

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อในการศึกษาไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด
2. ความปวดหลังผ่าตัด
3. การพยาบาลหลังผ่าตัด
4. การจัดการกับความปวด: บทบาทพยาบาล
5. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่ซับซ้อนมากบุคคลไม่สามารถอธิบายลักษณะที่แตกต่างกันออกไปและยากที่จะอธิบายและให้ความหมายที่สมบูรณได้ ผู้ที่ประสบกับความปวดจะเกิดความไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน จนทำให้เกิดความกลัวต่อความปวด ซึ่งความกลัวต่อความปวดจัดเป็นความกลัวอันดับสองของมนุษย์ รองมาจากความกลัวการเสียชีวิต (Miller & Perry, 1990) ส่วนแมคคาฟเฟอร์ (McCaffery, 1989) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดให้ความหมายของความปวดว่า “ความปวด” เป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้และยังคงอยู่ตลอดเวลาตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี ซึ่งมีความสำคัญต่อแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและสมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (The International Association for the Study of Pain: IASP) ได้ให้ความหมายของความปวดว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือความไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์รวมทั้งมีการทำลายของเนื้อเยื่อนั้นด้วย (IASP, 1999 as cited by Naylor, 2001)

สรุปได้ว่า ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล จะมีเฉพาะบุคคลที่กำลังประสบอยู่เท่านั้นที่จะรู้ซึ่งถึงความปวด ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ซึ่งเกี่ยวกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายและความปวดจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีความปวด ทำให้บุคคลหาทางหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น

ชนิดของความปวด

ชนิดของความปวด อาจแบ่งตามระยะเวลาที่เกิด ตามตำแหน่งที่เกิด หรือตามการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของชนิดความปวด (Kozier, Erb, & Berman, 2000)

1. แบ่งตามระยะเวลาที่เกิด

1.1 ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่บุคคลส่วนใหญ่เคยประสบมีลักษณะเหมือนเป็นสัญญาณเตือนภัย (Ignatavicius, Workman, & Michler, 1995) มักเกิดขึ้นทันทีทันใดและจะทุเลาหรือหายไปภายหลังได้รับการรักษา หรือหายเองโดยไม่ได้รักษาภายใน 6 เดือน (Le Mone & Burke, 2000)

1.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่ค่อยๆเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องคงอยู่ตลอดเวลา หรืออาจเกิดขึ้นในเวลาใดก็ได้ ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด มีความปวดอยู่นานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มักไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ บริเวณที่ปวดกว้าง บอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน (Le Mone & Burke, 2000)

2. แบ่งตามตำแหน่งที่เกิด (Kozier, Erb, & Berman, 2000; Le Mone & Burke, 2000)

2.1 ความปวดบริเวณผิวหนัง (cutaneous pain or somatic pain) เป็นความปวดบริเวณผิวหนังหรือเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง มีลักษณะแหลม ทิบและกระจาย เช่น แผลไฟไหม้

2.2 ความปวดในอวัยวะส่วนลึกของร่างกาย (deep somatic pain) เป็นความปวดที่เกิดบริเวณเอ็น กระดูก เส้นเลือดและเส้นประสาท เช่น ข้อเท้าเคล็ด

2.3 ความปวดของอวัยวะภายใน (visceral pain) เป็นความปวดที่มีลักษณะที่อและไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ชัดเจนได้ เกิดภายในช่องท้อง กระโหลกศีรษะ และทรวงอก เช่น การอุดตันของลำไส้และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ และกระสับกระส่ายร่วมด้วย

2.4 ความปวดแบบปวดร้าว (referred pain) เป็นความปวดที่ผิวหนังซึ่งพบร่วมกับความปวดของอวัยวะภายใน

3. แบ่งตามสาเหตุของชนิดความปวด

3.1 ความปวดจากเส้นประสาท (neuropathic pain) ได้แก่ เป็นความปวดแบบทิ่มแทง และรุนแรง พบในผู้ป่วย AIDS

3.2 ความปวดที่มีสาเหตุจากจิตใจ (psychogenic pain) ทำให้เกิดการดึงตัวของกล้ามเนื้อและกลายมาเป็นความปวด

3.3 ความปวดที่มีสาเหตุจากการแผ่รัศมี (radiating pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นบริเวณไหล่ด้านซ้ายและร้าวไปที่แขน เช่น การเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ

3.4 ความปวดที่เกิดจากการถูกตัดของแขนหรือขา (phantom pain) ซึ่งเป็นความปวดจากเส้นประสาท

3.5 ความปวดที่ยากต่อการรักษา (intractable pain) พบในผู้ป่วยมะเร็ง

2. ความปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain)

ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวด ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดบริเวณช่องท้องที่ความปวดจะทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากเป็นผ่าตัดใหญ่ต้องใช้เวลาผ่าตัดนานและเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายและการหายใจ (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995) ความปวดหลังผ่าตัดจะรุนแรงมากในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกและค่อยๆ ทุเลาลงทีละน้อยจนหายหมดในระยะเวลาต่อมา (ซัชชัย, 2544) ความปวดจากการผ่าตัดเป็นความปวดที่รุนแรง แต่ยังสามารถจัดการที่ไม่เพียงพอ พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดน้อย ร้อยละ 20-40 มีความปวดปานกลางและร้อยละ 40-70 มีความปวดรุนแรง (Bonica, 1983 cited by Ignatavicius, Workman, Mishler, 1999) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายในช่องท้องมีความปวด โดยเฉพาะ 1-4 วันหลังผ่าตัดที่มีความปวดในระดับที่ปานกลางถึงรุนแรง (Bonica, 1990) ซึ่งในการศึกษาของลิน (Lin, 2000) ที่ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 100 ราย ในประเทศไต้หวัน พบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงระหว่างวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง-รุนแรง และการศึกษาของสมพร สุกัญญา และวิเศษ (2543) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยรายงานความปวดที่มากที่สุดในช่วงวันที่ 2 หลังผ่าตัด (24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ในระดับปานกลาง-รุนแรง รวมไปถึงการศึกษาของวัตต์-วัตสันและคณะ (Watt-Watson et al., 2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของพยาบาลและผู้ป่วยจำนวน 80 คู่ ถึงผลกระทบในการจัดการกับความปวดกับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลันก็ยิ่งพบว่าผู้ป่วยมีการ

รายงานความปวดในช่วง 3-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและระดับความปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง-รุนแรง และถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้เกิดผลเสียหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย ดังนี้ (ซัชชัย, 2544; ธนิต, 2542; Bonica, 1990)

1. ปอดแฟบหรือปอดบวม (atelectasis or pneumonia) สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีไข้สูงใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เกิดจากเสมหะอุดหลอดลมทำให้ปอดแฟบและมีการอักเสบตามมา เนื่องจากหลัง ผ่าตัดผู้ป่วยหายใจหรือไอไม่สะดวกเพราะปวดแผลหรือท้องอืด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดไม่เพียงพอ

2. ความปวดมีผลกับการกลั้นปัสสาวะ (acute retention) ผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออกเนื่องจากปวดแผล

3. ความปวดมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เพราะความปวดจากการผ่าตัดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิติกให้ทำงานเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น

4. ความปวดสามารถทำให้ gastric emptying time ช้าลงโดยลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ท้องอืดและยังทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอโดยการให้ epidural analgesia ทำให้เพิ่มการทำงานของลำไส้ได้โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้อง แต่จากการสำรวจภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยศัลยกรรมภายหลังผ่าตัดโดย สมพันธ์และคณะ (2533) พบว่าร้อยละ 93.44 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ที่พบมากคือ ลำไส้ไม่เคลื่อนไหว

5. ความปวดมีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม การบาดเจ็บหลังการผ่าตัดทำให้เกิดความปวดกระตุ้นระบบนิวโรเอนโดไครน (neuroendocrine) ซึ่งจะมีการหลั่งฮอร์โมนหลายตัวทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) การเพิ่มขึ้นของการทำลายโปรตีน ก่อให้เกิดการหายของแผลช้าลง

6. ความปวดมีผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความกลัว อาจทำให้นอนไม่หลับ

3. การพยาบาลหลังผ่าตัด

ผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นมีมากมาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่งของการผ่าตัด วิธีการได้รับยาระงับความรู้สึก รวมทั้งสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักในบทบาทและหน้าที่ เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดดังนี้ (ประณีต, 2542)

3.1 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจที่โล่งและคงไว้ซึ่งหน้าที่การทำงานของระบบทางเดินหายใจที่ดีปลอดภัยจากการติดเชื้อของทางเดินหายใจพยาบาลควรตระหนักและให้การพยาบาลดังนี้

3.1.1 การจัดท่านอน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำอย่างระมัดระวัง ประคองบริเวณศีรษะ และแผลผ่าตัด

3.1.2 สังเกตลักษณะการหายใจของผู้ป่วย และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ

3.1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ ตามวิธีที่สอนก่อนผ่าตัดและติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในรายที่ยังมีอาการปวดแผลมากควรให้ยาระงับปวดก่อนตามแผนการรักษา

3.1.4 เปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีควรจัดให้นอนท่าศีรษะสูง (fowler' s position) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการลุกนั่งบนเตียงโดยเร็วและลุกขึ้นเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา

3.1.5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ

3.1.6 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รับน้ำทางปาก (ในรายที่ไม่มีข้อห้าม) และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกง่ายขึ้น

3.1.7 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขับเสมหะ ยาปฏิชีวนะ ติดตามผลการรักษา โดยการสังเกต บันทึกลักษณะสี กลิ่น และจำนวนของเสมหะ รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่ให้

3.1.8 สังเกตอาการ อาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อนในทางเดินหายใจ เช่น กระสับกระส่าย ไข้สูง หนาวสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก ไอมีเสมหะ เสียงหายใจผิดปกติ ฟังเสียงหายใจได้ยินเสียงกรอบแกรบ ผิวอาจมีสีเขียวคล้ำ จนหมดสติได้

3.2 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการสูญเสียเลือดเป็นภาวะที่พบบ่อยทางศัลยกรรม พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

3.2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติก่อนผ่าตัด ควรตรวจสัญญาณชีพเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยทั่วไป ควรตรวจวัดทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมงต่อมา และทุก 1-2 ชั่วโมง ในระยะเวลาต่อมาจนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ ถ้าพบอาการผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์เพื่อตรวจสอบและหาสาเหตุ พร้อมทั้งการแก้ไขต่อไป

3.2.2 สังเกตลักษณะบาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะการสูญเสียเลือดจากบาดแผลและ/หรือที่ระบายสายยางต่างๆ ถ้ามีจำนวนมากอาจต้องรัดแผลให้แน่นหรือใช้แรงกดบาดแผลเพื่อห้ามเลือดในขั้นต้น รวมทั้งรายงานแพทย์ ในรายที่มีการสูญเสียเลือดมาก ความดันโลหิตลดลง ควรจัดท่านอนราบ ให้สารน้ำปริมาณเพิ่มขึ้นตามแผนการรักษาจนกว่าความดันโลหิตจะเป็นปกติ

3.2.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือดหรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา รวมทั้งดูแลให้ได้รับน้ำทางอื่นด้วย เช่น ทางปาก หรือทางสายยาง เป็นต้น

3.2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเครียดและวิตกกังวล อันอาจเป็นเหตุส่งเสริมให้มีเลือดออกมากขึ้น

3.2.5 ควรให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่งๆ ในบริเวณที่มีเลือดออกมากๆ เป็นการชั่วคราวเพราะการเคลื่อนไหวจะยิ่งทำให้เลือดออกมากขึ้น

3.2.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ อยู่เป็นเพื่อนและคอยให้การช่วยเหลือ ปลอดภัยและให้กำลังใจ ทั้งในภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินเพื่อลดการใช้ออกซิเจนและพลังงานที่สูญเสียไป อันอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดได้

3.3 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดจากแผลผ่าตัด พยาบาลควรประเมินความปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3.4 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายและความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.4.1 ดูแลความสบายทั่วไป เช่น การนอนหลับ การพักผ่อนบนเตียง อาการปวดแผล อาการคลื่นไส้ อาเจียน การปวดถ่ายปัสสาวะ ทั้งนี้ควรซักถามความไม่สบายที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ และให้การดูแลแก้ไขตามอาการ

3.4.2 ดูแลรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายทั่วไปโดยเฉพาะอนามัยในช่องปาก ในรายที่ได้รับการใส่สายยางปัสสาวะควาไว้ต้องดูแลความสะอาดสายยางและอวัยวะสืบพันธุ์อย่างสม่ำเสมอ

4. การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด: บทบาทพยาบาล

ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มนุษย์ต้องแสวงหาวิธีการบำบัดรักษา พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดตลอดระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและมีบทบาทสำคัญในการบำบัดความปวดของผู้ป่วย โดยทั่วไปความปวดมักได้รับการบรรเทาด้วยการใช้ยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว ซึ่งพบว่า การใช้ยาระงับปวดอย่างเดียวนั้นไม่สามารถบำบัดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้เพราะความปวดมีผลมาจากการทำลายเนื้อเยื่อ และผลจากการตอบสนองทางจิตใจด้วย (ดรูณี, 2540) แท้จริงแล้วการบำบัดความปวด พยาบาลสามารถทำได้ทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ดังนั้นการบำบัดความปวดจึงแบ่งได้เป็น 2 วิธีด้วยกัน คือ โดยการให้ยา (pharmacologic intervention) และโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา (nonpharmacologic intervention)

4.1 การบำบัดความปวดโดยการให้ยา ยาแก้ปวดที่ใช้บรรเทาความปวดในผู้ป่วย แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (นิโรบล, 2535; Twycross, 1999; Kozier, Erb, & Berman, 2000)

4.1.1 ยาแก้ปวดชนิดไม่เสพติด (nonopioids or nonnarcotic analgesics/NSAIDs) ใช้บำบัดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างโพรสตาแกลนดินทำให้ความไวต่อความปวดลดลงมีฤทธิ์ลดการอักเสบโดยลดการสร้างโพรสตาแกลนดินที่จุดปวด (ยกเว้น พาราเซตามอล) มีฤทธิ์ลดไข้โดยออกฤทธิ์ควบคุมอุณหภูมิที่ต่อมใต้สมองยากกลุ่มนี้ได้แก่ แอสไพริน พาราเซตามอล และยาแก้อักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาในกลุ่มนี้มีคุณสมบัติร่วมกันหลายอย่าง เช่น ระงับปวด ลดไข้ ลดการอักเสบมีฤทธิ์ในการระงับปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีประโยชน์ต่อการปวดกระดูก (bone pain) การเลือกให้ยาในกลุ่มนี้จะพิจารณาใช้ทีละตัว ผลข้างเคียงที่สำคัญคือระคายเคืองทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติจึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคตับหรือมีประวัติเป็นโรคเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด

4.1.2 ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (opioids or narcotic analgesics) ใช้บำบัดความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยกระตุ้นโอปิเอทรีเซพเตอร์ที่อยู่บริเวณสมองส่วนสีเทา ธาลามัส และคอซอลฮอร์นของไขสันหลัง ออกฤทธิ์ต่อศูนย์ควบคุมการหายใจ การไอ คลื่นไส้ อาเจียน ที่ก้านสมอง ออกฤทธิ์ต่อการหลั่งของฮอร์โมนที่ไฮโปธาลามัสและลิมบิกทำให้อารมณ์ดี (euphoria) ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติด แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

4.1.2.1 ยาแก้ปวดชนิดเสพติดอย่างอ่อน (weak opioids) ได้แก่ โคดีอีน (codeine) เป็นยาที่นิยมใช้กัน ผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ ท้องผูก อากาการคลื่นไส้และอาเจียน

4.1.2.2 ยาแก้ปวดชนิดเสพติดอย่างรุนแรง (strong opioids) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เป็นยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์แก้ปวดได้ดีมาก ไม่มีขีดจำกัดในการระงับปวด สามารถปรับขนาดยาให้มากขึ้นจนกระทั่งเหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับมอร์ฟีนควรได้ยาอย่างสม่ำเสมอตามเวลา เพื่อไม่ให้เกิดการติดยาหรือเสพติด อีกทั้งจำเป็นต้องมีการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการข้างเคียงที่พบ ความดันโลหิตต่ำลง คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ท้องผูก การกดการหายใจอาจพบได้หากให้ยาเกินขนาด ในผู้ป่วยที่ยังคงมีความปวดอยู่หรือได้รับการปรับยาอย่างค่อยเป็นค่อยไปจะไม่พบภาวะกดการหายใจ

เพติดีน (pethidine or meperidine) เป็นยาสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์ 1 ใน 8 ของมอร์ฟีน ออกฤทธิ์ระยะสั้น 3-4 ชั่วโมง ต้องให้ยาแก่ผู้ป่วยบ่อย เพราะมีผลบรรเทาความปวดได้เพียง 2-4 ชั่วโมง แต่ในขนาดที่ออกฤทธิ์ระงับปวดได้เท่ากัน จะกดการหายใจได้เท่ากันด้วย ผลข้างเคียงอื่นๆ เหมือนมอร์ฟีน เช่นทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ส่วนอาการเกร็งของกล้ามเนื้อซึ่งพบทางเดินอาหารและน้ำดีน้อยกว่า มอร์ฟีน และมักไม่พบว่าทำให้ท้องผูกหรือเกิดปวดนิ่วในถุงน้ำดี เมื่อให้ในขนาดที่ใช้ในการรักษาประมาณ 50-100 mg. การเสพติดและการทนยาเกิดขึ้นช้าๆ และหลังหยุดยาจะปรากฏอาการของการขาดยา (withdrawal syndrome) ในช่วงเวลาที่สั้นกว่าและรุนแรงน้อยกว่ามอร์ฟีน เพติดีนจะถูกสันดาปภายในตับเป็นนอร์เพติดีน (norpethidine) ดังนั้นในขนาดที่มีพิษผู้ป่วยอาจมีประสาทหลอน เพ้อคลั่ง และชักเนื่องจากการออกฤทธิ์ของนอร์เพติดีน หรืออาจมีอาการสงบซึมและกดระบบประสาทส่วนกลางจนหมดสติเนื่องจากการออกฤทธิ์ของเพติดีน ใช้รักษาอาการปวดขั้นรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก วิธีให้ส่วนใหญ่ให้ยาแบบหยดหรือฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือทางกล้ามเนื้อเพื่อลดความปวด

4.1.3 ยาร่วม (adjuvants or adjuvant analgesics) ได้แก่ ยากลุ่ม Benzodiazepines ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดความวิตกกังวล คลายเครียด ยากลุ่มนี้ช่วยตัดวงจรต่อเนื่องความปวดที่เกิดจากความปวด ความวิตกกังวล และการเกร็งของกล้ามเนื้อ จึงช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความปวดได้ดีขึ้น ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียง ทำให้ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ

4.2 การบำบัดความปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ประกอบด้วยการบรรเทาความปวดเชิงกายภาพ (mechanical interventions) และการบรรเทาความปวดเชิงพฤติกรรม (behavioral interventions) (Ferrell et al., 1994; Swenson, 1994; Kozier, Erb, & Berman, 2000)

4.2.1 การบำบัดความปวดเชิงกายภาพ ได้แก่ การกระตุ้นผ่านชั้นผิวหนังโดยการนวด การใช้ความร้อน การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าจากภายนอก (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation หรือ TENS)

4.2.2 การบำบัดความปวดเชิงพฤติกรรม ได้แก่การส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย (relaxation) โดยการฝึกสมาธิ การบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การสะกดจิตตนเอง การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) โดยการฟังวิทยุ ฟังดนตรี อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ สวดมนต์ เล่นเกมส์ และการจินตนาการ (imagery) เป็นต้น

ในการนำเอากิจกรรมการบำบัดความปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยามานี้ อาจใช้เพื่อแทนยาแก้ปวดได้เมื่อความปวดอยู่ในระดับต่ำหรือใช้ร่วมกับยาแก้ปวดเมื่อความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยการให้ยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกันซึ่งวิธีการนี้เรียกว่า การร่วมรักษา (alternative therapy หรือปัจจุบันเรียกว่า complementary therapy)

การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด

ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด พยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยควรมีบทบาทอย่างมากในการที่จะช่วยให้การจัดการกับความปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาลที่สำคัญประกอบไปด้วยการประเมินสภาพและการประเมินความปวด การให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดด้วยวิธีการต่างๆ การติดตามประเมินผลของการให้การช่วยเหลือและการติดตามผลข้างเคียงของการให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดและสามารถจัดการกับความปวดโดยที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม

1 การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความปวด เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุด ความปวดชนิดเฉียบพลัน มีการวัดหรือประเมินความปวดหลายวิธีดังนี้

1.1 การวัดหรือประเมินความปวด โดยคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement of pain) เป็นสิ่งสำคัญและเป็นข้อมูลบ่งชี้ความรู้สึกปวดได้ดีที่สุด ดังนั้นในการซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความปวดได้ถูกต้องจึงควรซักถามและสังเกตในเรื่องต่อไปนี้ (Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995)

1.1.1 ความรุนแรงของความปวด (intensity of pain) โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความปวด โดยใช้เครื่องมือหรือมาตรวัดความปวดที่พยาบาลเลือกนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ทั่วไป ได้แก่ มาตรวัดความปวดอย่างง่าย (simple pain) มาตรวัดความปวดที่มีทั้งระดับความรุนแรง และระดับความทุกข์ทรมาน (point scale to denote pain intensity and distress) มาตรวัดความปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale) และมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale) เป็นต้น มาตรวัดแต่ละชนิดมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ซึ่งต้องมีการเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย

1.1.2 ตำแหน่งและขอบเขต (location of pain) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยชี้บอกตำแหน่งและขอบเขตความปวดที่ตัวผู้ป่วยเอง

1.1.3 ลักษณะที่ปวด (pattern of pain) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอก เช่น ปวดแปล็บๆ ปวดแสบปวดร้อน ปวดเหมือนเข็มแทง เป็นต้น

1.2 การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นข้อมูลปรนัย (objective measurement of pain) พฤติกรรมที่แสดงออกส่วนใหญ่มีดังนี้

1.2.1 การแสดงออกทางใบหน้า เป็นสิ่งที่สังเกตได้เป็นอันดับแรกและมักพบในผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน เช่น การทำหน้านิ่วคิ้วขมวด กัดริมฝีปาก กัดฟัน หลับตาแน่น เป็นต้น

1.2.2 การแสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น กระสับกระส่าย เป็นต้น

1.2.3 การแสดงออกทางด้านน้ำเสียงและอารมณ์ เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ หงุดหงิด ขุนเจียว โวยวาย เป็นต้น

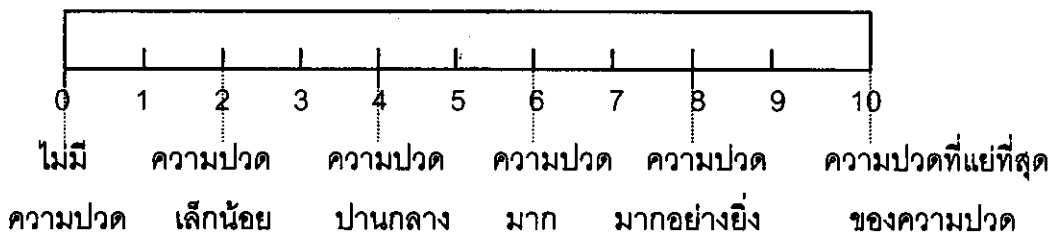
1.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ผลของความปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในความปวดเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การสูบฉีดโลหิตเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต่ำลง ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ขนลุก รูปร่างตาขยาย มีการหลั่งของกลัยโคเจน อะดรีนาลิน ซีด มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระนี้ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแน่นอนในเชิงปริมาณและทราบผลได้ทันที เชื่อว่ายากที่บุคคลจะเสแสร้งหรือทำให้เกิดขึ้น แต่จุดอ่อนของการประเมินด้านนี้คือ ค่าของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะลดลงหรือกลับเป็นปกติได้ในเวลาต่อมา ทั้งๆ ที่ยังมีความปวดอยู่และเป็นการประเมินเพียงมตเดียวคือการทำงานของระบบประสาท ดังนั้นควรทำร่วมกับการประเมินความปวดวิธีอื่นๆ (พูลศรี, 2538)

2 เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด

คุณสมบัติของมาตรวัดความปวดที่ดีต้องมีอิสระในการวัด ไม่ลำเอียง มีความตรงและความเที่ยง มีความไวในการเปลี่ยนแปลงความปวด สามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในคลินิกและงานวิจัย เพื่อประเมินทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจ (Rowlingson, 1994) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดในงานวิจัยแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ผู้วิจัยต้องการวัด เช่น การวัดความปวดหลังผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่เข้าใจง่าย ใช้เวลาน้อย และไวต่อความปวดที่เปลี่ยนแปลง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง มีความประสงค์จะประเมินความปวดหลังการผ่าตัดในระยะ 48 ชั่วโมงโดยประเมินหลังจากพยาบาลได้ให้การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงไปแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale) เพราะผู้ป่วยสามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลข และสามารถติดตามประเมินผลการดูแลว่าความปวดลดลงหรือไม่โดยดูจากตัวเลขที่ลดลง นอกจากนี้ เป็นมาตรวัดความปวดที่เข้าใจง่าย ใช้สะดวก ประหยัดเวลา ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale) คล้ายคลึงกับมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง แต่จะมีการระบุตัวเลขต่อเนื่องไปตามเส้นตรง 0 หมายถึง ไม่มี ความปวด 1-9 หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 10 หมายถึง ระดับความปวดมากที่สุด (Pasero, 1996 cite by Kozier, Erb, & Berman, 2000) ดังรูป



รูปแสดง มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale)

3 การบรรเทาความปวด ทฤษฎีความปวดของเมลแซ็คกับวอลล์ (Melzack & Wall, 1982 cited by Kozier, Erb, & Berman, 2000) หรือทฤษฎีควบคุมประตู ให้หลักในการบรรเทาความปวดได้ 3 ประเด็น คือ การควบคุมความปวดด้วยยา (pharmacological control) การควบคุมความปวดโดยปรับที่ความรู้สึก (sensory control) การควบคุมความปวดโดยปรับความรู้สึกนึกคิด (cortical control) ในแต่ละประเด็นมีวิธีบรรเทาความปวดหลายแบบ (นิโรบล, 2535)

3.1 การควบคุมความปวดด้วยยา (pharmacological control) การบริหารยาในกลุ่มยาแก้ปวดชนิดเสพติด นี้มีหลายวิธีได้แก่

3.1.1 การบริหารยาอย่างต่อเนื่อง (continuous infusion) สามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ หรือใต้ผิวหนัง วิธีนี้จะต้องเริ่มด้วยการให้ยาจำนวนหนึ่งแก่ผู้ป่วย (loading dose) เพื่อควบคุมความปวดให้ได้ในระดับที่ต้องการก่อนจึงให้การหยดยาอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยใช้

เครื่องมือพิเศษที่สามารถควบคุมการหยดของยาได้อย่างคงที่และแน่นอนที่เรียกว่า syringe pump วิธีนี้มีข้อดีคือ จะทำให้ระดับของยาในพลาสมาคงที่ตลอดเวลา

3.1.2 การบริหารยาเป็นบางครั้ง (intermittent injection) วิธีนี้สามารถบริหารได้ทั้งทางหลอดเลือดดำ และได้ผิวหนังแบ่งได้ 3 วิธีคือ

3.1.2.1 ควบคุมโดยเวลา (around the clock) คือการบริหารยาตามเวลาที่กำหนดให้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยา เช่น มอร์ฟีน บริหารทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง เพ็ทริดีน บริหารทุก 3 ถึง 4 ชั่วโมง เป็นต้น การบริหารวิธีนี้จะพบว่าระดับยาในพลาสมาจะเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นจังหวะตามเวลาที่ฉีดซึ่งระดับของยาในพลาสมานี้อาจสูงกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากหรือต่ำกว่าจนผู้ป่วยมีความปวดเกิดขึ้นซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ดี

3.1.2.2 ควบคุมโดยพยาบาล (nurse controlled analgesia) คือ การสั่งยาแบบฉีดที่ให้ยาเมื่อผู้ป่วยปวดโดยพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลและจะเป็นผู้ควบคุมความปวดของผู้ป่วย การบริหารยาแบบนี้จะพบว่าระดับยาของพลาสมาต้องลดลงต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดผู้ป่วยจึงจะได้รับการบริหารยาใหม่ ซึ่งผลการรักษาจะไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรหรืออาจไม่ได้ผลเลย

3.1.2.3 ควบคุมโดยผู้ป่วย (patient controlled analgesia) คือวิธีการบริหารยาโดยผู้ป่วยเองซึ่งต้องใช้เครื่องมือควบคุมพิเศษ ผู้ป่วยจะบริหารยาเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยเองเมื่อรู้สึกปวด วิธีนี้จะพบว่า ระดับของยาในพลาสมาจะไม่ลดต่ำกว่าจุดที่ตัวกระตุ้นเริ่มทำให้เกิดความรู้สึกปวดมากจนเกินไป

3.1.3 การดูแลผู้ป่วยขณะที่ได้รับยาแก้ปวด ประกอบด้วย การสังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด คือ สับสน กระวนกระวาย ความดันโลหิตต่ำลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม เกร็งกระตุก ชัก การกดการหายใจอาจพบได้หากให้ยาเกินขนาด อีกทั้งจำเป็นต้องมีการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ยังปวดอยู่หรือได้รับการปรับยาอย่างค่อยเป็นค่อยไปจะไม่พบภาวะกดการหายใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดอย่างถูกต้อง

3.2 การควบคุมความปวดโดยปรับที่ความรู้สึก (sensory control)

3.2.1 ลดการรบกวนประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ การไม่เคลื่อนไหวส่วนที่ปวด วิธีการนี้ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ทราบคืออยู่แล้ว นอกจากผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรืออิริยาบถที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น เช่น การขีดทำความสะอาดบาดแผลอย่างนุ่มนวล การไม่ปิดแผลแน่นเกินไป การแนะนำวิธีเปลี่ยนอิริยาบถที่ช่วยให้เจ็บแสบน้อยที่สุด ซึ่ง

(สมศรี, 2525) ได้เสนอแนะท่าลูกนั่งที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดของท้อง โดยการให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวก่อนแล้วค่อยยันตัวลูกนั่งพร้อมกับใช้กล้ามเนื้อแขนและไหล่แทนกล้ามเนื้อหน้าท้อง

3.2.2 กระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ คือ การกระตุ้นความรู้สึกที่ผิวหนัง (cutaneous stimulation) มีหลายวิธี ได้แก่ การนวด การลูบสัมผัส การประคบด้วยความร้อน การประคบด้วยความเย็น และการใช้ยาที่มีส่วนผสมของสารแก้ปวดทาหรือปิดไว้ (Black & Matassarini-Jacobs, 1993)

3.2.2.1 การนวด เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เป็นผลให้เกิดการยับยั้ง การนำสัญญาณความปวดที่ศูนย์ควบคุมความปวดที่ไขสันหลัง นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าจะได้รับการนวดเพื่อบรรเทาความปวดและระหว่างนวดได้มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลังสารยับยั้งสัญญาณความปวด ทำให้สามารถลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นที่ลูไร (2539) ได้ศึกษาผลการนวดต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดมีความปวดความทุกข์ทรมานและการแสดงพฤติกรรมความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.2.2 การลูบสัมผัส มีกลไกการออกฤทธิ์บรรเทาความปวด เช่นเดียวกับ การนวด นอกจากนี้การลูบสัมผัสยังให้ความหมายที่ช่วยเพิ่มความรู้สึกทางบวก เช่นให้ความรู้สึกว่ามีคนเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ได้รับกำลังใจ มีคนเอาใจใส่ ฯลฯ (Weiss, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสตาร์ตัน (2535) ผลของการสัมผัสต่อระดับความปวดหลังผ่าตัดของท้องในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน พบว่า การสัมผัสสามารถบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้โดยการให้การสัมผัสโดยเร็วที่สุด ไม่จำเป็นต้องรอให้ผู้ป่วยมีอาการปวดก่อนและให้การสัมผัสอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

3.3 การควบคุมความปวดโดยปรับความรู้สึกนึกคิด (cortical control) เป็นการควบคุมความปวดโดยการปรับเปลี่ยนการรับรู้ในระดับสมอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ลดการเร้าทางอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลลงมากควบคุมความปวดทั่วร่างกายทั้งที่ระดับไขสันหลังและที่สมองเองด้วย วิธีการควบคุมความปวดโดยการปรับความรู้สึกนึกคิดที่พยาบาลสามารถกระทำได้ และผู้ป่วยก็อาจสามารถกระทำตัวเองด้วย ถ้าเคยมีประสบการณ์มาก่อน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกสมาธิ การจินตนาการทางบวก และเทคนิคการผ่อนคลาย

3.3.1 การสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพความช่วยเหลือ (help relationship) เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาได้รับการดูแลเอาใจใส่และเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลเมื่อนั้นผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการ

รักษาจะได้รับความช่วยเหลือให้บรรเทาหรือขจัดออกไป ทำให้ปัญหาต่างทั้งในเรื่องความปวด ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้งอาการ (symptom) ของผู้ป่วยลดลงด้วย ซึ่งต้องเริ่มด้วยการมีสัมพันธที่ดีเพราะจะนำไปสู่การประเมินและการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่เหมาะสมซึ่งพิกุล วิญญาเงือก ได้ศึกษาการใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อแลกเปลี่ยนการรับรู้ ร่วมกับการให้ข้อมูล พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในโตมีการปรับตัวดี ใช้นายบรรเทาปวดลดลง และมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ (Vinya - nguag, 1989)

3.3.2 การให้ข้อมูล นอกจากการสร้างสัมพันธภาพแล้ว การให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อลดความวิตกกังวลเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยคาดคะเนเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับความจริง เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและเพิ่มความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความอดทนต่อความปวด (Gross, 1986) ในการนี้ข้อมูลความรู้ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ได้แก่ สาเหตุของความปวด ระยะเวลาการเกิด ความรุนแรง และที่สำคัญคือ วิธีบรรเทาความปวด ซึ่งควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจากการศึกษาของปราณี (2537) ได้ศึกษาผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้อง จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มทดลองรายงานระดับความรู้สึกปวดภายใน 24 ชั่วโมงแรก ช่วง 24-48 ชั่วโมง และช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการให้ข้อมูลตามความต้องการจะช่วยลดระดับความรู้สึกปวด และลดจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัด

3.3.3 การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดไปสู่สิ่งอื่น ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจจะลดการรับรู้ต่อความปวดลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวด บางการศึกษาพบว่า การเบี่ยงเบนความสนใจเพิ่มความอดทนต่อความปวด การเบี่ยงเบนความสนใจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การฟังนิทาน การนับเลข การท่องศัพท์ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ การเข้ากลุ่ม การพูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น (สุพร, 2528; McCaffery, 1979) มีการศึกษาของวัลลภา (2536) ในเรื่องผลของดนตรีต่อความปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า เมื่อได้ฟังดนตรีผู้ป่วยมีความปวดและทุกข์ทรมานน้อยกว่าขณะที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จีรภา (2539) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยที่ปวดหลัง พบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดรรชนี (2539) ได้ศึกษาผลของดนตรี ร่วมสมัยต่อการเผชิญความปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความปวดระยะ

คลอดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดวงใจ (2541) ได้ศึกษาผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยขณะได้รับการสลายนิ่ว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองรับรู้ความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเอมอร์ (2543) ได้ศึกษาผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ฟังดนตรีที่ชอบหลังผ่าตัดมีความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.4 การฝึกสมาธิ (meditation) สามารถทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกายคล้ายกับการพักสักและในระหว่างที่กำลังพักสัก ร่างกายก็สามารถคลายความตึงเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองที่เปลี่ยนจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียดไปสู่ภาวะของการตื่นตัวรับรู้แบบที่พร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น (restal alterness) ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ลดการรบกวนทางอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด อุนเจียว และมีการศึกษาของนัยพินิจ (2532) พบว่า การทำสมาธิทำให้มีการลดระดับกรดแลคติก และระดับคอริติซอลในเลือด ซึ่งสารเคมีทั้ง 2 ชนิดนี้มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความปวด (Bonica, 1990) และชวีญตา (2543) ได้ศึกษาผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความปวดน้อยกว่าก่อนการทดลองและอุณหภูมิผิวหนังสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.5 การจินตนาการในทางบวก (positive imagery) เป็นการสร้างจินตนาการนึกคิดในเรื่องที่พึงพอใจ ผลของการจินตนาการจะหันเหความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือความปวดที่กำลังเผชิญอยู่ (เอี่ยมพร, 2533) นักวิชาการบางท่านจัดว่าการจินตนาการทางบวกเป็นส่วนหนึ่งของเทคนิคการผ่อนคลายและการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงหล้า (2542) ที่ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ พบว่า ความรู้สึกเจ็บปวดหลังฟังเทปการสร้างจินตภาพต่ำกว่าก่อนฟังเทปและอัตราการหายใจหลังฟังเทปการสร้างจินตภาพต่ำกว่าก่อนฟังเทปอย่างมีนัยสำคัญแต่อัตราการชีพจรและความดันโลหิตหลังฟังเทปการสร้างจินตภาพต่ำกว่าก่อนฟังเทปอย่างไม่มีนัยสำคัญ

3.3.6 เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) เป็นกลวิธีระงับความปวดที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง ประกอบด้วยเทคนิคหลาย ๆ แบบ การฝึกการผ่อนคลาย เป็นการฝึกให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสงบปราศจากความตึงเครียด เป็นผลให้ลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดความคิดการรับรู้เกี่ยวกับความปวด และลดการรบกวนทางอารมณ์ ส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้พักผ่อนและผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ (rest and relaxation) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัดดูแลให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดย

จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จัดท่านอนให้สบายอย่างถูกต้อง และสอนให้ผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่ง เช่น หายใจเข้าและออกลึกๆ เต็มที่อย่างช้า ๆ และสมาธิ (deep breathing exercise) ทำให้จิตใจสงบ เกิดการผ่อนคลายได้ ซึ่งจากการศึกษาของระวีพรรณ (2529) ถึงผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความปวดภายหลังการผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรจน์ (2537) ถึงผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง พบว่า ระดับคะแนนความปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และศิริรัตน์ (2533) ได้ศึกษาผลของการฝึกอิเอ็มจีไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของอาการปวดศีรษะของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฝึกอิเอ็มจีไบโอฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การติดตามประเมินผล การติดตามประเมินผลเป็นขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเป็นการพิจารณาว่าการปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้รับบริการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและความถูกต้องของการปฏิบัติร่วมด้วย ในการประเมินผลโดยทั่วไปจะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเป็นสำคัญเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์การปฏิบัติในการช่วยเหลือก็ยุติ ในกรณีที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์พยาบาลจำเป็นต้องย้อนกลับมาประเมินในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลว่ามีความบกพร่องในจุดใด เพื่อที่จะได้ปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือผู้รับบริการไปจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์หรือในบางครั้งอาจต้องปรับเปลี่ยนวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงให้มากขึ้น (ศิริพร, 2539) สำหรับการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดจะต้องประเมินหลังจากให้ยาแก้ปวด พยาบาลจะต้องประเมินระดับความปวดหลังจากได้รับยาแล้วเมื่อยาแก้ปวดออกฤทธิ์ควบคุมความปวดแล้วผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรือหายปวดเพราะเป็นการประเมินว่าปริมาณยาเพียงพอกับผู้ป่วยและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดกับผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยาแก้ปวด คือความดันโลหิตต่ำลง อาจมีการกดศูนย์หายใจ สับสน กระวนกระวาย เกร็งกระตุก ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ตื้อยา และติดยาได้ ถ้าใช้เป็นเวลานานและยังติดตามประเมินผลในเรื่องของการให้การบำบัดที่ไม่ใช่ยาว่าหลังจากให้

คำแนะนำในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การเบี่ยงเบนความสนใจการจินตนาการในทางบวก และเทคนิคการผ่อนคลายว่าสามารถช่วยลดความปวดได้หรือไม่ ในระดับใด

การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่คาดหวังไว้ นั่นจะต้องสอดคล้องระหว่างการประเมินการรับรู้ของผู้ให้และผู้รับว่ามีความคาดหวังในเรื่องเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การดูแลที่ได้รับจริงกับการดูแลที่คาดหวังไว้ว่าจะได้รับ ซึ่งการรับรู้ในสิ่งที่คาดหวังว่าได้รับจริงจะเป็นสิ่งที่บอกว่าผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดมีความพึงพอใจในการดูแล

5. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

5.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ หมายความว่า เป็นการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจซึ่งอาจเป็นความนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง เป็นแนวคิดหรือความประทับใจก็ได้ รวมทั้งเป็นการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุสิ่งของต่างๆ นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านให้ความหมายของการรับรู้ดังนี้

ลาซาลัสและโฟคแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การรับรู้เกิดขึ้นได้จากกระบวนการประเมินโดยการคิดรู้ ซึ่งอาศัยกลไกการทำงานของจิตใจในการคิด ตัดสินใจ จำแนก และกำหนดทิศทางทางเลือกในการแสดงออกซึ่งมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ในอดีตและกระบวนการประเมินนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การรับรู้ที่แตกต่างกันเป็นสิ่งสะท้อนสภาพความเป็นจริงของแต่ละคนในการตระหนักถึงบุคคล สิ่งของ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะเกิดมาในสภาพแวดล้อมที่คล้ายคลึงกัน หากแต่แต่ละบุคคลก็ยังมี การรับรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันเนื่องจากการเลือกรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสและสติปัญญาซึ่งมีแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

คิง (King, 1981) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาท ในขณะที่วัชรีย์ พงษ์ลดา และสมพร (2543) ได้สรุปความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการตีความหมายที่ต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้ ถ้าปราศจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์จะไม่มี การรับรู้ มีแต่เพียงการรับสัมผัสเท่านั้น และการรับรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรในขณะใดขณะหนึ่ง เราไม่ได้รับรู้หมดทุกอย่าง แต่เราเลือกรับรู้สิ่งเร้าเพียงบางอย่าง

กอบกุล (2528) ได้กล่าวไว้ว่า บางคนอาจมีการรับรู้ว่าความเจ็บปวายนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกว่าการ

เจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่ต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน

5.2 ขั้นตอนของการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึกสัมผัส (sensation) การเลือก (selection) การจัดระบบ (organization) และการแปลความ (interpretation or making of sense and understanding experience) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการรับรู้ เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจหรือแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นๆ โดยอาศัยคุณสมบัติที่มีอยู่ในตนเอง เช่น ทักษะการรับรู้ ประสาทการรับรู้ ความต้องการ ค่านิยม เป็นต้น ดังนั้นการแปลความจึงเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับอัตวิสัย (subjective) ของผู้รับสิ่งเร้าอาจทำให้บุคคลมีการแปลความหมายสิ่งเร้าเดียวกันได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่กำหนดการรับรู้ดังนี้ (ภฤชณา, 2530)

5.2.1 ประสบการณ์เดิม การรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งนั้น ถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่คล้ายๆ กันเกี่ยวกับสิ่งเร้านั้นๆ การรับรู้สิ่งเร้านั้นก็ย่อมคล้ายคลึงกัน

5.2.2 ความต้องการ เมื่อบุคคลมีความต้องการสิ่งใดมักจะรับรู้สิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง อย่างไรก็ตามหากความต้องการมีมากและเกิดความเครียดมาก อาจทำให้การรับรู้ผิดพลาดได้

5.2.3 คุณค่า คุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ที่มีต่อบุคคลย่อมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลมาก

5.2.4 เจตคติ ความรู้สึกและความนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดบุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์โดยอ้อมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ บุคคลนั้นๆ หรือสถานการณ์นั้นๆ

5.2.5 อารมณ์ เมื่อบุคคลมีอารมณ์ดีก็จะมีอารมณ์สบายใจ ทำให้พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากขึ้น มองเห็นข้อดีไปหมด แต่หากอยู่ในสภาพอารมณ์ที่ไม่ดีจะมองเห็นสิ่งต่างๆ ไม่น่าชอบใจหรือหากอารมณ์ไม่ดีมากๆ อาจจะไม่รับรู้หรือรับรู้ผิดพลาดได้

5.2.6 การเตรียมตัวล่วงหน้า โดยการที่บุคคลเคยมีประสบการณ์และเรียนรู้สิ่งใดมาก่อนทำให้บุคคลเตรียมที่จะตอบสนองสิ่งนั้นในแนวเดียวกับที่เคยรับรู้มา

5.2.7 การได้รับแรงเสริม เช่น การสนับสนุน คำชมเชย หรือรางวัล จะทำให้บุคคลรับรู้สิ่งนั้นเร็วขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ได้รับการเสริมแรง เช่น ถูกขัดขวาง เกิดอุปสรรคหรือถูกลงโทษ บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยง

5.2.8 วัฒนธรรม ประเพณี หรือค่านิยมต่างๆ ในสังคมจะเป็นสิ่งที่กำหนดการรับรู้ของบุคคล โดยทั่วไปบุคคลมีกรอบของการอ้างอิงต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลใช้วัดสิ่งต่างๆ ที่พบเห็นเมื่อ

พิจารณาตัดสินคุณภาพของสิ่งนั้นว่าเป็นอย่างไร เช่น วัฒนธรรมจีน พิจารณาว่าการดำรงรักษา
 คุณภาพระหว่างหยินหยางและความกลมกลืนของสิ่งแวดล้อมว่าเป็นศูนย์กลางของการดำรง
 รักษาสุขภาพที่ดี ดังนั้นสุขภาพจึงถูกรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการดำรงรักษาคุณภาพของบุคคลและ
 ครอบครัว

จึงสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความปวด
 แตกต่างกันไป ก็คือประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการให้ความหมายของความปวดตาม
 ทัศนะของแต่ละบุคคล ซึ่งในการศึกษาของรีด (Read,1994) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความปวด
 ในผู้ป่วยเด็กของแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ
 95 มีความเข้าใจว่าเด็กสามารถรับรู้ความปวดได้ และควรจะได้รับการระงับปวด แต่ในทางปฏิบัติ
 จริงนั้นผู้ป่วยเด็กได้รับการระงับปวดน้อยมาก และพยาบาลมักจะเลื่อนเวลาในการให้ยาระงับปวด
 ครั้งใหม่แก่เด็กนานมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งยังพบว่าแพทย์และพยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับขนาด
 ของยาที่ใช้บรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วยเด็กด้วย นอกจากนี้สังวาลย์ (2532) ได้ศึกษาความ
 สัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความปวดกับผลการควบคุมความปวดในผู้ป่วยหลัง
 ผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างการรับรู้ของ
 ผู้ป่วยกับของพยาบาลต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 12-24 ชั่วโมงกับผลการควบคุมความปวด
 หลังผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วย แต่การศึกษาของจอร์ยี่ (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้
 ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่า ความ
 สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลและปัจจัยพื้นฐานบางประการของพยาบาลกับกิจกรรมการ
 พยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญ
 เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด
 หลังผ่าตัดถูกต้องมีบางประเด็นที่ยังมีการรับรู้ไม่ถูกต้อง ได้แก่ สาเหตุการเกิดความปวดว่าเกิดจาก
 พยาธิสภาพทางร่างกายเท่านั้น หลังผ่าตัดถ้าผู้ป่วยเด็กนอนนิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายแสดงว่า
 เด็กไม่มีความปวด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดต้องปฏิบัติตาม
 แผนการรักษาเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเดียว คือ การให้ยา
 บรรเทาปวด โดยไม่ได้ให้อย่างต่อเนื่องเพราะความเชื่อว่าจะอาจเกิดภาวะการติดยาได้ การให้พ่อแม่
 เฝ้าดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมการพยาบาลมากกว่าจะช่วยบรรเทาความ
 ปวด การควบคุมความปวดหลังผ่าตัดใน 24-48 ชม.แรกไม่ควรให้ยาฉีดอย่างต่อเนื่อง การเปิด
 เพลงเบาๆ เป็นการรบกวนความเจ็บสงบก่อให้เกิดความรำคาญมากกว่าจะช่วยบรรเทาความ
 ปวดหลังผ่าตัด

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

เมื่อนุคคลประสบความปวดจะมีการรับรู้ถึงลักษณะเฉพาะของความปวดและเมื่อประเมินตัดสินความปวดแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันเป็นประสบการณ์ที่มีความซับซ้อนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพรวมถึงความเจ็บป่วยอันจะส่งผลถึงการจัดการกับความปวดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล ขณะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนทีมสุขภาพในการกำหนดแผนการดูแลและการจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกต้องและสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ อันจะมีผลให้ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังได้รับการดูแลจากพยาบาลดีขึ้นและเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการกับความปวด