอาจนำไปสู่ความปวดเรื้อรังได้ (Dihle A., et.al, 2006) ความปวดส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ทางด้านร่างกายเพิ่มการเผาผลาญ ทำให้แผลหายช้า มีการทำลายกล้ามเนื้อเกิดการอ่อนแรง การเคลื่อนไหวน้อยลง หายใจตื้น ปอดแฟบ ลำไส้เคลื่อนตัวน้อย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน แผลติดเชื้อ ด้านจิตใจผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า (สุนิตา อติชาติ, 2554) ส่งผลต่อเนื้อทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เกิดความไม่พอใจต่อการรักษา (Huether & Defriez, 2006; Valente, 2006)

เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดมีผลเสียดังได้กล่าวมาแล้ว การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้ สถาบันรับรองคุณภาพบริการด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations = JCAHO, 2001) ให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวด ถือเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, 2548) ซึ่งในปัจจุบันหลายโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้กำหนดการประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (สมบุรณ์ เทียนทอง และคณะ, 2550) สถาบันบาราศนราตุร ได้รับการประเมินคุณภาพการบริการ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการประกันคุณภาพการพยาบาล จากสภาการพยาบาล จึงเห็นความสำคัญกับการจัดการความปวด โดยให้ระดับความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 เช่นเดียวกัน หน่วยงานวิสัญญีเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการความปวด เป็นผู้สร้างระบบการจัดการความปวด รับผิดชอบพัฒนาความรู้แก่พยาบาล ในการนำเครื่องมือมาใช้ประเมินความปวด จัดทำแผนพับให้ความรู้ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” โดยสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ปี 2549 (มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, 2554) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน จากการสำรวจในหอผู้ป่วยในยังพบว่าการจัดการความปวดยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยไม่มีรูปแบบการประเมินความปวดที่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีการบันทึกและติดตามความปวดของผู้ป่วย หน่วยงานวิสัญญี ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จึงได้พัฒนาและกำหนดแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม (ศรัณยา ประสิทธิศิริกุล และคณะ, 2556) และนำมาปฏิบัติ ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ทำให้เกิดการ

ทำงานเป็นทีม ลดช่องว่างของการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง ช่วยลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ ทุกคนมีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด มีเครื่องมือประเมินความปวด และมีทางเลือกใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลเพื่อจัดการความปวด (Puntillo et al, 2002)

สถาบันบำราศนราดูร มีแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่เป็นรูปธรรม ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินและการบรรเทาปวด แต่ยังคงขาดการประเมินผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานวิสัญญีเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการความปวด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดถือเป็นสมรรถนะหนึ่งของวิสัญญีพยาบาล (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2549) ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาล ได้เห็นความสำคัญจึงศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการจัดการความปวด และพัฒนาสมรรถนะการจัดการความปวดของกลุ่มการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินกระบวนการการจัดการความปวดของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร

คำถามการวิจัย

1. กระบวนการการจัดการความปวดของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร เป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากการประเมินการจัดการความปวดในเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พิเศษศัลยกรรม และผู้ป่วยในสูติกรรม สถาบันบำราศนราดูร ในเดือนเมษายน – กันยายน 2560 จากการบินที่ทางโรงพยาบาล

นิยามศัพท์

กระบวนการจัดการความปวด หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ได้แก่ การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

ผลลัพธ์การจัดการความปวด หมายถึง คะแนนความปวดที่มากที่สุด และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุด ในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่พึงปรารถนาเกิดร่วมกับการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ ซึ่งผู้ป่วยแสดงออกถึงความผิดปกติด้านร่างกายเป็นความไม่สบาย ทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยบอกว่ามี ความรุนแรงของความปวดในระดับใด โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบ numeric rating scale มาตรวัดคะแนนตั้งแต่ 0-10

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของการประเมินผลคุณภาพการดำเนินงานของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) เป็นแนวทางในการศึกษาโดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะด้านกระบวนการและผลลัพธ์เป็นแนวทาง โดยอธิบายได้ดังนี้ ด้านกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ได้แก่ การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ด้านผลลัพธ์ คือ ผลจากการจัดการความปวด ประเมินคะแนนความปวดที่มากที่สุด และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ตัวชี้วัดกระบวนการและผลลัพธ์ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
2. เป็นฐานข้อมูลการพัฒนาสมรรถนะการจัดการความปวดของกลุ่มการพยาบาล
3. ประเมินคุณภาพทางการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวด
4. ประโยชน์ต่ออาสาสมัครในโครงการวิจัย อาสาสมัครในโครงการนี้อาจไม่ได้รับ

ประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัย แต่ผลการวิจัยมีประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความปวดหลังผ่าตัด
 - 1.1 ความหมายของความปวด
 - 1.2 ประเภทของความปวด
 - 1.3 ทฤษฎีความปวด
 - 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด
 - 1.5 ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด
2. การจัดการความปวดหลังผ่าตัด
 - 2.1 การประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - 2.2 การจัดการความปวด
 - 2.3 การบันทึกและการติดตามประเมินการจัดการความปวด
3. กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวด

ความปวดหลังผ่าตัด

การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อได้รับการกระตุ้นเส้นประสาทรับรู้สีกปวดบริเวณที่ทำการผ่าตัดโดยตรง ส่งผลให้เกิดความปวด ความปวดเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งร่างกายและอารมณ์ โดยเฉพาะความปวดแบบเฉียบพลันจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากกว่าความปวดเรื้อรัง อุบัติการณ์ของความปวดหลังผ่าตัด จะพบความปวดระดับปานกลางพบได้ประมาณร้อยละ 30 และความปวดระดับมากพบได้ประมาณร้อยละ 40 โดยความปวดระดับมากจะพบในการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ไต กระดูกสันหลัง กระดูกและข้อ และการผ่าตัดใหญ่อื่นๆ โดยความรุนแรงของความปวดจะมากที่สุดในวันแรกหลังผ่าตัด และลดลงในวันที่สองและสามตามลำดับ (วิชัย อินทรชัยกุลทล และคณะ 2547) ความปวดหลังผ่าตัดบางครั้งมักเกิดร่วมกับการมีสายระบาย เช่น สายระบายจากทรวงอก สายทางเดินอาหาร หรือเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อน หลายมิติ เป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ยากต่อการอธิบายและยากที่จะทำให้ผู้อื่นรับรู้ เข้าใจและประเมินได้ ความปวดแบบเฉียบพลันที่ไม่ทุเลา อาจนำไปสู่การลดคุณภาพชีวิตและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการจัดการความปวดจึงเป็นสิ่งที่มีความท้าทายที่วิชาชีพสุขภาพทุกสาขาต้องมีการประเมิน ค้นหา และจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551)

ความหมายของความปวด

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1994 as cited in Sluka, 2009) นิยามความปวดไว้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย

ประเภทของความปวด

ประเภทของความปวด สามารถจำแนกได้ตามระยะเวลาดังนี้ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551; ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2553; McGuire, 2010)

1. ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent onset) มีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด มีลักษณะจำแนกได้ชัดเจน เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย เช่น ความปวดจากแผลผ่าตัด ทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ กระตุ้นปลายประสาทรับความปวด และเกิดการตอบสนองต่อความปวดทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดแดงหดตัว และเหงื่อออกเป็นต้น มักมีระดับความปวดในระดับปานกลางถึงระดับมาก

2. ความปวดแบบเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่ดำรงต่อเนื่องยาวนานกว่าความปวดแบบเฉียบพลัน มีระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับการบาดเจ็บหรือระยะเวลาการหายของแผลนานกว่าแบบเฉียบพลัน ความปวดจะค่อยๆ เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าความปวดนั้นจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ความปวดเรื้อรังเป็นความปวดที่มีความปวดอยู่นานเกิน 3 เดือน เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกบางรายที่มีการทำลายของผิวหนังในระดับลึก (second-third degree burn) เป็นต้น มักมีระดับความปวดที่คงอยู่ และต่อเนื่องในระดับปานกลาง

ทฤษฎีความปวด

ความปวดสามารถอธิบายกลไกของการเกิดได้ด้วยทฤษฎี เช่นเดียวกับปรากฏการณ์อื่นๆ ทฤษฎีที่นิยมใช้อธิบาย ได้แก่ ทฤษฎีประตูควบคุมการปิดและเปิด (gate control theory) เมลซัค และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965 อ้างใน ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ, 2556) เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 และตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2508 ได้กล่าวว่า ร่างกายคนเรามีเส้นประสาทที่สามารถ นำส่งสัญญาณความปวดและสามารถขัดขวางสัญญาณความปวดอยู่ 4 ชนิด คือ 1) เส้นใยประสาทเอ เบต้า (A beta fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 8 um 2) เส้นใยประสาทเอ แอลฟา (A alpha fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่สุด มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 13 um เส้นใยประสาทชนิดนี้รับสัญญาณจากการกด นวด และระดับอุณหภูมิ 3) เส้นใยประสาทเอ เดลต้า (A delta fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 um 4) เส้นใยประสาทซี (C fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 um เช่นกัน เส้นใย

ประสาทสองชนิดหลังนี้รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผ่านตัวรับความรู้สึก (nociceptors) ไปที่บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลัง (spinal cord) ซึ่ง ณ ที่นี้จะมีเซลล์ชื่อ substantial gelatinosa (SG cell) เซลล์นี้มีหน้าที่ควบคุมการปิดหรือเปิดประตูของไขสันหลังว่าจะยอมให้สัญญาณความปวดเดินทางไปสู่สมองได้หรือไม่ หากสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองแล้วร่างกายจะรับรู้ความปวดได้ การปิดประตูนี้ยังขึ้นอยู่กับการส่งสัญญาณจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทั้งสองซึ่งได้แก่เส้นใยประสาทเอ เบต้า และเส้นใยประสาทเอ แอลฟา ได้เช่นกัน การปวด จะสามารถกระตุ้นให้ที่เซลล์ปิดประตูได้ (Melzack & Wall, 1965 อ้างใน ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ, 2556)

การปิด เปิดประตูที่ไขสันหลังนั้น ยังขึ้นอยู่กับระบบด้านการคิด (cognitive system) อีกด้วย เพราะกลไกการทำงานของความคิดส่วนกลาง (central cognitive mechanism) สามารถควบคุมกลไกการทำงานของประตูได้ โดยสามารถสั่งการให้ประตูปิดได้โดยผ่านการส่งสัญญาณไปทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ยับยั้งการทำงานของที่เซลล์ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สามารถเข้าใจได้ว่า เหตุใดเมื่อมีการทำงานของความคิด (cognitive) เช่น มีความเครียด หรือมีความสนใจต่อความปวดมาก บุคคลจะรู้สึกปวดมากขึ้น เพราะในสภาวะนั้นกลไกการทำงานของความคิดส่วนกลางไม่สามารถสั่งการให้ประตูปิดได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการปิดของประตูได้แก่ ความสามารถของสมองในการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า endogenous morphine หรือ endorphine โดยปกติสารสื่อประสาทตัวนี้จะสร้างจากต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ในสมอง โดยสร้างเมื่อร่างกายกำลังเผชิญกับความปวด ระหว่างออกกำลังกาย มีการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ มีเพศสัมพันธ์ ร้องไห้ หรือหัวเราะ สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทชื่อ opiate receptors ซึ่งมีจำนวนมากมายในไขสันหลัง ผลจากการจับกันได้นี้จะส่งผลให้ประตูที่ไขสันหลังปิด และหยุดการส่งสัญญาณความปวดมาที่สมองได้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าสมองเป็นตัวจัดการความปวดได้ (pain killer) ด้วยตัวเองเช่นกัน ความเข้าใจในเรื่องนี้ ทำให้สามารถเข้าใจได้ว่าความปวดจะทุเลาลงได้ หากแพทย์สั่งให้ยามอร์ฟิน ซึ่งถือเป็นสารบรรเทาอาการปวดจากภายนอกในร่างกาย (exogenous morphine) ด้วยกลไกเดียวกับ สารบรรเทาอาการปวดจากภายในร่างกาย นอกจากนี้ยังทำให้เข้าใจได้ว่า ในการลดความสนใจต่อความปวดด้วยการใช้กิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจที่สามารถจูงใจคนได้ จะลดความปวดได้ เพราะความรู้สึกชอบและมีความสุขต่อสิ่งจูงใจ (ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุดา งามขำ, 2556)

กลไกการเกิดความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดจัดเป็นการเตือนภัยอย่างหนึ่งให้แก่บุคคลเพื่อรับทราบที่กำลังได้รับอันตราย หรือมีภัยต่อตนเอง ดังนั้นความปวดจึงเป็นกลไกปกป้องร่างกายเพื่อไม่ให้เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ โดยการถอยหนีจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความปวด ความไม่สุขสบายและความตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับความปวด โดยความปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่มีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551) ซึ่ง ศศิกันต์ นิมนานรัชต์ (2553) ได้อธิบายกลไกต่างๆ ของการเกิดความปวดไว้ ดังนี้

1. ตัวรับความปวดส่วนปลาย (peripheral nociceptor) ตัวรับความปวดส่วนปลายจะมีตัวรับความปวด (nociceptor) เป็นอวัยวะรับความรู้สึกส่วนปลาย เมื่อถูกกระตุ้นด้วยตัวกระตุ้นความปวด (noxious stimulus) เช่น การทำแผล การถอดท่อระบายทรวงอก การทำหัตถการ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก จะส่งผ่านกระแสความปวดเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีตัวรับความปวดนำเข้า (nociceptive afferent) กระจายไปทั่วร่างกาย (ผิวหนัง กล้ามเนื้อ ข้อ อวัยวะภายใน เยื่อหุ้มสมอง) ตัวรับความปวดนำเข้า (nociceptive afferent) ประกอบด้วยใยประสาท 2 คือ A-delta fiber จึงเป็นเส้นใยประสาทขนาดกลางที่มีเปลือกไมอีลิน (myelin) หุ้มบางๆ และ C fiber เป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีเปลือกไมอีลิน (myelin) หุ้ม จึงส่งสัญญาณประสาทไปได้อย่างช้าๆ หลังเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่นการอักเสบ การติดเชื้อ การขาดเลือดไปเลี้ยง จะทำให้เกิดการสร้างสารเคมีหลายชนิด

2. การส่งสัญญาณความปวดในไขสันหลัง (pain transmission in the spinal cord) บริเวณปลายทางของตัวรับกระแสประสาทนำเข้ามีทั้ง excitatory amino acid เช่น glutamate และ peptide เช่น SP เป็นสารสื่อประสาท เมื่อเกิด depolarization มาถึงปลายทาง จะมีการปล่อย glutamate ไปกระตุ้นที่ postsynaptic ionotropic AMPA receptor การกระตุ้นช้าๆ ไปที่ C fiber ทำให้เกิด depolarization แบบก้าวหน้าของ postsynaptic membrane และเกิดการหลุดลอกของ magnesium plug ซึ่งเดิมอุดอยู่ที่ N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor การเพิ่มขึ้นแบบก้าวหน้าของ action potential ของเซลล์ใน dorsal horn แต่ละการกระตุ้น ทำให้มีการเพิ่มการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการกระตุ้นถัดๆ มา การกระตุ้นที่ต่อเนื่องและรุนแรงจะยิ่งเพิ่มความไวของเซลล์ประสาทใน dorsal horn จนเกิด central sensitization ได้ การเพิ่มขึ้นของ calcium ในเซลล์เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของ ion channel หรือ receptor แล้ว จะมีการเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสัญญาณผ่านช่อง synapse ได้ผลลัพธ์ออกมาคือความไวของเซลล์ในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น threshold ของการกระตุ้นลดลงเกิดความปวดได้จากการกระตุ้นด้วยความแรงต่ำ ซึ่งเดิมไม่สามารถทำให้ปวดได้ และมีขอบเขตของความปวดขยายเกินบริเวณที่ได้รับการบาดเจ็บ

3. การส่งต่อสัญญาณความปวดเข้าสู่สมอง (central projection of pain pathway) ร่างกายของคนเรามี ascending path-way สำหรับนำความปวดจากไขสันหลังส่งต่อไปยังสมองส่วนกลางสมองส่วนหน้า และ cortex spinotalamic pathway ใน lamina I และ II แล้วเชื่อมผ่าน lamina V ไปยังสมองส่วน thalamus และต่อเนื่องไปยัง somatosensory cortex ซึ่งส่งสัญญาณใน pathway นี้ จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับ sensory discriminative aspect ของความปวด เช่น ตำแหน่ง ชนิด และความรุนแรงของสิ่งกระตุ้น spinoparabracial pathway เริ่มจาก lamina I แล้วไปสิ้นสุดที่ ventromedial hypothalamus (ซึ่งเป็นที่รวมกันของข้อมูลจากการรับรู้ความรู้สึกและระบบประสาทอัตโนมัติ) และ central nucleus ของ amygdale ซึ่งเป็นสมองส่วนที่รับรู้อารมณ์ของความปวด และปลายทางอื่นๆ ในสมองได้แก่ area ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และ motivational component ของความปวด periaqueductal gray (PAG) ในสมองส่วนกลางและ rostroventromedial medulla (RVM) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตอบสนองแบบ “สู้ หรือหนี” (fight or fright) และ stress induced analgesia และ reticular formation มีความสำคัญต่อการควบคุม descending pathway

4. การควบคุมความปวดจากสมองลงมาสู่ไขสันหลัง (descending modulatory pain pathway) การควบคุมความปวดจากสมองลงมาสู่ไขสันหลัง มี descending pathway เป็นตัวควบคุมความปวดจากสมองลงมาสู่ไขสันหลัง โดยอาศัยกระบวนการปรับการส่งสัญญาณความปวดในไขสันหลังที่ presynaptic action ของ primary afferent fiber ที่ postsynaptic action ของ projection neuron หรือ intrinsic interneuron ใน dorsal horn โดยมีจุดตั้งต้นมาจากสมองส่วน cortex, hypothalamus และบริเวณก้านสมอง ระบบที่ซับซ้อนนี้สามารถทำให้เกิดผลต่อการกระตุ้นเพิ่มขึ้น เพื่อเตือนว่ามีอันตรายต่อเนื้อเยื่อเกิดขึ้นแล้วและเพื่อให้หลบหลีกเลี่ยงอันตรายนั้นได้ทันเวลาที่ ในขณะที่เดียวกันอาจให้ผลการยับยั้งมีผลระงับปวดเพื่อไม่ให้เกิดความปวดมากเกินไปจนรบกวนการดำรงชีวิตและการปฏิบัติงาน ถ้ามีความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน descending inhibitor control มีความสำคัญเพราะจะเป็นที่ออกฤทธิ์ของยาระงับปวด เช่น opioid, clonidine และยาต้านซึมเศร้า เป็นต้น

ปัจจัยที่มีต่อความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดเป็นปฏิกริยาของแต่ละบุคคลมีลักษณะเฉพาะถือว่าเป็นตัวแปรที่สำคัญในการรับรู้ประสบการณ์ความปวดจากบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่ง โดยมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อความปวด ซึ่ง ผ่องศรี ศรีมรกต (2551) กล่าวไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) สถานการณ์มีความสัมพันธ์กับความปวดและมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของบุคคล การตอบสนองต่อประสบการณ์ความปวดในรูปแบบทางการหรือรูปแบบกลุ่มอาจแตกต่างกันอย่างมากจากบุคคลแต่ละคนที่อยู่ลำพังหรือรักษาตัวในโรงพยาบาล การรับรู้ความปวดจึงมีอิทธิพลจากการวินิจฉัยโรคร่วมกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

2. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factor) เชื้อชาติ วัฒนธรรมและเผ่าพันธุ์ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตอบสนองต่อความปวดของแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อการรับรู้ทุกรูปแบบ รวมถึงการตอบสนองต่อความปวดด้วย เราเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อความปวดอย่างเหมาะสมมาจากครอบครัว กลุ่มเชื้อชาติ วัฒนธรรมที่เราอยู่ ผู้คนที่มาจากวัฒนธรรมที่หลากหลายอาจจัดการความเหมาะสมกับความปวดที่แตกต่างกัน เช่น การส่งเสียงร้องแสดงความปวดมีความเหมาะสมในสังคมอิตาลีแต่ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มสังคมชาวเยอรมัน เป็นต้น

3. อายุ (age) อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และแสดงออกถึงความรู้สึกปวด มีความแตกต่างกันบ้างในระดับความอดทนต่อความปวดซึ่งสัมพันธ์กับอายุ แต่ก็ยังมีแนวโน้มที่ไม่ชัดเจนในบางกรณี ในผู้ใหญ่บางรายไม่รายงานความปวดเนื่องจากกลัวว่าจะได้รับวินิจฉัยผิดพลาดเนื่องจากความอ่อนแอของร่างกายหรือสูญเสียการควบคุมตนเองสำหรับในผู้สูงอายุอาจเข้าใจความหมายของความปวดที่แตกต่างออกไป ความปวดอาจหมายถึงการแสดงออกของธรรมชาติของผู้สูงอายุ ซึ่งแปลความหมายได้ 2 แบบ แบบแรกผู้สูงอายุอาจคิดว่าความปวดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติที่เราต้องอดทน แบบที่สอง ความปวดเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงควมมีอายุที่เพิ่มขึ้น บ่งบอกถึงความชราภาพ ดังนั้นในบางครั้งผู้สูงอายุจึงปฏิเสธที่จะบอกถึงความปวดและแสดงความปวด

ออกมา อาจมีการแสดงอาการอื่นแทน เช่น ไม่อยากรับประทานอาหาร นอนหลับผิดปกติ ร้องไห้มี น้ำตาไหลซึมออกมา เศร้าใจ หรืออยู่นิ่งๆ ไม่ยอมขยับส่วนที่ปวด

4. เพศ (gender) เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในการตอบสนองต่อความปวด โดยเพศชายมักรายงานความปวดน้อยกว่าเพศหญิง ดังการศึกษาของซิมเมอร์แมน และคณะ (Zimmerman, Barnason, Hertzog, Young, Nieveen, Schulz, et al, 2011) พบว่า เพศหญิงมัก แสดงออกถึงความปวดมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพศกับความปวดยังขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมด้วย เช่น บาง วัฒนธรรมเพศชายเป็นผู้นำ มีความอดทน เข้มแข็ง ถูกคาดหวังให้แสดงความปวดน้อยกว่าเพศหญิง ทำให้มีการละเลย ลำเอียง ไม่ใส่ใจในคุณค่าการแสดงความปวดของเพศชาย ดังนั้นจึงไม่ควรลำเอียง ในการประเมินและเอาใจใส่เรื่องของความปวดทั้งสองเพศ

5. ความวิตกกังวล (anxiety) ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อการ ตอบสนองต่อความปวด ความวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความปวดมีความรุนแรงขึ้น ความวิตกกังวล สัมพันธ์กับการให้ความหมายของความปวด ถ้าไม่ทราบสาเหตุความวิตกกังวลความปวดจะยิ่งเลวร้าย ลง นอกจากความวิตกกังวลแล้ว ความเครียดหลังผ่าตัด เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระดับ ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ถ้ามีความเครียดมากระดับความปวดก็จะมากขึ้นด้วย (Cogan, 2010)

6. ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด (past experience with pain) ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความปวดมีผลกระทบต่อการรับรู้ความปวดในปัจจุบัน บุคคลที่เคยมี ประสบการณ์เชิงลบมาก่อนในวัยเด็ก ทำให้มีความยุ่งยากในการจัดการกับความปวดในปัจจุบัน ผลกระทบของความปวดในอดีตไม่อาจทำนายได้ชัดเจน บุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดที่มากใน อดีต อาจรับรู้ความปวดในอนาคตที่รุนแรงกว่าแม้ว่าจะได้รับยาแก้ปวดที่คล้ายคลึงกัน ในทางตรงกัน ข้ามถ้าบุคคลมองว่าประสบการณ์ในอนาคต อาจเป็นเชิงบวกมากกว่า เพราะไม่มีอะไรที่เลวร้ายไปกว่า ที่เคยมีประสบการณ์ยิ่งรุนแรงจะยิ่งทำให้บุคคลยิ่งเกรงกลัว บางคนอาจคาดหวังว่าจะพบกับความ ปวดยิ่งกว่าเดิม ในความถูกต้องเราอาจวิตกกังวลมากขึ้นและพอใจที่จะให้ความปวดบรรเทาไปอย่าง รวดเร็วมากกว่าที่เคยเป็นและไม่พอใจที่จะเผชิญกับประสบการณ์ความปวด ประสบการณ์ความปวด ที่เคยประสบมาก่อน ทำให้บุคคลรับรู้วิธีการเผชิญกับความปวดได้ว่าอาจจะใช้หรือไม่อาจใช้การ จัดการแบบใดได้

