

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

ความหมายของความปวด

ชนิดของความปวด

ทฤษฎีความปวด

องค์ประกอบของความปวด

พยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

การประเมินความปวด

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพ

บทบาทของแพทย์ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความหมายความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

แบบประเมินความพึงพอใจ/เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล

ความรุนแรงของความปวด

ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติในร่างกาย และมักเป็นสาเหตุให้บุคคลแสวงหาการรักษาและการจัดการกับความปวด ความปวดมีความหมายแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล หรือแม้แต่ในบุคคลเดียวกันอาจให้ความหมายของความปวดไม่เหมือนกัน มีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้ ดังนี้

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP as cited in Turk & Okifuji, 2001) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือเมื่อเนื้อเยื่อมีโอกาสถูกทำลาย และเป็นความรู้สึกที่ถูกรรยายโดยเปรียบเสมือนว่ามีการบาดเจ็บเช่นนั้นเกิดขึ้น (Merskey, Mumford, Nathan, & Sunderland, 1994)

นอกจากนี้ ความปวดเป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้ และยังคงอยู่ตลอดเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี (McCaffery, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับ มาทาสาริน – จาคอบส์ (Matassarini-Jacobs, 1997) ที่กล่าวว่า ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่ซับซ้อนและยากที่จะให้ความหมายที่ชัดเจนแน่นอน และบุคคลที่ประสบความปวดเท่านั้นที่จะรับรู้ได้ถึงความปวดที่เขากำลังเผชิญอยู่ (อรุณญา, 2543)

จึงสรุปได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลกำลังประสบอยู่ ไม่ว่าจะมีการบาดเจ็บเกิดขึ้นหรือไม่ก็ตาม ซึ่งบุคคลที่ประสบอยู่เท่านั้นจะรู้และบอกได้ว่ายังคงอยู่ トラบเท่าที่ความรู้สึกนั้นยังคงอยู่

ชนิดของความปวด

ความปวดแบ่งได้หลายชนิด อาจแบ่งตามระยะเวลาที่เกิด ตำแหน่งที่เกิด (Kozier, Erb, & Berman, 2000) หรือ แบ่งตามระยะเวลาที่เกิดและพยาธิสรีรวิทยา (Black & Matassarini-Jacobs, 1997; Kean, McMennamin & Polomano, 2002; Laskin, 2002) ได้ดังนี้

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

1.1 ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ร่างกายได้รับอันตราย มีการบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพจนกระทั่งการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพนั้นหายไป เป็นความปวดที่บุคคลส่วนใหญ่เคยประสบ มีลักษณะเหมือนเป็นสัญญาณเตือนภัย มักเกิดขึ้นทันทีทันใดและจะทุเลาไปภายหลังได้รับการรักษาหรือหายเองโดยไม่ต้องรักษาสามารถ

คาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดในอนาคต โดยระยะเวลาของความปวดน้อยกว่า 6 เดือน (Laskin, 2002; LeMone & Burke, 2000)

1.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องคงอยู่ตลอดเวลา หรืออาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด มีระยะเวลาความปวดตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มักไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ บริเวณที่ปวดกว้าง บอกรักษาตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน (Laskin, 2002; LeMone & Burke, 2000) ความปวดเรื้อรัง เช่น การปวดศีรษะแบบไมเกรน ความปวดจากมะเร็ง แผลไฟไหม้ โรคข้อรูมาติก และโรคหลอดเลือดแดงอุดตันเรื้อรัง อาการร่วมที่พบ คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์หงุดหงิด ความกระตือรือร้น และความคิดสร้างสรรค์ลดลง

2. แบ่งตามตำแหน่งพยาธิสรีรวิทยา (Black & Matassarin-Jacobs, 1997; Kean et al., 2002; Laskin, 2002) แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) เป็นความปวดที่เป็นผลจากการที่ตัวรับความปวด (nociceptors) ถูกกระตุ้น อาจเกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อชั้นผิวหนังหรือเนื้อเยื่อชั้นลึก ได้แก่

2.1.1 ความปวดบริเวณผิวหนัง (cutaneous pain or somatic pain) ความปวดมาจากการกระตุ้นที่อวัยวะพื้นผิว เช่น ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง ลักษณะความปวดมักจะรู้สึกปวดเหมือนเข็มแทงหรือแบบแหลมคม บอกรักษาได้ชัดเจนและมีระยะปวดสั้น บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังมีปลายประสาทรู้สึกปวดกระจายอยู่ทั่วไป จึงมีความไวต่อความปวดสูง ไวต่อการกระตุ้นทั้งจากแรงกด ความร้อน ความเย็น ไฟฟ้า และสารเคมี ตัวอย่างความปวดจากการถูกมีดบาด เข็มแทง และไฟลวก เป็นต้น (Coda & Bonica, 2001; Laskin, 2002; Kean et al., 2002)

2.1.2 ความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (deep somatic pain) ความปวดอาจมาจากอวัยวะที่อยู่ลึกกว่าชั้นพื้นผิว เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ เยื่อหุ้มปอด และเยื่อช่องท้อง เป็นต้น มักจะรู้สึกปวดตื้อ ๆ (dull pain) หรือปวดเมื่อย บริเวณปวดกว้าง และระยะปวดนานกว่าความปวดบริเวณผิวหนัง (Coda & Bonica, 2001; Laskin, 2002; Kean et al., 2002)

2.1.3 ความปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) เป็นความปวดที่มีลักษณะที่ไม่สามารถบอกรักษาตำแหน่งที่ชัดเจนได้ เกิดภายในกระโหลกศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน เช่น การอุดตันของลำไส้ และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย (Coda & Bonica, 2001; Laskin, 2002; Kean et al., 2002)

2.2 ความปวดที่มีผลจากการบาดเจ็บหรือการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท (neuropathic pain) ไม่ว่าจะเป็ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายหรือส่วนกลาง ทำให้มีลักษณะปวดแบบเสปร้อน ปวดเหมือนเข็มทิ่มตำ ปวดเมื่อสัมผัส (allodynia) ปวดมากขึ้นถึงแม้ว่า

ความแรงของการกระตุ้นให้ปวดที่ปกติ (hyperalgesia) เช่น peripheral neuropathy ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท (ศศิกันต์, 2547; Kean et al., 2002)

ทฤษฎีความปวด

ความปวดมีลักษณะซับซ้อน เมื่อเกิดความปวดจะส่งผลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีผู้ที่ศึกษาและอธิบายทฤษฎีความปวดไว้หลายทฤษฎี ทฤษฎีซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันและสามารถอธิบายกลไกของความปวดได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogenous pain control theory) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)

คิดค้นโดยเมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เพราะสามารถอธิบายความปวดได้ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้อธิบายกลไกการเกิดความปวด โดยเน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณในไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวด ขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ (Melzack & Wall, 1965) คือ เซลล์ในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa : SG cell) ซึ่งเป็นเซลล์พิเศษอยู่ในคอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn), โยประสาทส่วนที่เป็นแนวยาวในคอร์ซอลซึ่งทอดตรงไปสู่สมอง และเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell: T cell) ในไขสันหลังซึ่งเป็นที่กลางนำข้อมูลไปสู่สมอง โดยสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดได้ว่า (1) การส่งกระแสประสาทความปวดจากปลายประสาทและโยประสาทนำขึ้นจะถูกควบคุมโดยกลไกประตูในไขสันหลัง (2) ระบบกลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ของการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่และเส้นใยประสาท ขนาดเล็ก โดยที่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (large fiber: L) จะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูปิด) ส่วนการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber: S) จะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูเปิด) (3) กลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลมาจากกระแสประสาทนำลงจากสมอง (4) มีเส้นใยขนาดใหญ่ที่มีความสามารถพิเศษในการนำสัญญาณส่งไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดซึ่งเชื่อมโยงกับกระแสประสาทนำลง มาควบคุมกลไกประตูในไขสันหลัง และ (5) เมื่อกระแสประสาทที่ส่งถึงเซลล์ประสาทส่งต่อถึงจุดวิกฤตจะกระตุ้นการทำงานในระบบการตอบสนอง (action system) ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและประสบการณ์ความปวดทั้งหมด (วงจันทร์, 2547; Bonica, & Loeser, 2001) จากแนวความคิดของทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจว่าความปวดจะเพิ่มมากขึ้นและลดลงได้จากสาเหตุต่อไปนี้ คือ

1. การกระตุ้นสมองส่วนคอร์เทกซ์และทาลามัสที่มากเกินไป เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลต่างๆ ทำให้ความปวดเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกัน ความปวดจะลดลงถ้าผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับความปวด ความวิตกกังวลให้ลดลงได้ จะช่วยให้มีการยับยั้งสมองส่วนบนสามารถ ลดความปวดได้ (Laskin, 2002; Seer, 1994)

2. การกระตุ้นการทำงานของก้านสมองมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่ถูกกระตุ้นด้วยแสง เสียงติดต่อกันนานๆ ทำให้เกิดความปวดได้ ในขณะที่การฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการ เป็นการยับยั้งการทำงานของก้านสมอง (brain stem) สามารถช่วยลดความปวดได้ (Seer, 1994)

3. การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวด ในขณะที่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวด ภูมิภาคหนึ่งแรงๆ มีผลทำให้ความปวดลดลง (Seer, 1994)

ทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory)

ปี ค.ศ.1970 กลุ่มนักวิจัยพบสารโอปิเอต นิวโรเปปไทด์ ภายในร่างกาย (endogenous opiate neuropeptides) ต่อมาในปี 1973 มีการค้นพบตัวรับโอปิเอต (opiate receptors) 4 ตัว กระจายอยู่ในสมองและไขสันหลังบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความปวด (สุพร, 2528) และในปี ค.ศ. 1975 ฮิวจ์และคณะ (Huges et al., 1975 อ้างถึงใน วงจันทร์, 2547) มีการค้นพบสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินในร่างกายที่มีฤทธิ์ยับยั้งความปวดเช่นเดียวกับมอร์ฟิน ชื่อว่า เอนเคฟาลิน (enkephalin) สารที่มีคุณสมบัติคล้ายฝิ่นแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม (สุพร, 2528) ได้แก่

1. เอนเคฟาลิน (enkaphalin) มี 2 ชนิด คือ เมธิโอนิน เอนเคฟาลิน (methionin- enkaphalin) และ ลูซีน เอนเคฟาลิน (leucine enkaphalin) พบได้ทั่วไปในระบบประสาทส่วนกลาง (Kean et al., 2002) แต่ทำหน้าที่ได้ดีที่สุดบริเวณคอร์ซัล ฮอร์น จึงช่วยยับยั้งความปวดโดยปิดประตูที่ระดับไขสันหลัง และยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (Ignatavicious, Workman, & Mishler, 1995)

2. เอนดอร์ฟิน (endorphin) พบมากที่ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) มี 3 ชนิด คือ แอลฟา (alpha) แกมมา (gamma) และเบต้า (beta) เอนดอร์ฟิน เบต้าเอนดอร์ฟินเป็นพวกที่ออกฤทธิ์มากที่สุด พบได้ที่ไฮโปทาลามัส เพอริอะควิดักทัล เกรย์และระบบลิมบิก โดยเอนดอร์ฟินจะออกฤทธิ์ควบคุมความปวดได้ 2 ทาง คือ

2.1 ออกฤทธิ์ที่ประสาทพรีซินแนปติก (presynaptic sites) โดยยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาท พี (substance P) ที่ระบบประสาทส่วนปลาย

2.2 ออกฤทธิ์ที่ประสาทโพสต์ซินแนปติก (postsynaptic sites) โดยยับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาทความปวด (pain impulses) จากการหลั่งสารเอนเคฟาลินจากสมองผ่านกลุ่ม

ใยประสาทนำลง (descending system)

3. ไดโนอร์ฟิน (dynorphin) พบมากในคอร์ซัล ฮอร์น ของไขสันหลัง จะออกฤทธิ์ยับยั้งความปวดที่ประสาทพรีซินแนปติก

