

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่มีความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับความปวด
 - 1.1.1 ความหมายของความปวด
 - 1.1.2 ความปวดหลังผ่าตัด
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับความปวด
 - 1.3 ผลกระทบของความปวดต่อผู้สูงอายุ
 - 1.4 อุปสรรคต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ
 - 1.5 การประเมินความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
2. ทักษะคิดของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
 - 2.1 ความหมายของทักษะคิด
 - 2.2 ทักษะคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความปวด
 - 2.3 การประเมินทักษะคิดของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
3. การจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
 - 3.1 การประเมินความปวด
 - 3.2 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา
 - 3.3 การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา
 - 3.4 การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการจัดการความปวด

1. ความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

1.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและความปวด

การรับรู้ความปวดในผู้สูงอายุที่ลดลง เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทที่ลดลง เช่น การรับรู้ความปวดที่ผิวหนังอาจจะลดลง เพราะอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง แต่การรับรู้ความปวดที่อวัยวะภายในอาจจะเพิ่มขึ้น (visceral pain) (Egbert, 1991 cited by Ignatavicious, Workman & Mishler, 1999) การรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้สูงอายุอาจเป็นผลจากการทำลายเกิดขึ้นในระบบประสาทส่วนกลาง จึงทำให้การรายงานความปวดในผู้สูงอายุด้วยตัวผู้สูงอายุเองทำได้ยากขึ้น พยาบาลควรตระหนักเรื่องการตอบสนองต่อความปวดในผู้สูงอายุให้มากขึ้น แม้แต่ในผู้ป่วยที่สับสนก็ต้องการ การดูแลและประเมินอย่างใกล้ชิด เพราะผู้สูงอายุจะไม่ค่อยแสดงความปวด จนดูเหมือนว่าไม่ปวด หรือดูเหมือนว่าเป็นความปวดเล็กน้อย ซึ่งกลายเป็นสิ่งปกติในกลุ่มผู้สูงอายุ (Black & Jacob, 1997)

1.1.1 ความหมายของความปวด

ยัง (Young, 1999) อ้างถึงองค์กรที่มีนโยบายในการดูแลสุขภาพและวิจัย (Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR) ว่าได้ทำการวิเคราะห์ความหมายของความปวดว่าเป็นความรู้สึก และการตอบสนองส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน รวมถึงระดับความรุนแรงของความปวด เวลา สาเหตุ ลักษณะ ผลกระทบ และการให้ความหมายของแต่ละบุคคล และนอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของความปวดดังนี้คือ

แมคคาฟเฟอร์และบีบี (McCaffery & Beebe, 1989) ได้ให้ความหมายของความปวดไว้ว่าความปวดคือประสบการณ์ที่บุคคลนั้นกำลังประสบอยู่ ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้และยังคงอยู่ตลอดเวลาตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP cited by Suchdev, 2002) ได้ให้ความหมายของความปวดว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายเกี่ยวกับความรู้สึก และอารมณ์อย่างแท้จริงหรือมีความเป็นไปได้ที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย

สเตอร์นบาคซ์ อังโน แบล็คและจาคอบ (Sternbach, 1968 cited by Black & Jacobs, 1997) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความปวดว่า เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลเกี่ยวกับการบาดเจ็บเป็นสัญญาณกระตุ้นเตือนให้รู้ว่าเกิดอันตรายหรือกำลังจะเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ คือรูปแบบการตอบสนองในการป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต

เมทท์แคสเทิล อังใน แบคส์และจาคอบ (Mount castle, 1980 cited by Black & Jacobs, 1997) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความปวดว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่มาคุกคามหรือทำลายเนื้อเยื่อให้เกิดการบาดเจ็บ

สรุป ความปวดมีความสำคัญในแง่สัญญาณเตือนของภาวะอันตรายต่อชีวิต ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่กำลังประสบอยู่เท่านั้นที่จะรู้ถึงความปวด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึก และอารมณ์ จากการที่มีสิ่งมากระตุ้น คุกคาม มีการบาดเจ็บ เนื้อเยื่อถูกทำลายและความปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอก

1.1.2 ความปวดหลังผ่าตัด

เกิดจากรอยแผลผ่าตัดได้ตัดผ่านเนื้อเยื่อหลายชนิดรวมถึงเส้นประสาท โดยเฉพาะปลายประสาทอิสระได้รับการกระตุ้นที่บริเวณรับความรู้สึกปวดโดยตรง เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกทำลายจะเกิดการอักเสบจะหลั่งสารเคมีออกมา เช่น แบริคดีไคนิน (bradykinin) ซีโรโทนิน (serotonin) และ ฮีสตามิน (histamine) ไปกระตุ้นปลายประสาทเจ็บปวดซึ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกปวดที่ประสาทส่วนปลายทำให้เกิดเนื้อเยื่อไวต่อสิ่งกระตุ้นมากขึ้น กระตุ้นสัญญาณรับความปวดเพิ่มขึ้นความปวด ถูกส่งผ่านไปทางคอร์ซัลฮอร์น (dorsal horn) ของไขสันหลังและเพิ่มระยะเวลาความปวดนานขึ้นตัวรับความรู้สึกปวดถูกส่งผ่านทางเส้นใยประสาทเอ (A fiber) ที่มีไมอีลินหุ้ม (myelinated) และเส้นใยประสาทซี (C fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีไมอีลินหุ้ม (unmyelinated) แม้สิ่งกระตุ้นปกติก็ทำให้เกิดความปวดได้ ความปวดที่ไม่ถูกกระตุ้น (non-noxious stimuli) จะถูกส่งและแสดงความปวดออกมาสัญญาณความปวดนี้ส่งผ่านจากระบบประสาทส่วนกลาง ไปยังระบบประสาทส่วนปลายเพื่อขยายเวลาปวดออกไปปรากฏการณ์นี้เรียกว่า ไวด์อัพ (wind-up) หรือทำให้ระบบประสาทส่วนกลางไวต่อสิ่งที่มากระตุ้น (Asdourian, 2002) เมื่อสารเคมีเหล่านี้มากระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดเกิดสัญญาณประสาทส่งไปตามวิถีประสาทความปวดขึ้นไปยังสมอง ทำให้เกิดการรับรู้การตอบสนองต่อความปวด

1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับความปวด

อายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ในการกระตุ้นให้เกิดความปวด เฮลม์ และ กิบสัน (Helme & Gibson, 1999) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาโดยใช้วิธีการทดลองโดยใช้สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด พบว่าความแตกต่างของอายุมีผลต่อการรับรู้ ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าความไวต่อความปวดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น แต่ในขณะที่วัยกลับมีรายงานจำนวนมากรายงานว่าความไวต่อความปวดไม่เกี่ยวกับอายุที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะเมื่อใช้การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า อย่างไรก็ตามข้อจำกัดที่เด่นชัดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุในระบบสรีรวิทยาคือ

การทำหน้าที่ในการรู้สึกปวดของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งอธิบายถึงความหนาแน่นของเส้นใยประสาท ไมอีลิน (myeline) และ ไมไซไมอีลิน (nonmyeline) ที่ลดลงในผู้สูงอายุ (Ochoa & Mair, 1969 cited by Helme & Gibson, 1999) ได้มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี แสดงให้เห็นว่ามีการใช้เวลานานขึ้นในการนำความรู้สึกที่เส้นประสาทส่วนปลาย (Desmet & Cheron, 1980 cited by Helme & Gibson, 1999) การกระตุ้นที่ตัวรับความรู้สึกปวดโดยกระตุ้นที่ใยประสาทเอเดลต้า เป็นใยประสาทขนาดใหญ่ มีไมอีลินหุ้ม (myelinated A delta) และใยประสาทซีซึ่งไม่มีไมอีลินหุ้ม (unmyelinated C fibers) ทั้งคู่จะส่งสัญญาณความรู้สึกปวดไปที่ระบบประสาทส่วนกลาง และผ่านทางแอกซอน (axon) เส้นเลือดมีการมีขยายตัว หรือมีการขยายตัวออกรอบบริเวณที่ถูกกระตุ้น (Helme & Gibson, 1999) จากการศึกษาสรุปได้ว่า ข้อจำกัดทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของวิถีประสาทรับความรู้สึกปวด (nociceptive pathway) ของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลายการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ดูเหมือนจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความไวต่อความรู้สึกปวดและมีการรายงานความปวดลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Helme & Gibson, 1999)

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่อการตอบสนองต่อยาในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากระบบการความเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคเรื้อรังประจำตัว ทำให้มีผลต่อการตอบสนองของยาต่อความเข้มข้นของยาในร่างกายทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) เกี่ยวกับการดูดซึมยา การกระจายยา การเผาผลาญของยา การขับถ่ายยา และผลกระทบต่อความไวของยาต่ออวัยวะเป้าหมาย จึงมีความจำเป็นต้องทราบถึงวิธีการปฏิบัติในการให้ยาในผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ และยาระงับปวดกลุ่มอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ต้องมีความระมัดระวังในการให้ยาระงับปวดเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากพิษของยา (Ewing, 2002; McPherson, 2004)

1) การดูดซึม (absorption) การดูดซึมยาในผู้สูงอายุอาจจะมีผลจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารทำให้การดูดซึมยาบกพร่องและล่าช้าในผู้สูงอายุ และมีความเป็นกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นเนื่องจากพื้นผิวในกระเพาะอาหารลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงลำไส้เล็กลดลง มีการฟ่องของเยื่อในลำไส้เพิ่มขึ้นมีผลให้ลดพื้นผิวในการดูดซึมยาลง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง การบีบตัวของกระเพาะอาหารอ่อนตัวลง อัตราการส่งผ่านของยาจากกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็กเพิ่มขึ้น (Ewing, 2002, Marie, 2002, McPherson, 2004) โดยทั่วไปไม่มีผลต่อการบำบัดโดยการให้ยาระงับปวด อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวช้าลงของกระเพาะอาหารและลำไส้ อาจ

เพิ่มการระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร มีเลือดออก และมีผลจากการให้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (McPherson, 2004)

2) การกระจายของยา (distribution) ปริมาณการกระจายยาเป็นตัวบ่งชี้ถึงการกระจายของยาซึ่งในผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับอัตราส่วนของมวลรวมในร่างกายกับไขมันในร่างกาย ซึ่งคำนวณได้จากปริมาณของน้ำทั้งหมดในร่างกาย และพลาสมาโปรตีน (plasma protein) ยาจะคงอยู่ในร่างกายของผู้สูงอายุได้นานเนื่องจาก ปริมาณของน้ำในร่างกายลดลง มวลของร่างกายลดลง มีจำนวนไขมันเพิ่มขึ้น เลือดไปเลี้ยงที่ต่ำลง เลือดที่ออกจากหัวใจลดลง และมีแรงดันจากเส้นเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง ความสามารถในการกระจายของยาที่ละลายน้ำได้ลดลง การละลายในไขมัน และการจับกับโปรตีนของยาเป็นปัจจัยในการเปลี่ยนแปลงของการกระจายของยา ในผู้สูงอายุมีการสะสมของยาที่ละลายในไขมันได้ (Ewing; 2002, Marie; 2002, McPherson, 2004) ในการบำบัดโดยการให้ยาระงับปวด ยาจะจับกับพลาสมาโปรตีน ตัวที่ทำหน้าที่จับกับพลาสมาโปรตีนคืออัลบูมิน ในผู้สูงอายุจะมีการผลิตอัลบูมินน้อย ทำให้อัลบูมินในพลาสมาลดลง โดยเฉพาะในขณะเจ็บป่วย การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย หรือภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ทำให้ความสามารถในการจับกับอัลบูมินลดลง ทำให้การกระจายยาคือเวลาออกไป ทำให้เกิดพิษได้ การให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ยาระงับปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และ เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) จะทำให้เกิดพิษมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับอัลบูมินในเลือดน้อย (McPherson, 2004)