นอกจากนี้ McCaffery (1972 as cited in Lynch, 2010) ได้แบ่งระยะของ ประสบการณ์ความปวดของบุคคลไว้ เป็น 3 ระยะ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถตอบสนองในแต่ละระยะ ได้อย่างเหมาะสม คือ 1) ระยะคาดหวัง (anticipation) ระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด วิตกกังวล เมื่อรู้ตัวว่าจะต้องมีการเผชิญกับความปวดและจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความปวด หลังผ่าตัด ดังนั้นในระยะนี้ควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด การจัดการกับความปวด ความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น 2) ระยะปรากฏ (presence) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้อง เผชิญกับความปวดที่เกิดขึ้น ดังนั้นระยะนี้ควรเน้นเรื่องการระงับปวดโดยวิธีต่างๆ โดยเฉพาะการได้รับ ยาระงับปวดอย่างเพียงพอเพื่อให้อาการเกิดความทุกข์สบายมากที่สุด 3) ระยะผลที่ตามมา (aftermath) ระยะนี้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความปวดได้ ทำให้มีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดมีความสุข สบาย หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับความปวดได้ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตัวเอง

ดังนั้นระยะนี้ควรเน้นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการความปวดที่ได้รับว่ามีเพียงพอ เหมาะสมหรือไม่ เพื่อร่วมกันวางแผนจัดการกับความปวดต่อไป

7. การให้ความหมายของความปวด (meaning of pain) การให้ความหมายของความปวดได้รับอิทธิพลจากการตอบสนองต่อความปวด ถ้าทราบสาเหตุของความปวดบุคคลอาจสามารถแปลความหมายได้ดีกว่าและจัดการกับประสบการณ์นั้นได้ดีกว่า ถ้าไม่ทราบสาเหตุของความปวด ปัจจัยเชิงลบด้านจิตใจ เช่น ความกลัวและความวิตกกังวลอาจเข้ามาเกี่ยวข้องและรับรู้ความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้น ความหมายของความปวดเป็นเชิงลบ การรับรู้ความปวดอาจรุนแรงมากกว่าถ้ามีการรับรู้สถานการณ์ที่ความเจ็บปวดที่ให้ผลลัพธ์เป็นเชิงบวก เป็นต้น

8. ความคาดหวัง (expectation) ความคาดหวังของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญต่อประสบการณ์ความปวด รวมถึงการรับรู้ความปวดและประสิทธิภาพในการบำบัดความปวดเพื่อทุเลาอาการปวด นอกจากนี้ สภาวะทางอารมณ์และความรู้ที่เกิดขึ้นขณะมีประสบการณ์ ได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของผู้ป่วย ความคาดหวังเชิงบวกส่งผลถึงผลลัพธ์เชิงบวก ความคาดหวังเชิงลบนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงลบ คล้ายๆ กับความเชื่อถือศรัทธาในความสามารถในการบำบัดความปวดว่ามีประสิทธิภาพมีผลต่อระดับความปวดที่ลดลง ยกตัวอย่างเช่น การใช้ยาบรรเทาปวดที่มีฤทธิ์เหมือนกันแต่ผู้ป่วยบางรายอาจคิดว่ายาอีกตัวหนึ่งดีกว่า

9. การให้ยาระงับปวด (analgesic administration) ชนิดของยาระงับปวดและวิธีในการให้ยาระงับปวด มีผลทำให้ลดระดับความรุนแรงของความปวดแตกต่างกัน (Carroll et al, 1999) เช่น การศึกษาของโบลด์และคณะ (Boldt, Thaler, Lehmann, Papsdorf & Isagro, 1998) ได้เปรียบเทียบผลของการให้ยาระงับปวดระหว่างการให้ยาแบบปกติคือเมื่อจำเป็นหรือเมื่อผู้ป่วยร้องขอกับการให้ยาแบบผู้ป่วยควบคุมเอง (patient controlled analgesia) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดแบบควบคุมเองมีระดับความปวดน้อยกว่าและมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแบบปกติ คือเมื่อจำเป็นหรือเมื่อผู้ป่วยร้องขออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10. ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัด (type of surgery and site of surgery) ตำแหน่งและชนิดที่ใช้ในการผ่าตัดมีผลทำให้เกิดความรุนแรงของความปวดที่แตกต่างกัน (McGrath, Elgendy, Ching, Kamming & Curti, 2004) การผ่าตัดผ่านแนวกิ่งกลางของกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดความปวดในชั้นผิวหนังลึก จากการบาดเจ็บ กล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น ข้อ เยื่อหุ้มกระดูก เส้นประสาทและหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกิดความปวดได้หลายลักษณะ เช่น ปวดแปลบ ปวดตื้อ ปวดแสบปวดร้อน ปวดตบๆ ปวดร้าว เป็นต้น ความรุนแรงและตำแหน่งของความปวดมักขยายขอบเขตเกินกว่าบริเวณที่มีการบาดเจ็บจริง

11. ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (duration of operative) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดที่มากกว่า 2 ชั่วโมงทำให้มีระดับความปวดหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 2 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sommer et al, 2008) การผ่าตัดที่ใช้เวลานานกว่า 2 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับการเกิดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้มีความรุนแรงของความปวดมากกว่าที่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 ชั่วโมง เนื่องจากระยะเวลายาวนานเนื้อเยื่อมีความบอบช้ำมาก ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อ

การบาดเจ็บอย่างมาก ผู้ป่วยอาจแสดงความรุนแรงของความปวดมาก (Cogan, 2010) ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ควรให้ความสำคัญกับความรุนแรงของความปวดที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หากผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสม สามารถควบคุมความปวดได้ดี มีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสมและไม่สามารถควบคุมความปวดได้ (Sapry, Galbraith & Jones, 2000) การผ่าตัดทำให้เกิดความปวด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตราย หลอดเลือด เส้นประสาท ได้รับอันตราย ร่างกายจึงมีปฏิกิริยาตอบสนอง ต่อความปวดระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่ง ศศิกานต์ นิมนานรัชต์ (2551) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. ระบบทางเดินหายใจ ความปวดจากการผ่าตัดบริเวณทรวงอก ทำให้มีความรุนแรงของความปวดมากและเกิดได้บ่อยกว่าการผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดการเรื่องความปวดอย่างเพียงพอหรือควบคุมความปวดไม่ได้ มีผลทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหายใจเป็นอย่างมาก (Pinto & Edwards, 2008) ทำให้เกิดความผิดปกติของการหายใจผ่านการตอบสนองระบบประสาทอัตโนมัติระดับไขสันหลัง (involuntary spinal reflex response) จึงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองแบบเฉียบพลันของกล้ามเนื้อ มีการหดเกร็งในบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับการบาดเจ็บ รวมถึงบริเวณโดยรอบด้วย การขยับตัวของทรวงอกที่ลดลง ทำให้ปริมาตรหายใจ (tidal volume) และปริมาตรอากาศที่คงเหลืออยู่ในปอดหลังหายใจออกลดลง ทำให้เกิดถุงลมปอดแฟบได้ นอกจากนี้การลดลงของความจุปอด (vital capacity) ทำให้การไอ และการขับเสมหะได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้ปอดแฟบและปอดอักเสบตามมา การลดลงของปริมาตรการหายใจร่วมกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการหายใจ เป็นการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดแบบเฉียบพลันและรุนแรง มีผลทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ทำงานมากผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันเลือดและปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น การทำงานของหัวใจและความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ในขณะที่การนำออกซิเจนไปที่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง อาจทำให้กล้ามเนื้อขาดเลือดได้

3. ระบบกล้ามเนื้อ ความปวดจะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง ความปวดจะทำให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของเมตาโบลิซึม (metabolism) ของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อลีบและกลับเข้าสู่การทำงานที่เป็นปกติได้ล่าช้า

4. ระบบทางเดินปัสสาวะ การเพิ่มขึ้นของ sympathetic tone ทำให้กล้ามเนื้อหูรูด (sphincter tone) เพิ่มขึ้น เกิดปัสสาวะคั่งค้างตามมาได้

5. ระบบทางเดินอาหาร การเพิ่มขึ้นของ sympathetic tone ทำให้ sphincter tone เพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารลดลง ทำให้เกิดลำไส้อืด (ileus) ส่งผลต่อการหายใจที่ไม่เต็มที่ได้้นนอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดการเพิ่มกรดในกระเพาะอาหาร อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้

6. ระบบต่อมไร้ท่อ จะมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน catabolic hormone ได้แก่ catecholamine, cortisol และ glucagon ร่วมกับมีการลดลงของ anabolic hormone ได้แก่ อินซูลินและ testosterone ทำให้เกิด negative nitrogen balance, carbohydrate intolerance และเพิ่มการสลายไขมัน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงได้ (hyperglycemia) การสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มขึ้น การคั่งของน้ำและเกลือแร่เพิ่มการขับโพแทสเซียม ทำให้เกิดการขยายตัวของช่องว่างภายนอกเซลล์ (extracellular space)

7. ระบบเลือด ทำให้เกล็ดเลือดมีการเกาะตัว ลดการสลายตัวของ fibrin เกิดภาวะเลือดแข็งตัวมากผิดปกติ

8. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น แต่มีการกด reticuloendothelial จึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้

9. ผลทางด้านจิตใจ ความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกังวลมากที่สุดถึงร้อยละ 59 (สมบุรณ์ เทียนทอง, 2552) ความปวดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำให้เกิดความกังวลและนอนไม่หลับ ความปวดที่ต่อเนื่องทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ นอกจากนี้อาจมีอารมณ์โกรธ และมักแสดงออกหรือระบายอารมณ์โกรธกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ ความกลัวตายและความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ของร่างกาย เป็นอารมณ์ที่ลึกซึ้งและคุกคามมนุษย์เป็นอย่างยิ่ง ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้จัก ทำให้เกิดความกังวลอย่างมาก การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผลคุกคามผู้ป่วยหลายด้าน รวมทั้งด้านการสูญเสียความสามารถชีวิตและอิสรภาพ ต้องแยกตัวออกจากครอบครัว และการดำรงชีวิตตามปกติตลอดจนต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ นอกจากนี้ความกังวลของสมาชิกในครอบครัวทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้สึกหาผู้ป่วยได้โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและกังวลมากขึ้น ปัจจัยทางด้านจิตใจก็ส่งผลต่อการตอบสนองของความปวด ทำให้เกิดเป็นวงจรของความปวดที่มีความสัมพันธ์กับจิตใจ

การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

การจัดการความปวดหลังผ่าตัด เป็นการบรรเทาปวดหรือลดความปวดให้อยู่ในระดับความสบายที่สามารถยอมรับได้ และยึดถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เพราะการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นกิจกรรมที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญสามารถกระทำได้ทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ประกอบด้วย การประเมินความปวด วิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา โดยการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และต้องจัดการความ

ปวดก่อนที่ความปวดจะทวีความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้การจัดการความปวดได้ดี ควรติดตามประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ 5 เนื่องจากให้ทีมสุขภาพสามารถติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือบรรเทาปวดได้ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น (ภาณี และคณะ 2549)