การเดินทางของประสาทในการควบคุมความปวด มาจากเปลือกสมองและไฮโปทาลามัส ผ่านลงมายังสมองส่วนกลาง เพอร์ริอะควิดักทัล เกรย์ และบริเวณส่วนบนของเมดูลลา ในที่สุดจะมากควบคุมที่บริเวณคอร์ซัล ฮอร์นที่ไขสันหลัง การควบคุมประดูให้เปิดหรือปิด เกิดจากการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิด คือ เอนโดจีนัส โอปิเอท และสารพี พบว่าเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กที่ไขสันหลังจะปล่อยสารพี ในขณะที่เดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมอง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของเอสจี (substantia gelationa) ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ซึ่งยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเอนเคฟาลินยับยั้งการทำงานของสารพีไม่หมด สารพีจะกระตุ้นทีเซลล์ ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น (สุพร, 2528)

องค์ประกอบของความปวด

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่มีความซับซ้อนซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตนเองอย่างหนึ่งของร่างกาย (นครชัย, 2538) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ประการ (สุพร, 2528 ; อร์ญญา, 2543; Potter & Perry, 1999; Seer, 1999) คือ

1. สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด (noxious stimuli) ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือเกิดการบาดเจ็บ ได้แก่ อุณหภูมิ สารเคมี เช่น กรด ด่าง และสารชีวเคมีในร่างกาย ได้แก่ ฮิสตามีน (histamine) โพรสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) แบริคไคนิน (bradykinin) เป็นต้น

2. ตัวรับรู้ความรู้สึกปวด (pain receptors หรือ nociceptors) เป็นปลายประสาทอิสระที่ไม่มีปลอกหุ้ม กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อเกือบทุกส่วนในร่างกาย

3. วิธีประสาทนำกระแสความรู้สึกปวด (pain pathway) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะมีการปล่อยสารเคมีออกมา ได้แก่ สารพี (substance P) แบริคไคนิน (bradykinin) โซมาโตสแตติน (somatostatin) จะเป็นตัวกลางในการถ่ายทอดกระแสประสาทความปวด โดยลดความทนต่อระดับความปวด เพิ่มความไวในการกระตุ้น รวมทั้งทำให้กระแสความปวดที่ปล่อยออกมาและหลังปล่อยมีความถี่ต่ำ จึงเกิดสัญญาณความปวดถ่ายทอดไปตามกระแสประสาท แบ่งเป็น

3.1 วิธีประสาทส่วนปลาย เมื่อปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดได้รับการกระตุ้นจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดจะเกิดกระแสประสาทส่งไปตามเส้นประสาทนำเข้าไขสันหลัง ประกอบด้วยใยประสาท 3 กลุ่ม คือ

3.1.1 ใยประสาท เอ เบต้า (A beta fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กมีมัยอีลินหุ้ม

นำความรู้สึกเกี่ยวกับการสัมผัส การนวด และการสัมผัสเสียดสี

3.1.2 ใยประสาท เอ เดลต้า (A delta fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กมีมัยอีลินหุ้ม บางๆ นำความรู้สึกปวดแบบแหลมคมคล้ายเข็มแทง (pricking) บอกตำแหน่งที่เจ็บได้แน่นอน เช่น บาดแผล ถูกไฟฟ้าช็อต เส้นใยนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกปวดแบบเฉียบพลัน

3.1.3 ใยประสาท ซี (C fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กไม่มีมัยอีลินหุ้ม นำกระแสความรู้สึกปวดได้ช้า ความรู้สึกปวดแบบตื้อๆ (dull pain) บอกตำแหน่งได้ไม่แน่ชัด กระจายอยู่ทั่วไป และอาการปวดคงอยู่นานกว่า

3.2 วิธีประสาทส่วนกลาง ใยประสาททั้ง 3 ชนิด จะนำสัญญาณประสาทความรู้สึกปวดเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) ซึ่งบริเวณนี้จะมีจุดประสานประสาท และประสานกับเซลล์ประสาทในสับสแตนเชีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa: SG cell) โดยการปล่อยสารสื่อประสาทที่เรียกว่า สาร พี ออกมา สาร พี นี้ จะกระตุ้นเซลล์ประสาทใน SG cell ให้เกิดสัญญาณประสาทความรู้สึกปวด นำส่งไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลัง ผ่านด้านข้างของเวนนทรีล ฮอร์นไปตามสไปโนธาลามิกแทร็ค (spinothalamic tract) เข้าสู่สมองส่วนเมดุลลาและสมองส่วนกลาง ก่อนไปยังส่วนหลังของทาลามัส (thalamus) ที่ทำให้รับรู้ความรู้สึกปวด และส่งต่อไปยัง คอร์เท็กซ์เพื่อแปลผล แยกแยะความรุนแรงและตำแหน่งของความปวด บุคคลจึงสามารถรับรู้และจดจำความรู้สึกปวดนั้นได้ เรียกวิธีประสาทส่วนนี้ว่า ดิสคริมิเนทีฟ พาร์ทเวย์ (discriminative pathway)

4. การรับรู้ความรู้สึกปวด (pain perception) จะเกิดขึ้นในสมองโดยบุคคลนั้นจะบอกได้ว่ามีความรู้สึก เป็นขั้นตอนที่แปลผล เกิดขึ้นที่ระบบประสาทส่วนกลางในสมอง บุคคลสามารถรับรู้และจดจำความรู้สึกปวดนั้นได้

5. ปฏิกิริยาต่อความรู้สึกปวด (pain reaction) เป็นการตอบสนองความรู้สึกปวดของบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ภาวะทางอารมณ์ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม (อรัญญา, 2543)

พยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่งที่มีการตัดส่วนที่เป็นโรคหรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติภายหลังการผ่าตัด ผลกระทบจากการผ่าตัดที่อาจหลีกเลี่ยงไม่ได้คือ ความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งหมายถึง ความปวดที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการผ่าตัดทั้งหมด เช่น จากแผลผ่าตัด การใส่ drain จากแผล การใส่ nasogastric tube ภายหลังการผ่าตัด (ลักษมี, 2546)

การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยมีการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อกันหาความผิดปกติ ใช้ในการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องและรักษาพยาธิสภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้อง (Henzel, 1992) ชนิดของการผ่าตัดช่องท้องสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท (Nachlas et al., 1972 อ้างตาม พรธณี, 2540) ดังนี้

1. การผ่าตัดนอกเยื่อช่องท้อง (extraperitoneal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่นอกเยื่อช่องท้อง เช่น การผ่าตัดเอามดลูกออก (hysterectomy) เป็นต้น

2. การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ (intrapertoneal and intraintestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ เช่น การผ่าตัดเอาส่วนของลำไส้เล็กส่วนต้นออก (duodenectomy) เป็นต้น

3. การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ (intrapertoneal extraintestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ เช่น การผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (cholecystectomy) เป็นต้น

การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลาผ่าตัดนานและเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวและการหายใจ (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995) ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงมากในเวลา 24-48 ชั่วโมงแรก เนื่องจากการผ่าตัดทำให้เกิดการชอกช้ำหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จึงมีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ออกมาทำให้ความทนต่อความรู้สึกปวด (pain threshold) ลดลง เนื้อเยื่อไวต่อสิ่งกระตุ้นมากขึ้น (hyperalgesia) หรือแม้แต่สิ่งกระตุ้นปกติก็ทำให้ทำให้เกิดความปวดได้ (allodynia) (ศศิกานต์, 2547; Coda & Bonica, 2001; Manion & Woolf, 2000) จากพยาธิสรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัดสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การจัดการกับความปวดและการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อประสบการณ์การดูแลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

ความปวดหลังผ่าตัดเกิดได้ทั่วไปโดยหลังผ่าตัดสามารถเกิดผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายได้ ดังนี้

1. ระบบหายใจ ทำให้เกิดปอดแฟบหรือปอดบวม (atelectasis or pneumonia) เนื่องจาก

ความปวดจากการผ่าตัดช่องท้อง จะทำให้ผู้ป่วยหายใจสั้น ปริมาตรในปอด ความจุปอดลดลง และการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมลดลง จึงก่อให้เกิดภาวะปอดแฟบ อาจเกิดภาวะของการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในกระแสเลือด และภาวะขาดออกซิเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูงอายุ ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือมีโรคทางระบบหายใจร่วมด้วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง รวมทั้งการที่ผู้ป่วยนอนอยู่กับที่เป็นเวลานานๆ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาได้ทั้งสิ้น ดังนั้นหากสามารถควบคุมความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อภาวะบวม และความตึงตัวของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ทำให้การทำงานของปอดในระยะหลังผ่าตัดดีขึ้น (ซัชชัย, 2544; ธนิต, 2542; ศศิกานต์, 2547; Loeser, 2002; Tribett et al., 1999)

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด เพราะความปวดเฉียบพลันจากการผ่าตัดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความต้านทานปลายทาง (peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงได้ (ศศิกานต์, 2547; Loeser, 2002; Tribett et al., 1999)

3. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เกิดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อซึ่งจะเพิ่มระดับความปวดและเกิดเป็นวงจรต่อเนื่องต่อไป รวมถึงการทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้กล้ามเนื้อเล็กกลับ ทำให้กลับสู่สภาวะปกติช้าลง (ศศิกานต์, 2547; Loeser, 2002)

4. ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกตัว และยาบรรเทาปวดไปยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้และกระเพาะอาหาร เกิดอาการท้องอืด และทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ นอกจากนี้ ทำให้ปริมาตรกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นจนอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ภาวะนี้ร่วมกับการลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้เสี่ยงต่อการลำไส้เกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ (ศศิกานต์, 2547)

5. ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ความปวดหลังผ่าตัดกระตุ้นระบบนิวโรเอนโดคราย (neuroendocrine) อาจมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนด้านการทำลาย (catabolic hormones) คือ แคทีโกลามีน (catecholamine) คอร์ติโซล (cortisol) และ กลูคาγον (glucagon) ร่วมกับการลดลงของฮอร์โมนด้านเสริมสร้าง (anabolic hormones) คือ อินซูลิน (insulin) และเทสโทสเตอโรน (testosterone) ผู้ป่วยจะเกิดการเสียสมดุลของไนโตรเจน (negative nitrogen balance) การทำลายโปรตีนเพิ่มขึ้น เกิดการคั่งของเกลือและโซเดียม มีผลทำให้เกิดการขยายของช่องว่างระหว่างเซลล์ (extracellular space) รวมถึงการเพิ่มการสลายไขมัน ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้นมีผลต่อการหายใจของแผล แผลจะหายช้าลง (ศศิกานต์, 2547; Loeser, 2002)

6. ระบบเลือด ทำให้เกร็ดเลือดเกาะตัว ลดการสลายไฟบริน (fibrinolysis) และเกิดภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (hypercoagulability) (ศติกานต์, 2547; Loeser, 2002)

7. การทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน มีการศึกษาว่าความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาการติดเชื้อหลังผ่าตัดสูงขึ้นได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีผลในการยับยั้งการทำงานของเซลล์เอ็นเค (Natural Killer-NK cells) ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมเซลล์มะเร็งและป้องกันการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (Page & Ben - Eliyahu, 1997 อ้างตาม วงจันทร์, 2547)

8. การตอบสนองต่อความเครียด ความปวดส่งผลให้ร่างกายเกิดความเครียดและความวิตกกังวล เช่น เรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง ความปวด มีผลกระตุ้นการหลั่งคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) และอะดรีนาลิน (adrenaline) ซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การหลั่งสารต่างๆ เหล่านี้ ขึ้นอยู่กับขนาดของแผลผ่าตัด โดยแผลผ่าตัดขนาดใหญ่จะมีการหลั่งสารต่างๆ ออกมามาก ส่งผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ทำให้นอนไม่หลับได้ โดยเฉพาะหลังผ่าตัดวันแรกซึ่งมีระดับความปวดมากที่สุด (ปีลันธน์, 2546)

9. การพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรังต่อไปในอนาคต มีการศึกษาที่พบว่ามีการกระตุ้นความปวดเกิดขึ้นในระบบประสาทส่วนกลางที่เรียกว่า Central sensitization ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับความปวดเป็นเวลานาน เกิดการกระตุ้นในประสาทส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง จนเกิดภาวะที่มีความไวต่อการกระตุ้นสูงมากกว่าปกติ กล่าวคือ เมื่อมีการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยผู้ป่วยจะเกิดความปวดที่รุนแรง (hyperalgesia) หรือบางครั้งการกระตุ้นนั้นในภาวะปกติจะไม่ทำให้ปวด เช่น การสัมผัส แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดการรับรู้เป็นความปวด เรียกว่า อัลโลไดเนีย (allodynia) (Blakely & Page, 2001; Edwards, 2002 อ้างถึงใน วงจันทร์, 2547) ดังนั้น การจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดการพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรังต่อไปในอนาคตได้

การประเมินความปวด

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความปวดเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ในการประเมินความปวดจะต้องครอบคลุมบุคคลในฐานะองค์รวม (อรัญญา, 2543) เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปทำให้การประเมินความปวดนั้นมีความยากที่จะได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงที่สุด (เอมอร, 2543) ดังนั้น ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดจะได้ผลมาน้อยเพียง

ใด ขึ้นอยู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสู่การบรรเทาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินความปวดจึงมีการประเมินหลายวิธีดังนี้ (Chapman & Syrjala, 2001; Marie, 2002; Seer, 1999)

1. การประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย การประเมินนี้เป็นการประเมินที่ดีที่สุด และได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริงที่สุดเนื่องจากข้อมูลได้จากตัวผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งมีการคิดค้นออกมาหลายแบบเพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้มากที่สุด เช่น

1.1 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale: VAS) มาตรวัดความปวดชนิดนี้ส่วนใหญ่มีความยาว 10 เซนติเมตร อยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้ง ไม่มีตัวเลขหรือคำบรรยายบนมาตรวัดโดยเริ่มจากด้านซ้ายมือ แสดงถึง ไม่ปวดเลย ส่วนทางด้านขวามือ แสดงถึง ปวดมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนมาตรวัดตามความปวดของตนเอง จากนั้นจึงนำไปปรับให้เป็นตัวเลขเทียบกับมาตรวัดที่เป็นตัวเลขเหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด



ภาพประกอบ 2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา

Note. From Nursing practice: hospital and home – the adult (p. 627), by K.Seer, 1999, Edinburgh: Churchill Livingstone.

1.2 มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (verbal rating scale: VRS) มาตรวัดความปวดชนิดนี้ แบ่งความปวดเป็นระดับต่างๆ จัดเป็นลำดับ บรรยายสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่น ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้เช่น ผู้ป่วยหนัก วิธีนี้นิยมใช้ร่วมกับมาตรวัดแบบตัวเลข (Seer, 1999)



ภาพประกอบ 3 มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย

Note. From Nursing practice: hospital and home – the adult (p. 627), by K.Seer, 1999, Edinburgh: Churchill Livingstone.

1.3 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) คล้ายกับมาตรวัดความปวดด้วยสายตา แต่มีการแบ่งเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 -10 หรือ 0 -100 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หรือ 100 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 0 -10 เหมาะสำหรับผู้ป่วย

หลังผ่าตัด ส่วนมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 0 -100 เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง (Seer, 1999; Marie, 2002) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจไม่ได้เกิดจากความปวดอย่างเดียว จึงควรใช้การประเมินความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย



ภาพประกอบ 4 มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข

Note. From Nursing practice: hospital and home – the adult (p. 627), by K.Seer, 1999, Edinburgh: Churchill Livingstone.

2. การประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นการประเมินความปวดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารลดลง ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น เหงื่อออก ขนลุก

3. การประเมินความปวดจากการใช้การสังเกตพฤติกรรม (Laskin, 2001; LeMone & Burke, 2000; Marie, 2002)

3.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (motor behavior) เช่น การแสดงออกที่บ่งบอกถึงความรู้สึกปวด โดยการเคลื่อนไหวของร่างกาย สีหน้าท่าทาง เช่น นอนบิดตัวไปมา ลูบบริเวณที่ปวด กำมือแน่น เป็นต้น

3.2 พฤติกรรมด้านเสียง (vocal behavior) เช่น ร้องครวญคราง สะอื้น เป็นต้น

3.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ (affective behavior) เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว ซึมเศร้า เป็นต้น

การประเมินความปวดสามารถประเมินได้หลายวิธีจึงควรเลือกตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ความสะดวกและมีประสิทธิภาพมากที่สุด สำหรับการศึกษารั้งนี้ในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องทอ้งใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขซึ่งเป็นการประเมินความปวดจากตัวผู้ป่วย โดยตรง

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของที่มีสุขภาพ

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เพราะการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อปัญหา สุขภาพอื่นๆ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวด คือ (1) ลดความถี่และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด (2) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความปวด สามารถขอความช่วยเหลือในการบรรเทาปวดจากทีมสุขภาพได้ (3) ผู้ป่วยสุขสบายและมีความพึงพอใจในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด รวมทั้ง (4) การลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดและเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยที่สุด (Jacox, 1992)

ทีมสุขภาพที่กล่าวถึงในการศึกษารุ่นนี้ ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลซึ่งมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลและรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดแตกต่างกัน แพทย์และพยาบาลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามลำพังได้ ต้องอาศัยความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม จึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

บทบาทของแพทย์ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

ความสำเร็จในการบำบัดรักษาอาการปวดของผู้ป่วยส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินและการวางแผนการรักษาล่วงหน้าอย่างรอบคอบของแพทย์ที่ให้การรักษา ซึ่งควรกระทำตั้งแต่เมื่อเริ่มให้การรักษาโรค มีการเลือกและประเมินความต้องการการระงับปวดของผู้ป่วยเบื้องต้น แล้ววางแผนร่วมกับแพทย์ที่ร่วมให้การรักษาระหว่างผ่าตัด พร้อมทั้งต้องให้การรักษาอาการปวด ของผู้ป่วยหากมีความปวดก่อนการผ่าตัดนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ (พงศักรดี, 2537) จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปบทบาทของแพทย์ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ดังนี้

1. การประเมินอาการปวดของผู้ป่วย การประเมินความปวดถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความปวด ความเชื่อและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจการประเมินและการรักษาอาการปวดของผู้ป่วย การเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึกและการให้ยาระงับปวดในระยะก่อนผ่าตัดและส่งเสริมให้การควบคุมอาการปวดในระยะหลังผ่าตัดด้วยยาและวิธีที่ไม่ใช้ยาบรรเทาปวดในระยะต่อมาได้รับผลดี รวมทั้งชักซ้อมการวัดปริมาณความปวดด้วยวิธีที่เห็นว่าเหมาะสมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งอาจสอนเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมอาการปวดภายหลังการผ่าตัดด้วยตนเอง (พงศักรดี, 2537) การประเมินความปวด จะประกอบด้วยการวัดในปริมาณ เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงและติดตามผลการรักษา การประเมินคุณภาพและลักษณะของอาการปวดเพื่อการวินิจฉัย เนื่องจากความปวดมีลักษณะเป็นนามธรรม การประเมินความปวดจึงต้องยึดถือตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย มีการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเมื่อผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงขึ้นอาจต้องปรับเปลี่ยนยาบรรเทาปวด และประเมินผลของวิธีรักษา

ที่ได้ให้ไปแล้ว พร้อมทั้งประเมินผลการรักษาที่เปลี่ยนให้แก่ผู้ป่วย หรือถ้าการเพิ่มขนาดของยา ไม่ได้ผลระงับปวดที่เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาดูตามสาเหตุทันที (APS, 1995)

2. การเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าแพทย์เห็นใจและเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเมื่อ และเมื่อผู้ป่วยแน่ใจว่าแพทย์ไม่ละทิ้งให้เจ็บปวดอยู่คนเดียว จิตใจของผู้ป่วยจะสงบ อารมณ์ไม่หงุดหงิดและอาการปวดของผู้ป่วยจะบรรเทาลง (ศักดิ์ชัย, 2540)

3. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลต่างๆ ก่อนผ่าตัด รวมถึงการ ปรับปรุงความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย เจตคติของผู้ป่วยต่อความปวด ซึ่งจะมีบทบาทต่อการรักษาอาการปวดภายหลังผ่าตัด เช่น ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของอาการปวดต่อตนเองในระยะสั้นและระยะยาว (พงศภารัตน์, 2537) พาร์สันและโรบินสัน (Parson & Robinson, 2003) อธิบายถึงการให้ความสนใจหรือการดูแลความปวดหรืออาการตั้งแต่เริ่มแรกของแพทย์ ถือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายการแพทย์ที่สำคัญ หากผู้ให้การดูแลขาดการให้ความสนใจเรื่องความปวดตั้งแต่ระยะแรก จะทำให้ผู้ป่วยทุกข์หรือทนายความใช้เป็นสาเหตุในการฟ้องร้องทางกฎหมายได้ ดังนั้น แพทย์จะต้อง (1) อธิบายถึงผลของสภาพหรือความพร้อมของร่างกายหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจว่ามีระยะยาวนานเพียงใดในการฟื้นคืนสู่สภาพปกติ (2) แพทย์ต้องอธิบายผลหรือสภาพร่างกายที่อาจเกิดขึ้นอย่างถาวรและอย่างแน่นอน เกี่ยวกับระดับการทำกิจกรรมต่างๆ ก่อนที่จะเผชิญกับความปวด (3) เมื่อมีการฟ้องร้องทางกฎหมายเกิดขึ้นผู้ป่วยจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการฟ้องร้องนั้นด้วย การฟ้องร้องจะสิ้นสุด/ยุติลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีจากทีมสุขภาพ

สมาคมความปวดแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (The American Pain Society : APS, 1995) ได้มีการพัฒนามาตรฐานของการประกันคุณภาพในการบรรเทาความปวดเฉียบพลันและความปวดจากมะเร็ง เป้าหมายเพื่อเป็นการตกลงร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการรักษาความปวดตามหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาเพื่อบรรเทาปวด รวมทั้งมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการสำรวจ ตรวจสอบการรักษาของความปวดเรื้อรัง หรือผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่ใช้ยาบรรเทาปวด โดยมีมาตรฐานเบื้องต้น คือ

- 1) การยอมรับความปวด (Recognize) และให้การรักษาความปวดทันที
- 2) ให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย
- 3) ให้คำมั่นสัญญาว่าจะได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่เกี่ยวกับยาบรรเทาปวด
- 4) อธิบายเกี่ยวกับนโยบายของการใช้เครื่องมือ/เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดอย่างชัดเจน
- 5) มีการติดตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง (Bedder, 2003)

4. การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดด้วยการใช้ยาบรรเทาปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก จะมีความปวดที่รุนแรงและค่อยๆลดลงตามลำดับในวันที่ 2 และ 3 ของการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องใช้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดด้วยการใช้ยาบรรเทาปวดจึงจะให้ผลต่อการบรรเทาปวดและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ยาบรรเทาปวดที่มักใช้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่

4.1 ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids or narcotic analgesics) ใช้บรรเทาปวดในระดับรุนแรงถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ที่ประสาทส่วนกลางโดยกระตุ้นโอปิออยด์ รีเซพเตอร์ (opioid receptor) ภายในสมองซึ่งอยู่ส่วนสมองสีเทา ฮาลามัส และคอร์ซอลลอรันของไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อศูนย์ควบคุมการหายใจ การไอ คลื่นไส้ อาเจียน ที่ก้านสมอง ออกฤทธิ์ต่อการหลั่งฮอร์โมนที่ไฮโปธาลามัสและลิมบิก ในการควบคุมอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความปวดทำให้อารมณ์ดี นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้บีบตัวลดลง เกิดอาการท้องผูก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่นอนก้นนานๆ ผลต่อการกดการหายใจที่ศูนย์การหายใจที่ก้านสมอง ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม (ลักษมี, 2546; Miyoshi & Leckband, 2001) คือ