3) การเมตาบอลิซึม (metabolism) ของยาจำนวนมากรวมถึงยาระงับปวดส่วนใหญ่ถูกเมตาบอลิซึมที่ตับ แต่ก็มียาออกทางอวัยวะอื่น เช่น ไต และปอด ในผู้สูงอายุการทำหน้าที่ของตับลดลง การลดลงของมวลตับ ปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงที่ต่ำลง เอนไซม์ในกระบวนการเมตาบอลิซึมในตับมีความสามารถลดลง ทำให้การกำจัดยาที่ตับในผู้สูงอายุลดลง 60 เปอร์เซ็นต์ ค่าครึ่งชีวิตของยาในการกำจัดยาเพิ่มขึ้น (Ewing, 2002; Marie, 2002; McPherson, 2004) ผลทางคลินิกเหล่านี้ทำให้มีการสะสมของยา เช่น ยาระงับปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) จึงมีความจำเป็นต้องให้ขนาดยาต่ำๆ เพื่อให้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์นาน (McPherson, 2004)

4) การขับถ่ายยา (elimination) ยาส่วนใหญ่ถูกขับออกทางไตโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ยาการขับถ่ายยาลดลงในผู้สูงอายุเนื่องจาก การทำหน้าที่ของไตโดยทั่วไปในผู้สูงอายุลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้รวมถึงการลดลงของเนื้อไตและปริมาณการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลงความสามารถในการกรองที่หน่วยไตและอัตราการดูดกลับลดลง ในผู้สูงอายุระดับครีเอตินินใน พลาสมา

ปกติ แต่การกำจัดครีเอตินินจะลดลงเพราะว่าระดับความเข้มข้นของครีเอตินินมีผลต่อ ความสมดุลในการผลิตครีเอตินินจากเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ การผลิตครีเอตินินน้อยลงจากมวลกล้ามเนื้อลดลงจึงชดเชยโดยการขับออกทางไตลดลง เพื่อให้ระดับความเข้มข้นของครีเอตินินมีความสมดุล (Ewing, 2002; Marie, 2002; McPherson, 2004) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากยาที่มีการสะสม เมื่อยามีอายุครึ่งชีวิตยาว การให้ยาระงับปวด เช่น มอร์ฟีน ควรระวังในผู้ป่วยที่ไตเสื่อมหน้าที่ เพราะจะทำให้เกิดพิษจากการสะสมของยาได้ (McPherson, 2004)

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลศาสตร์ในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาของผู้สูงอายุ ดังนั้น การให้ยาระงับปวดในผู้สูงอายุ จึงต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการบริหารยาในผู้สูงอายุ เพื่อให้การจัดการกับความปวดมีประสิทธิภาพ และช่วยลดต้นทุนในการบริหารยา

1.3 ผลกระทบของความปวดต่อผู้สูงอายุ

โดยทั่วไปความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดใน 24-48 ชั่วโมง เป็นความปวดแบบรุนแรงสามารถทำให้เกิดความผิดปกติของการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยา และ การตอบสนองทางด้านจิตใจ ถ้าความปวดเพิ่มขึ้นและไม่ได้รับความช่วยเหลือปล่อยให้มีการดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับความช่วยเหลืออาจทำให้การการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีความผิดปกติ จนทำให้มีการทำลายของอวัยวะ และเกิดการล้มเหลวในที่สุด เป็นสาเหตุทำให้เกิดความตายได้ผลของความปวดแบบเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้

1.3.1 การทำงานของระบบหายใจ ความผิดปกติของระบบหายใจพบได้มากที่สุด หลังผ่าตัดทรวงอก หรือช่องท้อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยปกติ จะได้รับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับปอดในการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง และอวัยวะส่วนปลาย ผลจากความปวด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดบวมจากการอยู่นิ่ง (hypostatic pneumonia) ได้มีการศึกษาของ โมดิก อังใน คอซินส์ (Modig, 1976 cited by Cousins, 1989) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก หลังผ่าตัดได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ พบว่ามีปริมาตรอากาศในปอดต่ำ และ เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) ผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้จากปฏิกิริยาของความปวด จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการจัดการความปวดโดยการให้ยาระงับปวดทางเยื่อหุ้มไขสันหลัง หลังจากให้ยาพบว่าผู้ป่วยไม่มีความปวด และไม่มีผลความผิดปกติของการทำหน้าที่ของปอด นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาของปอดในผู้สูงอายุครั้งนี้คือ หลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เพราะมีเส้นใยอีลาสติน

ลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ มีผลทำให้ความยอมตามของปอด (lung compliance) ลดลง ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจ (ventilation) ลดลง ความจุส่วนเหลือที่ใช้งานได้ (functional residual capacity-FRC) และปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่ใน 1 วินาที (forced expiratory volume in 1 sec-FEV₁) ลดลง ปริมาตรอากาศค้างในปอด (residual volume) เพิ่มขึ้น ความจุของการหายใจสูงสุด (maximal breathing capacity-MBC) ลดลง อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน (ventilation-perfusion mismatching) ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุให้ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO₂) ลดลง สำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขน (cilia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์การไหลลดลง ประสิทธิภาพการไหลลดลง ทั้งนี้เนื่องจากมีการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในของทางเดินหายใจไม่ดี ประกอบกับปริมาณ ไอ จี เอ (Ig A) ในสารคัดหลั่ง และอัลวีโอลา แมคโครฟาจ (alveola macrophage) ลดลงจึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การทำงานของฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) ลดลงเป็นสาเหตุให้เกิดการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ง่าย (Taffett, 2003)

1.3.2 การทำงานของระบบหัวใจและระบบไหลเวียน (cardiovascular system) โดยทั่วไป ความปวดแบบเฉียบพลัน ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) ทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เพิ่มแรงต้านทานเลือดบริเวณส่วนปลาย ความดันโลหิตและปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงร่างกายเพิ่มขึ้น มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของระบบหัวใจและระบบไหลเวียนดังนี้ คือ กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปฟัสซินมาสะสมในเซลล์มากขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นมีแคลเซียมมาเกาะ มากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีไขมันและเนื้อเยื่อพังผืดที่ เอส-เอ โหนด และ เอ-วี โหนด (S-A node, A-V node) และ บันเดิล-برانซ์ (bundle branches) มากขึ้นจากสาเหตุดังกล่าวทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดของหัวใจลดลง ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนน้อยลงทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนน้อยลง ร่วมกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น และมีการเชื่อมตามขวางของเส้นใยคอลลาเจน รูภายในหลอดเลือดแคบเข้า จึงมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้

ง่าย ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันภายในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้เพียงพอกับการทำงานของร่างกาย (Taffett, 2003) จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดการพร่องออกซิเจน ผลของความปวดแบบเฉียบพลันถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือ ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด จะมีผลทำให้หัวใจขาดเลือดและตายได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด และผลของความปวดเฉียบพลันทำให้เลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะส่วนปลายลดลง และจะรุนแรงมากในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อเส้นเลือด (vascular grafting) ความปวดแบบเฉียบพลันชนิดรุนแรงหลังผ่าตัด จะเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก อาจเกี่ยวกับการลดการไหลเข้าของเส้นเลือดแดง และลด emptying ของเส้นเลือดดำ ทำให้มีการคั่งของเลือด เกิดการเปลี่ยนแปลงการแข็งตัวของเลือด และผลจากความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิด ลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (venous thrombosis) และลิ่มเลือดในปอด (pulmonary embolism) (Modic et al 1980 cited by Cousins & Power, 2003)

1.3.3 การทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะ (genitourinary system) ผลจากความปวดแบบเฉียบพลัน ทำให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ รวมทั้งกล้ามเนื้อหูรูดมีการทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ (Cousin & Power, 2003) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กำลังการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะจึงลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นและผลิตสารคัดหลั่งน้อยลง ทำให้ปัสสาวะลำบาก ผลจากความปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัดยังทำให้ปัสสาวะค้างมากขึ้น (Taffett, 2003)

1.3.4 การทำงานของระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system) ผลของความปวดเฉียบพลันทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ซึ่งมีผลให้มีการหลั่งน้ำย่อย ในทางเดินอาหารและการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดภาวะไอเลียส (ileus) (วงจันทร์, 2547) ในผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ต่างๆ ลดลง จึงทำให้การดูดซึมแคลเซียมลดลง การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ผลของความปวดหลังผ่าตัดทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง หรือไม่ยอมเคลื่อนไหว จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเกิดภาวะท้องผูกได้มากขึ้น

1.3.5 การเคลื่อนไหวร่างกายและการทำงานของระบบกระดูกและข้อ (musculoskeletal system) ความปวดหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง หรือ จำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งมีผล

ทำให้การเผาผลาญกล้ามเนื้อลดลง จนเกิดกล้ามเนื้อลีบ หรือทำให้การทำหน้าที่โดยปกติของกล้ามเนื้อ ยืดเวลาออกไป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลจากความปวดและปฏิกิริยาการหดตัวของเส้นเลือด (Cousins & Power, 2003) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุมีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและเส้นใยกล้ามเนื้อ ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น มีความอ่อนล้าเพิ่มขึ้น แคลเซียมสลาย ออกจากกระดูกมากขึ้น มวลกระดูกลดลงและบางผุง่ายขึ้น แคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อน ในข้อมากขึ้น น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวช้าลง ด้วยสาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังกล่าว ผลจากความปวดหลังผ่าตัดทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย

1.3.6 การทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) มีการศึกษาพบว่าความเครียด และความปวด เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิด ปัญหาการติดเชื้อ หลังผ่าตัดสูงขึ้นได้ง่าย ในผู้สูงอายุระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกายทั้ง ระบบ (cell mediated immunity) ทำงานลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เซลล์จำนวนมากอยู่ใน ระยะยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ (immature) เพราะขาดฮอร์โมนจากต่อมธัยมัส ประสิทธิภาพการทำงานของแอนติบอดีลดลง ทำให้สามารถตอบสนองต่อแอนติเจนที่มากระตุ้นได้น้อยลง นอกจากนี้ แอนติบอดียังทำงานผิดปกติไม่สามารถแยกเซลล์ปกติออกจากเซลล์ผิดปกติได้ ด้วยสาเหตุดังกล่าวผล จากความปวดเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจึงทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลงมากขึ้นจึง มี โอกาสติดเชื้อ หลังผ่าตัดได้สูงมากขึ้นและเป็นสาเหตุทำให้เพิ่มอัตราการตายในผู้สูงอายุ

สรุป ในผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงสูงจากผลของความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดถ้าไม่ได้รับการ จัดการความปวดอย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง ดังนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาซึ่งเกิดจากผลของความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ จะ ทำให้สามารถให้ความสำคัญกับความปวดในผู้สูงอายุ และสามารถจัดการกับความปวด ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและความตายได้

1.4 อุปสรรคต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ

1.4.1 จากผู้ป่วยและครอบครัว มีการรายงานเกี่ยวกับความปวดในระดับต่ำเนื่องจากความ เชื่อดังนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อว่าความปวดคือประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ความปวดคือ การถูกลงโทษ หรือการทรมานตนเองเพราะสำนึกในบาป ความปวดคือความปกติ มีความต้องการที่จะ เป็นผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวที่ดี รวมถึงมีความคาดหวังว่าผู้ดูแลทางด้านสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับความปวด และสามารถให้ความช่วยเหลือได้ (Marie & Loeb, 2002)

1.4.2 จากตัวผู้ป่วยเอง เช่น กลัวว่าจะเป็นการรบกวน และสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแล หรือทำให้ผู้ดูแลโกรธ และสิ่งที่จะใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคย เช่น การใช้เครื่องควบคุมความปวดที่ควบคุมความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง (McCaffery & C. Pasero, 1995 cited by Ferrell & Ferrell, 1996) กลัวอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวด วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดยา วิตกกังวลเกี่ยวกับการบอกเกี่ยวกับความปวดกลัวจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ดี และเชื่อว่าความปวดในผู้สูงอายุคือสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Bell, Halvey & Paice, 2004)

1.4.3 จากทีมสุขภาพผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวด กังวลการใช้ยาระงับปวดว่าทำอย่างไรจึงจะเกิดความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ กลัวอาการข้างเคียงจากการใช้โอปิออยด์ ระบุว่าความปวดคือส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุที่อาจไม่สามารถจัดการได้ขาดความรู้ความสามารถในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่การรับรู้ลดลง (Bell, Halvey & Paice, 2004) และมีความยากในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ จากการจำกัดความสามารถในการสื่อสาร ไม่สามารถเข้าใจความแตกต่างระหว่างความปวด ความทุกข์ทรมาน และภาวะซึมเศร้า ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการแสดงออกทางพฤติกรรม

1.4.4 จากระบบดูแลสุขภาพดังนี้คือค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการสั่งยาโดยไม่พิจารณาให้รอบคอบทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาได้ การขาดโปรแกรมหน่วยงานในการช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่าย ความลำเอียงทางด้านวัฒนธรรมในการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Bell, Halvey & Paice, 2004; Marie & Loeb, 2002) ด้วยสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ

1.5 การประเมินความรู้ของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

เป็นการประเมินด้านพุทธิปัญญา (cognitive domain) เกี่ยวกับความรู้ ความสามารถ สถิติปัญญา โดยใช้เครื่องมือวัดที่เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบวัดแบบทดสอบถูกผิด (True-False) แบบสอบถามนี้วัดความสามารถในการพิจารณาข้อความที่กำหนดให้ว่าใช่หรือไม่ จากความรู้ที่เรียนรู้อย่างมาแล้ว โดยทั่วไปจะเป็นการวัดความรู้ด้านความจำ

2.ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

2.1 ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้จากคำพูดหรือพฤติกรรมที่สะท้อนทัศนคตินั้นๆ คนแต่ละคนมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยแตกต่างกัน แม้ว่าทัศนคติจะเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม แต่เมื่อได้เกิดขึ้นแล้วจะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อบุคคลที่มีทัศนคตินั้น บทบาทของทัศนคติต่อพฤติกรรมของคนมีมาก แทบจะกล่าวได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตมนุษย์ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ไม่ว่าจะเป็เรื่องเล็กเรื่องใหญ่หรือเรื่องสำคัญมากน้อยเพียงใด(สุชาติ, 2544)

2.2 ทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความปวด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวด ทั้งในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็น ของบุคคลที่เป็นผู้สูงอายุ และที่เป็นความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อความคิดเห็น ของบุคคลที่เป็นพยาบาล ได้มีผู้กล่าวถึงความรู้สึกรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็น เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุที่เกิดจากผู้สูงอายุเอง ดังนี้

นีลีย์ (1993) อ้างใน อิกนาตาวิเชิสและคณะ (Neeley, 1993 cited by Ignatavicius et al., 1999) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อเกี่ยวกับความปวดดังนี้คือ ความปวดคือสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การอธิบาย หรือบอกถึงความปวดคือสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ เพราะคือสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ การบ่นเกี่ยวกับความปวดจะเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงผู้ป่วยที่ไม่ดี รวมถึงพยาบาลมีงานยุ่งมากเกินไปที่จะฟังการบอกเกี่ยวกับความปวด ความปวดคือสิ่งที่ชี้บ่งถึงความเจ็บปวดที่รุนแรงหรือเข้าใกล้ความตาย

แบล็คและจาคอบ (Black & Jacobs, 1997) กล่าวถึงความเชื่อ และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุจะคิดว่าความปวดคือสิ่งปกติที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และความปวดจะแสดงถึงความเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงปฏิเสธที่จะบอกเกี่ยวกับความปวดเพราะว่าหมายถึงความแก่

อิกนาตาวิเชิสและคณะ (Ignatavicius et al., 1999) กล่าวถึงการไม่รายงานความปวด จากทัศนคติของผู้สูงอายุ ดังนี้คือ ผู้สูงอายุจำนวนมากลังเลไม่เต็มใจที่จะรายงานความปวด เนื่องจาก ผู้ป่วยสูงอายุมักถูกประเมินว่ามีความปวดในระดับต่ำ ทั้งที่มีความปวดรุนแรงผู้ป่วยอาจจะไม่บอกเกี่ยวกับความปวด เพราะต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดี ไม่ต้องการให้เป็นที่รำคาญหรือรบกวนผู้ดูแล โดยเฉพาะในผู้

ป่วยที่มีประวัติป่วยเป็นโรคมะเร็ง เพราะการบอกเกี่ยวกับความปวดเป็นสิ่งย่ำแย่เกิน ที่เกี่ยวกับโรคและความก้าวหน้าของโรค ผู้ป่วยอาจจะลังเลที่จะรับยาแก้ปวดโดยเฉพาะยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์เพราะกลัวการติดยา และจากประสบการณ์การใช้ยาจากตัวผู้สูงอายุพบว่าทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ทั้งโดยทางตรง และทางอ้อม เช่น กระวนกระวาย ท้องผูก

สรุป ผู้สูงอายุมีความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็น เกี่ยวกับความปวด ดังนี้คือ ความปวดคือความปกติ และเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การบอกเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ และเป็นสิ่งย่ำแย่เกินเกี่ยวกับโรคหรือเข้าใจถึงความตาย จึงไม่รายงานความปวดเพราะต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดี กลัวการติดยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์

สำหรับทัศนคติของพยาบาล เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากในการประเมินความปวดและในการจัดการความปวด แก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดจากการไม่ได้รับการจัดการความปวด เพื่อช่วยให้การจัดการกับความปวดมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (Luggen, 2001; Marie & Loeb, 2002; McCaffery & Pasero, 1999; Watson & Donna, 1992) เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาล ที่มีต่อความปวดในผู้สูงอายุเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องดังนี้ (ตาราง 1)

ตาราง 1

ความเชื่อ ทัศนคติ ที่ไม่ถูกต้องของพยาบาล เกี่ยวกับความปวด ในผู้สูงอายุ และ ความเชื่อ ทัศนคติ ที่ถูกต้องของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ

ความเชื่อ ทัศนคติ ที่ไม่ถูกต้อง	ความเชื่อ ทัศนคติ ที่ถูกต้อง
1. ความปวดคือสิ่งที่เกิดขึ้นปกติตามธรรมชาติในผู้สูงอายุ	2. การปล่อยให้ความปวดเกิดขึ้นในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง และมีความปวดเป็น 2 เท่าของความปวดในวัยหนุ่มสาว และความปวดไม่ใช่ความปกติในผู้สูงอายุ การแสดงความปวดในผู้สูงอายุมีความจำเป็น ต้องได้รับการประเมินวินิจฉัย และการจัดการความปวด

ตาราง 1 (ต่อ)

ความเชื่อ ทักษะที่ไม่ถูกต้อง	ความเชื่อ ทักษะที่ถูกต้อง
2. ความรู้สึกปวดและการรับรู้ความปวดลดลงในผู้สูงอายุ	2. ทักษะนี้นี้อันตรายมาก ผลที่ตามมาทำให้ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมาน การรับรู้ความปวดในผู้สูงอายุที่ลดลง เช่น การรับรู้ความปวดบริเวณผิวหนัง แต่การรับรู้ความปวดที่อวัยวะภายใน (visceral pain) จะเพิ่มขึ้น
3. ถ้าไม่มีการรายงานความปวดในผู้สูงอายุแสดงว่าไม่มีความปวด	3. การไม่รายงานความปวดในผู้สูงอายุเนื่องจากกลัวความหมายของความปวด กลัวผลการวินิจฉัย หรือการจัดการกับความปวด และผู้สูงอายุไม่ต้องการแสดงให้เห็นถึงการเป็นภาระ และการรบกวนแก่ผู้ดูแล หรือทำให้ผู้ดูแลไม่พอใจ และเชื่อว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความปวด และสามารถจัดการกับความปวดได้
4. การไม่รายงานความปวดในผู้สูงอายุเนื่องจากกลัวความหมายของความปวด กลัวผลการวินิจฉัย หรือการจัดการกับความปวด และผู้สูงอายุไม่ต้องการแสดงให้เห็นถึงการเป็นภาระ และการรบกวนแก่ผู้ดูแล หรือทำให้ผู้ดูแลไม่พอใจ และเชื่อว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความปวด และสามารถจัดการกับความปวดได้	4. ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดจะมีวิธีการเรียนรู้หลายวิธีในการเผชิญความปวดมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ประสบความสำเร็จกับการเผชิญความปวดในระยะสั้นๆ การนอนหลับอาจเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งในการเผชิญความปวดได้
5. การให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์มากเกินไปในผู้สูงอายุทำให้ติดยา	5. สามารถให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ได้บ่อยครั้งตามความจำเป็น มีรายงานการวิจัยพบว่าการติดยาจากการให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 เปอร์เซ็นต์

ตาราง 1 (ต่อ)