การประเมินความปวดหลังผ่าตัด

ความปวด เป็นปัญหาของความรู้สึกที่ซับซ้อนและยากที่จะประเมินได้ตามจริง ทั้งในด้านความรุนแรง ระยะเวลา ลักษณะ ผลกระทบ และการตีความหมายของผู้ป่วย (วิชัย อธิธิชัยกุลทล และคณะ, 2547) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องประเมินความปวดเสมอ เพราะความปวดถือว่าเป็นสัญญาณชีพ 5 (pain of the fifth vital sign) ที่ต้องการประเมิน โดยผู้ที่ประเมินความปวดได้นั้น ต้องรู้ทั้งวิธีการประเมินความปวดและเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความปวด อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

วิธีการประเมินความปวดอย่างครอบคลุมในทุกมิติ จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่นำไปสู่การจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความปลอดภัยและมีผลข้างเคียงที่น้อยที่สุดที่จะเกิดกับผู้ป่วย ความปวดที่ประเมินได้นั้นเป็นข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 แหล่งที่มาของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ข้อมูลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา และข้อมูลจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (วิชัย อธิธิชัยกุลทล และคณะ, 2547) ดังที่จะกล่าวในหัวข้อต่อไป ดังนี้

1. การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement) ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและความปวดจะยังคงอยู่ตลอดเวลาเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี ความปวดอยู่ ดังนั้นการประเมินความปวดตามคำบอกเล่าของบุคคลจะได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากบุคคลเป็นผู้บอกโดยตรง (individual or subjective) แบ่งการวัดระดับความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ การวัดแบบมิติเดียว (single dimension pain scale) ได้แก่ วิธี numeric rating scale (NRS), visual analog scale (VAS), pain relief scale และ face pain scale และการวัดแบบหลายมิติ (multidimensional pain scale) ได้แก่ McGill Pain Questionnaire (MPQ), memorial pain assessment card และ brief pain inventory (BPI) (McGuire, 2010) ซึ่งสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ได้กล่าวถึงเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความปวดไว้ ดังนี้

1.1 มาตรฐานวัดความปวดด้วยคำพูด (verbal rating scale [VRS]) มาตรฐานนี้แบ่งระดับความปวดเป็นระดับต่างๆ โดยจัดลำดับเป็นคำพูดสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายๆ โดยมีการแบ่งระดับความปวดไว้เป็นระดับดังนี้ ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด มาตรฐานวัดความปวดนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ วิธีนี้นิยมใช้ร่วมกับมาตรฐานวัดความปวดแบบเป็นตัวเลข

1.2 มาตรฐานวัดความปวดชนิดเป็นตัวเลข (numeric rating scale) เป็นมาตรฐานวัดระดับความปวด ที่มีการกำหนดตัวเลขแสดงความปวดอย่างต่อเนื่อง จาก 0 ถึง 10 หรือ 0 ถึง 100 โดยเริ่มจาก 0 หมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 หรือ 100 หมายถึงปวดมากที่สุด มาตรฐานนี้สามารถประเมิน

ความปวดได้ง่าย และมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการกำหนดตัวเลข จะทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานทางตัวเลขจึงจะสามารถใช้วิธีนี้ได้

1.3 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale [VAS]) เป็นมาตรวัดความปวดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอนมีความยาวเท่ากับ 10 เซนติเมตร โดยเริ่มจากด้านซ้ายมือที่มีความหมายไม่ปวดไปสิ้นสุดที่ด้านขวามือที่มีความหมายปวดมากที่สุด แล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นในตำแหน่งใดก็ได้ที่ตรงกับความรู้สึกปวดของตนเองในขณะนั้น จากนั้นนำไปเปรียบเทียบกับวัดเป็นตัวเลข มาตรวัดนี้ประเมินความปวดได้แม่นยำกว่าความปวดที่เป็นตัวเลข เนื่องจากมีความไวกว่าหากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของความปวด

1.4 มาตรวัดความปวดอย่างง่าย (simple descriptive pain intensity scale) เป็นมาตรวัดระดับความปวด โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับ จากระดับไม่ปวดเลย จนถึงระดับปวดมาก

1.5 Wong - Bager face pain rating scale มาตรวัดนี้เหมาะสำหรับประเมินความปวดในเด็ก อายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่สามารถใช้วิธีอื่นได้ เช่น numeric rating scale วิธีการใช้โดยให้เด็กชี้เลือกรูปหน้าที่บอกถึงระดับความปวด ผู้ประเมินบันทึกตัวเลขที่ความหมายตรงกันกับรูปหน้านั้น

1.6 face pain scale มาตรวัดนี้เหมาะสำหรับประเมินความปวดในวัยผู้ใหญ่ที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร วัดโดยใช้ผู้ป่วยชี้เลือกรูปใบหน้าที่ตรงกับความรู้สึกปวดขณะนั้น ผู้ประเมินบันทึกตัวเลขที่มีความหมายตรงกันกับรูปหน้านั้น

2. การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiology measurement) การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาใช้หลักการของผลจากความปวดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่จะมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น เหงื่อออก รุ่มาตาขยาย ขนลุก ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น สามารถวัดได้แน่นอนในเชิงปริมาณและรู้ผลได้ทันที แต่ก็มีจุดอ่อนตรงที่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยานี้สามารถเกิดได้จากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ความปวด และมีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ทั้งที่ความปวดนั้นยังคงอยู่ (ซัชชัย ปรีชาไว, 2550)

3. การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (behavioral measurement) เมื่อบุคคลมีความปวดเกิดขึ้นจะมีพฤติกรรมแสดงออก โดยความปวดจะไปกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ พฤติกรรมที่แสดงถึงอาการปวด ได้แก่ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (motor behavior) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้าบึ้งคิ้วขมวด กัดฟัน หลับตาแน่น เป็นต้น หรือสังเกตการณ์เคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดตัวไปมาหรือนอนนิ่งไม่ไหวติง กำมือแน่น พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (vocal behavior) เช่น การส่งเสียงร้องครวญคราง เสียงสุดปาก เสียงร้องไห้ สะอื้น หรือเสียงร้องกรี๊ด พฤติกรรมด้านอารมณ์ (affective behavior) เช่น อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว และกระสับกระส่าย เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตจะช่วยในการบอกระดับความปวดของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบอกเล่าโดยตรง ผู้ป่วยที่มีอาการปวดอาจจะมีการนั่ง สงบ หรือนอนหลับก็ได้ โดยส่วนใหญ่แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจะใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเด็ก หรือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มี

ระดับความรู้สึกไม่รู้สึกตัว ซึ่งแบบวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมมีมากมายที่ได้มีการพัฒนาขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละลักษณะ เช่น แบบวัดความปวดรูปใบหน้า แบบวัด behavioral pain scale และ critical care pain observation (CPOT) (ซัชชัย ปรีชาไว, 2550)

การจัดการความปวด

การจัดการความปวด เพื่อควบคุมอาการปวด ที่ให้ผลดีจะต้องมีการผสมผสานวิธีการจัดการความปวดแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาแก้ปวดจะเป็นวิธีการจัดการเป็นอันดับแรกโดยเฉพาะในการจัดการอาการปวดแบบเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าการใช้ยาจะเป็นหลักใหญ่ในการจัดการอาการปวด แต่เทคนิคการควบคุมอาการปวดแบบไม่ใช้ยา ก็ได้รับความสนใจในการนำมาจัดการความปวดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การให้ยาจะมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นเมื่อผสมผสานด้วยวิธีการบรรเทาอาการปวดแบบอื่นๆ เช่น การใช้ดนตรี การนวด และ ไบโอฟีดแบค (Biofeedback) เป็นต้น

การจัดการความปวด แบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การจัดการความปวดโดยการใช้ยา

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่สามารถลดความปวดได้ในระดับความปวดที่รุนแรงในการให้ยานั้น พยาบาลจำเป็นต้องประเมินระดับความปวดก่อนและหลังให้ยา ทราบระยะเวลาของการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ให้ (Twycross, 2007) และหลักการให้ยาบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ยาบรรเทาปวดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (Mackenzie, 2008)

1. ยาบรรเทาปวดกลุ่มเสพติดหรือโอปิออยด์ (narcotic analgesics or opioids) เป็นยาที่สกัดจากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือคล้ายมอร์ฟีน ยากลุ่มนี้ใช้บรรเทาความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยอาจใช้ชนิดเดี่ยวหรือใช้ร่วมกับยาบรรเทาปวด กลุ่มที่ไม่เสพติด หรือยาเสริมฤทธิ์อื่นๆ ยากลุ่มนี้ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เพธิดีน (pethidine) เฟนทานิล (fentanyl) ไฮโดรมอร์ฟีน (hydromorphone) การออกฤทธิ์ของยาโดยจับกับตัวรับมิว (mu receptors) ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง ทำให้มีผลบรรเทาอาการปวดได้ อาการข้างเคียงได้แก่ ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ค้นตามผิวหนัง กล้ามเนื้อกระตุก อาจเกิดการชักได้ ความดันโลหิตต่ำ และกดการทำงานของระบบหายใจ และภาวะกดการหายใจ ซึ่งสำคัญมากภายหลังได้ยาจึงควรมีการประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Sedation score) ตามเกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัวมีแนวทางการประเมิน (ศศิกานต์ นิมนานรัชต์, 2547) ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน ระดับความรู้สึกตัว

- | | | |
|---------|---|--|
| 0 คะแนน | = | หลับ ปลุกตื่น |
| 1 คะแนน | = | ง่วงเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย |
| 2 คะแนน | = | ง่วงนอนปานกลาง ค่อนข้างบ่อย ปลุกตื่นง่าย |
| 3 คะแนน | = | ง่วงมาก ปลุกตื่นยาก |

- แนวทางการให้ยาบรรเทาปวดกับระดับความรู้สึกตัว โดยมีแนวทางการประเมิน ดังนี้
- ฤทธิ์ให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบครั้งคราว ประเมินอัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวหลังให้ยา 10-15 นาที
 - ฤทธิ์ให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ประเมินอัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง
 - รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือตรวจพบ อาการดังต่อไปนี้
 - ง่วงซึมมาก (Sedation score = 2)
 - อัตราการหายใจ <10 ครั้งต่อนาที
 - ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
 - ไม่สามารถขยับขาหรือนิ้วเท้าได้
 - รายงานแพทย์ด่วนเมื่อผู้ป่วยมีอาการ/ตรวจพบมีอาการเขียว ระดับความรู้สึกตัว = 3 อัตราการหายใจน้อยกว่า 15 ครั้งต่อนาทีในเด็ก หรือหยุดการหายใจ ให้ นาลอกซ์โซน (naloxone) 0.1 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทันทีและให้ซ้ำอีก 0.1 มิลลิกรัม ถ้าไม่ดีขึ้นใน 5 นาที หรือความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2. ยาบรรเทาปวดชนิดกลุ่มไม่เสพติดหรือนอนโอปิออยด์ (nonnarcotic analgesics or nonopioids) ได้แก่ ยากลุ่มไมใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDS]) และยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) (Gazal, & Mackie, 2007) ยากลุ่มไมใช่สเตียรอยด์จะออกฤทธิ์บรรเทาปวด โดยลดการตอบสนองของเซลล์ต่อสารก่อความปวด และยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทนำความรู้สึกปวด ลดการอักเสบและลดไข้ และหากนำมาใช้ร่วมกับยาจำพวกโอปิออยด์จะออกฤทธิ์เสริมกัน ทำให้สามารถลดขนาดยาและหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ของโอปิออยด์ได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แอสไพริน (aspirin) ไอบูโพรเฟน (ibuprophen) นาโพรเซน (naproxen) และคีโตรอลาค (ketorolac) ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ ไม่ทำให้ง่วงหรือกดการทำงานของระบบหายใจ ส่วนอาการข้างเคียง คือทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหาร การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทำให้ใช้เวลาในการแข็งตัวนานขึ้น เป็นพิษต่อไต ยาในกลุ่มอะเซตามิโนเฟน มีกลไกบรรเทาปวดต่างจากเอนเซดส์โดยจะมีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินในระบบประสาทส่วนกลางมากกว่าฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยการออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ไซโครออกซิเจเนส (cyclooxygenase) ที่สมอง ยับยั้งการเดินทางของบันโบสไปนอล ซีโรโทนิจิก (bulbospinal serotonergic pathway) โดยออกฤทธิ์ใน 15-30 นาที อยู่ยาวนาน 4-6 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดใน 2 ชั่วโมง เมื่อใช้ชนิดเดียว มีฤทธิ์อ่อน ควรเสริมกับยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่โอปิออยด์ชนิดอื่น จึงมีฤทธิ์บรรเทาความปวดและลดไข้ ผลข้างเคียงต่อเนื้อเยื่อกระเพาะอาหารน้อยกว่ากลุ่มไมใช่สเตียรอยด์ ไม่มีผลต่อการเกาะกันของเกล็ดเลือด แต่อาจมีพิษต่อตับ ไม่ควรให้รับประทานเกิน 90 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ดังนั้น จึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยทารกหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ (Gazal, & Mackie, 2007)