4.1.1 ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioids) ใช้บรรเทาความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้แก่ โคดีอีน (codeine) ออกซีโคโดน (oxycodone) เป็นต้น ซึ่งมีฤทธิ์อ่อนกว่ามอร์ฟีน 12 เท่า ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง ปริมาณที่ใช้ 30-60 มิลลิกรัมไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัม ยาชนิดออกฤทธิ์บรรเทาปวดได้ดีเมื่อใช้ร่วมกับยาพาราเซตามอล หรือแอสไพริน ผลข้างเคียงของยากคล้ายกับมอร์ฟีน แต่อาการท้องผูกมีมากกว่า

4.1.2 ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioids) สำหรับการบรรเทาปวดในระดับรุนแรงและหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ มอร์ฟีน เมทาโดน (metadone) ไฮโดร-มอร์ฟีน (hydromorphone) และเมเพอริดีน (meperidine) เป็นต้น มอร์ฟีนเป็นยาที่นิยมใช้และสามารถบรรเทาปวดได้เกือบหมด เมื่อดูดซึมเข้ากระแสเลือดและระดับยาในกระแสเลือดถึงระดับที่ระงับปวด โดยระดับยาคี่น้อยที่สุดที่ระงับปวดได้ คือ minimal effective analgesic concentration (MEAC) เมื่อมีการเพิ่มยาขึ้นอีกทำให้มีผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด เช่น ง่วงซึม หรือกดการหายใจ การใช้เพทิดีน (pethidine) ไม่ควรให้ติดต่อกันระยะเวลานานเกิน 3-5 วันเนื่องจากมีการพบการสะสมของ norpethidine ซึ่งเป็น metabolite ที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดกล้ามเนื้อสั่นกระตุก (tremor) reflex ไวขึ้น ประสาทหลอน (hallucination) และชัก โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเรื่องไต (ลักษมี, 2547) วิธีการบริหารยา ขนาดและระยะห่างของยากกลุ่มโอปิออยด์ มีรายละเอียดในตาราง 1

4.2 ยาบรรเทาปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non opioid analgesics) ใช้บรรเทาความปวด

ในระดับน้อยถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างโพรสตาแกลนดินบริเวณที่มีการบาดเจ็บได้แก่ พาราเซตามอล แอสไพริน และยาต้านการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ อาจระคายเคืองทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ ขนาดของยา ดังแสดงในตาราง 2

4.3 ยาร่วม (adjuvants or adjuvant analgesics) ได้แก่ ยากลุ่ม Benzodiazepines ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดความวิตกกังวล คลายเครียด ยากลุ่มนี้ช่วยตัดวงจรต่อเนื่องของความปวดที่เกิดจากความวิตกกังวล คลายเครียด ยากลุ่มนี้ช่วยตัดวงจรต่อเนื่องของความปวดที่เกิดจากความวิตกกังวล และการเกร็งของกล้ามเนื้อ จึงช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความปวดได้ดีขึ้น ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียง ทำให้ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ

ปัจจุบันแนวทางในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดเน้นการใช้วิธีบรรเทาปวดหลายวิธีร่วมกันหรือหลายชนิดของยาร่วมกัน (multimodal analgesia) หมายถึง การให้ยาหลายชนิด หรือใช้หลายวิธีร่วมกันในการระงับปวด ซึ่งยาหรือวิธีต่างๆ เหล่านี้ออกฤทธิ์ในหลายกลไก เพื่อช่วยเสริมกันในการระงับปวด โดยหวังผลให้มีการลดลงของผลข้างเคียงที่เกิดจากการให้ยาเพียงชนิดเดียวในปริมาณมาก เช่น diclofenac ช่วยลดการปรับเปลี่ยนความไวของระบบประสาทส่วนปลาย (ลักขมี, 2547)

ยา	วิธีการบริหารยา	ขนาดและระยะห่าง	ขนาดเทียบเท่ากับ IV morphine 10 มก.
morphine	IV/IM	5-10 มก. ทุก 2-4 ชม.	
	Infusion	0.01-0.04มก./กก./ชม.	10 มก.
	PO (immediate release)	30-60 มก.ทุก 4 ชม.	30 มก.
pethidine	IV/IM	50-100 มก. ทุก 2-4 ชม.	75 มก. **
fentanyl	IV infusion	25-50 ไมโครกรัม ทุก 1-2 ชม. 1-3 ไมโครกรัม/กก./ชม.	100 ไมโครกรัม
codeine	PO	15-60 มก. ทุก 3-4 ชม.	200 มก.
	IM	15-60 มก. ทุก 4-6 ชม.	130 มก.
tramadol	PO	50-100 มก. ทุก 4-6 ชม.	120 มก.**
	IV	50-100 มก.ทุก 4-6 ชม.	80 มก.**

ตาราง 1

วิธีการบริหาร ขนาดและระยะห่างของยา opioid ที่ใช้บ่อยและสำคัญ สำหรับผู้ใหญ่

ข้อมูลในตาราง 1 จาก “หลักการและวิธีการในการดูแลรักษาความปวดเฉียบพลันโดยการให้ยา”, โดย ลักขมี ชาญเวชช์, 2547, เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ” หน้า 82.

** (สถาพร, 2546)

ยา	ขนาด	ขนาดสูงสุด (มก.)
Acetaminophen (paracetamol)	500-1000 มก. PO ทุก 4-6 ชม.	4000
Aspirin	600-1200 มก. PO ทุก 4-6 ชม.	3600
Diclofenac	25-50 มก. PO ทุก 6 ชม. 75 มก. IV/IM ทุก 12 ชม.	200
Piroxicam	20 มก. PO OD	20
Ibuprofen	50-600 มก. PO ทุก 6-8 ชม.	3200
Celecoxib	200 มก. PO ทุก 12 ชม.	400
Rofecoxib	50 มก. PO OD	50

ตาราง 2

ขนาดและระยะห่างของ non opioid analgesics ที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ใหญ่

ข้อมูลในตาราง 2 จาก “หลักการและวิธีการในการดูแลรักษาความปวดเฉียบพลันโดยการให้ยา”, โดย ลักขมี ชาญเวชช์, 2547, เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”, หน้า 85.

5. การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาบรรเทาปวดเป็นวิธีการที่ช่วยเสริมการรักษาอาการปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อาจใช้วิธีนี้ได้กับผู้ป่วยทุกคนโดยเฉพาะผู้ป่วยในรายที่ยังรู้สึกไม่สบายเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาปวดดังกล่าวข้างต้น อาจใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการหลีกเลี่ยงการให้ยา เนื่องจากมีอาการแพ้ยาหรือมีผลข้างเคียงของยา แต่ผู้ให้การดูแลต้องพึงระลึกไว้ว่า ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สามารถบรรเทาปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเดียวได้ เพราะประสิทธิผลที่ได้รับอาจไม่เพียงพอ การบรรเทาปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ การบำบัดทางกายและการบำบัดทางใจ (พงศักรดี, 2537)

5.1 การบำบัดทางกาย ได้แก่ วิธีใดๆ ก็ตามที่สามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายเฉพาะที่ การแก้ไขท่าทางและอิริยาบถที่ผิดปกติ การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวอย่างถูกวิธีและช่วยลด

ความกลัว วิธีเหล่านี้ได้แก่ การให้ความร้อนหรือความเย็นที่บริเวณผิวหนัง การนวด การบริหาร การเคลื่อนไหวอย่างถูกวิธี และการใช้เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทผ่านผิวหนังด้วยไฟฟ้า (Transcutaneous electrical nerve stimulation)

5.2 การบำบัดทางใจ ได้แก่ วิธีใดๆ ก็ตามที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจความปวดของตนเองมากขึ้น และมีความกระตือรือร้นที่จะให้ความร่วมมือ ในการประเมินและควบคุมความปวด วิธีเหล่านี้อาจเป็นวิธีที่ช่วยลดการรับรู้ความปวด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกเมื่อปวดและฝึกให้ผู้ป่วยสัมผัสกับการควบคุมความปวดได้ด้วยตนเอง เช่น การให้ความรู้ การผ่อนคลาย การใช้เทคนิคเบี่ยงเบน การใช้ดนตรี และการใช้วิธีการเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกายโดยการควบคุมคลื่นสมอง (biofeedback) เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

การพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด พยาบาลมีการจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่สืบทอดกันมานานปี อย่างไรก็ตาม การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม (Hoopman, 1993) ดังนั้น พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการพยาบาลมากขึ้น และสามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูง

พยาบาลมีส่วนในการช่วยเหลือและบรรเทาปวดโดยการบริหารจัดการให้ความปวดบรรเทาลง รวมทั้งวิธีที่ใช้ยาบรรเทาปวดและวิธีที่ไม่ใช้ยาบรรเทาปวด มีการประเมินความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากความปวด (Willen, 2004) สามารถสรุปบทบาทที่สำคัญของพยาบาลต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ได้ดังนี้

1. การประเมินความปวดของผู้ป่วย เป็นการประเมินที่รวมทั้งประวัติทางด้านสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการตรวจร่างกายของผู้ป่วยเพื่อทราบอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และการประเมินควรครอบคลุมทุกมิติของความปวด คือ มิติด้านสรีระ ความรู้สึกด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม ด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน เช่น ความปวดจากแผลผ่าตัด ความปวดจากการทำหัตถการ ความซับซ้อนในการประเมินอาจน้อยกว่าความปวดแบบเรื้อรัง เช่น ความปวดจากมะเร็ง (วงจันทร์, 2547; Hargrove-Huttel, 2001) ซึ่งรายละเอียดได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อการประเมินความปวด

2. การบริหารยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แม้ว่าการให้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด จะไม่ใช่บทบาทอิสระของพยาบาล แต่เนื่องจากการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดต้องใช้ยาที่ออกฤทธิ์แรง โดยเฉพาะ 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลต้องให้ยาเพื่อระงับปวด

แก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ การบริหารยาในยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ มีหลายวิธี ได้แก่ (นิโรบล, 2535)

2.1 การบริหารยาอย่างต่อเนื่อง (continuous infusion) สามารถบริหารยาได้ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนัง วิธีนี้จะต้องเริ่มด้วยการให้ยาจำนวนหนึ่งแก่ผู้ป่วย (loading dose) เพื่อควบคุมความปวดให้ได้ในระดับที่ต้องการก่อนจึงให้การหยดยาอย่างต่อเนื่องต่อไปโดยใช้เครื่องมือพิเศษที่สามารถควบคุมการหยดของยาได้อย่างคงที่และแน่นอนที่เรียกว่า syringe pump วิธีนี้มีข้อดีคือ จะทำให้ระดับของยาในพลาสมาคงที่ตลอดเวลา

2.2 การบริหารยาเป็นบางครั้ง (intermittent injection) วิธีนี้สามารถบริหารยาได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ และใต้ผิวหนังแบ่งได้ 3 วิธีคือ

2.2.1 การควบคุมโดยเวลา (around the clock) คือ การบริหารยาตามเวลาที่ได้กำหนด ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยา เช่น มอร์ฟีนมีการบริหารยาทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง เพทิดีน บริหารยาทุก 2 ถึง 4 ชั่วโมง เป็นต้น การบริหารวิธีนี้จะพบว่า ระดับยาในพลาสมาจะเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นจังหวะตามเวลาที่ฉีด ซึ่งระดับของยาในพลาสมานี้อาจสูงกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากหรือต่ำกว่าจนผู้ป่วยมีความปวดเกิดขึ้นซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ดี

2.2.2 การควบคุมโดยพยาบาล (nurse controlled analgesia) คือ การสั่งยาแบบฉีดที่ให้ยาเมื่อผู้ป่วยปวด โดยพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลและจะเป็นผู้ควบคุมความปวดของผู้ป่วย การบริหารยาแบบนี้จะพบว่าระดับยาของพลาสมาต้องลดลงต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกปวด ผู้ป่วยจึงจะได้รับการบริหารยาใหม่ ซึ่งผลการรักษาจะไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรหรืออาจไม่ได้ผลเลย

2.2.3 การควบคุมโดยผู้ป่วย (patient controlled analgesia) คือ วิธีการบริหารยาโดยผู้ป่วยเอง ซึ่งต้องใช้เครื่องมือควบคุมพิเศษ ผู้ป่วยจะบริหารยาเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยเองเมื่อรู้สึกปวด วิธีนี้จะพบว่าระดับของยาในพลาสมาจะไม่ลดต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากจนเกินไป ปัจจุบันพบว่าการบริหารยาบรรเทาปวดด้วยวิธีนี้สามารถควบคุมความปวดได้ดี (ลักขมี, 2547)

3. การจัดการกับความปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาบรรเทาปวดเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยาและช่วยลดขนาดการใช้ยาลง วิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพและยังถือว่าเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถให้การดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (เอี่ยมพร, 2542) โดยเฉพาะในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความปวดในระยะปานกลางถึงรุนแรง (ปีลันธน์, 2546; Bonica, 2001) ซึ่งการควบคุมความปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยา

บรรเทาปวดจะเป็นการควบคุมความปวดที่อาศัยกลไกการปรับความรู้สึก (sensory control) และการปรับความนึกคิด (cognitive control) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การควบคุมความปวดโดยปรับที่ความรู้สึก (sensory control) ได้แก่

3.1.1 ลดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็ก เช่น หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมหรืออิริยาบถที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น เช่น การเช็ดทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล การไม่ปิดแผลแน่นเกินไป การแนะนำวิธีเปลี่ยนอิริยาบถที่ช่วยให้เจ็บแผลน้อยที่สุด สาเหตุที่ทำให้เกิดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเกิดได้จากมีแรงกดบริเวณแผลผ่าตัดจากการเปลี่ยนท่านอนไม่ถูกต้อง การพยาบาลที่ขาดความนุ่มนวล จากการศึกษาวิธีการบรรเทาความปวดใน 3 วันแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 100 ราย (นิโรบล, 2535) พบว่าวิธีการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด ร้อยละ 99 คือ การพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย และในการศึกษาของสมพรและคณะ (2543) การพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย ผู้ป่วยใช้เป็นจำนวนร้อยละ 91

3.1.2 การกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ ดังกล่าวมาแล้วจากทฤษฎีควบคุมประตู (Melzack & Wall, 1965) เมื่อมีการกระตุ้นเส้นไขประสาทขนาดใหญ่ จะไปกระตุ้นการทำงานของเอสจีเซลล์ นั่นคือ ปิดประตู ไม่เกิดความปวด แต่การกระตุ้นเส้นไขประสาทขนาดเล็กจะไปยับยั้งการทำงานของเอสจีเซลล์ ทำให้ประตูเปิดเกิดความปวดขึ้น การกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่ สามารถกระทำได้มีหลายวิธี โดยการกระตุ้นไขประสาทรับความรู้สึกที่บริเวณผิวหนัง ได้แก่ การนวด การลูบ สัมผัส การนวด

3.1.2.1 การสัมผัส ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เป็นการกระตุ้นไขประสาทขนาดใหญ่คล้ายกับการนวด การสัมผัส มี 2 ลักษณะ (สุภารัตน์, 2535) คือ (1) การสัมผัส (touch) เป็นการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด เป็นการรับรู้ด้วยประสาทรับความรู้สึกทางผิวหนัง เป็นการใช้มือแต่ละต้องตัวกันเพื่อถ่ายทอดความรู้สึก ก่อให้เกิดความสุขสบาย ผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความปวดได้ (บุญวาทิ, 2539; สุภารัตน์, 2535) และ (2) การสัมผัสบำบัด (therapeutic touch) เป็นกระบวนการที่ทำโดยนักบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญที่กระทำไปตามช่องทางเดินของพลังจากสิ่งแวดล้อมหรือพลังจักรวาล ด้วยการที่นักบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญมุ่งหรือเพ่งจิตออกไปเพื่อหวังผลให้เกิดการบรรเทาปวด (Wright, 1987 อ้างตาม ทิพย์ถาวร, 2546)

3.1.2.2 การนวด จะส่งผลให้มีการปิดกั้นกระแสประสาทความปวดจากไขสันหลังไปยังสมอง และเป็นการกระตุ้นผิวหนังทำให้มีการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น การนวดเป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารเอนเคอร์ฟินและเอนเคฟาลิน เป็นสารยับยั้งสัญญาณความปวด และเมื่อผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจะส่งผลให้การหายใจลึกขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตต่ำลง การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่เกิดการดแลคคิกที่จะมากระตุ้นตัวรับ

ความรู้สึกปวด ทำให้ความปวดลดลง มีหลายการศึกษาที่พบว่า การนวดสามารถลดปวดได้ (จรรยา ลักษณ์, 2544; มาลี, 2544; วันเพ็ญ, 2544)

3.2 การควบคุมความปวดโดยปรับความรู้สึนึกคิด(cognitive control) เป็นการควบคุมความปวด อาศัยกระบวนการปรับเปลี่ยนความรู้สึนึกคิดและการกระทำ โดยการเปลี่ยนแปลงการแปลความหมายความรู้สึนึกของ ความปวด และช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น เป็นการลดการร้าวทางอารมณ์ ส่งผลไปควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลังและสมอง สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่มีความปวดระดับเล็กน้อย หรือใช้ร่วมกับการใช้ยาระงับปวด เมื่อความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Good, 1999) มีหลายวิธี เช่น

3.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นวิธีการควบคุมความปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุด ทีมสุขภาพสามารถกระทำได้ก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การให้กำลังใจ การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย สัมพันธภาพความช่วยเหลือ (help relationship) เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลเอาใจใส่และเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล เมื่อนั้นผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกว่ามีปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ในระหว่างการรักษาจะได้รับความช่วยเหลือให้บรรเทาหรือจัดออกไป ทำให้ปัญหาต่างๆ ทั้งในเรื่องความปวด ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้งอาการ (symptom) ของผู้ป่วยลดลงด้วย (วชิราภรณ์, 2545) และจากการศึกษาของนันทวรรณ (2540) เกี่ยวกับผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาลต่อความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองมีการลดลงของคะแนนความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วยทำให้ความปวดลดลงและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์มากขึ้น (รุ่งนภา, 2545)

3.2.2 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นภาวะที่ร่างกายจิตใจ และอารมณ์ ปราศจากความตึงเครียด (Day, 2000 อ้างตาม ทิพย์ธาดพร, 2546) เป็นอิสระจากความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยบรรเทาความปวดและภาวะกดดันทางอารมณ์ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นการลดการร้าวอารมณ์ของระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในสมอง ซึ่งทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมประตู่ในระดับไขสันหลัง ทำให้ประตู่ปิดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความปวดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดได้ เป็นผลให้ความปวดลดลง (Heffline, 1990 อ้างตาม จุไรพร, 2536) ดังการศึกษาของ รุ่งทิพย์ (2532) เกี่ยวกับ ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าการผ่อนคลายสามารถลดความปวดจากแผลผ่าตัดได้และผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดลดลง และจุไรพร (2536) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วย แผลไหม้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดภายหลังการล้างแผลเสร็จสิ้นทันที และมีสัญญาณชีพขณะ

ได้รับการล้างแผล เปลี่ยนแปลงน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้กันทั่วไปได้แก่ การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน การผ่อนคลายโดยใช้ดนตรี การหายใจแบบลึกๆ ซ้ำๆ และสมาธิ เป็นต้น

3.2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจจากความปวดไปสู่สิ่งอื่น หรือดึงดูความสนใจของผู้ป่วยมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความปวดที่เกิดขึ้น การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการกระตุ้นไฮโปทาลามัส ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสารเอนโดร์ฟิน มาควบคุมความปวดภายในร่างกายเพิ่มขึ้น ช่วยลดการรับรู้ต่อความปวด เพิ่มความอดทนต่อความปวด (Boss, 1992 อ้างตาม ลดา, 2546) เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ด้านการฟัง เช่น ฟังดนตรี เรื่องจำจืด ฟังเสียงสวดมนต์ ฟังนิทาน ด้านการใช้ความคิด เช่น การเล่นเกม เป็นต้น จากการศึกษาของเอมอร์ (2543) และดวงดาว (2543) เกี่ยวกับผลของดนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกสันหลัง ตามลำดับ พบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การสอนและการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อลดความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง (วงจันทร์, 2546) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดคะเนเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับความจริง เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและเพิ่มความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ข้อมูลความรู้ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ได้แก่ สาเหตุของความปวด ระยะเวลาการเกิดความปวด ความรุนแรงของความปวด ยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ชื่อยา ขนาดยาที่ใช้และวิธีการใช้ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายที่สุดถึงกลไกการออกฤทธิ์ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาบรรเทาปวด และเวลาในการบริหารยาบรรเทาปวด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การบริหารยาบรรเทาปวดให้มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ผู้ป่วยจะต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับยาตามเวลาที่กำหนดเพื่อรักษาระดับยาในกระแสโลหิตให้คงที่ รวมถึงการติดตามประเมินประสิทธิผลของ ยาบรรเทาปวดและการรายงานความปวดแก่พยาบาลและแพทย์ เพื่อปรับขนาดของยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในกรณีที่มีการใช้ยาบรรเทาปวดร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิด พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกันของยาแต่ละตัว ผู้ป่วยจึงควรได้รับยาเหล่านั้นครบทั้งหมด นอกจากนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการจัดการกับความปวดด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา พร้อมทั้งอธิบายกลไกต่อการบรรเทาปวดร่วมด้วย จากการศึกษาของ ทศมา (2542) เกี่ยวกับ ผลของการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 50 ราย พบว่า หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ข้อมูลร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าและมีคะแนนความ พึง

พอใจในการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของอุไร (2544) พบว่าค่าเฉลี่ยอันดับความสามารถในการดูแลตนเอง หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การดูแลเกี่ยวกับการพยาบาลพื้นฐานทั่วไป เช่น ความสุขสบายทั่วไป การจัดท่านอน ที่เหมาะสม เพื่อเป็นการลดสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความปวด ความสุขสบายเป็นความต้องการพื้นฐานอย่างหนึ่งของบุคคล ซึ่งเป็นความรู้สึกพึงพอใจของแต่ละบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Kolcaba, 1995) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอาจพบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สุขสบายได้ โดยความไม่สุขสบาย ด้านต่างๆ เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ (ปีลันธน์, 2546) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่มักใช้เวลาการผ่าตัดนานและบอบช้ำจากการผ่าตัดมาก จะมีความไม่สุขสบายจากความปวดแผลมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณทรวงอก ช่องท้อง กระดูก และข้อใหญ่ ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับยาในการบรรเทาปวด จากการศึกษาของปีลันธน์ (2546) พบว่า ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะปวดมากในวันแรกสูงถึงร้อยละ 95 และลดลงเหลือร้อยละ 76 และ 49 ในวันต่อมา สอดคล้องกับการศึกษาของนิโรบล (2535) เกี่ยวกับการรับรู้ความปวดและวิธีบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยร้อยละ 96 จะได้รับยาบรรเทาปวด และจะได้รับยาเมื่อต้องการทุก 4-6 ชั่วโมง รวมทั้งการศึกษาของวัฒนเวช (Wattanawech, 2002 อ้างถึงใน ปีลันธน์, 2546) เกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ออาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะได้รับยาบรรเทาปวดบ่อยครั้งที่สุดในวันแรกหลังผ่าตัด ยาบรรเทาปวดที่ใช้ ได้แก่ มอร์ฟีน (ร้อยละ 50.5) และเพทิดีน (ร้อยละ 35.1) ดังนั้น การดูแลในเรื่องการบรรเทาปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเพื่อลดปวดอย่างเพียงพอ จะส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายอื่นๆ ตามมาได้ เช่น การนอนไม่หลับ ท้องอืด และอาจก่อให้เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ยังทำให้ลักษณะการหายใจเร็วขึ้นแต่ตื้น ไม่กล้าไอเพื่อเอาเสมหะออกมา จึงอาจนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนเลือดได้ (ศักดิ์ชัย, 2540; Case, 2002) พยาบาลจึงควรดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวด ร่วมกับการบรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาร่วมด้วย เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ นอกจากนี้ สาย/ท่อระบายต่างๆ ซึ่งช่วยระบายของเหลวต่างๆ และแก๊ส จากบริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งผ่าตัด เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ยังสามารถก่อให้เกิดความไม่สุขสบายร่วมด้วย (Case, 2002)

6. การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด จะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ได้ว่าความปวดที่เกิดขึ้น

สัมพันธ์กับสภาพหรือผลจากการผ่าตัดและไม่ใช่อาการที่จะพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ป่วย คาดหวังว่าหลังผ่าตัดช่องท้องหรือผ่าตัดข้อตะโพก อาจเกิดความปวดได้ อย่างไรก็ตาม พยาบาล ผู้ดูแลต้องมั่นใจว่า ความปวดของผู้ป่วยมีผลมาจากการผ่าตัดที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อ แล้วทำให้เกิดความปวด มิใช่มาจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การตกเลือด (hemorrhage) ดังนั้น สิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือ

6.1 การส่งเสริมการทำงานของระบบหายใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจเสี่ยงต่อการเกิด ปัญหาระบบทางเดินหายใจ โดยภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ มักเป็นสาเหตุของการ เสียชีวิตในระดับต้นๆ ของผู้ป่วยทางศัลยกรรม (พรชัย, 2544) ซึ่งอาจเกิดจากผลของยา าระงับความรู้สึก การจัดทำระหว่างการผ่าตัด และจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในระยะแรก หลังผ่าตัด ภาวะการขาดออกซิเจนระดับไม่รุนแรง (mild hypoxia) มักพบได้ ประมาณ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด พยาบาลควรมีการประเมินการหายใจของผู้ป่วย ทั้งความลึก และอัตราการหายใจ รวมทั้งกระตุ้นการหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ และการไออย่างมีประสิทธิภาพทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการ ป้องกันการเกิดปอดอักเสบและปอดแฟบ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการออกซิเจน ได้แก่ หายใจตื้น รู้สึกปวดเมื่อหายใจเข้า (ศักดิ์ชัย, 2540; Case, 2002; deWit, 2001)

6.2 การส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด การผ่าตัดช่องท้องถือเป็นการ ผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ย่อมมีการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดมาก อาจมี ผลต่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลด ลงเช่นกัน การดูแลระบบไหลเวียนเลือดจึงมีความสำคัญ การบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความดันโลหิตและชีพจร ควรมีการเปรียบเทียบกับระยะก่อนการผ่าตัด ชีพจรที่เพิ่ม ขึ้น อาจบ่งบอกถึงการมีเลือดออกภายใน และระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่าปกติอาจบ่งบอกถึงการมี เลือดออกมากหรือช็อค (diWit, 2001) การช็อคทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอทำให้เกิดกรด แลคติก ซึ่งจะเป็ตัวกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น

6.3 การรักษาภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ภายหลังการผ่าตัด ร่างกายมี การสูญเสียเลือดและสารน้ำ รวมทั้งมีการงดน้ำและอาหาร พยาบาลจึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ สารน้ำ เลือด หรือพลาสมา ทดแทนทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งผู้ป่วยหลายรายมักได้รับการใส่สาย สวนปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะสมดุลของร่างกาย และป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันซึ่ง จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้โดยทั่วไปใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบได้ร้อยละ 5-10 (ประณีต, 2544) ในระยะแรกจึงควรมีการบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกต ลักษณะ สี และปริมาณ นอกจากนี้ในรายที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยจะมีสายยางทางจมูก เข้าสู่กระเพาะอาหารร่วมด้วย เพื่อดูดน้ำย่อยและแก๊สจากกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ โดยหลังผ่าตัดปริมาณสารน้ำออกจากร่างกาย (output)

จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นและเข้าสู่ภาวะปกติหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 (deWit, 2001) ดังนั้นการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ภายหลังการผ่าตัดช่วยลดการเกิดภาวะช็อกทั้งจากการสูญเสียเลือดและเลือดในระบบไหลเวียนซึ่งส่งผลต่อความปวดหลังผ่าตัดดังที่กล่าวมาแล้ว

6.4 ส่งเสริมการทำหน้าที่ของกระเพาะอาหารและลำไส้ หลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้อง มักส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร โดยหลังผ่าตัด 24-36 ชั่วโมงแรกจะไม่ได้ยินเสียงลำไส้ หรือได้ยินน้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที อันเป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และการได้รับยาบรรเทาปวด อาจก่อให้เกิดลำไส้ไม่ทำงาน (paralytic ileus) ปกติ การทำงานของลำไส้จะกลับปกติภายใน 2-5 วัน (Case, 2002) จึงควรมีการประเมินการทำงานของลำไส้ กระตุ้นให้มีเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็ว เพื่อให้ลำไส้สามารถทำงานตามปกติเร็วขึ้น (Case, 2002; DeWit, 2001) ลดภาวะการเกิดท้องอืดทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น เมื่อลำไส้เริ่มทำงาน แพทย์จะเริ่มให้รับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ กระเพาะอาหารจะเริ่มทำงานภายใน 2-3 วันหลังผ่าตัด

6.5 การป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีสาย/ท่อระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ในผู้ป่วยมักคาสายสวน ปัสสาวะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อประเมินระดับสารน้ำในร่างกาย การเฝ้าระวังหรือป้องกันการติดเชื้อจึงมีความสำคัญโดยควรมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะ ปริมาณ สีและกลิ่นของปัสสาวะและสิ่งคัดหลั่งจากแผล/ท่อระบายต่างๆ ดูแลเรื่องความสะอาดแผล สาย/ท่อระบายต่างๆ โดยใช้หลักปราศจากเชื้อแนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งกระตุ้นให้มีการไออย่างมีประสิทธิภาพ การหายใจเข้าออกลึกๆ ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัด จะช่วยป้องกันภาวะปอดบวมได้ เนื่องจาก 2-3 วันแรกผู้ป่วยยังมีความปวดอยู่และมีความปวดที่แตกต่างกัน กิจกรรมการพยาบาลจึงต้องยึดความพร้อมของผู้ป่วยด้วยกัน

6.6 การดูแลทางด้านจิตใจหลังผ่าตัด มักมีปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ โดยผลที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดในขั้นต้นทางด้านจิตใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ การแสดงบทบาทหน้าที่เนื่องจากการมีสาย/ท่อระบายต่างๆ จึงควรดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การเขียนและให้การให้กำลังใจเป็นการแสดงให้เห็นว่าแพทย์และพยาบาลเห็นใจและเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเมื่อ เมื่อผู้ป่วยแน่ใจว่าแพทย์ไม่ละทิ้งให้ผู้ป่วยเจ็บปวดอยู่คนเดียว จิตใจของผู้ป่วยจะสงบลง อารมณ์ไม่หงุดหงิด อาการปวดของผู้ป่วยก็จะบรรเทาไปมาก (ศักดิ์ชัย, 2540)

7. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล เมื่อพยาบาลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดทั้งด้วยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและวิธีที่ไม่ใช้ยาบรรเทาแล้ว ต้องมีการประเมินผลหรือ

ผลลัพธ์ของการบรรเทาปวด ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับจากการให้การพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยรายงานว่า ความปวดลดลง หลังการได้รับการบรรเทาปวด หรือผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่ามีกลวิธีในการ ควบคุมความปวดของตนเองได้อย่างไร รวมทั้งผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมอันเกิดจากความปวดที่ผู้ป่วยประสบอยู่ในลักษณะต่างๆ ได้เต็มที่ เป็นต้น (Hargoove-Huttel, 2001)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การจัดการกับความปวด หลังผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาล สามารถกระทำได้หลายวิธีทั้งการใช้ยาบรรเทาปวดและการ บรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา เนื่องจากความปวดมีลักษณะซับซ้อน หลากหลายมิติ เป็น subjective ดังนั้นการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในแต่ละบุคคลจึงต่างกัน บางวิธีเหมาะสมกับการบรรเทา ปวดบางประเภทและผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของทีมสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการ ทำงานร่วมกันในการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ถูกต้องและครอบคลุม นำไปสู่การจัดการกับ ความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้เจตคติและค่านิยมของผู้ป่วย ตระหนักในสิทธิของตนเองมากขึ้น มีความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชา ชีพ การประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางอาจ พบการแข่งขันทางด้านการบริการด้านสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชน ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้รับ บริการเป็นหลัก ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ ป่วยมากที่สุด

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นดัชนีบ่งชี้คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคณะกรรมการร่วมใน การประกันคุณภาพองค์การบริการสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO อ้างถึงใน รัชณี, 2544) กล่าวถึง คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (patient care quality) คือ ระดับของการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยและประชาชนโดยเพิ่มขีดความเป็นไปได้ของการเกิดผลลัพธ์ (outcome) ที่ดี และลดความเป็นไปได้ของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี โดยใช้ความรู้ของบุคลากรที่มีอยู่ และกรอบแนวคิดที่ใช้วัดคุณภาพของการบริการสุขภาพ คือ กรอบแนวคิดโครงสร้าง – กระบวนการ – ผลลัพธ์ ของโดนาเบเดียน (Donabedian, 1992)

ผลลัพธ์เป็นองค์ประกอบสุดท้าย หมายถึง สภาวะหรือสถานะของปัจเจกบุคคลและ ลักษณะของประชากรที่เกิดขึ้นอันเป็นผลเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลง ภาวะสุขภาพ ความรู้หรือพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพในอนาคต และความพึงพอใจต่อบริการสุข

ภาพ (Donabedian, 1992) และผลลัพธ์คือ ผลจากการดูแลหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการที่สามารถวัดได้และใช้ในการตัดสินคุณภาพการดูแล (รัชณี, 2544)

สมาคมพยาบาลอเมริกันได้สร้างตัวแปรที่เชื่อว่าจะมีความสามารถวัดคุณภาพการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาเบเดียน โดยให้ชื่อว่า ดัชนีบ่งชี้คุณภาพการพยาบาล มีการพัฒนาและทดสอบอย่างเป็นระบบ ตัวแปรที่เป็นดัชนีด้านผลลัพธ์ คือ (1) ผู้ป่วยตกเตียง (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลความเจ็บปวด (3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้ความรู้ (4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลทั้งหมด (5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล (6) การติดเชื้อในโรงพยาบาล และ (7) การเกิดแผลกดทับ (Moore et al, 1999 อ้างถึงใน รัชณี, 2544) ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ป่วยจึงสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการบริการทางสุขภาพได้ส่วนหนึ่ง (รัชณี, 2544; Munro, Jacobson, & Brooten, 1994) การบริการทางสุขภาพจึงต้องได้มาตรฐานและเป็นบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจสูงสุด

ความหมายของความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกยินดีหรือชื่นชอบที่มีผลจากการมีประสบการณ์อันเกิดจากการได้รับบริการนั้นๆ มาก่อนแล้ว ประเมินผลการรับรู้ของตนออกมานั้น เป็นไปตามความคาดหวังหรือความต้องการของตน (พวงรัตน์, 2537)

ลาโมนีก้า (Lamonica, 1986 อ้างตาม มยุลีและนันทา, 2541) กล่าวว่า ใจว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีความพอใจต่อการดูแลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพจากวิธีการพยาบาลนั้นๆ

ฮอดเน็ต (Hodnett, 2002) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นแนวคิดหรือความคิดที่สลับซับซ้อนเป็นการรวมทั้งทัศนคติทางบวกหรือปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์และการประเมินผลการรับรู้จากปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ เป็นลักษณะหลายมิติ บุคคลจะพอใจหากได้รับการตอบสนองไปในทางเดียวกับที่เคยมีประสบการณ์มา

ริชเชอร์ (Risser, 1975) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการสมหวังในสิ่งที่คาดหวังจากบริการ เป็นความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของบุคคลต่อความคาดหวังนั้นๆ ด้วย

อาจกล่าวโดยสรุปว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดและทัศนคติของบุคคลหรือการยอมรับอย่างเต็มใจต่อความคาดหวังและการได้รับการตอบสนองตามความต้องการของบุคคล

อเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975 อ้างถึงใน อารีรัตน์, 2544) ได้แบ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการทางการแพทย์เพื่อใช้ในการประเมินบริการไว้เป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่รับจากบริการ (convenience) ได้แก่ ระยะเวลา

ที่รอคอยในสถานบริการ มีบริการรักษาพยาบาลเมื่อมีความต้องการและความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของบริการ (co-ordination) เช่น การได้รับบริการที่ต้องการทุกประเภทในสถานบริการเดียวกัน ผู้ให้บริการให้ความสนใจสุภาพทั้งหมดของผู้รับบริการทั้งร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออหยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy) เช่น การแสดงอหยาศัยที่ดี ความเป็นกันเองของผู้ให้บริการ

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากบริการ (medical information) แยกเป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการ (quality of care) ได้แก่ คุณภาพการดูแลทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้รับในทรศนะที่มีต่อโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการ (out of packet cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องจ่ายให้กับการบริการ

ความพึงพอใจเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นการประเมินอารมณ์ในแต่ละสภาวะการณ์ ดังนั้น ความพึงพอใจอาจเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคล เช่น ทศนคติ อารมณ์ ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลได้แก่ สภาพแวดล้อม เวลา เป็นต้น (อารีรัตน์, 2544)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ถือเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพของการพยาบาล (Donabedian, 1992; Pellino & Ward, 1998; Walsh & Walsh, 1999) ทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์และพยาบาล เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยที่มีความปวด ซึ่งการบรรเทาปวดหรือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดสามารถกระทำได้ทั้งวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาปวดโดยการใช่ยาและไม่ใช่ยาบรรเทาปวดรวมถึงคุณภาพของการได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับความปวดจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วย หลังผ่าตัด ซึ่งมีความปวดจากการผ่าตัด มีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลหลังผ่าตัดจาก ทีมสุขภาพในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการดูแลเรื่อง ความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคน บทบาทที่สำคัญของทีมสุขภาพในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด คือ มีกลวิธีอย่างไรที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพมากที่สุด

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้อ้างอิงถึงแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรักษาสำหรับผู้ป่วย

ที่มีความปวดระยะเฉียบพลันและความปวดจากมะเร็งของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995) ซึ่งมี 5 องค์ประกอบหลัก คือ

1. ทีมสุขภาพต้องยอมรับความปวดที่เกิดขึ้น (recognize) และให้การรักษาพยาบาลทันทีโดยต้องมีการประเมินความปวด และมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน ให้ข้อมูล ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยถึงความปวดที่เกิดขึ้น และหากความปวดยังไม่บรรเทา ต้องทำสัญลักษณ์ที่ชัดเจนเพื่อเฝ้าดูแลความปวดที่อาจเกิดซ้ำได้อย่างใกล้ชิด และสรุปได้ถึงผลของการบรรเทาปวด

2. ให้ข้อมูล ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับยาบรรเทาปวด โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย ความจำเป็นของการได้รับยาบรรเทาปวด และแพทย์ผู้รักษามีการเขียนแผนการรักษาเพื่อบรรเทาปวดที่ชัดเจน ง่ายต่อผู้ปฏิบัติในการให้ยาแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา

3. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลและเอาใจใส่เกี่ยวกับยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น หลังได้รับยาบรรเทาปวดแล้วผู้ป่วยยังมีความปวด กลุ่มผู้ป่วยเด็ก และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น

4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายของหน่วยงานในการใช้ยาบรรเทาปวดและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับยาบรรเทาปวด

5. อธิบายกระบวนการ ผลลัพธ์ของการจัดการกับความปวดและเป้าหมายต่อการพัฒนาคุณภาพการรักษาที่ต่อเนื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพของการจัดการกับความปวด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขา (interdisciplinary) ในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ประกอบด้วย บทบาทในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาคุณภาพของการจัดการกับความปวดต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของสหสาขาในการดูแลผู้ป่วย และจำเป็นต้องมีการประเมินผลของการดูแลเพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งวิธีในการประเมินผลวิธีหนึ่ง คือ การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของทีมสุขภาพ

แบบประเมินความพึงพอใจ/เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ พบว่า นักวิจัยวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับเพื่อประเมินคุณภาพการดูแล ลักษณะคำถามที่ใช้ถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมีทั้งการคำถามตรงๆ เกี่ยวกับระดับของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ เช่น “ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาความปวดจากแพทย์และพยาบาล อยู่ในระดับใด” (The APS, 1995) รวมถึง การวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในสเกลของคุณภาพชีวิตและอาการแสดงต่างๆ เช่น “ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับหรือไม่ ” ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยปกติทั่วไป อย่างไร

ก็ตาม การถามถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรงก็ไม่สามารถวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ เพราะผู้เก็บข้อมูลไม่ได้สะท้อนถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะหลายมิติ (Lamonica et al, 1986 as cited in Aspinal et al, 2003) ในทางตรงกันข้าม คำถามที่ไม่ได้ถามความพึงพอใจโดยตรงสามารถสะท้อนถึงความพึงพอใจที่มีลักษณะหลายมิติได้เมื่อพยายามสอบถามคุณภาพของการบริการให้ชัดเจน (Bowling, 1995; Williams, 2000 as cited in Aspinal et al, 2003; Jamison et al, 1997) เช่น การศึกษาของรุ่งนภา (2545) ศึกษาผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นคืนสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเกิตสเกล 5 ตัวเลือก โดย 1 คะแนน หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งหมายถึง ไม่พึงพอใจที่สุด หรือ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ตัวอย่างคำถาม เช่น “พยาบาลไม่ดูแลเอาใจใส่ฉันเท่าที่ควร, พยาบาลได้บอกให้ฉันทราบถึงผลของการรักษาพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น” เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้วิจัยในการกล่าวถึงความพึงพอใจต่อการบริการในลักษณะใด ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในเชิงคุณภาพ จะเป็นการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยเชิงลึกทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นสาเหตุที่แท้จริง มีความเกี่ยวข้องและสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความ พึงพอใจของผู้ป่วย โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพควบคู่กัน เช่น จากการศึกษาของ บรามาดัตต์ และเดรียดเจอร์ (Bramadat & Driedger, 1993) เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการคลอดบุตร: ทฤษฎีและแบบแผนในการวัดความพึงพอใจ

อาจสรุปได้ว่า งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับมีทั้งเชิงปริมาณ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ลิเกิตสเกล 4-5 ระดับ เริ่มที่ความพึงพอใจน้อยที่สุดหรือไม่พึงพอใจเลยจนถึงพึงพอใจมากที่สุด เป็นการถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรงหรือลักษณะคำถามทางอ้อม เกี่ยวกับการรับรู้การดูแล ความคาดหวังต่อการดูแล ทำให้ทราบถึงระดับของความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจและการรับรู้ความหมายของความพึงพอใจในแต่ละบุคคล และการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในเชิงคุณภาพทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจอย่างเป็นระบบและได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพ

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงการยอมรับด้วยความเต็มใจในแต่ละสภาวะการณ์ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ จากการทบทวนวรรณกรรม มีปัจจัยหลาย

ด้านที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของความปวด ความคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งสามารถรวบรวมได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายเป็นตัวที่กำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งอาจจะมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ เพศหญิงมีขีดเริ่มของความปวดต่ำกว่าเพศชาย เพศหญิงจะรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดและมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นมากกว่า เนื่องจากเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนตามวงจรธรรมชาติของร่างกายและวัฒนธรรมให้ค่านิยมว่าเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนไหว สามารถแสดงอารมณ์และความรู้สึกได้เต็มที่ ในขณะที่เพศชายต้องมีเหตุผล สุขุม หนักแน่น สังคมจะยอมรับการแสดงออกต่อความปวดของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Berkley, 2000) ผลที่ตามมาจึงพบว่า เพศชายมีการแสดงออกถึงความปวดน้อยกว่าเพศหญิง หรือเพศหญิงต้องการยาบรรเทาปวดเร็วกว่าเพศชาย (Carr, 1997 อ้างตาม อนงค์, 2544) เพศหญิงมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดสูงกว่าเพศชาย (Pellino & Ward, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของสิริยา (2540) เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญโรงพยาบาลรามาชิตี จำนวน 115 ราย พบว่า ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงมีความพึงพอใจแตกต่างจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายหญิงซึ่งรับผู้ป่วยรวมกัน ในเรื่องของความนุ่มนวลในการพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเพศหญิงอาจมีความคาดหวังและต้องการการพยาบาลที่มีความนุ่มนวลมากกว่าเพศชาย จึงทำให้ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายล้วน มีความพึงพอใจแตกต่างจากผู้ป่วยศัลยกรรมที่รวมทั้งชายและหญิงในแง่ของความเป็นมิตร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลซึ่งเป็นเพศหญิง อาจจะมีระมัดระวังกิริยาต่อการบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยเพศชายทั้งหมด ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นมิตรเท่าที่ควร ส่วนการศึกษาของมยุลีและนันทา (2541) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด จำนวน 100 ราย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ที่เคยได้รับการผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกัน

2. อายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจต่อการจัดการกับความ

ปวด บุคคลที่อายุต่างกันย่อมหมายถึง ระยะเวลาที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ของชีวิตแตกต่างกัน มีการเรียนรู้และมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้นตามวัย อย่างไรก็ตาม ในด้านการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละวัยอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปไม่เท่ากัน กล่าวคือ บุคคลที่อายุน้อยหรือผู้สูงอายุ จะมีการรับรู้ความปวดชนิดเฉียบพลันได้ไม่เท่ากับบุคคลในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากในวัยเด็ก ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกยังพัฒนาไม่เต็มที่ ส่วนผู้สูงอายุ ระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปรับตัวลดลง จึงมีความอดทนต่อความปวดลดลง แม้ว่าในอายุที่แตกต่างกันจะได้รับการดูแลบรรเทาความปวดจากพยาบาลในระดับเดียวกันและด้วยวิธีเดียวกัน (มยุลีและนันทา, 2541)

เพลลินโนและวอร์ด (Pellino & Ward, 1998) ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความปวดของตนเองกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูก 137 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดสูงกว่าวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น

บลันชาร์ด, แล็บเบร็ค, รัคเดสเคล, และบลันชาร์ด (Blanchard, Labrecque, Ruckdeachel, & Blanchard, 1990) ศึกษาพฤติกรรมของแพทย์ การรับรู้ และลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 366 ราย พบว่า ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความพึงพอใจในพฤติกรรมดูแลของแพทย์

นอกจากนี้ สเวนสัน, สจอสโตรม, และฮาลจาแม (Svenson, Sjostrom, & Haljamae, 2001) ศึกษาอิทธิพลของความคาดหวัง ประสบการณ์ความปวดที่เป็นอยู่จริง ต่อความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยจำนวน 200 ราย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ และเพศ มีความเกี่ยวข้องกับการนำไปสู่ความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รู้สึกไม่พึงพอใจพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า มีการวิเคราะห์ว่า ในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในกลุ่มสิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดได้รับการจัดการกับความปวดโดยเฉพาะการได้รับยาบรรเทาปวดอาจจะดีกว่า ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และเพศชายจะมีการแสดงออกถึงความปวดน้อยกว่าเพศหญิง ดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งความคาดหวังต่อการได้รับการบรรเทาปวดไม่สอดคล้องกับประสบการณ์ความปวดก่อนได้รับการผ่าตัดทำให้เกิดความไม่พึงพอใจได้มากกว่า

3. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยทำนายอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด เพราะการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยให้รู้จักใช้กระบวนการทางสติปัญญาอย่างมีเหตุผล ตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1995) เชื่อว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ส่งผลให้ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความคาดหวังในการบริการ

พยาบาลในระดับสูง และผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำส่วนมากจะมีความคาดหวังในการบริการอยู่ในระดับต่ำ (มยุลีและนันทา, 2541) เมื่อได้รับการบริการไม่ตรงตามความคาดหวังที่ตั้งไว้จะเกิดความผิดหวังได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูง (เชียรนนท์, 2534 อ้างถึงใน อารีรัตน์, 2544) อีกการศึกษาของวนิดา, พรรณี, อรุณี, และจุฬาลักษณ์ (2538 อ้างถึงใน อารีรัตน์, 2544) สำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการรักษาพยาบาลในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก และระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการศึกษาและอาชีพของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม (จันทร์จิรา, 2544) เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ระหว่างการเจ็บป่วย จึงมีความคาดหวังต่อการบริการพยาบาลในระดับสูง ในสภาพความเป็นจริงพบว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงมักจะไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า เพราะโรงพยาบาลเอกชนให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว แต่ในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่มากขึ้น ประชาชนต้องประหยัดค่าใช้จ่าย ร่วมกับการมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ในกลุ่มข้าราชการ ประชาชนจึงหันมาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้น เมื่อได้รับการบริการที่ไม่ตรงกับความคาดหวังทำให้ความพึงพอใจลดน้อยลงได้

ความรุนแรงของความปวด

การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลายจึงทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดได้ ความอดทนต่อความปวดของบุคคลมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวดหลายครั้ง และปวดเป็นเวลานานจะมีความอดทนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ความปวด (Brunner & Suddarth, 2000) ร่วมกับการไม่ได้รับการบรรเทาปวดที่ดีพอก็อาจมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ การศึกษาระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่มีความปวดเจ็บพล้นจากสาเหตุอื่นๆ จำนวนทั้งหมด 248 ราย พบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดรุนแรงแต่ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดอยู่ในระดับสูง (Ward & Gordon, 1994) ผลการวิจัยวิเคราะห์ได้ว่า ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีความปวดคือ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย

ร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล การจัดการเพื่อบรรเทาปวดทันทีที่ผู้ป่วยร้องขอ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอยาหลังขอและรายงานความปวดแก้ที่มสุขภาพ ซึ่งการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลต่อผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรักษาของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย (The APS) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อิดวอลล์ (Idvall, 2002) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวดรุนแรงแต่มีความพึงพอใจกับการได้รับการบรรเทาปวด จำนวน 24 ราย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ที่มีความพึงพอใจ 8 จาก 10 คะแนน และรายงานผลระดับความปวด 7 จาก 10 คะแนน พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่หลังผ่าตัดจะเกิดความปวด จะได้รับการประเมินความปวด และการ บรรเทาปวดจากทีมสุขภาพ การรับรู้ของผู้ป่วยเกิดจากการให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ และคำแนะนำของทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

จากการศึกษาการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดสูงในขณะที่เดียวกันก็มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสูงเช่นกัน (Bookbinder et al., 1996; Bostrom, 1997; Idwall, 2002; Miaskowski et al., 1994; Ward & Gordon, 1994; Ward & Gordon, 1996) แต่ในการศึกษาเหล่านั้นยังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งซึ่งจำนวนน้อยกว่า รายงานว่าไม่พึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในขณะที่มีความปวดปานกลางถึงรุนแรง เช่น การศึกษาของ สเวนสัน, สจอสโตรม, และฮาลจาเม (Svenson, Sjostrom, & Haljamae, 2001) เกี่ยวกับอิทธิพลของความคาดหวัง ประสบการณ์ความปวดที่เป็นอยู่จริง ต่อความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยจำนวน 200 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจร้อยละ 81 ในขณะที่ร้อยละ 8 รายงานว่าไม่พึงพอใจ จากงานวิจัยวิเคราะห์การที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจ อาจมาจากผู้ป่วยมีประสบการณ์ความปวดก่อนผ่าตัดสูงและไม่ได้รับการบรรเทาปวดที่เพียงพอ จึงมีความคาดหวังต่อการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด จากการศึกษาดังกล่าวไม่มีรายงานการใช้วิธีการบรรเทาปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย (PCA) ซึ่งปัจจุบันพบว่าการบริหารยาบรรเทาปวดด้วยวิธีนี้สามารถควบคุมความปวดได้ดี (ปิ่น, 2544; ลักษณ์, 2547)

ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

ความคาดหวังเป็นแนวคิดหรือการคาดการณ์ล่วงหน้า ตามประสบการณ์ของบุคคลในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตเป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกพึงพอใจต่อบริการที่เคยได้รับ หรือเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกไม่พึงพอใจกับบริการที่เคยได้รับมาก็ได้

การวัดความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความต่าง (discrepancy theory) มาเป็นกรอบแนวคิด (Hodnett, 2002) กล่าวไว้ว่า ระดับความคาดหวังที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วย

มีผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการรับรู้ว่าจะได้รับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาลกับการรับรู้ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย เนื่องจากความพึงพอใจของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังในการพยาบาลกับการรับรู้ต่อการพยาบาลที่ได้รับจริง (Lamonica et al., 1986 อ้างตาม รุ่งนภา, 2545) กล่าวคือ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต้องเป็นการพยาบาล หรือการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความคาดหวัง หรือสิ่งที่ควรจะเป็น หรือสิ่งที่ควรจะได้รับ (Linder-Pelz, 1982) ดังผลการศึกษาที่แสดงว่าความคาดหวังเกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับเป็นตัวทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ดีที่สุด (Hsieh, 1991 as cited in Staniszeska & Ahmed, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียม (Williams, 1995 as cited in Staniszeska & Ahmed, 1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยซึ่งได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความคาดหวังในระดับสูง มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับ การพยาบาลที่สอดคล้องกับความคาดหวังในระดับต่ำ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีความคาดหวังต่อการ เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลว่า จะได้รับการดูแลที่ดีและจะได้รับการช่วยเหลือจาก ทีมสุขภาพให้หายจากโรคและความเจ็บป่วยในเวลาอันรวดเร็ว หายจากความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการรักษา อีกการศึกษาของ ฮอดเน็ตต์ (Hodnett, 2002) เป็นการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับความปวดและความพึงพอใจของผู้หญิงที่มีประสบการณ์การคลอดบุตร จำนวน 137 รายงาน ในการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอดบุตร แสดงให้เห็นทั้งทิศทางและขนาดของความต่างระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์เป็นสิ่งสำคัญ ผู้หญิงซึ่งเคยมีประสบการณ์การคลอดบุตรที่ดีกว่าความคาดหวังที่ตั้งไว้ จะมีระดับความพึงพอใจสูง และผู้หญิงที่คาดหวังไว้สูงก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีระดับความพึงพอใจสูง ในทางกลับกันผู้หญิงที่มีความคาดหวังต่ำและมีประสบการณ์การคลอดบุตรในภายหลัง จะมีระดับความพึงพอใจต่ำ (Green et al., 1990; Green, 1993 as cited in Hodnett, 2002) ความคาดหวังที่ต่ำ เช่น “ผู้ป่วยที่มีความปวด ไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้” “การบรรเทาปวดไม่สามารถควบคุมความปวดได้” จากความคาดหวังดังกล่าว พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการทำนายจะมีระดับต่ำลงด้วยเช่นกัน (Dawson, Spross, Jablonski, Hoyer, Sellers & Solomon, 2002)

ดังได้กล่าวแล้วว่าความคาดหวังของผู้ป่วยเป็นตัวทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ดีที่สุด(Hodnett, 2002; Hsieh, 1991 as cited in Staniszeska & Ahmed, 1999) และการดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดที่มีความปวดให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้น ควรจะมาจากแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดระยะเฉียบพลันและความปวดจากมะเร็งของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย อเมริกา ดังนั้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวดนอกจากมีความคาดหวังโดยทั่วไปแล้ว ยังมีความคาดหวังที่จะได้รับ (1) การยอมรับจากทีมสุขภาพถึงความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

และได้รับการรักษาพยาบาลทันที โดยต้องมีการประเมินความปวดของผู้ป่วยก่อนการให้การบรรเทาปวด (2) ข้อมูลหลังผ่าตัด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น การจัดการกับความปวดและสิ่งต่างๆ ที่ช่วยทำให้คลายกังวล (3) การจัดการเพื่อบรรเทาปวดทั้งด้วยวิธีใช้ยาบรรเทาปวดและการบรรเทาปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยา (4) การติดตามและประเมินผลหลังการจัดการเพื่อบรรเทาปวดจากทีมสุขภาพ (5) ความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลและเอาใจใส่เกี่ยวกับยาบรรเทาปวดที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น หลังได้รับยาบรรเทาปวดแล้วผู้ป่วยยังคงมีความปวด ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ และ (6) การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายของหน่วยงานในการใช้ยาบรรเทาปวดและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับยาบรรเทาปวด

ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลมีส่วนที่แตกต่างกันได้ อาจเนื่องจากบทบาทและหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน คือ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์ เป็นลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบความเจ็บป่วยโดยตรง ตรวจสอบถึงความเป็นปกติในสภาพร่างกายของตัวผู้ป่วยได้ ให้การดูแลรักษาเมื่อพบว่ามีคามผิดปกติเกิดขึ้น (Staniszkeska & Ahmed, 1999) ส่วนความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลไม่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นไปในลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยรับรู้ว่ายพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย (Staniszkeska & Ahmed, 1999) เช่น ผู้ป่วยคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องทราบความก้าวหน้าของอาการตลอดเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ (Idvall, Hamrin, & Unoson, 2002) สามารถอธิบายและแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพของตัวผู้ป่วยได้ จะให้การดูแลด้วยความเต็มใจ มีสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับและคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลคนหนึ่ง (Mahon, 1996)

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังคาดหวังว่าจะมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึก ความคิดหรือในการดูแลรักษาพร้อมกับทีมสุขภาพ และคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยให้ความสำคัญในภาวะสุขภาพของตนเอง จึงต้องการทราบเหตุผลในการเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ผลของการดูแลรักษา การรับรู้ถึงความผิดปกติจนกระทั่งถึงการป้องกันภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Staniszkeska & Ahmed, 1999)

สรุปการทบทวนวรรณคดี

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน แม้ว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและการจัดการเพื่อบรรเทาปวดทั้งจากทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยแพทย์พยาบาลและโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความ

ปวดหลังผ่าตัดยังมีความแตกต่างกัน อาจมีผลมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย หลังผ่าตัด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรุนแรงของความปวด ความคาดหวังที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วย เนื่องจากความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวด เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพการบริการ ทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยโดยการประเมินความปวดของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่างๆ ตามบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาลงปัจจัยต่างๆ ที่นำมาศึกษาครั้งนี้ มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพอย่างไรบ้าง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น