ความเชื่อ ทักษะที่ไม่ถูกต้อง	ความเชื่อ ทักษะที่ถูกต้อง
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ลดลง การรายงานความปวดจากผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และเชื่อถือไม่ได้	6. การรายงานความปวดจากตัวผู้ป่วยเองเป็นสิ่งที่เชื่อถือได้มากที่สุดที่ควรยอมรับ และเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก ควรมีการประเมินความปวดและจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสม
7. การรายงานความปวดในผู้สูงอายุมีการรายงานความปวดมากเกินไปจนไม่เป็นจริง	7. แม้ว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดสูง แต่มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีการรายงานความปวดต่ำ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินความปวด และการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ
8. การจัดการความปวดในคลินิกยึดถือแนวทางปฏิบัติที่สืบทอดกันมา คือเป็นการปฏิบัติงานโดยยึดถือธรรมเนียมที่เคยทำกันมา หรือเคยบอกกล่าวกันมา	8. การยึดถือแนวทางปฏิบัติโดยใช้การวิจัยเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ

จากการศึกษาเกี่ยวกับทักษะของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ พบว่านอกจากความรู้แล้วทัศนคติก็มีผลต่อการปฏิบัติเช่นเดียวกัน การมีทัศนคติในทางลบมีแนวโน้มที่จะทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติ การมีทัศนคติที่ดีในทางบวกจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้น ในด้านการจัดการความปวดก็เช่นกัน ถ้าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีก็จะมี การปฏิบัติในการจัดการความปวดที่ดี ดังเช่นจากการศึกษา ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ของปริดาภรณ์, วรรณศิริ, เจือกุล, ถนอมขวัญ, และ สมถวิล (2547) พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติด้านการประเมิน และการควบคุมความเจ็บปวดอยู่ในระดับดี สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลด้านการประเมินและควบคุมความเจ็บปวดอยู่ในระดับดีมากและดี แสดงให้เห็นว่าในด้านการ

จัดการความปวดถ้าพยาบาลมีทัศนคติที่ดีก็จะมีการปฏิบัติในการจัดการความปวดที่ดี

2.3 การประเมินทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

การประเมินทัศนคติเป็นการประเมินด้านจิตอารมณ์ (affective domain) ได้แก่ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ และเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะลึกซึ้ง อันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุน (ทางบวก) หรือทางต่อต้าน (ทางลบ) ก็ได้ ทัศนคติมีความสำคัญ และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล การประเมินทัศนคติทำได้โดยใช้เครื่องมือวัดทัศนคติที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามวัดทัศนคติของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวัดทัศนคติเป็นสิ่งสำคัญ เพราะความรู้ที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาเปลี่ยนแปลงโดยกระบวนการต่างๆ เช่น การศึกษา และการฝึกอบรม

3. การจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

3.1 การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ

การประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุมีความยาก และซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยในวัยหนุ่มสาวเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความจำลดลง ความรู้สึกลดลง และมีภาวะซึมเศร้ารวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพที่จะได้รับรายงานความปวดเป็นบุคคลแรก โดยคำบอกเล่าของผู้ป่วยอีกทั้ง พยาบาลสามารถให้การประเมินความปวดในผู้สูงอายุในระยะวิกฤติได้อย่างครอบคลุม การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ (Bell, Halvey & Paice, 2004) ประกอบด้วย

1) การซักประวัติโดยทั่วไป (general history) เพื่อให้การประเมินความปวดทำได้ถูกต้องแม่นยำ การประเมินความปวดอย่างถูกต้องในผู้สูงอายุควรซักประวัติเกี่ยวกับ ประวัติเกี่ยวกับความปวด ประวัติเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดในอดีต ประวัติการใช้ยาในโรคเรื้อรัง และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจมีปฏิกิริยาขัดขวางการใช้ยาระงับปวด รวมถึงการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาทำให้เกิดการแพ้ยาได้

1.1) ประวัติเกี่ยวกับความปวด รวมถึง ลักษณะ ความรุนแรง ตำแหน่งที่ปวดรุนแรง และปัจจัยที่ช่วยบรรเทาความปวดที่เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ทั้งหมดนี้มีความสำคัญในการประเมินความปวดของผู้ป่วยในการสามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือ การดูแลในระยะวิกฤติ เช่น การ

ไอ การหายใจถี่ๆ การหมุนตัว และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของความปวด (Eucandela, 1993; Neill, 1993 cited by Ardery et al., 2003) สำหรับในผู้สูงอายุที่มีความปวดเฉียบพลันในระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงควรมีการประเมิน ความปวดอย่างครบถ้วน การประเมินอย่างรวดเร็วควรรวมถึงการรายงานความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งและระยะเวลาในการปวด ซึ่งการรายงานความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และเชื่อถือได้มากที่สุด (American Geriatric Society [AGS], 1998 cited by Ardery et al., 2003) ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่สามารถบอกระดับความปวดโดยใช้มาตรวัดได้ แม้แต่ในผู้สูงอายุที่การรับรู้ลดลง

1.2) ประวัติเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดในอดีตครอบคลุมถึง การใช้ยาระงับปวด และอาการข้างเคียง หรือ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีหนึ่งที่ลดความปวด และผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การรักษาพื้นบ้าน การใช้ความร้อน การใช้ความเย็น การนวด การผ่อนคลาย การสวดมนต์ (American Geriatric Society [AGS], 1998; Ferrell, 1995; McDonald & Sterling, 1998 cited by Ardery et al., 2003) การประเมินทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญในการประเมิน ความปวด ความคาดหวังเกี่ยวกับความปวดมีความสำคัญเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจากการใช้ยาระงับปวด การกลัวการติดยา ความทนทาน หรืออาการข้างเคียงจากยาระงับปวดยังมีผลต่อความเต็มใจในการใช้ยาระงับปวด นอกจากนี้การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ควรประเมิน ความรู้เกี่ยวกับความปวดปัจจุบัน การจัดการความปวด ซึ่งอาจนำมาใช้ในขณะอยู่โรงพยาบาลสามารถช่วยสอนผู้ป่วยได้โดยตรงและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (McCaffery & Portenoy, 1999 cited by Ardery et al., 2003)

2) การตรวจร่างกาย (physical examination) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสรีรวิทยา ที่สามารถสังเกตและวัดได้ มีการตอบสนองโดยอัตโนมัติเกี่ยวกับความปวดเฉียบพลัน เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจลดลง แต่ถ้าไม่มีการตอบสนองอัตโนมัติดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าไม่มีความปวดควรสังเกตผู้ป่วยเมื่อมีการทำกิจกรรมต่างๆร่วมด้วย เช่น การลุกจากเตียง การเปลี่ยนท่า และพฤติกรรมการณ์นอนอาจเปลี่ยนไป

3.1.1 การประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่การรับรู้ และความสามารถในการสื่อสารลดลง

ความสามารถสื่อสาร และการรับรู้ที่ลดลงในผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้การประเมินความปวดในผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดสามารถแบ่งได้ 4 กลุ่ม ซึ่งมีความสำคัญ และพบได้บ่อยที่สุดเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยสูง

อายุที่ความสามารถในการสื่อสาร และการรับรู้ลดลง สามารถประเมินความปวดจากพฤติกรรมดังต่อไปนี้ (Ardery et al., 2003; Marie & Loeb, 2002)

1) พฤติกรรมแสดงออกที่ไม่ใช่คำพูด (nonverbal) เช่น กระสับกระส่าย ภาวะถอนหายใจ แยกตัว ภาวะพริบตาถี่ขึ้น การโยกตัว ท้องแข็งตึงบริเวณที่ทำการผ่าตัด การเปลี่ยนท่าทางกิริยาที่แสดงออกทางร่างกาย การบิดตัว การหายใจมีเสียงดัง

2) พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการเปล่งเสียง (vocalization) เช่น การครางด้วยความเจ็บปวดเจ็บปวด การคร่ำครวญ การร้องไห้ การตะโกน การถอนหายใจ การคำราม การตะคอก

3) การแสดงความปวดออกทางสีหน้า (sad facial expression) เช่น คิ้วต่ำลง หุบขากรรไกร หรืออ้าปากกว้างพร้อมทั้งหุบคิ้วต่ำลงขมวดคิ้วหรือปิดตา กัดฟัน หน้าเศร้าหรือหน้าบิด เบี้ยว การสะดุ้งถอยหนี การมีรอยย่นที่หน้าผาก น้ำตาไหล ใบหน้ามีความทุกข์ กังวล แสดงความรู้สึกสูญเสีย โศกเศร้า อ่างว้าง

4) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากปกติ เช่น การก้าวร้าว เริ่มสับสน ภาวะถอนหายใจ โกรธง่าย แยกตัว การเคลื่อนไหวลดลง การทำกิจกรรมเปลี่ยนแปลง การนอนหลับเปลี่ยนแปลง เหนื่อยล้า วิตกกังวล เรียกร้องความสนใจ เก็บกด ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ไม่รับประทานอาหาร ต่อต้านการให้การดูแล

สรุป การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ มีอุปสรรคในการประเมินความปวด เนื่องจากในผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีความจำลดลง มีภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกปวดลดลง (Marie & Loeb, 2002) มีรายงานว่าผู้ป่วยรายงานความปวดน้อยเพราะคิดว่าความปวดเกี่ยวข้องกับความรู้สึก หรืออาจเกิดจากกระบวนการเกิดโรค สิ่งที่สำคัญคือการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมสามารถช่วยลดความปวดหลังผ่าตัด ก่อนให้ข้อมูลการใช้ยาระงับปวดแก่ผู้ดูแล ควรเลือกเวลาและ คำนึงถึงระดับความรู้ ควรนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการจัดการ ความปวด สิ่งที่สำคัญคือ การลดปวดต้องมาก่อนเป็นอันดับแรก พร้อมทั้งการอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการความปวด และการรักษาช่วยให้ความปวดลดลง (Devine, 1992; McCaffert & Portery, 1999 cited by Ardery et al., 2003) โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวควรครอบคลุมหลายองค์ประกอบรวมถึง การสอนเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติการเกี่ยวกับความปวด การจัดการเพื่อลดปวดเป็นสิ่งสำคัญในการรายงานความปวดและป้องกันความปวด ประโยชน์ที่ได้รับคือสามารถควบคุมความปวดได้

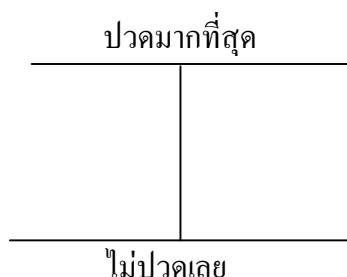
3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน สามารถใช้เครื่องมือที่ใช้วัดเฉพาะความรุนแรงของความปวด คือเครื่องมือประเมินความปวดแบบมิตติเดียว โดยให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตัวเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถบอกชนิดของระดับความปวดบนมาตรวัดได้ แม้แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากที่การรับรู้ลดลงก็สามารถรายงานความปวดได้ โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบใช้คำพูด (verbal descriptor scale: VDS) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (verbal numerical rating scale: VNRS) (Gagliese, 2001; Mobily & Herr, 2001; Macintyre, Upton & Ludbrook, 2003)

1) มาตรวัดความปวดแบบใช้คำพูด (verbal descriptor scale: VDS) การวัดให้ผู้ป่วยบอกถึงระดับความปวดเป็นคำพูดแทนระดับความปวด เช่น ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด แล้วผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ลงหน้าข้อความที่ผู้ป่วยบอกถึงระดับความปวด ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ลดลงเล็กน้อย ถึงปานกลาง มีความจำเป็นต้องใช้เวลามากในการในการถามและต้องถามซ้ำเพื่อให้คำตอบที่ได้มีความถูกต้อง