3. ยาเสริมอื่นๆ (adjuvant medications) เป็นยาที่ใช้เพื่อเสริมฤทธิ์ในการบรรเทาปวด เมื่อให้พร้อมกับยาบรรเทาปวด ทำให้ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดลดลง การเกิดพิษหรืออาการข้างเคียงลดลง ยาเสริมกลุ่มนี้ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาแก้อาการซึมเศร้า ยาคลายกล้ามเนื้อ ยานอนหลับ และสเตียรอยด์ เป็นต้น ซึ่งในกลุ่มนี้ไม่นิยมใช้

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวทางการใช้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยเพื่อควบคุมความรุนแรงของความปวดเป็นลำดับขั้นบันได (Vargas-Schaffer, 2010) ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 : กรณีที่ความปวดมีระดับน้อย (mild pain) คือประเมินความรุนแรงของความปวดได้ระดับ 1-3 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เป็นความปวดเล็กน้อย สามารถเลือกใช้ยาบรรเทาปวดโดยใช้ยากลุ่มไม่เสพติด ดังนี้ (Perrott et al., 2004)

ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) 10-15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น

บันไดขั้นที่ 2 : กรณีที่มีความปวดระดับปานกลาง (moderate pain) คือประเมินความรุนแรงของความปวดได้ระดับ 4-6 จากคะแนนเต็ม 10 หรือความปวดระดับปานกลาง ขั้นนี้จะเริ่มใช้ยากลุ่มเสพติดร่วมด้วย ให้เลือกใช้ยาบรรเทาปวดได้สองชนิดร่วมกัน (Multiple model) ดังนี้

ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) 10-15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น

ยาเฟนทานิล 0.5-1 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 2 ชั่วโมง (Taheri et al., 2011)

บันไดขั้นที่ 3 : กรณีที่มีความปวดรุนแรง (severe pain) ซึ่งประเมินความรุนแรงของความปวดได้ระดับ 7-10 หรือเมื่อการใช้ยาในขั้นที่ 2 ไม่ได้ผลยังมีความปวดเพิ่มขึ้น ให้เพิ่มการใช้ยาเสพติดที่แรงขึ้น เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน แต่ไม่ควรใช้ในเด็กเพราะเป็นพิษต่อระบบประสาท การประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติดังกล่าวในการจัดการความปวดจากการผ่าตัด โดยเลือกใช้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงความปวดหรือจนกว่าจะสามารถควบคุมความปวดได้ การใช้ยาในแต่ละขั้นร่วมกันจะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาอีกด้วย แนวปฏิบัติในการเลือกใช้ยาบรรเทาปวดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย และแพทย์ผู้ให้การรักษา ซึ่งความปวดระดับรุนแรงจำเป็นต้องให้ยากลุ่มโอปิออยด์ ดังต่อไปนี้ (Duedahl & Hansen, 2007)

ยาเฟนทานิล (fentanyl) 0.5-1 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 30-60 นาที

ยามอร์ฟีน (Morphine) 0.05-0.1 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 3-4 ชั่วโมงหรือเมื่อจำเป็น

การจัดการความปวดโดยการใช้ยา พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเลือกใช้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยจากบันไดขั้นบนลงสู่บันไดขั้นล่าง หรือจนกว่าจะสามารถควบคุมความปวดได้ การใช้ยาในแต่ละขั้นร่วมกันจะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาอีกด้วย (Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010)

วิธีการบริหารยาบรรเทาปวด มีดังต่อไปนี้ (เจ็อกุล อโนธารมณ, 2550)

1. วิธีรับประทาน หรือ อมใต้ลิ้น (oral/sublingual) เป็นที่นิยมเพราะใช้ง่าย และสะดวก การอมยาใต้ลิ้นเป็นการดูดซึมผ่านเยื่อบุ (Trans mucosal) ยาที่ใช้นิยมใช้ยาที่ละลายได้เร็วในไขมัน เช่น เฟนทานิล (fentanyl), เมธาโดน (methadone) หรือ บูพินอร์ฟิน (buprenorphine)
2. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular injection) ผลการระงับปวดเร็วกว่าการรับประทาน แต่ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยเจ็บทุกครั้งที่ได้ยา
3. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ (intravenous injection or infusion) ให้ผลการระงับปวดเร็วและเต็มที่ แต่ควรระวังผลข้างเคียงจากยา
4. ฉีดเข้าทางใต้ผิวหนัง (subcutaneous infusion) ให้ผลใกล้เคียงกับการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ นิยมใช้ในผู้ป่วยที่ต้องได้ยาต่อเนื่อง (continuous infusion) หรือหยดยาเป็นพักๆ โดยสามารถคาเข็มไว้ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ วิธีนี้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บตัวทุกครั้งที่ได้ยา
5. เหน็บทางทวารหนัก (rectal suppositories) ไม่เป็นที่นิยม ยกเว้นผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนยาได้ หรือผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ข้อเสียคือการดูดซึมของยาไม่สม่ำเสมอ
6. โดยการสูดดมผ่านเครื่องมือพิเศษ (inhalation) หลังผ่าตัด ยาที่ใช้ได้แก่ เฟนทานิล (fentanyl) ซึ่งสามารถระงับปวดได้ด้วยการสูดดม นอกจากนี้ยังเหมาะสำหรับการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดอาการปวดและใช้เวลาทำไม่นาน เช่น การเจาะเข่า, การใส่ท่อบริเวณชายโครง (chest tube) การตัดไหม การล้างแผล เป็นต้น
7. การควบคุมยาแก้ปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Patient-control analgesia : PCA) ปัจจุบันเป็นที่นิยมเนื่องจากให้ได้ 3 ทาง คือ ทางหลอดเลือดดำ (intravenous) เข้าทางใต้ผิวหนัง (subcutaneous) และทางช่องว่างไขสันหลัง (epidural space) ทำให้ยาออกฤทธิ์เร็ว เมื่อผู้ป่วยปวดก็สามารถให้ยาได้ทันทีโดยไม่ต้องเรียกพยาบาล และเครื่องนี้ยังสามารถตั้งระบบการให้ยาได้หลายวิธี เช่น หยดยาอย่างต่อเนื่อง (continuous) หรือ กดเรียกยาเมื่อต้องการ (PRN)
8. การให้ยาชาและ/หรือยาในกลุ่มเสพติดเข้าทางช่องว่างไขสันหลังอย่างต่อเนื่อง (continuous epidural analgesic drug and/or opioid)
9. การให้ยาตามความต้องการของผู้ป่วย (as need) หรือตามระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยา (around the clock)
10. การให้ยาแก้ปวดหลายชนิดร่วมกัน (balanced analgesia) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของยาแก้ปวดและลดภาวะแทรกซ้อนจากยา เนื่องจากไม่ต้องใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งมากเกินไป

2. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด การผ่อนคลาย การหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำ การเปลี่ยนท่าการเบี่ยงเบนความสนใจ การทำสมาธิ การใช้ดนตรี การเตรียมสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอุณหภูมิห้อง การเปิดไฟสลัวหรือไฟหรี่ เป็นต้น ทำให้ลดการรับรู้เกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมาน และลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบ่งเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ ดังนี้

2.1 การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral approach)

การใช้กระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เป็นกระบวนการที่ช่วยในการควบคุมอาการปวดได้บางส่วนด้วยตนเอง (เจ็อกูล อโนธารมย์, 2549)

2.1.1 การให้ข้อมูล (Information) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความรู้สึกและประสบการณ์ที่แตกต่าง ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ช่วยเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด

2.1.2 ดนตรีบำบัด (Music) การฟังดนตรีช่วยทุเลาความปวดได้ โดยกลไกทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นจากการฟังดนตรี ยังไม่สามารถอธิบายได้แน่ชัด มีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายเหตุผลที่เกิดขึ้น จากการฟังดนตรี ในการบรรเทาความปวดเช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ กระตุ้นการหลั่งสารมอร์ฟินในร่างกาย หรือเกิดการแยกส่วนการรับรู้ความรู้สึกออกจากอาการปวด กลไกทั้งสามลักษณะ อาจเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกันโดยพบว่าดนตรีสามารถเบี่ยงเบนความสนใจ และแยกส่วนการรับรู้ความรู้สึกออกจากความปวดได้ชัดเจน ดังการศึกษาของ จันทราพร ลุนลุด, จุรีพร อุณบุญเรือน, อุบล จ้วงพานิช, ทิพวรรณ ชรรศร, และ ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ (2555) ศึกษาเกี่ยวกับผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.3 การผ่อนคลายแบบก้าวหน้า (Progressive relaxation training) เทคนิคนี้ใช้ในการลดปัญหาความเจ็บปวดได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนวิธีการผ่อนคลายแบบค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้เต็มที่ การผ่อนคลายอย่างเต็มที่ช่วยลดความวิตกกังวลและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และยังส่งเสริมการนอนหลับได้ดีขึ้นด้วย ดังการศึกษาของ สิริญา พวงจำปา, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ ฉวีวรรณ ธงชัย (2551) ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน พบว่า เทคนิคการผ่อนคลายมี 7 รูปแบบ เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ ผีอกการหายใจ การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การผ่อนคลายโดยการสร้างจินตนาการ การฝึกผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายหลายวิธีร่วมกัน ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย พบว่าการใช้เทคนิคผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดปวดได้ ยกเว้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกรและการฝึกผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว แต่ไม่พบว่าเทคนิคการผ่อนคลายสามารถลดการใช้ยาบรรเทาปวดได้

2.1.4 การจินตนาการตามคำบอก (Guided imagery) ช่วยให้ผู้ป่วยวาดภาพถึงประสบการณ์ ผู้ป่วยจะได้รับการบอกกล่าวให้นึกถึงภาพวิว ทิวทัศน์ที่สวยงาม สบายใจ การจินตนาการช่วยบรรเทาอาการปวดผ่านกลไกหลายอย่าง เป็นวิธีการช่วงเบี่ยงเบนความสนใจออกไปจากความเจ็บปวด ซึ่งอาจเพิ่มความทนต่อความปวดได้ ดังการศึกษาของ มนธิตา แสงเรืองเอก และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2554) ศึกษา ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม พบว่า กลุ่มที่สร้างจินตภาพร่วมกับการพยาบาลปกติ มีคะแนนความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 วิธีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง (Physical approach)

วิธีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของร่างกายต่อการปวด ส่งเสริมความสบาย ซึ่งการจัดการความปวดโดยตรงมีหลายวิธี ได้แก่

2.2.1 การนวด (Massage) การนวดส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความปวด โดยการนวดเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวด จึงไม่มีกระแสประสาทผ่าน ส่งไปยังสมองเป็นผลให้ความเจ็บปวดลดลง การนวดช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ดังผลการศึกษาของ สุธาทิพ เกษตรลักษณ์ และชนกพร จิตปัญญา (2550) ศึกษา เปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ต่อกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยมีอาการไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.2 การกดจุด (Acupressure) เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการบรรเทาปวดที่ไม่คุกคามมาก ซึ่งการกด การนวด หรือการกระตุ้นผิวหนังด้วยความร้อน หรือความเย็น อยู่บนหลักการเดียวกันกับการกดจุด จากการศึกษาของ ชัชมน ดำรงค์ธรรม, สุวิมล กิมปี, ทิพา กิมปี, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และอุษาวดี อัครวิเศษ (2552) ศึกษา ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยหลังนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือมีค่าคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, วิภา แซ่เซี้ย และเนตรนภา คู่พันธ์วี (2555) ศึกษา ผลของการจัดการความปวดแบบประคบเย็นร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่ากลุ่มทดลองมีความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.3 สัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ลดความไม่สุขสบาย เช่น ปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด อาจใช้เพียงฝ่ามือ เชื่อกันว่าร่างกายคนเรามีสนามพลังที่แสดงออกมาอย่างมีแบบแผน เมื่อระบบในร่างกายกระทบกระเทือน สัมผัสบำบัดเป็นการปรับเปลี่ยนสนามพลังในร่างกายใหม่ ขั้นตอนของการใช้สัมผัสบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.2.3.1 การเข้าสู่ส่วนกลาง หรือการเพ่งสมาธิไปยังจุดเป้าหมาย เพื่อช่วยให้ตระหนักถึงความสิ้นสະเทือนรอบๆ สนามพลังงาน

2.2.3.2 การประเมินสนามพลังงานของผู้ป่วยผ่านไปตามฝ่ามือของผู้ให้การบำบัดที่เคลื่อนไปทั่วร่างกายในระยะ 2 ถึง 6 นิ้ว เพื่อให้รับความรู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงสนามพลังงาน

2.2.3.3 ในระหว่างขั้นตอนการรักษา ให้ใช้ฝ่ามือจัดสนามพลังงานใหม่เพื่อให้สนามพลังงานของผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาวะปกติ

2.2.4 การจัดทำผู้ป่วย (Positioning) การจัดทำนอนที่สุขสบายเป็นอีกวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวด ช่วยให้มีความสุขสบายขณะมีกิจกรรมต่างๆ การจัดทำที่สุขสบายจะช่วยลดการยึดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป ลดความตึงของบริเวณที่มีอาการปวด จึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มอาการปวดให้มากยิ่งขึ้น

การบันทึกและการติดตามประเมินการจัดการความปวด

การบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 มีความสำคัญเพราะ ช่วยให้ทีมงานดูแลผู้ป่วยสามารถติดตามผลการรักษาได้ใกล้ชิดขึ้น (ภาณี พงษ์จะโปะ และคณะ, 2549) การบันทึกเกี่ยวกับความปวด เช่น ตำแหน่ง ลักษณะความปวด ความถี่ในการบันทึกทางการพยาบาล และบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกสัญญาณชีพ และการติดตามหลังได้ยาแก้ปวดโดยประเมินความปวดหลังได้ยาฉีด 15-30 นาที ประเมินหลังได้ยากิน 30 นาที ต้องมีการติดตามจนอาการปวดดีขึ้นประเมินต่อไปทุก 2-4 ชั่วโมง และติดตามผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น รวมถึงการประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว (ส่องศรี หล้าป่าซาง, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และพัชรี วรกิจพูนผล, 2552) ซึ่งในปัจจุบันสถานบริการบางแห่งได้มีการบันทึกข้อมูลความปวดลงในคอมพิวเตอร์ซึ่งสะดวกและรวดเร็ว สามารถลงข้อมูลที่ประเมินได้ทันที ช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยองค์กรด้านความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (The American of Pain Management) ได้กำหนดให้มีการบันทึกผลการประเมินความปวดในรายงานการรักษาทุกครั้ง และประกาศให้เป็นนโยบาย มีวิธีการปฏิบัติ กำหนดให้มีการทบทวนนโยบายทุก 3 ปี (Stomberg, Lorentzen, Lindquist, & Haljamae, 2003)

สถาบันบาราศนราดรุร มีการจัดการความปวดที่เป็นรูปธรรมโดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม ลดช่องว่างของการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง ช่วยลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ ทุกคนมีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด มีเครื่องมือประเมินความปวด และมีทางเลือกใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลเพื่อจัดการความปวด (Puntillo et al, 2002) แต่ยังคงขาดการประเมินผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานวิสัญญีเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการความปวด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดถือเป็นสมรรถนะหนึ่งของวิสัญญีพยาบาล (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2549) ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาล ได้เห็นความสำคัญจึงศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบาราศนราดรุร

กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวด

กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวด ใช้กรอบแนวคิดของการประเมินคุณภาพการดำเนินงานของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นแนวทางในการศึกษา แนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์

โครงสร้าง (Structure) หมายถึง สภาวะที่เกี่ยวกับการบริการ/ดูแลผู้ป่วย หรือระบบของการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพการดูแล รวมถึง

1. วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
2. บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านคุณสมบัติ คุณลักษณะ สมรรถนะความสามารถต่างๆ
3. คุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ได้แก่ ระบบงานต่างๆ เช่น ระบบการควบคุมกำกับคุณภาพงาน ระบบการนิเทศงาน และอื่นๆ

กระบวนการ (Process) หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้การดูแลสุขภาพ รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสอนแนะนำผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไปเป็นกิจกรรมของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยและญาติ

ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเป็นผลที่มาจาก การดูแล ผลลัพธ์นี้รวมถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ หรือความเชื่อต่างๆ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต้องตอบวัตถุประสงค์การดูแลและสื่อถึงคุณภาพ

ทั้งนี้ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ไปทิศทางเดียวกัน

ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของการประเมินผลคุณภาพการดำเนินงานของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะด้านกระบวนการและผลลัพธ์เป็นแนวทาง โดยอธิบายได้ดังนี้ ด้านกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ได้แก่ การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ด้านผลลัพธ์ คือผลจากการจัดการความปวด ประเมินคะแนนความปวดที่มากที่สุด และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษานในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2560 และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสูติกรรม โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตาม Inclusion criteria และ Exclusion criteria ดังนี้

1. Inclusion criteria คือ 1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) หลังผ่าตัดทุกแผนก คือ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมความงาม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ สูติ-นรีเวช ตา และหูคอจมูก 3) นอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัด จนถึงมากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมง 4) ระดับความรู้สึกตัวปกติหรือสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถประเมินความปวดได้ 5) เวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. Exclusion criteria คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ้ำภายใน 3 วัน 2) ผู้ป่วยที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยอภิบาล 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดได้ เช่น ไม่รู้สึกตัว สับสน Bed ridden หรือสื่อสารไม่เข้าใจ 4) นอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงจำหนายน้อยกว่า 72 ชั่วโมง 5) เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่มีตัวแปรผลเป็นตัวแปรเจนนับ สรุปเป็นผลค่าสัดส่วน จึงทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) เก็บข้อมูลประเมินการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พิเศษ ศัลยกรรม และผู้ป่วยในสูติกรรม จำนวน 30 ราย พบว่า ไม่มีการประเมินการจัดการความปวดตามกระบวนการการจัดการความปวด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 จึงใช้เป็นฐานข้อมูลในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณ } n = \left[\frac{Z_{\alpha/2}}{E} \right]^2 p q$$

(บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550)

โดย	n =	ขนาดตัวอย่าง
	Z =	ค่ามาตรฐาน
	E =	ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้
	p =	สัดส่วนที่ทำถูกต้องตามแนวปฏิบัติ
	q =	สัดส่วนที่ทำไม่ปฏิบัติ

จากการศึกษานำร่องพบว่า ไม่มีการประเมินการจัดการความปวดตามกระบวนการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 26.67

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = (1.96/0.1)^2 * 0.26 * 0.74$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73.9 เพื่อความสะดวกและความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูลจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกกระบวนการจัดการความปวด คือ กิจกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ได้แก่ ประเมินการจัดการความปวดจากการบันทึก การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด โดยเก็บข้อมูลการประเมินความปวดที่ใช้ pain score มาตราวัดแบบตัวเลข (NRS: Numeric Rating Scale) เป็นเส้นแบ่งคะแนนเป็นช่องๆ ปลายด้านหนึ่งหมายถึง “ไม่ปวดเลย” คือ 0 ส่วนอีกปลายด้านหนึ่ง “ปวดมากที่สุด” คือ 10 ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยเก็บข้อมูลจากการประเมินความปวดของพยาบาล และตรวจสอบการจัดการความปวดจากการบันทึกทางการพยาบาล ในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ของการจัดการความปวด ผลจากการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ คะแนนความปวดที่มากที่สุด คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จากการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์เรื่องการจัดการความปวด จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม 2 ท่าน และพยาบาลนิเทศงานด้านศัลยกรรม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูร (IRB/BIDI No36h/60_ExpD) ข้อมูลที่ได้ในการศึกษานำมาวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูร ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลจากการบันทึกทางการแพทย์ในเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ประเมินกระบวนการจัดการความปวดของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม และหอผู้ป่วยในสูติกรรม ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก และระยะเวลาอนโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ชนิดของการผ่าตัด และชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก (N = 75)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	66	88.0
ชาย	9	12.0
ชนิดของการผ่าตัด		
ศัลยกรรมทั่วไป	9	12.0
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	44	58.7
สูติ- นรีเวช	19	25.3
หูด คอ จมูก	3	4.0
ตา	0	0
ศัลยกรรมความงาม	0	0

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ชนิดของการผ่าตัด และชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก (N = 75) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดการให้ยาระงับความรู้สึก		
ให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (GA)	50	66.7
ให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (SB)	25	33.3

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวด เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.0 เพศชายร้อยละ 12.0 ชนิดของการผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูกและข้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.7 รองลงมาคือ สูติ-นรีเวช คิดเป็นร้อยละ 25.3 และชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 66.7 และให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน คิดเป็นร้อยละ 33.3

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย อายุและระยะเวลาอนโรงพยาบาล (N = 75)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระหว่าง	ค่าเฉลี่ย
อายุ (ปี)	17 – 85	54.99
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (วัน)	4-15	6.75

จากตารางที่ 2 อายุของกลุ่มตัวอย่าง อายุอยู่ระหว่าง 17 – 85 ปี อายุเฉลี่ย 54.99 ปี ระยะเวลาอนโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 4-15 วัน เฉลี่ย 6.75 วัน

ส่วนที่ 2 ประเมินกระบวนการจัดการความปวดของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

กระบวนการจัดการความปวด คือ กิจกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ได้แก่ ประเมินการจัดการความปวดจากการบินที่กทางการพยาบาล การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 3, 4 และ 5

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกระบวนการจัดการความปวด (N = 75)

กระบวนการจัดการความปวด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บันทึกการประเมินความปวด	75	100	75	100	74	98.7
การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale	75	100	75	100	74	98.7
ความถี่ของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน)	47	62.7	36	48.0	32	42.7
การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด	22	29.3	15	20.0	17	22.7

จากตารางที่ 3 พบว่า ใน 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการบันทึกความปวดจากบันทึกทางการพยาบาล และการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการบันทึกความปวดจากบันทึกทางการพยาบาล และการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale คิดเป็นร้อยละ 98.7 ความถี่ของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความถี่ของการประเมินความปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.7 ส่วน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีการประเมินความถี่ของการประเมินความปวดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 และการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด พบได้ว่า 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 29.3 ส่วนใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีการประเมินซ้ำน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ (N = 75)

วิธีการบริหารยาบรรเทาปวด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทาน	39	52	59.0	78.7	72	96.0
ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว	16	21.3	19	25.3	42	56.0
ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา	49	65.3	16	21.3	5	6.7
ยาระงับปวดทางไขสันหลัง	0	0	0	0	0	0
ยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย (PCA)	39	52.0	39	52.0	0	0
หยุดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง	0	0	0	0	0	0
ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ	1	1.3	0	0	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 แสดงวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ใช้มากที่สุดคือ ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมา วิธีบริหารยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.0 น้อยที่สุดคือ ฉีดยา

เข้ากล้ำเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า วิธีการบริหารยาแบบการรับประทานนำมาถูกใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมา วิธีบริหารยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.0 น้อยที่สุดคือ ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยาที่ใช้มากที่สุด คือการรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมาเป็นฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว ร้อยละ 56.0 สำหรับยาระงับปวดทางไขสันหลังและหยดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องไม่ได้นำมาบริหารยาบรรเทาปวด