.....ปวดมากที่สุด
ปวดมาก
ปวดปานกลาง
ปวดเล็กน้อย
ไม่ปวด

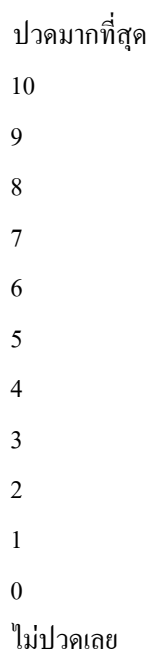
2) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scales: VASs) เป็นมาตรวัดที่จัดทำขึ้นเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร และบนเส้นตรงตลอดทั้งเส้นมีความปวดต่อเนื่องกัน เริ่มจากปลายเส้นตรงด้านซ้ายสุด มีข้อความระบุว่า “ไม่ปวดเลย” ปลายเส้นตรงด้านขวาสุดมีข้อความระบุว่า “ปวดมากที่สุด” (ภาพ 2) มาตรวัดความปวดด้วยสายตาอาจจะใช้ได้ดีในผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้น้อย หรือ การ impaired motor coordination แต่อย่างไรก็ตาม การใช้มาตรวัดความปวดด้วยสายตาก็สามารถใช้ได้ผลเป็นอย่างดีในผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ดีเช่นกัน การประเมินทำได้โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้ระบุตำแหน่งที่แทนความรุนแรงของความปวดบนเส้นตรง ในบางครั้งการประเมินความรุนแรงของความปวดทำได้ยากจึงต้องใส่ตัวเลขแบ่งเส้นตรงเป็นสเกล 0-10 หรือ 0 – 100 เพื่อความถูกต้องในการประเมิน



ภาพ 2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (vertical visual analog scale: vVAS)

Note. From “Nursing Care of Older Adult Diagnoses, Outcomes, & Intervention,” (p. 460), by P. Mobily & K. A. Herr, 2001, St. Louis: Mosby.

3) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (verbal numerical rating scale: VNR) เป็นมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงโดยมีตัวเลขแสดงระดับความปวดบนเส้นตรง โดยแบ่งเป็นสเกล ตั้งแต่ 0-10 หรือ 0-100 เริ่มจากซ้ายมือสุดคือ 0 แสดงข้อความ “ไม่ปวดเลย” ปลายเส้นตรงขวามือสุดคือ 10 แสดงข้อความ “ปวดมากที่สุด” (ภาพ 3) วิธีการประเมินความปวดอาจไม่ต้องใช้เครื่องมือมาแสดง สามารถใช้วิธีการถามให้ผู้ป่วยตอบก็ได้ (verbal numeric analogue scale: VNS)



ภาพ 3 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS)

Note. From “Nursing Care of Older Adult Diagnoses, Outcomes, & Intervention,” (p. 460), by P. Mobily & K. A. Herr, 2001, St. Louis: Mosby.

สรุป การประเมินความปวดให้มีประสิทธิภาพ เกิดเมื่อผู้ป่วยเข้าใจวิธีการประเมินความปวด การเลือกเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของความปวด ในผู้สูงอายุที่มีความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ควรเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดที่เหมาะสมสามารถปรับเปลี่ยนได้ และพบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดความปวดในผู้สูงอายุ ควรใช้สเกลในแนวตั้งเหมือนปรอทวัดความปวด เพราะสามารถใช้ในการตอบคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความปวดได้ง่ายกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวดในแนวนอน (Herr & Mobily, 1993 cited by Mobily & Herr, 2001) ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการมองเห็น และการฟังลดลง ในขณะที่ประเมินความปวด ควรให้ผู้ป่วยสวมแว่นตา และเครื่องช่วยฟัง ขนาดของตัวหนังสือบนสเกล ควรมีขนาดใหญ่ เพียงพอในการมองเห็น ควรใช้ตัวหนังสือขนาด (font) 14 เว้นช่องว่างระหว่างบรรทัดกระดาษสีไม่ลวงตา มีแสงสว่างเพียงพอ สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดังรบกวน (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1999) พยาบาลผู้ประเมินควรมองหน้าและสบตาผู้ป่วยด้วย ท่าทางที่เป็นมิตร พูดช้าๆ ชัดๆ ดังๆ และอาจจำเป็นต้องพูดหลายครั้ง ควรมีเวลาในการประเมินความปวดและตอบคำถามอย่างเพียงพอ ในผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ลดลง ควรถามคำถามสั้นๆ ง่ายๆ ไม่ควรใช้คำถามปลายเปิด ควรใช้คำถามที่ให้ตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ (Won, 2002) ดังนั้นถ้าพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมินความปวดอย่างเพียงพอจะช่วยให้สามารถจัดการกับความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3 การเฝ้าระวังความปวดเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

การจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้สูงอายุ สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้ามีการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอสิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังในการประเมินความปวด คือ การสังเกตลักษณะการปวด ความรุนแรง ระยะเวลาของการปวด ควรใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดอย่างน้อยที่สุดทุก 2-4 ชั่วโมง (AHCR, 1992 cited by Ardery et al., 2003) กรณีที่มีความปวดเล็กน้อยหรือควบคุมความปวดได้ดีควรมีการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ความปวด และการไม่บอกว่าเป็นปวดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ควรมีการประเมินระหว่างส่งต่อ หรือ การทำกิจกรรมขณะดูแลผู้ป่วย โดยสามารถสังเกตความปวดที่ไม่พูดออกมาเป็นคำพูดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่อาจจะไม่มีพฤติกรรมเหล่านี้แสดงออกมาในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ลดลง ทั้งหมดนี้มีความสำคัญในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ซึ่งเริ่มมีความสับสน ความปวดยังมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน และการทำหน้าที่ของปอด การเฝ้าระวังในระยะวิกฤติที่มีความปวดเฉียบพลันควรบันทึกการประเมินความปวด และข้อมูลการรักษาให้ชัดเจนเพื่อผู้ดูแลสุขภาพคนอื่นๆสามารถนำมาใช้ได้

ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยาก เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างในผู้สูงอายุ เช่น ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอยู่ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงจากการได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ร่างกายทำหน้าที่ลดลงมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัช กกลศาสตร์การรับรู้ และการตอบสนองต่อความปวดเปลี่ยนแปลงการประเมินความปวดมีความยากเนื่องจากการรับรู้ลดลง ปัจจุบันความรู้และเทคโนโลยีสามารถนำมาประยุกต์พัฒนาในการวางแผนจัดการกับความปวด เพื่อให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยสูงอายุการจัดการกับความปวดแบ่งได้ 2 วิธีคือการจัดการความปวดโดยการใช้ยา (pharmacological management of pain) และการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช่ยา (nonpharmacological management of pain)

3.2 การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา (pharmacological management of pain) รูปแบบการบริหารยาในกลุ่มยาระงับปวดชนิดโอปิออยด์ มีหลายชนิดได้แก่

3.2.1 ยาระงับปวดที่ใช้ในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ได้แก่

1) การใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid or narcotic analgesia) ใช้บำบัดความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง โอปิออยด์เป็นสารธรรมชาติกึ่งสังเคราะห์ โดยเมื่อยาผ่านไปยังตัวรับโอปิออยด์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และอารมณ์ ในการตอบสนองต่อความปวดที่ถูกกระตุ้น ตัวรับโอปิออยด์มี 3 ชนิด คือ มิว (μ) เค (K) และซิกมา (δ) สารชนิดย่อยๆ แต่ละตัวจะไปจับอยู่ในแต่ละชั้นของตัวรับโอปิออยด์ ซึ่งจะถูกพบอยู่ในบริเวณสมองส่วนสีเทา และไขสันหลังยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ส่วนมากมีผลต่อการกระตุ้นของตัวรับ และผลจากการกระตุ้นตัวรับจะทำให้เกิดการหายใจ มีการหดตัวของม่านตาอารมณ์รุนแรงผิดปกติ และลดการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ การกระตุ้นจากตัวรับ k เป็นสาเหตุทำให้เกิด อาการไม่สงบ มีอาการทางจิต มีการหดตัวของม่านตา และกดการหายใจ (Akil & Gutstein, 2001; McPherson, 2004) การออกฤทธิ์ของยากลุ่ม โอปิออยด์ในผู้สูงอายุออกฤทธิ์อยู่ได้นานกว่าในวัยหนุ่มสาว (Smeltzer & Bare, 2000) การบริหารยาระงับปวดหลังผ่าตัดจึงให้ในขนาดยาต่ำๆ และเพิ่มขนาดยาขึ้นอย่างช้าๆ โดยการใช้โอปิออยด์ครั้งแรกแนะนำให้ในขนาดต่ำกว่าที่ให้ในวัยหนุ่มสาว 25%-50% และให้ช้าๆเพิ่มขึ้นครั้งละ 25 % ซึ่งการให้ยาโอปิออยด์นี้ควรให้ยาจนถึง 50 % จึงจะสามารถลดอัตราความปวดลงจนเป็นที่พอใจ (McCaffery & Pasero, 1996, Ardery et al., 2003) การให้ยาช้าตามระยะเวลาที่ออกฤทธิ์ยาสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และมีอาการข้างเคียงต่ำและควรระมัดระวังในการใช้ยาที่ออกฤทธิ์นาน เนื่อง

จากมีการสะสมยาในร่างกายยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์แบ่งตามความแรงได้เป็น 2 ชนิดคือ (จุฑามณี, 2546)

1.1) ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อย่างอ่อน (weak opioids) ได้แก่ โคเดอีน (Codeine) เด็กโตรโพรพอกซีเฟน (dextro-propoxyphene) ออกซีโคโคโดน (oxycodone) ทรามาดอล (tramadol) หรือ ยูลเตรน (Ultram) เป็นสารสังเคราะห์ ตอบสนองต่อตัวรับโอปิออยด์ชนิดมิว (μ) ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่ง นอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) และ ซีโรโตนิน (serotonin) (Gutstein & Akil, 2001; Macintyre, Upton, & Ludbrook., 2003) ใช้ในการจัดการความปวดเฉียบพลันชนิดปานกลาง และรุนแรง ออกฤทธิ์กดการหายใจน้อยมากในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามควรระวังในผู้ป่วยที่มีประวัติการทำงานของตับและไตผิดปกติเนื่องจากอายุครึ่งชีวิตในการขับถ่ายยาในผู้สูงอายุจะนานเล็กน้อย ควรให้ขนาดยาค่อยๆ เพราะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้สูง ขนาดยาที่ควรให้ 25-30 มิลลิกรัมต่อวัน ให้ใช้ 1, 2-3 วัน ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปี ไม่ควรให้ยามากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน อุบัติการณ์ในการเกิดท้องผูกเกิดได้น้อย มีข้อมูลรายงานรายงานในการใช้จัดการ ความปวดเฉียบพลันในทางคลินิกในผู้สูงอายุอย่างมาก

ออกซีโคโคโดน (oxycodone) เป็นสารสังเคราะห์ที่ได้จาก มอร์ฟิน (morphine) เป็นยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์สั้น สามารถให้ซ้ำได้ทุก 4 ชั่วโมง การเมตาบอลิซึมของยาค่า ดังนั้นจึงใช้ได้อย่างปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุที่ไตทำหน้าที่ลดลง (McPherson, 2004) และลดปวดได้ดี ในยากกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้ในผู้สูงอายุ การควบคุมการปล่อยออกซีโคโคโดน (oxycodone) ออกซีโคโคโดน (Oxycontin) ใช้ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันสามารถออกฤทธิ์ลดปวดได้ทันที

คีโตโรโวแลค (ketorolac) หรือโทราดอล (toradol) ใช้ในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยาโดยให้ทางเส้นเลือด อาจจะใช้ได้ปลอดภัยในผู้สูงอายุจำนวนมาก อย่างไรก็ตามมีข้อบ่งชี้ห้ามใช้ในผู้สูงอายุที่อ่อนแอ มีการขาดน้ำ การทำหน้าที่ของไตไม่ปกติ หัวใจล้มเหลว ตับแข็ง ก่อนใช้ขนาดของยาให้ควรลดลง 50 % จากที่ให้ปกติในวัยผู้ใหญ่ ขนาดของยาไม่เกิน 60 มิลลิกรัม ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 5 วัน (Pasero et al., 1999 cited by Ardery et al., 2003)

1.2) ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์รุนแรง (strong opioids) ได้แก่ มอร์ฟิน (Morphine) และเฟ็นทานิล (Fentanyl)

มอร์ฟิน (morphine) เป็นยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่นิยมใช้มากที่สุดในผู้สูงอายุ โดยมอร์ฟินจะมีอายุครึ่งชีวิตสั้น และขบวนการขับถ่ายยาสามารถขับถ่ายออกได้หมดภายใน 2 ชั่วโมง ในผู้สูงอายุที่

ไตทำหน้าที่ปกติ จะออกฤทธิ์ทันทีภายใน 4 ชั่วโมง รูปแบบการบริหาร ยาโดยการฉีดชั้นกล้ามเนื้อ ได้ ผิวหนัง ทางเส้นเลือด ทางไขสันหลัง มอร์ฟีนถูกเมตาบอไรซ์โดยตับ ในผู้สูงอายุที่ไตทำหน้าที่ลดลง อาจเกิดความเสียหายเพิ่มขึ้นจากการสะสมของยา ทำให้มีการกระตุ้นที่ระบบประสาทส่วนกลาง myoclonus คลื่นไส้ และ ภาวะวุ่นวายเพิ่มขึ้น (McPherson, 2004)

เฟ็นทานิล (fentanyl) เป็นสารกึ่งสังเคราะห์กลุ่มโอปิออยด์ มีอายุครึ่งชีวิตสั้นหลังจากการบริหารยาโดยการให้ทางหลอดเลือดดำ รูปแบบการบริหารยาที่นิยมใช้คือการให้ยาโดยให้ผู้ป่วยควบคุมเอง (Patient - Controlled Analgesia: PCA) โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ดีควบคุมด้วยตนเอง ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่ได้รับเฟ็นทานิลช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการของปีศาจ และการรับรู้ลดลง (Herrick et al., 1996 cited by Ardery et al, 2003) อย่างไรก็ตามการให้เฟ็นทานิล (Fentanyl) ทางเส้นเลือดสามารถมีผลในภายหลังคือกดการหายใจ และหลับเป็นเวลานาน

2) การใช้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) การจัดการความปวดถ้าปวดเล็กน้อยถึงปานกลางควรใช้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ เช่น ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) หรือ อะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) ถ้าปวดปานกลางถึงรุนแรงควรให้การรักษาเริ่มแรก โดยการใช้ยาระงับปวดโอปิออยด์ หรือที่ไม่ใช่โอปิออยด์ ในผู้สูงอายุควรมีการประเมินการเกี่ยวกับทำหน้าที่ของตับ และไตร่วมด้วยเพื่อเป็นแนวทางในการใช้เลือกยาระงับปวด (Pasero et al., 1999 cited by Ardery et al., 2003)

ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ พรอสตาแกลนดิน มีความเสี่ยงต่อกระเพาะอาหาร ทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ เกิดการระคายเคือง และมีแผลที่เย็บผิวในกระเพาะอาหาร มีเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้การทำงานของเกร็ดเลือดลดลง และระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดนานขึ้น และขาดเลือดไปเลี้ยงที่ไตทำให้เกิดไตวาย (McPherson, 2004) การได้รับยาต้านการอักเสบเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุจะทำให้ การรับรู้ลดลง ท้องผูก ปวดศีรษะ ดังนั้นการใช้ยาต้านการอักเสบ ทั้งหมดควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติการทำงานของไตลดลง หัวใจล้มเหลวหรือได้รับยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบ ควรเฝ้าระวังในผู้ป่วยใหม่ที่ใช้ยา จะมีอาการสับสน และผู้ป่วยสมองเสื่อมควรระวังจะทำให้สับสนมากขึ้นระหว่างใช้ยา ควรมีการป้องกันในผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาในการดูแลระยะยาวเพราะการรับรู้จะเริ่มเสื่อมลง

อะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือพาราเซตามอล (paracetamol) เป็นยาระงับปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุขนาดของยาที่ให้ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในกระเพาะอาหาร เช่น มีเลือดออก อย่างไรก็ตามขนาดของยาโดยรวมต่อวันต้องไม่เกิน 4000 มิลลิกรัม เพราะเมื่อยาสะสม

ในร่างกายเกิน 4000 มิลลิกรัม ต่อ วัน จะทำให้ขบวนการเผาผลาญที่ตับลดลง ควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคตับหรือมีประวัติการติดเหล้า และให้ระมัดระวังมากขึ้นเมื่อให้ร่วมกับยาชนิดอื่น เช่น ดาร์วเซท (darvocet) วิโอโคดีน (viicodin) โคเดอีน (codeine) (Luggen, 2001; Arderly et al., 2003)

แอสไพริน (Aspirin) ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาระงับปวดในผู้สูงอายุ เนื่องจากผลจากการใช้ยาแอสไพริน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในผู้สูงอายุทำให้เกิดพิษเพิ่มขึ้น (Baskin & Goldfarb, 1983 cited by Arderly et al., 2003)

3.2.2 ยาระงับปวดที่ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุ (Marie & Loeb, 2002)

เม็บบเพอริดีน (meperidine) หรือเพธิดีน (pethidine) เพราะเมื่อเกิดการเผาผลาญจะอยู่ในรูปของนอร์เม็บบเพอริดีน (normeperidine) เมื่อให้ในผู้สูงอายุทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ และหัวใจล้มเหลว ก่อให้เกิดการกระตุ้นที่ระบบประสาทส่วนกลางร่วมกับมีอาการสั่น ชัก อารมณ์เปลี่ยนแปลง และสับสน เมื่อให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะทำให้เกิดการระคายเคืองของเนื้อเยื่อ ทำให้ปวดมาก และที่เป็นไปได้มากคือทำให้เกิดอาการเพ้อคลั่งและกระวนกระวายในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด (Marie & Loeb, 2002)

โพรพ็อกซีเฟน (propoxyphene) ดาร์วอนหรือดาร์วเซท (Darvon , Darvocet) เมื่อถูกเผาผลาญจะอยู่ในรูปนอร์โพรพ็อกซีเฟน (norpropoxyphene) ซึ่งเป็นอันตรายจะถูกขับออกทางไต และมีผลร้ายแรงต่อการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนั้น โพรพ็อกซีเฟน (propoxyphene) ไม่ได้มีประสิทธิภาพในการลดปวดมากกว่า แอสไพริน หรือ พาราเซตามอล. และเป็นสาเหตุทำให้เกิดการชัก ไตทำงานน้อยลง การเต้นของหัวใจไม่ปกติ จากการได้รับยาโพรพ็อกซีเฟน (propoxyphene)

เพ็นตาโซซีน (pentazocine) ไม่ได้ออกฤทธิ์ในการระงับปวดดีกว่าแอสไพริน ทำให้เกิดอันตรายต่อไตอาจจะทำให้เกิดการชัก และหัวใจเต้นผิดปกติ กระวนกระวาย (Marie & Loeb, 2002)

ยากลายกังวล และยานอนหลับ (sedative and hypnotic) ออกฤทธิ์อยู่ได้นานอาการข้างเคียง คือเสี่ยงต่อการหกล้ม และเพ้อคลั่งอารมณ์รุนแรง

ยาแก้แพ้ แอนตี้ฮิสตามีน (antihistamines) ไม่ควรใช้ติดต่อกันนาน 12 สัปดาห์ และไม่ใช้ขนาดยาสูง เพิ่มการออกฤทธิ์ของ Benzodiazepines มีผลต่อแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) ตัวอย่างเช่น ไซเม็ทธิดีน (cimetidine) ทากาเม็ท (tagamet) แรนนิติดีน (ranitidine) เบ็นนาดริล (benadryl)

เบ็นโซไดอะซีเฟน (benzodiazepines) ทำให้ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ลดความวิตกกังวล ใช้ในขนาดยาสูงทำให้ความจำเสื่อม การออกฤทธิ์นานของเบ็นโซไดอะซีเฟน (benzodiazepines)

ไม่สามารถทนได้ในผู้สูงอายุควรให้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น ซาเน็กซ์ (xanax) เอติแวน (ativan) จะเหมาะสมกว่า (Marcantonio et al., 1994; Pasero et al., 1999; Ray, Griffin & Downey, 1989 cited by Ardery et al., 2003)

ยาต้านการอาเจียน (antiemetics) เมื่อนิดเข้ากล้ามเนื้อทำให้ระคายเคือง ช่วยกล่อมประสาท ออกฤทธิ์นานกดการหายใจ เช่น ฟิเนอร์แกน (phenergan) ไฮดรอกซีซีน (hydroxyzine)

อาการข้างเคียงของยาระงับปวด ที่เป็นไปได้เมื่อให้ขนาดสูงในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการกระจายยา และการขับถ่ายยา อาการข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน สับสน อัตราการหายใจลดลง กระวนกระวาย ผื่นคันที่ผิวหนัง ปัสสาวะ คั่ง และความดันโลหิตต่ำ การเกิดท้องผูกไม่ได้เกิดขึ้นตลอดเวลาจากการใช้โอปิออยด์ ที่สำคัญคือ การประเมินการทำงานของลำไส้เมื่อได้รับโอปิออยด์ตั้งแต่แรก ซึ่งการเกิดท้องผูกในผู้สูงอายุพบได้ทั่วไปการดูแลระยะสั้นในผู้สูงอายุที่การรับรู้ลดลงเมื่อต้องใช้อปิออยด์ แต่มีความสับสนอย่างเฉียบพลันเนื่องจากปัจจัยอื่น เช่น ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ภาวะขาดน้ำ การขาดน้ำ ติดเชื้อ ความรู้สึกลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ การเคลื่อนไหวช้าลง การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การใช้ยาระงับปวดและยาร่วม อาจจะช่วยลดความสับสนในผู้สูงอายุ รวมถึงยาต้านการอักเสบเม็บเพอริดีน (meperidine) เพ็นตาโซซีน (pentazocine) แอนตี้โคลิเนอร์จิก (anticholinergics) การกดการหายใจอาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะ ถ้าเพิ่มขนาดยาขึ้นอย่างรวดเร็วเพราะความปวดรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้โอปิออยด์ และมีปัญหาเกี่ยวกับความปวดไม่ควรใช้อปิออยด์ ถ้าผู้ป่วยได้รับยากล่อมประสาทเพราะจะถูกปลุกให้ตื่นหรือเมื่อไรก็ตามที่อัตราการหายใจน้อยกว่า 8 ครั้งต่อนาที (APS, 1999; Pasero et al., 1999 cited by Ardery et al., 2003)

3.2.3 การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา (pharmacological management of pain) รูปแบบการบริหารยาในกลุ่มยาระงับปวดชนิดโอปิออยด์ มีหลายชนิดได้แก่ (Pasero & McCaffery, 1996)

1) การบริหารยาทางหลอดเลือดดำ (intravenous) เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้มากที่สุดหลังผ่าตัดเพราะว่าออกฤทธิ์เร็ว เป็นวิธีการบริหารยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันทีในระยะเวลาสั้นๆ (Bolus injection) สามารถควบคุมความปวดหลังผ่าตัดที่มีความปวดในระดับปานกลาง ระดับรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การบริหารยาโดยการฉีดเข้าทางไขสันหลัง (intraspinal) ใช้ในการควบคุมความปวดในระดับรุนแรง ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก การผ่าตัดช่องท้อง และการผ่าตัดในบริเวณข้อต่อของ

กระตุก การออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มโอปิออยด์ จะออกฤทธิ์โดยตรง ที่ระบบประสาทส่วนกลาง และเกิดอาการข้างเคียงจากการกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางน้อย เช่น กระวนกระวาย และกดการหายใจ การให้โดยวิธีนี้มีความสำคัญในผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากอาการข้างเคียงของยา ระวังปวดกลุ่มโอปิออยด์มากกว่าวัยหนุ่มสาว

3) การบริหารยาโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular) ควรหลีกเลี่ยง การบริหารยาโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีชั้นกล้ามเนื้อน้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว ยาก็จะมีการดูดซึมและออกฤทธิ์ได้ช้า และมีความปวดมากจากการฉีดยา

4) การบริหารยาทางปาก (oral) มีความเหมาะสมในผู้สูงอายุ มีความปลอดภัย สะดวก และมีอาการข้างเคียงน้อยที่สุด ถ้าเป็นไปได้ควรเริ่มให้หลังผ่าตัดทันที เมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนได้ ควบคุมความปวดหลังผ่าตัดในระดับรุนแรงในผู้สูงอายุ ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่นิยมให้ทางปาก เช่น มอร์ฟิน หรือ ไฮโดรโมอร์โฟน (hydromorphone)

5) การบริหารยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ยา (around the clock dosing) การให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ และยาระงับปวดที่ไม่ใช่โอปิออยด์ ควรให้ตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา ไม่ควรให้ตามความต้องการ การให้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ยา ช่วยให้ความระดับความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดคงที่ การให้ยาตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยามีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระยะ 24-48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด หลังจาก 48 ชั่วโมงสามารถให้ยาได้ตาม ความต้องการ เพื่อป้องกันความปวดที่เพิ่มขึ้นจากความปวดระดับปานกลาง หรือความปวดระดับรุนแรง

6) การบริหารยาโดยการควบคุมโดยผู้ป่วยเอง (patient - controlled analgesia: PCA) คือ การบริหารยาโดยผู้ป่วยควบคุมเอง โดยฉีดเข้าเส้นเลือดดำโดยตรง ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่การรับรู้ดี ผู้ป่วยจะบริหารเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยเองเมื่อรู้สึกปวด วิธีนี้พบว่า ปลอดภัย และดีที่สุดในการควบคุมความปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยควรใช้อย่างระมัดระวัง การบริหารยาโดยวิธีนี้ระดับความเข้มข้นของยาสามารถคงอยู่ได้ในกระแสเลือด ควรใช้อย่างระมัดระวัง และพยาบาลต้องมีการประเมินบ่อยๆ เกี่ยวกับความปวด และอาการข้างเคียง

3.3 การจัดการความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา (nonpharmacological management of pain)

การจัดการโดยวิธีไม่ใช่ยาในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีหลายรูปแบบที่นำมาใช้ จุดประสงค์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความปวด อาจจะใช้ร่วมกับการให้ยาระงับปวด หรือจะใช้โดยลำพังเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของอวัยวะและการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ลดภาวะซึมเศร้าและความวิตก

กังวลเพิ่มการดูแลการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา และเลือกวิธีการเผชิญความปวด ทางเลือกนี้มีได้หลายวิธี เช่นวิธีการสวมมนต์และการทำสมาธิ การใช้วิธีจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา จะช่วยลดความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้จินตนาการ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาควรเลือกวิธีที่มีความเหมาะสม สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยสามารถลดแสงและเสียงได้ บรรยากาศในหอผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัว และจำกัดผู้เข้าเยี่ยมชมที่ผู้ป่วยต้องการ การเคลื่อนไหวหรือการเปลี่ยนแปลงท่าทางก็มีส่วนช่วยในการลดปวดได้ การพักผ่อนและการอยู่นิ่งๆ สามารถลดความไม่สุขสบายได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดได้จะทำให้นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุมีวิธีการดังนี้คือ

3.3.1 การนวด (massage) เป็นการนวดที่บริเวณผิวหนังอาจจะช่วยลดปวดในหลายๆทางดังนี้คือ ช่วยให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น ลดการสะสมของสารที่ทำให้เกิดการระคายเคืองและการอักเสบ กระตุ้นความรู้สึกของเส้นประสาทที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดใหญ่ ช่วยยับยั้งการส่งผ่านความปวด และการนวดจะช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร เอ็นโดฟินส์ (endorphins) และ เอ็นเคฟฟาลินส์ (enkephalins) การสัมผัสในขณะที่ทำการนวดอาจจะช่วยให้มีความรู้สึกสบาย ลดความวิตกกังวลดังนั้นจึงช่วยลดความปวดได้ การนวดที่ปฏิบัติบ่อยคือ การนวดหลังและไหล่แต่อาจจะมีกรนวดมือและเท้าด้วย ในขณะที่ทำการนวดควรใช้สารหล่อลื่นที่มีความอบอุ่นและนวดเป็นเวลานานติดต่อกันนวดเป็นจังหวะช้าๆ และทุบเบาๆ (Berman, Burke, & Koziar, 2000)

3.3.2 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) ร่วมกับการใช้ยาระงับปวด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปราศจากความเครียด ทั้งทางร่างกายและจิตใจนั่นคือ บุคคลนั้นจะไม่มีทั้งความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เป็นการขัดขวางวงจรของความเจ็บปวด ลดความวิตกกังวล และ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อเป็นผลให้ลดความเจ็บปวด และความเหนื่อยล้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียด และพักผ่อนได้เต็มที่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธีการผ่อนคลายแบบจาคอบ จอร์เจ็ทซ์เชน เทคนิค (Jacob Jaw Relaxation Technique) เป็นวิธีผ่อนคลายใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที วิธีนี้มักใช้ในระยะเวลาสั้นใช้ได้ดีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เริ่มรู้สึกปวดแผล และปวดมากขึ้นขณะลุกขึ้น หรือขยับเปลี่ยนท่านอน หรือระหว่างห่มตัวและขณะทำกิจกรรมเพื่อลดปวด และลดความทุกข์ทรมาน (McCaffery & Beebe, 1989) โดยปฏิบัติดังนี้

อ้าปาก หย่อนขากรรไกรล่างลง เหมือนกำลังหายใจ และลิ้นไว้หลังฟันหน้าด้านล่างปล่อยริมฝีปากลงอย่างช้าๆ หายใจเข้า – ออกช้าๆ ตามรูปแบบการหายใจอย่างมีจังหวะ 3 จังหวะ คือ หายใจเข้า

หายใจออก และพัก แล้วหยุดการทำงานของร่างกาย หยุดพูด และทำสมาธิให้ปลอดโปร่ง ซึ่งวิธีการผ่อนคลายวิธีนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ดีขึ้น โดยสอนให้ผู้ป่วยฝึกทำตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด นอกจากการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยวิธีการผ่อนคลายแบบจาคอบ จอร์วี รีเล็กเซชัน เทคนิค (Jacob Jaw Relaxation Technique) แล้วได้มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบรวดเร็ว ทำการศึกษาโดยเฮาส์ตัน และเจสุรัม (Houston & Jesurum, 1999) ได้ทำการศึกษาผลการใช้เทคนิค การผ่อนคลายแบบรวดเร็วในขณะเอาท่อระบายทรวงอกออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ วิธีการโดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าลึกๆ ขณะสูดหายใจเข้ากำมือทั้งสองข้างให้แน่น แล้วค่อยๆ คลายมือออกพร้อมกับหายใจออกช้าๆแล้วอ้าปากหา พบว่า ความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ ใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบรวดเร็ว

3.3.3. การสร้างจินตนาการ (imagery) เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างจินตนาการในทางบวก สามารถช่วยลดความปวดได้ และยังช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย การสร้างจินตนาการทางอารมณ์ส่วนมากใช้ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่เกร็งสามารถทำได้โดยจัดให้อยู่ในท่าที่สบายผ่อนคลายทุกส่วนแล้วนึกถึงภาพที่รื่นรมย์ เช่น ทะเล ริมลำธาร (Berman, Burke, & Koziar, 2000) แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ลดลงหรือมีอาการทางจิตอย่างรุนแรง (Arderly et al., 2003)

3.3.4 การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) โดยการให้คำแนะนำด้วยความสนใจเน้นจุดที่สนใจหรือการกระตุ้นอื่นๆ ช่วยให้อ่อนความปวดได้แก่ การพูดคุยซึ่งกันและกัน การฟังดนตรี การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ การดูวิดีโอ การทำกิจกรรมที่มีความใกล้ชิดกัน เช่น การร้องเพลง การสวดมนต์การเคาะเป็นจังหวะ การเบี่ยงเบนความสนใจ มีความเหมาะสมมากที่สุดสำหรับจัดการความปวดที่มีความรุนแรงของความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้ช่วงเวลาในการปฏิบัติสูงถึง 1 ชั่วโมง หลักปฏิบัติพื้นฐานในการเลือกเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้ป่วยควรมีโอกาสเลือกหลายๆ วิธี ซึ่งผู้ป่วยควรให้ความสนใจ ควรคำนึงถึงระดับการใช้พลังงานและความสามารถของผู้ป่วย วิธีการนี้ช่วยให้เกิดความรู้สึกหลายอย่าง เช่น การฟัง การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้กลิ่น และการสัมผัส ถ้าใช้วิธีการนี้ตามความต้องการอย่างจริงจังเหมือนว่าช่วยเบี่ยงเบนความสนใจให้ความปวดลดน้อยลง และช่วยจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.5 การประคบด้วยความร้อนหรือความเย็น (heat or cold compress) บริเวณผิวหนังสามารถนำมาใช้กับตำแหน่งที่ปวดได้ การประคบด้วยความร้อนหรือความเย็น ควรระวังในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ลดลง ความรู้สึกลดลงในบริเวณที่จะนำมาใช้ การประคบด้วยความร้อนหรือความเย็น ควรป้องกันด้วยการใช้ผ้าเช็ดตัววางบนผิวหนังเพื่อป้องกันการไหม้หรือเนื้อเยื่อได้รับ

อันตรายแม้ว่าความเย็นจะมีประสิทธิภาพในการลดปวดมากกว่าความร้อน แต่ผู้สูงอายุอาจจะชอบความร้อนมากกว่าการใช้ความเย็น การเลือกใช้ประคบด้วยความเย็นควรใช้ห่อความเย็นที่อ่อนนุ่มน้ำหนักเบาเหมาะสมกับขนาดของร่างกาย ป้องกันผู้ป่วยจากอาการหนาวสั่นควรใช้ผ้าห่มหรือสวมเสื้อผ้าหนาๆ การใช้ความร้อนสลับกับความเย็นสามารถช่วยลดปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประคบด้วยความร้อน และความเย็นควรใช้ช่วงเวลาสั้นๆ 5-10 วินาที สูงสุด 1-3 นาที

3.3.6 การสั่น การใช้แรงกด อาจช่วยลดปวดได้มักใช้ในอาการปวดที่มีสาเหตุจากparesthesia หรือการให้ยาระงับความรู้สึก (anesthesia) ในบริเวณกระตุ้น และเปลี่ยนความรู้สึกแบบลึกเป็นความรู้สึกตื้นๆ (Yarmitsky et al., 1997 cited by Ardery et al., 2003) การลดปวดอาจมีระยะเวลานานหลายชั่วโมงเมื่อสั่นโดยใช้แรงปานกลางติดต่อกัน 30 นาที หรือนานกว่า การสั่นสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีสำหรับความปวดแบบเฉียบพลัน หรือการเกร็ง ความปวดที่ปลายประสาท ความปวดที่ปลายอวัยวะที่ถูกตัด ความปวดบริเวณใบหน้า และเอ็นอักเสบเฉียบพลัน การสั่นโดยใช้ความถี่สูง 100-200 เฮิตซ์ มีความละเอียดในการเคลื่อนไหวและมีแนวโน้มในการจัดการความปวดได้มีประสิทธิภาพมากกว่าการสั่นโดยใช้ความถี่ 10-50 เฮิตซ์ การสั่นใช้เวลานานครั้งละ 20-30 นาที วันละ 2-3 ครั้ง นอกจากนั้นการสั่นร่วมกับการใช้ความร้อนสามารถจัดการความปวดได้มีประสิทธิภาพมากกว่า การใช้ความร้อน หรือการสั่นเพียงอย่างเดียว

3.3.7 การกระตุ้นด้วยการใช้ไฟฟ้าผ่านผิวหนัง (transcutaneous electric nerve stimulation: TENS) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ได้ในการลดปวดในผู้สูงอายุผลเป็นที่พอใจ ได้มีการวิจัยทางคลินิกศึกษาผลของการใช้การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนังเพื่อลดความปวดหลังผ่าตัด พบว่าได้ผลดีกว่าการให้ ยาระงับปวดอย่างเดียว (Ardery et al., 2003) การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนังเป็นวิธีการบำบัดความเจ็บปวด โดยใช้เครื่องไฟฟ้าที่ใช้พลังงานแบตเตอรี่ส่งกระแสไฟฟ้าจำนวนเล็กน้อยไปกระตุ้นเส้นประสาทที่อยู่ใต้ผิวหนัง โดยผ่านแผ่นอิเล็กโทรด (electrode) ที่ติดอยู่กับผิวหนัง กระแสไฟฟ้านี้จะไปกระตุ้นเส้นเฉพาะเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-beta) มีผลไปยับยั้งการนำกระแสประสาทความเจ็บปวดที่ระดับไขสันหลัง ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกปวด สำหรับความถี่ และความแรงของกระแสไฟฟ้าสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนยังไม่มีกำหนดแน่นอนขึ้นอยู่กับอาการปรับให้พอดีตามความต้องการของผู้ป่วย

3.3.8 การทำสมาธิ (meditation) วิธีการทำสมาธิเกี่ยวข้องกับจิตใจโดยตรง และช่วยให้หลุดพ้นจากความกลัว ความวิตกกังวล ความเป็นห่วง ช่วยลดความปวด สมาธิเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ

ทางศาสนาและยังคงมีแนวทางปฏิบัติร่วมกับการสวดมนต์ การทำสมาธิทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลายทำให้สามารถลดความปวดลงได้

จึงสามารถสรุปได้ว่าการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา วิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยเสนอว่าควรใช้วิธีการนวด การผ่อนคลาย และการเบี่ยงเบน ความสนใจโดยวิธีการสนทนาพูดคุยกับบุคคลที่ผู้ป่วยชอบ จึงจะมีความเหมาะสมโดยเลือกใช้ตามความต้องการและความสนใจ คำนึงถึงสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย โดยใช้ร่วมกับการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา ในบางครั้งพบว่าการใช้วิธีการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา การใช้เพียงวิธีเดียวอาจจะไม่ได้ผลในการลดปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้องใช้สองวิธีร่วมกัน เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นดังการศึกษาของ ดังเช่นการศึกษาของ กู๊ด และคณะ (Good et al., 1999) ได้ทำการศึกษา การลดความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้วิธีการผ่อนคลายแบบจacob จอร์วี รีเล็กเซชัน เทคนิค การใช้ดนตรี และการใช้วิธีจacob จอร์วี รีเล็กเซชัน เทคนิค (Jacob Jaw Relaxation Technique) ร่วมกับการใช้ดนตรี ทำการศึกษาในผู้ป่วย หลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องใน 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด อายุระหว่าง 18-70 ปี พบว่า ควรใช้เทคนิคการผ่อนคลายแบบ จacob จอร์วี รีเล็กเซชัน เทคนิค ร่วมกับการใช้ดนตรี จะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดดีกว่าการใช้วิธีการผ่อนคลายแบบจacob จอร์วี รีเล็กเซชัน เทคนิค หรือ การใช้ดนตรีเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.022-0.000$)

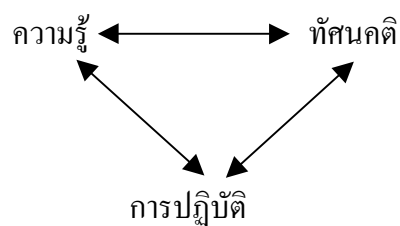
3.4 การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เป็นการประเมินคุณลักษณะต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกมา ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติ และพฤติกรรมต่างๆ (psychomotor domain) เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถวัดได้โดยตรง ต้องใช้การวัดทางอ้อม โดยอาศัยเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามในการวัดการปฏิบัติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการจัดการความปวด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, 1956) การเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ พุทธิพิสัย เจตพิสัย ทักษะพิสัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้หรือพุทธิพิสัย

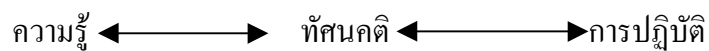
เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงจำได้ มองเห็นระลึกได้ ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ทฤษฎี วิธี
การแก้ปัญหา เจตพิสัย หรือ ทักษะคติ เป็นความรู้สึก ความชอบ ความคิดเห็น การให้ คุณค่า
ทักษะพิสัย หรือ การปฏิบัติ เป็นการแสดงออกหรือแสดงพฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติ พฤติกรรมทั้ง 3
มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักไม่เป็นไปโดยอิสระ สามารถแสดงความสัมพันธ์ 4
ลักษณะ ดังนี้

แบบที่ 1



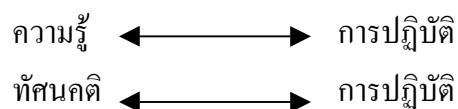
ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติ

แบบที่ 2



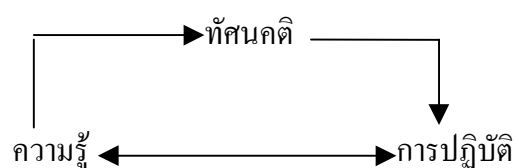
ความรู้ส่งผลต่อการเกิดทัศนคติและส่งเสริมกันให้เกิดพฤติกรรมแสดงออก

แบบที่ 3



ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

แบบที่ 4



ความรู้ส่งผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีทัศนคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามมา

ผู้วิจัยได้เลือกแบบที่ 1 เนื่องจาก เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ทั้ง 4 แบบ พบว่าแบบที่ 1 เป็นแบบที่สอดคล้องกับผลจากการทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องนี้เป็นไปในลักษณะความสัมพันธ์ 2 ทาง ไม่อาจบอกได้แน่ชัดว่า จะต้องเกิดความรู้ก่อนจึงจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงเลือกแบบที่ 1 เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ โดยไม่ได้มุ่งอธิบายความเป็นเหตุ และผล

ดังนั้น พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดอวัยวะภายในมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุหลังผ่าตัด จะทำให้การจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ได้มีการศึกษา ของ พรพรรณ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพ ในการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา การศึกษาของทัศนีย์ และคณะ ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางการแพทย์ ด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และทัศนคติกับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล มีความสัมพันธ์ กันในเชิงบวก แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาของมีรายงานการวิจัย ของ จอนพอง, รัชณีและวงจันทร์ (2546) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการ ความปวด ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 14.98, SD = 3.18$) คะแนนความรู้และทัศนคติที่อยู่ในระดับต่ำ คือ การจัดการความปวด โดยการใช้ยา รองลงมาคือการใช้ยา และการประเมินความปวด พยาบาลประจำการมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดต่ำกว่าอาจารย์พยาบาล (Mean difference = - 3.33, $p > .05$) อายุ และ ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ และ ทัศนคติ เกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.20, r = -0.68; p > .05$) ผลการวิจัยแสดง

ให้เห็นว่าพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลประจำการมีข้อจำกัดเกี่ยวกับ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด และชี้แนะความต้องการในการเพิ่มความรู้พยาบาลในเรื่องการจัดการความปวด

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า ความปวดแบบเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อน และถึงแก่ชีวิตได้ การจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีความแตกต่างจากการจัดการความปวดในวัยผู้ใหญ่ และสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการจัดการความปวดคือ การมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ความรู้ ทัศนคติ และความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ รวมถึงการประเมินความปวดอย่างถูกต้องซึ่งในผู้สูงอายุมีความยากในการประเมินความปวด เนื่องจากการรับรู้ลดลง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลต่อการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการจัดการกับความปวดของพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความปวดหลังผ่าตัด จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ตลอดจนทีมสุขภาพในการกำหนดแผนการดูแล และให้การจัดการกับความปวดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความปวดหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้การจัดการกับความปวดมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น