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (N = 75) (ต่อ)

วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดทำ	26	34.7	11	14.7	5	6.7
การเบี่ยงเบนความสนใจ	1	1.3	0	0	0	0
เทคนิคการผ่อนคลาย	0	0	0	0	0	0
การประคบประครองด้านจิตใจ	2	2.7	0	0	0	0
การใช้สมาธิ	0	0	0	0	0	0
การนวดเฉพาะที่	0	0	0	0	0	0
การประคบร้อน/เย็น	14	18.7	6	8.0	3	4.0
การใช้ดนตรีบำบัด	0	0	0	0	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 5 แสดงวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การจัดทำ รองลงมาเป็นประคบร้อน/เย็น และการประคบประครองด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 34.7 , 18.7 และ 2.7 ตามลำดับ ส่วน 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ใช้มากที่สุด คือการจัดทำ และประคบร้อน/เย็น เช่นเดียวกัน

ส่วนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ คะแนนความปวดที่มากที่สุด และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของผู้ป่วย (N = 75)

ตัวชี้วัด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนความปวดที่มากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง	4.32	2.087	3.64	1.372	3.21	1.453
คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง	2.05	1.102	1.87	0.827	1.66	0.749

จากตารางที่ 6 แสดงคะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24 , 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดใน 24 , 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดน้อยที่สุดเฉลี่ย 2.05, 1.87 และ 1.66 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย (N = 75)

ความรุนแรงของความปวด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	ปวดมากที่สุด (%)	ปวดน้อยที่สุด (%)	ปวดมากที่สุด (%)	ปวดน้อยที่สุด (%)	ปวดมากที่สุด (%)	ปวดน้อยที่สุด (%)
ไม่ปวด (คะแนน = 0)	0	8(10.7)	1(1.3)	7(9.3)	2(2.7)	8(10.7)
ปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4)	45(60.0)	67(89.3)	58(77.4)	68(90.7)	51(67.9)	67(89.3)
ปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 5-6)	23(30.7)	0	15(20.0)	0	22(29.4)	0
ปวดรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10)	7(9.3)	0	1(1.3)	0	0	0

จากตารางที่ 7 เมื่อนำคะแนนความปวดมาจำแนกความรุนแรงของความปวด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24 , 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0, 77.4 และ 67.9 ตามลำดับ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.3, 90.7 และ 89.3 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของความปวด ระดับรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10) ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดมีระดับความรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.3 รองลงมาคือ 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 1.3 ส่วน 72 ชั่วโมงไม่มีระดับปวดรุนแรง

อภิปรายผล

การประเมินกระบวนการจัดการความปวด

สถาบันบำราศนราทร มีการจัดการความปวดที่เป็นรูปธรรมโดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สำหรับการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยนำเครื่องมือประเมินแบบตัวเลข (numeric rating

scale) มาใช้ กำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ส่งผลให้พยาบาลประจำการมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้เมื่อประเมินผลเรื่องการบันทึกการประเมินความปวดและการใช้ numeric rating scale พบว่ามีการปฏิบัติในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใน 72 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 98.7 สำหรับความต่อเนื่องในการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความต่อเนื่องของการประเมินความปวด คิดเป็นร้อยละ 62.7, 48.0 และ 42.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาภุติ และณัฐธาดา อารีเปี่ยม (2558) ศึกษา การจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า มีการบันทึกความปวด 3-5 ครั้ง/วัน วันแรกของการผ่าตัด (ร้อยละ 51) และลดลงเป็นวันละ 1-2 ครั้ง/วัน ในวันที่ 2 และ 3 หลังการผ่าตัด (ร้อยละ 53 และ 58.5 ตามลำดับ) และการประเมินซ้ำหลังจัดการความปวดยังพบได้น้อยโดย พบว่า 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการประเมินซ้ำหลังจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 29.3 ส่วนใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีการประเมินซ้ำน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ธีรวิโรจน์, อมรรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพล กว้างนอก, สุจิตรา สุขผดุง และภูวดล กิตติวัฒนาสาร (2554) ศึกษา สถานการณ์การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า พยาบาลไม่ได้ประเมินความปวดก่อนและหลังให้ยาแก้ปวดทุกครั้ง โดยมีการประเมินความปวดก่อนให้ยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก 24-48 ชั่วโมง และ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 82.2, 82.3 และ 46.8 ตามลำดับ มีการประเมินหลังให้ยาบรรเทาปวด ใน 24 ชั่วโมงแรก 24-48 ชั่วโมง และ 48-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 66.8, 71.9 และ 37.8 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0, 77.4 และ 67.9 ตามลำดับระดับ ดังนั้นจึงทำให้ลดความจำเป็นที่จะต้องติดตามผู้ป่วยหลังจากความปวดลดลง หรือขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญในการประเมินความปวดของผู้ป่วย โดยไม่ได้ประเมินความปวดทุกเวรทำให้ขาดความต่อเนื่องในการประเมินความปวดและการประเมินซ้ำหลังจัดการความปวดลดลงตามไปด้วย ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแต่บุคลากรของกลุ่มการพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกปี อาจขาดความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติ รวมทั้งขาดการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ ทำให้มีการจัดการความปวดในเรื่องของความต่อเนื่องและการประเมินซ้ำน้อย ซึ่งองค์การด้านความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา แนะนำให้มีการทบทวนนโยบายการจัดการความปวด ทุก 3 ปี (Stomberg, Lindquist, & Haljamae, 2003) อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากการบันทึกทางการพยาบาล จึงไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นเพราะผู้ป่วยมีความปวดน้อยหรือเป็นเพราะไม่ได้รับการประเมินต่อเนื่องและประเมินซ้ำ ซึ่งหากเป็นกรณีหลังก็จะมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

ด้านวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งการให้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถลดความปวดได้ทันทั่วทั้งที่ โดยวิธีบริหารยาบรรเทาปวด แบบฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา เป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด รองลงมาเป็นวิธีบริหารยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย (PCA) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ว่า หลักการบริหารยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ควรบริหารยาโดยการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำและบริหารยาตามเวลา (Devine et al, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยบางราย จะได้รับวิธีบริหารยาบรรเทาปวดมากกว่า 1 ชนิด ซึ่งการใช้ยา

ร่วมกันจะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาอีกด้วย (Duedahl & Hansen, 2007; Srouji, Ratnapalan & Scheeweiss, 2010) ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยปวดมากที่สุด ใน 24 , 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ซึ่งระดับความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย

ด้านวิธีการบริหารการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ปฏิบัติง่าย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดได้ซึ่งวิธีการจัดทำเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 34.7, 14.7 และ 6.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภสร จันเพ็ชร, อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2557) ศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วย คือ การจัดทำ การหายใจเพื่อผ่อนคลาย และการประคบแผลเวลาไอ และการศึกษาของ จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ (2552) ทำการศึกษา การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าวิธีการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดทำ เช่นเดียวกัน จากการศึกษาครั้งนี้วิธีที่ใช้รองลงมาคือ ประคบร้อน/เย็น ซึ่งการประคบเย็น ความเย็นทำให้เซลล์ที่ได้รับบาดเจ็บลดการหลั่งสารเคมีที่เกิดจากเซลล์เนื้อเยื่อถูกทำลาย ทำให้ลดการอักเสบลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้อาการปวดลดลง (Chou, & Liu, 2007) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการบริหารการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ยังพบน้อยมาก ซึ่งพยาบาลอาจจะปฏิบัติแต่ไม่ได้บันทึกทางการพยาบาลหรือไม่ได้ปฏิบัติ กลุ่มการพยาบาลควรมีการนิเทศ ติดตามคุณภาพบริการทางการพยาบาลต่อไป

การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาคะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดน้อยที่สุดเฉลี่ย 2.05, 1.87 และ 1.66 ตามลำดับ ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยปวดมากที่สุด และปวดน้อยที่สุดในแต่ละช่วงเวลา คือ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันมาก เมื่อนำคะแนนความปวดมาจำแนกความรุนแรงของความปวด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0, 77.4 และ 67.9 ตามลำดับ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ธีรวิโรจน์, อมรรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพล กว้างนอก, สุจิตรา สุขผดุง และภูวดล กิตติวัฒนาสาร (2554) พบว่า การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออโรโปีดิคส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรก 24-48 ชั่วโมง และ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบร้อยละ 95.8, 95.5 และ 33.3 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะพบความรุนแรงระดับปวดเล็กน้อยมากที่สุด แต่ถึงอย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงก็ลดลงตามระยะเวลาหลังการผ่าตัด เมื่อพิจารณาจากคะแนนความปวดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวด

ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดสามารถลดความปวดได้ในระดับความปวดที่รุนแรง และผู้ป่วยบางรายได้รับการบริหารยามากกว่า 1 วิธี บางรายได้วิธีการบริหารยาถึง 3 วิธี เป็นเหตุผลทำให้คะแนนความปวดมากที่สุดในแต่ละวัน อยู่ในระดับปวดเล็กน้อย อีกนัยหนึ่งการประเมินความปวดจากการบันทึกทางการแพทย์อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความปวดจริงของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการสรุปในการประเมินในแต่ละเวร ทำให้ได้คะแนนปวดไม่ได้ตรงความเป็นจริงที่ผู้ป่วยรู้สึก รวมทั้งข้อมูลที่ได้เป็นแค่บันทึกทางการแพทย์ทำให้เป็นข้อจำกัดในการวิจัย และเป็นการศึกษาย้อนหลังจากการบันทึกทางการแพทย์

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2560 และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสูติกรรม โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ 1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) หลังผ่าตัดทุกแผนก คือ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมความงาม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ สูติ-นรีเวช ตา และหูคอจมูก 3) นอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัด จนถึงมากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมง 4) ระดับความรู้สึกตัวปกติหรือสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถประเมินความปวดได้ 5) เวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูลกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย จากการคำนวณ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกกระบวนการจัดการความปวด 3) แบบบันทึกผลลัพธ์ของการจัดการความปวด การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวด เป็น เพศหญิง ร้อยละ 88.0 เพศชายร้อยละ 12.0 ชนิดของการผ่าตัด ศัลยกรรมกระดูกและข้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.7 รองลงมาคือ สูติ-นรีเวช คิดเป็นร้อยละ 25.3 ศัลยกรรมทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 12.0 และ หู คอ จมูกคิดเป็นร้อยละ 4.0 ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 66.7 และให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน คิดเป็นร้อยละ 33.3

ด้านกระบวนการจัดการความปวด พบว่ามีการบันทึกความปวดจากบันทึกทางการพยาบาล และการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale ใน 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 98.7 ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความต่อเนื่องของการประเมินความปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.7 ส่วน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีการประเมินความต่อเนื่องของความปวดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 และการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 29.3, 20.0 และ 22.7 ตามลำดับ วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ใช้มากที่สุดคือ ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมา วิธีบริหารยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.0 น้อยที่สุด

คือ ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยาแบบการรับประทานนำมาถูกใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมา วิธีบริหารยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.0 น้อยที่สุดคือ ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยาที่ใช้มากที่สุด คือการรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมาเป็นฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว ร้อยละ 56.0 ส่วนวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การจัดทำ รองลงมาเป็นประคบร้อน/เย็น และการประคบประครองด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 34.7 , 18.7 และ 2.7 ตามลำดับ ส่วน 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ใช้มากที่สุด คือการจัดทำ และประคบร้อน/เย็น เช่นเดียวกัน

ด้านผลลัพธ์ พบว่าคะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดใน 24 , 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดน้อยที่สุดเฉลี่ย 2.05, 1.87 และ 1.66 ตามลำดับ เมื่อนำคะแนนความปวดมาจำแนกความรุนแรงของความปวด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0, 77.4 และ 67.9 ตามลำดับ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.3, 90.7 และ 89.3 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของความปวด ระดับรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10) ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดมีระดับความรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.3 รองลงมาคือ 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 1.3 ส่วน 72 ชั่วโมงไม่มีระดับปวดรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาช่วยให้กลุ่มการพยาบาลได้ตัวชี้วัดการจัดการความปวด เป็นโอกาสพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความปวด โดยสร้างความตระหนักของพยาบาลในเรื่องการประเมินความต่อเนื่อง การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด รวมทั้งวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดย การนิเทศ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ การอบรมให้ความรู้ และหรือมีการทบทวนปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติเพื่อความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาบรรเทาปวด เพื่อนำมาวางแผนทางการพยาบาลต่อไป

2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดของพยาบาล เพื่อหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความปวด นำมาพัฒนาคุณภาพด้านการบริการต่อไป

3. ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานพัฒนาการจัดการความปวด เช่น สร้างสื่อวีดิทัศน์ นวัตกรรม เป็นต้น

4. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่อง ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด คะแนนความปวดของผู้ป่วยประเมินความปวดจากการบันทึกทางการพยาบาล อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความปวดจริงของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการสุ่มในการประเมินในแต่ละเวร อาจได้คะแนนปวดไม่ได้ตรงความเป็นจริงที่ผู้ป่วยรู้สึก และเป็นการศึกษาย้อนหลังจากการบันทึกทางการพยาบาล การศึกษาครั้งต่อไปควรสอบถามจากผู้ป่วยและสอบถามความพึงพอใจจากการจัดการความปวด

เอกสารอ้างอิง

- จันทราพร ลุนลุด, จุรีพร อุ๋นบุญเรือน, อุบล จ้วงพานิช, ทิพวรรณ ขรรศร, ภัทรรุณี วัฒนศัพท์. ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;30(1): 46-52.
- จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, ณัฏฐดา อารีเปี่ยม. การจัดการความปวดของผู้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่องท้อง แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2558;15(1):80-90.
- จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามธิบดี. รามธิบดีพยาบาลสาร 2552;15(3):303-314.
- เจือกุล อโนธารมณ. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2550;25(1):14-23.
- ซัชชัย ปรีชาไว. การระงับปวดในหอผู้ป่วยวิกฤต. ใน ซัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสานนวกิจ, และวงศ์จันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. บรรณาธิการ. ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550. หน้า 139-54.
- ซัชมน ดำรงรักษัธรรม, สุวิมล กิมปี, ทิพา กิมปี, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, อุษาวดี อัศตวิเศษ. ผลของการนวดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2552;27(1):49-58.
- นภสร จันเพ็ชร, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2557;39(4):253-60.
- นิตยา อีรวีโรจน์, อมรรัตน์ คงนุรัตน์, ทรงพล กว้างนอก, สุจิตรา สุขผดุง, ภูวดล กิตติวัฒนาสาร. การศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29(4):33-9.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด. 2550.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส จำกัด. 2551.
- ภาณี พงษ์จะโปะ, กชกร พลาชีวะ, ศจีมาส แก้วโคตร, สุนันทา แผ่นจินดา, นงเยาว์ เร็วสา, สมบูรณ์ เทียนทอง. การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่ทำในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2549;21:182-7.

- มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์. ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” ต่อการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไปสถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2552;3(2):22-31.
- มนธิดา แสงเรืองเอก, บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554;34(3):1-10.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, ศรีสุดา งามขำ. ความสนใจต่อความปวด, วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2556;30(1):83-93.
- วิชัย อินทรชัยกุลทล, วราภรณ์ ไวกกุล, สมศรี เผ่าสวัสดิ์. การบำบัดความปวดหลังผ่าตัด. ใน พงศ์ภารดี เจาพะเกษตริณ. บรรณาธิการ. การบำบัดความปวด กรุงเทพฯ: ทิมส์ ประเทศไทย จำกัด. 2547 หน้า 139-152.
- ศรัณยา ประสิทธิ์ศิริกุล, มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, ฌภัทร ไวกุรินทะ, บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส, จุฬาลักษณ์ โชติกมณีย์, กาญจนา โกกิละนันท์ และคณะ. NO PAIN HAVE GAIN I. งานพัฒนาคุณภาพ สถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี. 2556.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2547). แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ในทศวรรษที่ 21. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง “การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันการประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”* สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. การระงับปวดหลังผ่าตัด. ใน วิรัตน์ วตินวงศ์, ธวัช ชาญชฎานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และธิดา เอื้อกฤดาธิการ. บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาคลินิก สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2551 หน้า 376-90.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. ความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2553.
- สมบูรณ์ เทียนทอง. ความสำคัญของการระงับปวดหลังผ่าตัด. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์ และชัชชัย ปรีชาไว. บรรณาธิการ. ความปวดและการระงับปวด: Pain and Pain management. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์. 2552.
- สมบูรณ์ เทียนทอง, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ ฤกษ์ณะประกรกิจ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, วัฒนา ตันชนะเทวินทร์, และณรงค์ ชันตีแก้ว. การพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ทำในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2550;22(2):158-64.
- สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. ตำราวิสัญญีวิทยา: การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย. สมุทรสาคร: วินเพรสโปรดักชั่นเฮาส์. 2548.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับชมรมวิสัญญีแห่งประเทศไทย. หน้าที่รับผิดชอบหลักและสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท. 2549.
- สิรินยา พวงจำปา, พิกุล นันทชัยพันธ์, ฉวีวรรณ ธงชัย. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล 2551;23(3):40-8.

- ส่องศรี หล้าป่าซาง, วิลาวรรณย์ พิเชียรเสถียร, พชร วรรกิจพูนผล. การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก. พยาบาลสาร 2552;36(3):46-58.
- สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, วิภา แซ่เซี้ย, เนตรนภา คู่พันธ์วี. ผลของการจัดการความปวดแบบประคบเย็นร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารสภาการพยาบาล 2555;27(3):77-90.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ อินเทอร์เน็ต. 2552.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ อินเทอร์เน็ต. 2554.
- สุรชาติพ เกษตรลักษณ์, ชนกวร จิตปัญญา. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2550;19(3):112-28.
- สุนิดา อติชาติ. การระงับความเจ็บปวดเฉียบพลันสำหรับพยาบาล. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการของโรงพยาบาลชลบุรี; 8 ธันวาคม 2554; ห้องประชุมนายแพทย์สุจินต์ ผลากรกุล
- Allcock N. Factor affecting the assessment of post-operative pain: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24:1144-51.
- Ashburn MA, Ready B. Postoperative pain. In: Loeser JD, editor. *Bonica's management of pain*. 3rded. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2001. p. 220-40.
- Carroll KC, Atkin PJ, Herold GR, Mlcek CA, Shively M, Clopton P, et al. Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: A multisite study. *American Journal of Critical Care* 1999;8:105-17.
- Chou SY, Liu HE. Comparison of effectiveness between moist and dry cryotherapy in reducing discomfort after orthogenetic surgery, *Journal Clin Nurse* 2007;17:1735-41.
- Cogan J. Pain management after cardiac surgery . *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 2010;14: 201-4.
- Devine EC, Bevsek SA, Brubakken K, Johnson BP, Ryan P, Sliefert MK, et al. Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline on surgical pain management: Adoption and outcomes. *Research in Nursing & Health* 1999;22:119-30.
- Dihle A, Helseth S, Kongsgaard UE, Paul SM, Miaskowski C. Using the American Pain Society's patient outcome questionnaire to evaluation the quality of

- postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *The Journal of Pain* 2006;7(4):440-8.
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. *International Journal for Quality in Health Care* 2003;15(4):357-8.
- Duedahl TH, Hansen E. A qualitative systematic review of morphine treatment in children with postoperative pain. *Pediatric Anesthesia* 2007;17:756-74.
- Gazal G, Mackie I. A comparison of paracetamol, ibuprofen or their combination for pain relief following extractions in children under general anaesthesia: A randomized controlled trial. *International Journal of Pediatric Dentistry* 2007;17(3):169-77.
- Good M. Acute pain. *Annual Review Nursing Research* 1999; 17:107-32.
- Huether SE, Defriez CB. Pain temperature regulation sleep and sensory function. In: McCance KL, Huether SE. editors. *Pathophysiology: The biologic bases in adult and children*. 5th ed. St. Louis; 2006. p. 447-61.
- Mackenzie JW. Postoperative pain control in children. *Paediatrics and Child Health* 2008;18:293-6.
- McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. *Canadian Journal of Anesthesia* 2004;51: 886-91.
- McGuire LL. Pain: The fifth vital sign. In Ignatavicius DD, Workman ML. editors. *Medical-Surgical nursing*. Missouri. USA: Saunders Elsevier; 2010. p.35-60.
- Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. *Science* 1965;150:971-9.
- Perrott DA, Piira T, Goodenough B, Champion D. Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2004;158:521-6.
- Pinto MD, Edwards WT. Management of pain in the critically ill patient. In Irwin RS, Rippe JM, Lisbon A, Heard SO. Editors. *Intensive Care Medicine* 4th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.218.
- Puntillo KA, Stannad D, Miaskowski C, Kehrie K, Gleeson S. Use of a pain assessment and intervention tool in critical care nursing practice: Nurses' evaluation. *Heart Lung* 2002;31(4):303-14.
- Sluka KA. Definition, concept, and model of pain, USA: International Association for the Study of Pain. 2009.
- Sommer M, De Rijke J, Van Kleef, Kessels A, Peters M, Geurts J, Marcus M. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *European Journal of Anaesthesiology* 2008;25:267-74.

- Srouji R, Ratnapalan S, Schneeweiss S. Pain in children: Assessment and nonpharmacological management. *International Journal of Pediatrics* 2010; 1-11.
- Stomberg MW, Lorentzen P, Lindquist H, Haljamae H. Postoperative pain management on surgical wards: Impact of database documentation of anesthesia organized services. *Pain Management Nursing* 2003;4(4):155-64.
- Taheri R, Seyedhejazi M, Ghojzadeh M, Ghabili K, Shayeghi S. Comparison of ketamine and fentanyl for postoperative pain relief in children following adenotonsillectomy. *Pakistan Journal of Biological Sciences* 2011;14(10):572-7.
- Twycross A. What is the impact of theoretical knowledge on children's nurses' post-operative pain management practices? An exploratory study. *Nurse Education Today* 2007;27:697-707.
- Valente S.M. Hypnosis for pain management. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2006;44(2):22-30.
- Vargas-Schaffer G. IS the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician* 2010;56:514-7.
- Zimmerman L, Barnason S, Hertzog M, Young L, Nieveen J, Schulz P, et al. Care of the patients undergoing cardiovascular surgery: Gender difference in recovery outcomes after an early recovery symptom management intervention. *Heart & Lung* 2011;40:429-39.

ภาคผนวก

แบบสังเกตบันทึกการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

เพศ 1. หญิง 2. ชาย

อายุ ปี

แผนก 1. ศัลยกรรมทั่วไป 2. สูติ-นรีเวช 3. ศัลยกรรมกระดูก 4. หู คอ จมูก 5. ตา 6. ศัลยกรรมตกแต่ง

ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก 1. GA 2. SAB

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล วัน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกกระบวนการจัดการความปวด

ลำดับ	หัวข้อกระบวนการจัดการความปวด	Day 1		Day 2		Day 3	
		ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ	ทำ	ไม่ทำ
1	บันทึกการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล						
2	การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale						
3	ความถี่ของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน)						
4	การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด						
5	การบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
5.1	การรับประทาน						
5.2	ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว						
5.3	ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา						
5.4	ยาระงับปวดทางไขสันหลัง						
5.5	ยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย (PCA)						
5.6	หยดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง						
5.7	อื่นๆ						
6	การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
6.1	การจัดท่า						
6.2	การเบี่ยงเบนความสนใจ						
6.3	เทคนิคการผ่อนคลาย						
6.4	การประคบประคองด้านจิตใจ						
6.5	การใช้สมาธิ						
6.6	การนวดเฉพาะที่						
6.7	การประคบร้อน/เย็น						
6.8	การใช้ดนตรีบำบัด						
6.9	อื่นๆ						

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

ลำดับ	หัวข้อกระบวนการจัดการความปวด	Day 1	Day 2	Day 3
1	คะแนนความปวดที่มากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง			
2	คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง			