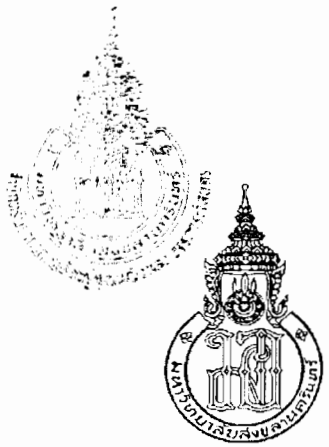


ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า

Outcomes of Postoperative Pain Management Among Patient Receiving Elective Surgery

ภัคธิดา มหาแก้ว

Pukthida Mahakeaw

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขหมู่ RD99.4 .T62 2560
Bib Key 419256
24 ต.ค. 2560

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า

ผู้เขียน นางสาวภัคธิดา มหาแก้ว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ

(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนร่วมช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ ภัคธิดา มหาแก้ว.....

(นางสาวภัคธิดา มหาแก้ว)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ ภัคธิดา มหาแก้ว

(นางสาวภัคธิดา มหาแก้ว)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า
ผู้เขียน นางสาวภัคธิดา มหาแก้ว
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2559

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวด หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย (2) แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย (3) แบบประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด (4) แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด และ (5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ของแบบสอบถามการรับรู้การจัด การความปวด ได้ค่าเท่ากับ .83 ทดสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แอลฟ่าของ ครอนบาร์ค (Cronbach Alpha's coefficient) ของ แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ได้เท่ากับ .92 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด กับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

ผลการวิจัย พบว่า ผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (M = 26.14, SD = 2.50)

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 อยู่ในระดับมาก (M = 7.59, SD = 2.04) ปานกลาง (M = 5.89, SD = 1.91) และเล็กน้อย (M = 3.58, SD = 1.38) ตามลำดับ

3. หลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับมากในด้านการทำกิจกรรมทั่วไป (Mdn = 8.00, IQR = 3.00) การนอนหลับ (M = 6.39, SD =

2.71) การเดิน (*Mdn* = 8.00, *IQR* = 4.00) เคลื่อนไหว (*Mdn* = 7.00, *IQR* = 2.00) และความวิตก กังวล (*M* = 6.13, *SD* = 3.44) หลังผ่าตัดวันที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับปานกลาง ในด้านการทำกิจกรรมทั่วไป (*M* = 5.58, *SD* = 2.45) การนอนหลับ (*M* = 4.66, *SD* = 2.44) และการเดิน (*M* = 4.42, *IQR* = 2.68) และหลังผ่าตัดวันที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับเล็กน้อยในด้านการทำกิจกรรมทั่วไป (*M* = 2.71, *SD* = 2.37) และการเดิน (*Mdn* = 2.00, *IQR* = 3.00)

4. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (*Mdn* = 3.00, *IQR* = 1.00)

5. การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25$, $p < .05$) และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$, $p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์การจัดการความปวดอยู่ในระดับดีโดยผู้ป่วยรับรู้การจัดการความปวดและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ควรมีการจัดการความปวดโดยใช้ยาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และในกรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดรุนแรงพยาบาลควรประเมินซ้ำและรายงานแพทย์เพื่อจัดความปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Thesis Title	Outcomes of Postoperative Pain Management Among Patient Receiving Elective Surgery
Author	Miss Pukthida Mahakaew
Major	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2016

Abstract

The purpose of this descriptive study was to investigate the outcomes of postoperative pain management among patients receiving elective surgery in a tertiary hospital of southern, Thailand. The purposive sample consisted of 88 patients who undergone elective surgery. The data were collected using a set of questionnaire including: (1) the Demographic Data and Illness History Sheet, (2) the Post-operative Pain Management Perception Questionnaire, (3) the Post-operative Pain Intensity Assessment, (4) the Impact of Post-operative Pain Questionnaire, and (5) the Post-operative Pain Management Satisfaction Questionnaire. The content validity was verified by 3 experts. The reliability of the Post-operative Pain Management Perception Questionnaire was examined and yielded the Kuder-Richardson-20 of .83. The reliability of the Impact of Post-operative Pain Questionnaire and the Post-operative Pain Management Satisfaction Questionnaire were examined and yielded the Cronbach's alpha coefficient of .92 and 1.00 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, and Spearman Rank Correlation. The results of the study were as follows:

1. The mean score of post-operative pain management perception of the subjects was at a high level (M = 26.14, SD = 2.50).

2. The mean score of pain intensity of the subjects was at a high level (M = 7.59, SD = 2.04) and decreasing to at a moderate level (M = 5.89, SD = 1.91) and at a mild level (M = 3.58, SD = 1.38).

3. On day-1 post-operation, the impact of pain was at a high level, particularly the dimensions of daily activity (Mdn = 8.00, IQR = 3.00), sleeping (M = 6.39, SD = 2.71), walking (Mdn = 8.00, IQR = 4.00), mobility (Mdn = 7.00, IQR = 2.00), and anxiety (M = 6.13, SD = 3.44). On day-2 post-operation, the impact of pain was at a moderate level, particularly the dimensions of daily activity (M = 5.58, SD = 2.45), sleeping (M = 4.66, SD = 2.44), and walking

(*M* = 4.42, *IQR* = 2.68). On day-3 post-operation, the impact of pain was at a mild level, particularly the dimensions of daily activity (*M* = 2.71, *SD* = 2.37) and walking (*Mdn* = 2.00, *IQR* = 3.00).

4. The mean score of post-operative pain management satisfaction of the subjects was at a high level (*Mdn* = 3.00, *IQR* = 1.00)

5. Correlation analysis showed that there were significantly positive correlation between the post-operative pain management perception and the post-operative pain management satisfaction *(r* = .25*, p* < .05*)*, and between the post-operative pain intensity and the impact of post-operative pain *(r* = .48*, p* < .01*)*.

The research findings showed that the outcomes of post-operative pain management were at a high level based on the perception of the patients. However, the pharmacological pain management should be improved. In case of severe pain, nurse should reassess and notify the physician for increasing the effectiveness of post-operative pain management.

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		(2)
ABSTRACT		(4)
กิตติกรรมประกาศ		(6)
สารบัญ		(7)
รายการตาราง		(9)
รายการภาพประกอบ		(10)
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	6
	คำถามการวิจัย	7
	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
	นิยามศัพท์	10
	ขอบเขตการวิจัย	11
	ประโยชน์ของการวิจัย	12
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	13
	คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ	14
	ความปวดหลังผ่าตัด	17
	ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด	32
	การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด	41
	ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	58
	การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา	62
	สรุปทบทวนวรรณคดี	65

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	68
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	69
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	72
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	74
	การวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	76
	ผลการวิจัย	76
	การอภิปรายผลการวิจัย	88
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	96
	สรุปผลการวิจัย	96
	ข้อจำกัดในงานวิจัย	98
	ข้อเสนอแนะ	98
เอกสารอ้างอิง		99
ภาคผนวก		119
	ก ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	120
	ข ตารางทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น	121
	ค เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	122
	ง ตารางการวิเคราะห์เพิ่มเติม	139
	จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	143
ประวัติผู้เขียน		144

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	77
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล.....	79
3	ร้อยละการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 5 ด้าน.....	82
4	พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด...	83
5	พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดและระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัดการผ่าตัด.....	84
6	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยรวมและรายด้าน.....	85
7	พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด.....	87
8	ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด กับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง.....	88

รายการภาพประกอบ

ภาพ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วย
ที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า..... 10

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้นทันทีจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (Fletcher, Fermanian, Mardaye, & Aegerter, 2008; Lindberg et al., 2016) เป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญ ผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ความปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 86 โดยร้อยละ 75 เป็นความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Gan, Habib, Miller, White, & Apfelbaum, 2014) และพบว่าใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 80 – 90 มีความปวดระดับรุนแรงและจะลดลงใน 48 – 72 ชั่วโมงต่อมา ซึ่งความปวดอาจมีอยู่ตลอดเวลาทั้งในขณะพักและเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (Fletcher et al., 2008; Weiran et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของไวลด์ รูเคอร์ ฮอลลิเดย์ และบลูม (Wylde, Rooker, Halliday, & Blom, 2011) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ58 รายงานความปวดรุนแรงในวันแรก และร้อยละ 47 รายงานความปวดรุนแรงและปานกลางในวันที่สองหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ความปวดรุนแรงพบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะภายใน เช่น ผ่าตัดทรวงอก ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดกระดูก (Doherty, 2010) สำหรับการศึกษาของหน่วยระงับความปวดเฉียบพลันในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ98.2 มีความปวดระดับรุนแรง (Yimyaem et al., 2006)

ความปวดหลังผ่าตัดเกิดจากการบาดเจ็บของผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดทำให้มีความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกปวดเพิ่มขึ้น (Jensen, 2010; Woolf, 2010) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านสรีรวิทยา (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554; Chandrakantan, & Glass, 2011; Gerbershagen et al., 2013; Soares, Nucci, Silva, & Campacci, 2013) และทางด้านจิตใจ (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554) ผลกระทบด้านสรีรวิทยาที่พบได้แก่ ผลต่อการหายใจ (มาร์วิน, 2555; Soares et al., 2013) โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง (สุนิดา, 2552; Doherty, 2010) อาการปวดแผลผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจลึก ๆ หรือไออย่างมีประสิทธิภาพได้ส่งผลให้ปอดขยายตัวลดลงเกิดการคั่งค้างของเสมหะ นำไปสู่การเกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบตามมา (Soares et al., 2013) ผลต่อหัวใจจากการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดเพิ่มขึ้น แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นจนอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลต่อการไหลเวียนเลือดเกิดจากความปวดทำให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง เคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดดำลดลงเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำชั้นลึก (Lindberg et al., 2016; Sakon,

Maehara, Yoshikawa, & Akaza, 2006) ผลต่อการขับปัสสาวะซึ่งความปวดอาจทำให้ภาวะปัสสาวะคั่ง ผลต่อทางเดินอาหารซึ่งอาจทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานลดลงเกิดอาการท้องอืด (อรทัย, พรรณี, และอวยพร, 2558) และคลื่นไส้อาเจียน (Chandrakantan, & Glass, 2011; Madsen et al., 2005) นอกจากนี้ ความปวดยังทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งส่งผลให้ความปวดเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น (Madsen et al., 2005) และความปวดเป็นสิ่งกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองทางระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบการเผาผลาญ ทำให้ภูมิต้านทานลดลงกระบวนการหายของแผลล่าช้า (อรทัย, พรรณี, และอวยพร, 2558)

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่าความปวดทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว และนอนไม่หลับ อาจส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น อารมณ์ฉุนเฉียว และโกรธ (อวยพร, 2550) มักแสดงออกหรือระบายอารมณ์โกรธกับบุคลากรทางการแพทย์ ความปวดที่เกิดอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กลัวความตาย และกังวลเกี่ยวกับสุขภาวะของตนเอง ซึ่งเป็นอารมณ์ที่ลึกซึ้งและคุกคามบุคคล ความกลัวสิ่งที่ไม่รู้จักทำให้เกิดความกังวลมากขึ้น นอกจากนี้ การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานทำให้มีผลคุกคามผู้ป่วยรวมทั้งการสูญเสียความสามารถ ชีวิตและอิสรภาพจากการที่ต้องแยกตัวจากครอบครัวและเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิตตามปกติ ตลอดจนต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ นอกจากนี้ ความกังวลของสมาชิกในครอบครัว สามารถถ่ายทอดมายังผู้ป่วยได้โดยตรงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวเพิ่มขึ้น (มาร์วิน, 2555) ดังนั้น ผลกระทบจากความปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจอาจทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดช้าลง เพิ่มอัตราการป่วย เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554; Al Samaree, Rhind, Saleh, & Bhattacharya, 2010) และอาจทำให้เป็นความปวดเรื้อรังได้ (Voscopoulos, & Lema, 2010; Shipton, 2011)

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain [IASP]) หน่วยงานกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพและการวิจัย (Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]) และสำนักงานความร่วมมือในการรับรองคุณภาพองค์กรสุขภาพ (Joint Commission Accreditation on Health Care Organization [JCAHO]) ได้กำหนดให้มีแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยมีการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด (Gagliese, Weizblit, Ellis, & Chan, 2005; Breivik et al., 2008) และให้มีการบันทึกรายงานความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (กนกพร, 2556; สมบูรณ์ และคณะ, 2550) กำหนดให้การบรรเทาความปวดเป็นเป้าหมายหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและให้มีแนวปฏิบัติในการจัดการและการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (มนัสนันท์, 2552; เสาวนิตย์ และปิ่นอนงค์, 2557; สุนันทา, 2555; Bucknall, Manias, & Botti, 2007; Gordon et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยมีการเตรียมการวางแผนการจัดการความปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัดและให้การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง (จีรพร, 2551; นารีรัตน์, 2554; วรนุชและสมพร, 2555; Al Samareaee et al., 2010; Manias, Bucknall, & Botti, 2006) ตามแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง 3) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับยาบรรเทาความปวดกลุ่มอื่นๆ (mutimodal Analgesia) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; ศศิกานต์, 2554; Buvanendran & Kroin, 2009; Gaglieses et al., 2005; White et al., 2007) 4) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยาเพื่อสนับสนุนให้การบรรเทาความปวดได้ผลดียิ่งขึ้น และ 5) การติดตามประเมินความปวดซ้ำภายหลังการจัดการความปวด (ศนิชา, 2556; Bucknall, Manias, & Botti, 2007; Gordon et al., 2008)

อย่างไรก็ตาม พบว่าการจัดการความปวดหลังผ่าตัดยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและญาติ เช่น การไม่กล้าแสดงหรือบอกความปวดหรือขอยาแก้ปวดเพราะเกรงว่าเป็นการรบกวนพยาบาลที่กำลังยุ่ง (Mackintosh, 2007; Taylor & Stanbury, 2009) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 60 จะอยู่เฉยๆ ไม่พยายามที่จะจัดการกับความปวดของตนเอง แต่จะรอให้พยาบาลมาสอบถามก่อนแล้วจึงค่อยขอยาบรรเทาความปวด (Manias, Botti, & Bucknall , 2006) ผู้ป่วยมีความกลัวการฉีดยา ความกลัวการติดยา และกลัวผลข้างเคียงของยาโอปิออยด์ (วนิดา, วิชัย, และกนกพร, 2556) ผู้ป่วยไม่รู้ว่าต้องติดตามความก้าวหน้าของความปวดซ้ำ ไม่คาดหวังว่าบุคลากรทีมสุขภาพจะสามารถบรรเทาความปวดให้ได้จึงยอมทนทุกข์ทรมานอยู่กับความปวด (ธิวา, ณะดา, และศิวาภร, 2559) และปัจจัยทางด้านทีมสุขภาพ (ธิวา และคณะ, 2559; พนารัตน์ และคณะ, 2551; Breivik, 2017) เช่น เชื่อว่าผู้ป่วยที่ดีต้องอดทนไม่บ่น ไม่สามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างเต็มที่เนื่องจากไม่มีบทบาทอิสระในการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา (ทิพวรรณ์, 2559) ต้องใช้เวลานานในการติดต่อศัลยแพทย์เพื่อให้สั่งการรักษาด้วยยาบรรเทาปวด (Charuluxananan et al, 2011) การจำกัดงบประมาณหรือมีทรัพยากรจำกัดหรือการขาดอัตรากำลังของพยาบาลทำให้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยหลายรายหรือทำงานในหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้พยาบาลไม่มีเวลาที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อประเมินความปวดหรือจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีการอบรมแต่เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมด้านการจัดการความปวดยังมีไม่ทั่วถึง เป็นต้น (ธิวาและคณะ, 2559)

ผลการวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความปวดจากการศึกษาของ เฟลชเชอร์และคณะ (Fletcher et al., 2008) ซึ่งสำรวจการจัดการความปวดจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในประเทศฝรั่งเศสจำนวน 1,900 ราย พบว่าในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 98.2 ได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาโดยร้อยละ 62.8 ใช้ยามอร์ฟีน ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาความปวด (จิราภี และสุธีรา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาต่อมาของ ธิวา และคณะ (2559) ซึ่งยังคงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาบรรเทาความปวดและผลข้างเคียงของยา และไม่ได้รับการประเมินระดับความปวดก่อนและหลังให้ยาบรรเทาความปวด และพบว่าความปวดแผลผ่าตัด เทคนิคการควบคุมความปวดแผลผ่าตัด และการไม่ได้รับการประเมินความปวดก่อนและหลังให้ยาบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (ธิวา และคณะ, 2559) นอกจากนี้ การศึกษาของ สมพร มยุรี และขวัญจิตร์ (2552) พบว่าคะแนนความปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัดจึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยกระบวนการจัดการความปวดส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกคือความรุนแรงของความปวดและส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำให้มีการปรับปรุงกระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้น ดังเช่น การศึกษาของจรรยา (2554) พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.60 มีผลการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ในขณะก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 18.44 ที่มีผลการบรรเทาความปวดหลังในระดับมาก และหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.50 มีความพึงพอใจในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ (2552) ซึ่งศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ พบว่าหลังผ่าตัดทันทีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.67 มีความปวดระดับรุนแรง ร้อยละ 53.33 มีความปวดระดับปานกลาง และร้อยละ 40 มีความปวดระดับน้อย และเมื่อครบ 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.33 มีความปวดระดับปานกลาง และร้อยละ 66.67 มีความปวดระดับน้อย และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 มีความปวดระดับปานกลาง และร้อยละ 80 มีความปวดระดับน้อย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และพยาบาลผู้ปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และงานวิจัยของมนัสนันท์ (2552) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของแนวทางเวชปฏิบัติการระงับปวดหลังผ่าตัดต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและใน 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.5 มีความปวดและต้องการยาบรรเทาปวด แต่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะอยู่ห้องพักฟื้น และระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

กระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจของผู้ป่วยนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ที่ได้เสนอแนวทางการประเมินผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพจากองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ 1) โครงสร้าง ระบบการดูแล การจัดการองค์กร และการบริหารจัดการ ซึ่งประเมินได้จากคุณลักษณะของการบริการ เช่น ขนาด สถานที่ ช่วงเวลาบริการ สิ่งของอำนวยความสะดวก เทคโนโลยี โครงสร้างและสภาพขององค์กร 2) กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านคลินิก การตัดสินใจและกิจกรรมทางคลินิก และ 3) ผลลัพธ์ ซึ่งเป็นผลทางคลินิกของผู้ป่วยและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันโดยโครงสร้างทำให้เกิดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพอันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม การประเมินผลในองค์ประกอบด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ทางคลินิก สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ชัดเจนและรวดเร็วกว่าองค์ประกอบด้านโครงสร้าง (Jencks et al., 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพโดยประเมินด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ดังเช่น งานวิจัยของแสงเดือน (2552) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการจัดการความปวดโดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับยาบรรเทาปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลในการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนา ดังนั้น การประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและด้านผลลัพธ์ของการจัดการความปวด จึงเป็นประโยชน์และมีความสำคัญในการปรับปรุงพัฒนาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ยะลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ มีสถิติผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Elective surgery) ในปี พ.ศ. 2555 – พ.ศ. 2559 จำนวน 10,123, 9,521, 10,021, 10,326 และ 8,579 ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลศูนย์ยะลา, 2559) ได้กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม จึงให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยกลุ่มงานบริการพยาบาลมีนโยบายให้หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะต้องดำเนินการประกันคุณภาพเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสอดคล้องกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย 2) การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดและบันทึกระดับความปวดในแบบบันทึกสัญญาณชีพ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความปวดให้เฝ้าระวังโดยการประเมินและบันทึกทุก 8

ชั่วโมง 3) กรณีที่ผู้ป่วยมีความปวด พยาบาลจะต้องให้การดูแลบรรเทาความปวดโดยการใช้ยาตามแผนการรักษาร่วมกับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา และ 4) การติดตามประเมินความปวดหลังได้รับการบรรเทาความปวดและติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาความปวดโดยประเมินหลังยาฉีดทางหลอดเลือดดำ 10 – 15 นาที หลังยาฉีดทางกล้ามเนื้อ 30 นาที และหลังยารับประทาน 1 ชั่วโมง และในกรณีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาจะต้องประเมินซ้ำทุก 30 นาที นอกจากนี้ ยังกำหนดให้มีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการความปวดก่อนจำหน่าย และมีประเด็นการจัดการความปวดในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอีกด้วย โดยคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ยะลาจะปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับกระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการรายงานการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการบริการการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยศึกษาในด้านกระบวนการจัดความปวดด้วยการประเมินการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และศึกษาด้านผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในทางคลินิกด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญและเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการบริการการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อการฟื้นสภาพหลังเร็วขึ้น ลดอัตราการป่วย และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้า

2. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้า

3. เพื่อศึกษาผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้า

4. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้า

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้า

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้ามีการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับใด

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้ามีความรุนแรงของความปวดหลัง อยู่ในระดับใด

3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้ามีผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด อยู่ในระดับใด

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้ามีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด อยู่ในระดับใด

5. การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินผลลัพธ์การบริการสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง หมายถึง ระบบการดูแล การจัดการองค์กร และการบริหารจัดการ การประเมินคุณลักษณะของการบริการ เช่น ขนาด สถานที่ ช่วงเวลาการบริการ สิ่งของอำนวยความสะดวก เทคโนโลยี โครงสร้างและสภาพขององค์กร 2) ด้านกระบวนการ หมายถึง ขั้นตอนหรือวิธีการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านคลินิก การตัดสินใจ และกิจกรรมทางคลินิก และ 3) ด้านผลลัพธ์ หมายถึง ผลทางคลินิกของผู้ป่วยและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กันคือโครงสร้างทำให้เกิดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพอันจะส่งผลต่อผลลัพธ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลลัพธ์การบริการการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ โดยศึกษากระบวนการจัดการความปวดตามแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าควรได้รับอย่างครอบคลุมตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด เป็นการเพิ่มการรับรู้และความคาดหวังที่ถูกต้อง ลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (จีรพร, 2551; นารีรัตน์, 2554)

2. การประเมินความปวดหลังผ่าตัดควรมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลจึงควรใช้เครื่องมือประเมินที่ผู้ป่วยสามารถบอกได้ตรงกับความเป็นจริง เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ (ชัชชัย, 2552; วิจิตรา, 2551; Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008; Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011)

3. การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับยาบรรเทาความปวดกลุ่มอื่นๆ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; ศศิกานต์, 2554; Buvanendran & Kroin, 2009; Gaglieses et al., 2005; White et al., 2007)

4. การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา เพื่อสนับสนุนให้การรักษาความปวดโดยการใช้ยาได้ผลดีขึ้น (จริยา, 2552; ชัชมน, 2552; ทองจันทร์ และคณะ, 2550; ปภัสสิริ, 2550; เพ็ญประภา, วรีวรรณ, และกรณิศ, 2556; ภัทรา, 2547; สุวลักษณ์, ประกาศิต, และเปรมฤดี, 2551; สุนันทา, 2555; สิริญญา, 2552; อารม และผาณิต, 2555; อัจฉรา และอวยพร, 2554; Ajorpaz, Mohammadi, Najaran, & Khazaei, 2014; Ko, Chang, Lee, & Lin, 2016)

5. การประเมินความปวดซ้ำภายหลังการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อติดตามผลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และผลข้างเคียงจากยาบรรเทาความปวด รวมถึงการประเมินความรุนแรงของความปวดและผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้น (ศนิชา, 2556; Bucknall, Manias, & Botti, 2007; Gordon et al., 2008)

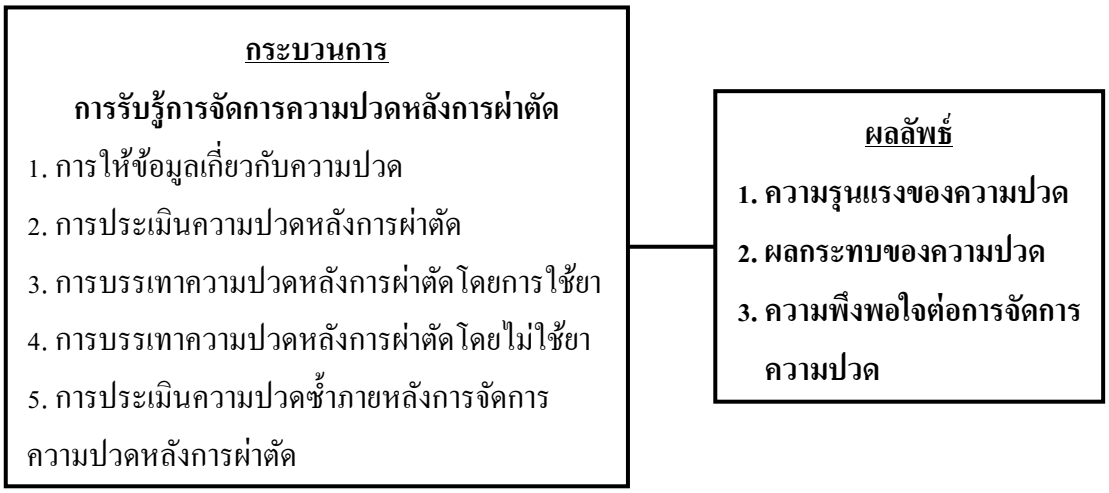
สำหรับด้านผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ใช้แนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ของแมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1967) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ในการศึกษาระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดและผลกระทบของความปวด ซึ่งได้อธิบายกลไกการเกิดความปวดว่ากระแสประสาทรับ

ความรู้สึกปวดที่นำเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะถูกปรับเปลี่ยนกระแสประสาทความปวดที่ระดับไขสันหลังก่อนนำขึ้นไปทำให้เกิดการรับรู้ความปวดในระดับสมอง ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นได้ทันทีหลังจากเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น พังผืดได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด จะมีการหลั่งสารสื่อประสาทต่างๆ โดยสารสื่อประสาทจะไปกระตุ้นตัวรับความปวดและมีการส่งสัญญาณความปวดประสาท โดยเส้นใยประสาทขนาดเล็กจะนำสัญญาณความปวดกระตุ้นดอร์ซอลฮอร์นบริเวณไขสันหลัง ให้มีการส่งสัญญาณความปวดโดยทีเซลล์ซึ่งนำกระแสประสาทไปสู่สมองได้ เรียกว่า ประตูเปิด ทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกปวดขึ้น (Woolf, 2010) ผลที่ตามมาคือความปวดในระดับที่รุนแรง (Gan et al., 2014) โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ความปวดจะอยู่ในระดับรุนแรง จากนั้นจะลดลงใน 48 – 72 ชั่วโมงต่อมา และอาจมีความปวดตลอดเวลาทั้งในขณะพักและเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (Fletcher et al., 2008; Weiran et al., 2013)

ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554) รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไป การนอนหลับ ความสามารถในการเดิน การเคลื่อนไหว การหายใจ อารมณ์ การทำกิจกรรมอื่นๆ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (สมพร และคณะ, 2552; Chaudakshetrin, 2009)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกยินดีหรือชื่นชอบที่มีผลจากการมีประสบการณ์อันเกิดจากการได้รับบริการ ประเมินผลการรับรู้ของตนว่าเป็นไปตามความคาดหวังหรือความต้องการของตน (อรพรรณ, 2548; Lovatsis, Jose, Tufman, Drutz, & Murphy, 2007) เป็นความสมดุลระหว่างความคาดหวังและสิ่งที่ได้รับจริงหรือได้รับการตอบสนองตามความต้องการจากสิ่งที่คาดหวังไว้ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Auquier et al., 2005; Maurice-Szamburski, Bruder, Loundou, Capdevila, & Auquier, 2013)

ผู้วิจัยเชื่อว่า การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นการรับรู้กระบวนการบริการซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ดังแสดงในภาพ 1.



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า

นิยามศัพท์

การจัดการความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง การปฏิบัติเพื่อขจัด ลด บรรเทา และควบคุมความปวดและผลกระทบที่เกิดจากความปวดในช่วงเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้าและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วทั้งตัว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา 4) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา และ 5) การประเมินซ้ำภายหลังการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าต่อผลของกระบวนการจัดการความปวด โดยการวิจัยครั้งนี้ได้จากผลลัพธ์ดังนี้

1. ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกถึงระดับความปวดมากหรือน้อยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้าและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วทั้งตัว ประเมินหลังผ่าตัดวันแรก วันที่สอง และวันที่สาม โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale: NRS) ที่มีการระบุตัวเลข

ต่อเนื่องไปตามเส้นตรง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย 1 – 9 คะแนน หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้นจนถึง 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด

2. ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง อาการและอาการแสดงที่เป็นผลจากความปวดหลังผ่าตัดในวันแรก วันที่สอง และวันที่สาม ประกอบด้วยอาการทางร่างกาย ได้แก่ การหายใจ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการหน้ามืดใจสั่น การนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรมทั่วไป ความสามารถในการเดิน ความสามารถในการเคลื่อนไหว การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว โดยใช้แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความปวดฉบับย่อภาษาไทย (Brief Pain Interventory – Thai: BPI-T) ของวงจันทร์ (2554)

3. ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกยินดีหริชื่นชอบของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุม 5 องค์ประกอบของการจัดการความปวด คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา 4) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา และ 5) การประเมินซ้ำภายหลังการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยทำการศึกษากระบวนการจัดการความปวดด้วยการประเมินการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย และศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559

ประโยชน์ของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถานการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดล่วงหน้า ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า ผู้ศึกษาวิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณคดีดังนี้

1. คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ
   1.1 แนวคิดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ
   1.2 การประเมินคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ
2. ความปวดหลังผ่าตัด
   2.1 ความหมายและองค์ประกอบของความปวด
   2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด
   2.3 ความปวดหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
   2.4 การประเมินความรุนแรงของความปวด
3. ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด
   3.1 ความหมายของผลกระทบของความปวด
   3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของความปวด
   3.3 การประเมินผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด
4. การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด
   4.1 กระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
   4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
   4.3 การประเมินการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
   5.1 ความหมายของความพึงพอใจ
   5.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
   5.3 การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
6. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา
7. สรุปการทบทวนวรรณคดี

คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ

แนวคิดคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือถูกต้องตามมาตรฐานของแต่ของละวิชาชีพที่กำหนดไว้ภายใต้การใช้ทุนที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ตอบสนองตามความคาดหวังหรือความต้องการเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2558)

ปัจจุบันการบริการทางสุขภาพมีการพัฒนาทั้งด้านศักยภาพในการรักษาและการบริการเนื่องจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการบริการทางสุขภาพสูงขึ้น ผู้ใช้บริการมีความต้องการการดูแลทางสุขภาพมากขึ้นและต้องการผลลัพธ์ที่ดีจากการรักษาที่ได้มาตรฐาน มีความคาดหวังและให้ความสำคัญต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลมากขึ้น ทำให้บุคคลากรทางสุขภาพมีความตื่นตัวในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพมากขึ้น (Campbell, Roland, & Buetow, 2000) การบริการสุขภาพที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงควรมีการกำหนดคุณภาพเชิงผลลัพธ์ที่สามารถวัดได้ และมีการกำหนดเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ไว้ให้ชัดเจน และดำเนินการประเมินอย่างมีมาตรฐาน (จิรุตม์, สมเกียรติ, ยุพิน, จารุวรรณ และศรานุช, 2543)

คุณภาพของระบบการบริการทางสุขภาพพัฒนาขึ้นโดยการสร้างข้อกำหนด มาตรฐาน หรือแนวทางเพื่อนำมาสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน ซึ่งบุคลากรผู้รับผิดชอบจำเป็นต้องเข้าใจบทบาทและขอบเขตหน้าที่ของตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ระบบการบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดข้อบกพร่องในการให้บริการเชิงวิชาชีพ ลดการเกิดปัญหาและข้อขัดแย้งทางกฎหมายและจริยธรรม ผู้ใช้บริการปลอดภัย ลดความกังวลและมีความพึงพอใจ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและงบประมาณด้านสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ นอกจากนี้ ยังส่งผลกลับให้บุคลากรทางขภาพได้รับการยอมรับจากผู้ใช้บริการและสังคม องค์กรทางสุขภาพได้รับความเชื่อถือ การพัฒนาและควบคุมคุณภาพการบริการสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกโรงพยาบาล (ชุติกาญจน์, 2554; Gardner, Gardner, & Oconnell, 2014) คุณภาพของระบบบริการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สร้างขึ้นเพื่อให้เกิดระดับความเป็นเลิศสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลและปฏิบัติการเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลในระดับที่ตกลงกันไว้ (พวงทิพย์, 2551)

การประเมินคุณภาพของการจัดการระบบบริการสุขภาพ

การประเมินคุณภาพ คือ การตัดสินคุณค่าการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการที่จะติดตามการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบชัดเจน เที่ยงตรง เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบคุณภาพบริการต่อผู้ใช้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลาว่ามีความสอดคล้องตรงตามมาตรฐานและเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดหรือไม่ มีเป้าหมายเพื่อสะท้อนให้หน่วยงานได้ทราบจุดอ่อน จุดแข็ง สิ่งที่คุกคามและโอกาสในการพัฒนาคุณภาพหรือปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ใช้บริการให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจได้ว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ (ธวัช, 2552)

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ได้พัฒนาแนวคิดการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ (outcome research) ด้านการบริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในการประเมินคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน 3 ด้าน (Donabedian, 1988) ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง หมายถึง การกำหนดนโยบาย กำหนดเป้าหมายขององค์กร กำหนดกฎระเบียบทั้งในส่วนของบุคคลากรและทรัพยากรอื่นๆให้เหมาะสมกับองค์กร ประเมินได้จากปัจจัยนำเข้าต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริการทางสุขภาพขององค์กร ประกอบด้วย ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือทางกายภาพ ด้านรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ

2. ด้านกระบวนการ หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติที่กำหนดให้บุคลากรยึดถือและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน มีความถูกต้อง และมีการป้องกันความผิดพลาด การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้ป่วย ประเมินได้จากกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการเองและกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติให้เห็นถึงระดับความรู้ความสามารถของตนเองที่ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ ประกอบด้วย 2 ด้าน (Campbell, Roland, & Buetow, 2000) คือ ด้านเทคนิคหรือการดูแลทางคลินิกเป็นการนำความรู้ต่างๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อการจัดการปัญหาทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ การประเมินด้านนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจ และทักษะต่างๆ ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความสามารถด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ใช้บริการ ซึ่งกระบวนการสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้เหมาะสมสอดคล้องตามความคาดหวังและอยู่บนมาตรฐานของการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้บริการอาจไม่สามารถประเมินคุณภาพการดูแลของผู้ให้บริการได้จากการดูแลทางคลินิกที่มีทักษะความชำนาญ (Eriksen, 1995) แต่สามารถบรรยายถึงคุณภาพของการดูแลของเจ้าหน้าที่ ความคล่องแคล่วในการปฏิบัติ การให้การดูแลแบบองค์รวม หรือประเมินได้เฉพาะด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น เช่น ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับ

3. ด้านผลลัพธ์ หมายถึง สิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของบุคคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการกำหนดโครงสร้างองค์กรและกระบวนการบริการที่มีมาตรฐาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคตของผู้ใช้บริการ หากโครงสร้างและกระบวนการมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ประเมินได้จากผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย เช่น อัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต (Campbell et al., 2000) รวมถึงความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ และผลกระทบต่อชุมชน (Donabedian, 1988)

องค์ประกอบทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์กัน คือ โครงสร้างทำให้เกิดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพอันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) จึงเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพ กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดของงานบริการทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การประเมินคุณภาพด้านโครงสร้างได้ประโยชน์ค่อนข้างน้อยกว่าการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ เนื่องจากจะต้องนำไปปรับปรุงในระดับนโยบาย (Donabedian, 2005; Breau & Reaume, 2014) ส่วนการประเมินด้านกระบวนการในการดูแลและด้านผลลัพธ์ในทางคลินิก สามารถประเมินได้ง่ายและเร็วกว่า (Jencks et al., 2000) จึงมีประโยชน์ต่อการนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาแนวทางการปฏิบัติได้ดีกว่า

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่ามีการนำแนวคิดการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการบริการทางสุขภาพของโดนาบีเดียนไปใช้ในงานวิจัย ดังเช่น งานวิจัยของ เพชราวลัย (2550) ซึ่งศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการบริการของห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลอานันทมหิดล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพมาตรฐาน HA พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการทั้งในด้านบุคลากร ด้านคุณภาพการบริการ ด้านเทคโนโลยีในการให้บริการ ด้านอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวก ด้านเครื่องมือการรักษาพยาบาล ด้านอาคารสถานที่ และด้านความปลอดภัย และศึกษาของแสงเดือน (2552) ซึ่งได้พัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการจัดการความปวดโดยการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับยาบรรเทาปวดในมารดาหลังคลอด โดยศึกษาระดับความปวด ความพึงพอใจด้านการบรรเทาความปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาบรรเทาปวดของผู้รับบริการก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการจัดการความปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนางานบริการด้านการจัดการความปวด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาฉีดบรรเทาปวดลดลง และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด

โดยสรุป คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงการบริการที่เป็นเลิศภายใต้มาตรฐานของแต่ละวิชาชีพที่กำหนดไว้และการใช้ต้นทุนที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์

ที่ดีตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความพึงพอใจตามความคาดหวัง คุณภาพจึงมีความสำคัญสำหรับองค์กรบริการด้านสุขภาพ การประเมินคุณภาพของระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ การประเมินคุณภาพเป็นกระบวนการที่จะติดตามตรวจสอบและตัดสินคุณค่าของการปฏิบัติงานและผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดว่ามีความสอดคล้องตามมาตรฐาน และเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เพื่อสะท้อนให้หน่วยงานพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น

ความปวดหลังผ่าตัด

ความหมายและองค์ประกอบของความปวด

ความหมายของความปวดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลเป็นความหมายที่สื่อได้ชัดเจน เป็นความหมายที่นิยามโดยสมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of pain) เนื่องจากเป็นสมาคมที่รวมผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดทั่วโลกมาร่วมกันนิยามและออกแบบการบริหารจัดการความปวดที่เป็นสากล การศึกษาเกี่ยวกับความปวดจึงนิยมใช้นิยามของสมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติที่ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ของความไม่สุขสบายทั้งความรู้สึกและอารมณ์ที่สัมพันธ์กับความเป็นจริงของการถูกทำลายเนื้อเยื่อ หรือมีโอกาสเกิดการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ หรือถูกอธิบายคล้ายกับว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อ (Moriaty, McGuire, & Finn, 2011) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้นิยามความปวด ดังกล่าว

ความปวดแบ่งออกได้หลายองค์ประกอบตามมิติที่สนใจศึกษา (Woolf, 2010) ดังนี้

1. มิติของการรับรู้ลักษณะความปวด (sensory component) เป็นความปวดในแง่ของการรับรู้ลักษณะต่าง ๆ ของความปวด เช่น ระดับความรุนแรงของความปวด (intensity) ตำแหน่งของความปวด (location) และคุณภาพของความปวด (quality)

2. มิติของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปวด (affective component) เป็นความปวดในแง่ของอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น ความไม่พอใจ ความกลัว ความวิตกกังวลที่อาจสัมพันธ์กับประสบการณ์ความปวดได้

3. มิติของความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปวด (cognitive component) เป็นความปวดในแง่ของความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น การแปลความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดโดยบุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดเอง ความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกี่ยวกับความปวด ความสนใจต่อความปวด

4. มิติของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด (behavioral component) เป็นความปวดในแง่ของสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น กระบวนการนำสัญญาณความปวด และการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดจากความปวดที่เกิดขึ้น

ทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด

ความปวดเป็นองค์ความรู้ที่อธิบายกลไกการเกิดได้ด้วยหลักทฤษฎีที่เฉพาะเจาะจง โดยทฤษฎีความปวด (theory of pain) ที่ใช้อธิบายความปวดและกลไกความปวด คือ ทฤษฎีควบคุมการปิดและเปิดประตู (gate control theory หรือ spinal gate control theory of pain) ที่แมลแซกและวอล (Melzack & Wall, 1967) กล่าวว่า ร่างกายของมนุษย์มีเส้นใย (nerve fiber) ที่มีคุณสมบัติทั้งการนำส่งและขัดขวางสัญญาณความปวดอยู่ 3 ชนิด คือ (1) ใยประสาทเอ-เบต้า หรือใยประสาทใหญ่ที่มีเปลือกหุ้ม จะนำความรู้สึกได้เร็วรับสัญญาณประสาทจากตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับต่ำ ซึ่งเป็นตัวรับเฉพาะ เช่น ความรู้สึกสัมผัส การสั่นสะเทือน (2) ใยประสาทเอ-เดลต้า หรือใยประสาทเล็กที่มีเปลือกหุ้ม ตัวรับความปวดเชิงกลที่มีความทนต่อความปวดในระดับสูงและตัวรับความปวดจากความร้อน จะนำความปวดชนิดแหลมคม หรือความรู้สึกร้อน นำความรู้สึกได้เร็วในอัตรา 3 - 20 เมตรต่อวินาที บอกความรุนแรงและตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน และความรู้สึกปวดจะหมดได้เร็ว (3) ใยประสาทซี หรือใยประสาทเล็กที่ไม่มีเปลือกหุ้ม (C-fiber) ตัวรับความปวดมาจากหลายทาง จะนำความรู้สึกได้ช้ากว่าใยประสาท เอ-เดลต้า นำส่งพลังประสาทด้วยอัตรา 0.5 - 2 เมตรต่อวินาที โดยจะนำความรู้สึกปวดแบบตื้น ๆ ปวดแบบปวดร้อนหรือปวดร้าว บอกตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน ซึ่งความรู้สึกปวดจะมีอยู่เป็นเวลานาน บริเวณดอร์ซอลฮอร์น (dorsal horn) ของไขสันหลัง (spinal cord) มีเซลล์อีกชนิดหนึ่งชื่อ ทีเซลล์ (T Cell) มีหน้าที่ควบคุมการปิดหรือเปิดประตูของไขสันหลังที่จะยอมให้สัญญาณความปวดเดินทางไปสู่สมองได้หรือไม่ หากสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองแล้ว ร่างกายจะรับรู้ความปวดได้ ในภาวะปกติ ทีเซลล์จะทำงานในรูปของการปิดประตู

เมื่อปลายประสาท (peripheral nerve) ของคนเรารับความรู้สึกปวด สัญญาณความปวดจะส่งผ่านตัวรับความรู้สึก (nonciceptors) ได้แก่ เส้นใยประสาทขนาดเล็กทั้งสอง คือ เอ-เดลต้า และซี-ไฟเบอร์ มาที่ดอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) และ substaintial geltinosa (SG Cell) ของไขสันหลัง ซึ่งเป็นจุดพักสัญญาณความปวดจุดที่ 1 (first relay station) ณ จุดนี้ มีเซลล์ชื่อว่า ที-เซลล์ (T Cell) ทำหน้าที่ควบคุมการปิดหรือเปิดประตูของไขสันหลัง ถ้าสัญญาณความปวดกระตุ้นที-เซลล์ที่ไขสันหลังมากขึ้น ที-เซลล์จะยอมเปิดประตูให้สัญญาณความปวดเดินทางผ่านไปที่สมองได้ ในทางตรงกัน

ข้าม หากสัญญาณความปวดมีไม่มากพอ ที-เซลล์จะไม่เปิดประตู การปิดประตูนี้ยังขึ้นอยู่กับการส่งสัญญาณจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทั้งสอง ได้แก่ เส้นใยประสาท เอ-เบต้า และเส้นใยประสาทเอ - แอลฟ่า กล่าวคือ หากเส้นใยทั้งสองนี้ได้รับการกระตุ้น เช่น การนวด จะกระตุ้นให้ที-เซลล์ปิดประตูได้ (Moayedi & Davis, 2013)

ในกรณีที่สัญญาณความปวดผ่านประตูขึ้นสู่สมองได้แล้ว สมองส่วนทาลามัส (thalamus) จะทำหน้าที่เป็นจุดพักสัญญาณความปวดจุดที่ 2 (second relay station) และส่งสัญญาณความปวดไปยังเปลือกสมอง (cortex) ลิมบิกซิสเต็ม (limbic system) และก้านสมอง (brain stem) ทำให้รับรู้ความปวดได้ นอกจากนี้ สมองยังมีความสามารถกำกับหรือลดความปวด (modulation) ได้ กล่าวคือ ในภาวะที่ร่างกายเผชิญกับความปวดอยู่นั้น สมองในส่วนของต่อมพิทูอิทารีย์ (pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) สามารถหลั่งสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า endogeneous morphine หรือ endorphine ที่รู้จักกันมาก คือ เบต้าเอ็นดอฟินส์ ออกมา สารนี้จะถูกส่งลงมาสู่ไขสันหลังในส่วนดอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) (descending pathway from brain to dorsal horn) และไปทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทที่ไขสันหลังชื่อ opiate receptors ซึ่งมีจำนวนมากมายในไขสันหลัง ส่งผลให้ประตูที่ไขสันหลังปิด และหยุดการส่งสัญญาณความปวดมาที่สมองได้ ดังนั้น สมองจึงเป็นตัวจัดการความปวด (pain killer) ได้เช่นกัน

นอกจากนี้ สาร endogeneous morphine ยังสามารถหลั่งออกมาได้ในภาวะที่ร่างกายมีการออกกำลังกาย มีการผ่อนคลายอย่างเต็มที่ (Goucke, Jackson, Morriss, & Royle, 2015) ส่งผลบรรเทาความปวด การฉีดยามอร์ฟีนซึ่งถือเป็น endogenous morphine ทำให้ผู้ที่มีความปวดมีระดับความปวดลดลงได้ รวมถึง ความปวดสามารถลดลงได้หากลดความสนใจต่อความปวดด้วยการใช้กิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ เนื่องจากผู้ที่มีความปวดจะเกิดความรู้สึกชอบและมีความสุขต่อสิ่งจูงใจ ผลของการอธิบายความปวดตามทฤษฎีควบคุมการปิดและเปิดประตู ทำให้แพทย์และพยาบาลเข้าใจกลไกการเกิดความปวดและการบรรเทาความปวด นำไปสู่การออกแบบการบำบัดความปวดได้อย่างเหมาะสม (วงจันทร์, 2547)

นอกจากปัจจัยด้านร่างกายแล้ว การปิดและเปิดประตูที่ไขสันหลังยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการคิด (cognitive) อีกด้วย เนื่องจากการทำงานของการคิดส่วนกลาง (central cognitive mechanism) สามารถควบคุมกลไกการทำงานของประตูได้ โดยสามารถสั่งให้ประตูปิดได้ผ่านช่องทางการส่งสัญญาณไปทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่มายับยั้งการทำงานของที-เซลล์ ด้วยเหตุนี้ทำให้เข้าใจได้ว่า เมื่อมีการทำงานของความคิด เช่น ความเครียด (stress) หรือมีความสนใจต่อความปวด (attention to pain) มากจึงรู้สึกปวดมากขึ้น เพราะในสภาวะนั้น กลไกการทำงานของการคิดส่วนกลางไม่สามารถ

สั่งการให้ประตูปิดได้ ดังนั้น ทฤษฎีควบคุมการปิดและเปิดประตู จึงเป็นทฤษฎีความปวดทฤษฎีแรกที่นำเสนอว่า ปัจจัยด้านจิตใจมีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้ความปวด (Moayedi & Davis, 2013)

จากทฤษฎีควบคุมการปิดและเปิดประตูที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เข้าใจการทำงานร่วมกันของกระบวนการทำงานระบบประสาทส่วนปลายและไขสันหลัง ในการปิดหรือปล่อยให้สัญญาณความปวดเข้าสู่สมอง รวมถึงความสามารถของสมองในการสั่งการให้ความปวดลดลงได้ ผ่านการปิดประตูนำสัญญาณความปวดที่ไขสันหลัง

แมลแซก และวอล (Melzack & Wall, 1967) ได้อธิบายโมเดลความปวดขึ้นใหม่ที่มีชื่อว่า ทฤษฎีนิวโร เมทริกซ์ออฟ เพลน (Neuromatrix Theory of Pain) บนพื้นฐานความรู้ที่ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ผสมผสานหลายมิติ (mutidimentional Experience) ที่สร้างโดยสัญญาณสมอง (neurosignature) อย่างมีแบบแผน โดยเครือข่ายโยงใยของระบบประสาทในสมอง (Melzack & Katz, 2004) หรือเป็นการทำงานรวมกันของเปลือกสมองหลายส่วนที่กระตุ้นให้เกิดความปวด เพราะมีการศึกษาภาพของสมองที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีความปวดเกิดขึ้นจะไม่มีการทำงานของเปลือกสมองส่วนใดเป็นศูนย์กลางเป็นพิเศษ แต่พบว่าเปลือกสมองหลายส่วนอาจถูกกระตุ้นได้เมื่อมีความปวดเกิดขึ้นและมีความผันแปรอย่างมากในแต่ละบุคคล ทั้งนี้บางส่วนอาจถูกกระตุ้นมากกว่าส่วนอื่น (Moseley, 2003) เปลือกสมองทำงานสัมพันธ์กับความปวด โดยส่วนของเปลือกสมองที่ทำงานเกี่ยวกับความปวด ดังนี้ (Jensen, 2010)

1. Perfontal Cortex (PFC) เป็นสมองส่วนที่วางอยู่บนพื้นผิวของสมอง และอยู่ด้านหน้าของพื้นที่การทำงานของสมองกลีบ frontal สมองส่วนนี้จะทำหน้าที่บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองด้านความคิดทั้งความปวดแบบเฉียบพลันและความปวดแบบเรื้อรัง รวมถึงช่วยประเมินความหมายของความปวด และตัดสินใจว่าจะจัดการกับความปวดอย่างไร สิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่งคือ ถ้าสมองส่วนนี้มีการทำงานมากขึ้น ระดับความปวดจะลดลงได้

2. Anterior Cingulate Cortex (ACC) เป็นสมองส่วนส่วนที่วางอยู่ด้านหน้าของ lngulate Cortex ที่มองคล้ายกับปลอกคอรอบ corpus callosum สมองส่วนนี้เป็นส่วนหนึ่งของ Limbic System (อีกส่วน คือ Insula) การทำงานของ anterior cingulate cortex เกี่ยวข้องกับความปวดที่เป็นผลจากอารมณ์และความรู้สึก (affective/emotional component of pain) เช่น มีความทุกข์แล้วทำให้ปวดมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ความรู้สึกกลัวความปวดมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของ anterior cingulate cortex ด้วย

3. Primary and Secondary Sensory Cortex (S_1 and S_2) Somatosensory Cortex แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ primary (S_1) and secondary (S_2) สมองส่วน primary cortex จะวางอยู่ในแถบหรือริ้วด้านหลังของ motor cortex ส่วน secondary cortex วางอยู่ในฐานของ primary ซึ่งอยู่ใน

parietal lobe สองส่วนนี้ มีหน้าที่รับข้อมูลความรู้สึกปวด ทำให้รู้ว่าบริเวณใดที่เกิดความปวดโดย secondary sensory cortex จะเป็นตัวที่รับข้อมูลก่อนทั้งตำแหน่งของพื้นที่และความรุนแรงของความปวด ตามด้วย primary sensory cortex

4. Insula อยู่ในส่วนลึกของ sylvian fissure ที่อยู่ใกล้ๆ กับ sensory cortex รับผิดชอบในการบันทึกความรู้สึกเช่น หิว กระหาย ปวด

ตามทฤษฎีนิวโร เมทริกซ์ออฟ เพลน องค์ประกอบของการเกิดความปวด มีดังนี้ (Melzack & Katez, 2004)

1. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวด (input to body – self neuromatrix) มี 3 ประการ คือ

1.1 ปัจจัยด้านการนึกคิด (cognitive – related brain area) ได้แก่ ประสบการณ์ความจำต่อความปวดในอดีต ความสนใจต่อความปวด ความวิตกกังวลต่อความปวด และการให้ความหมายกับความปวด

1.2 ปัจจัยด้านความรู้สึก (sensory – signelling systems) ได้แก่ การสัมผัส การมองเห็น และการเคลื่อนไหว

1.3 ปัจจัยด้านอารมณ์ (motional – related brain areas) ได้แก่ การมีอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขณะที่มีความปวดจะเร่งให้เกิดความปวดได้มากขึ้น

2. การทำงานของ body – self neuromatrix เมื่อมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดเกิดขึ้นตามข้อ 1 ปัจจัยเหล่านี้จะถูกนำเข้าสู่สมองและกระตุ้นให้สมองส่วนที่รับผิดชอบด้านการนึกคิดในขณะปวด ด้านความรู้สึกในขณะปวด และด้านอารมณ์ในขณะปวด ทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย

3. ผลลัพธ์จากความปวด (outputs from body – self neuromatrix) หลังจากสมองมีการทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเมื่อมีความปวด จะทำให้บุคคลเกิดผลลัพธ์จากความปวด 3 ประการ (ยศพลและศรีสุดา, 2556) คือ

3.1 การรับรู้ความปวด (pain perception) เมื่อมีความปวดเกิดขึ้น บุคคลจะมีการรับรู้ความปวดทั้งมิติของความรู้สึกต่อความปวด การคิดต่อความปวด และการมีอารมณ์ต่อความปวด

3.2 การแสดงออกทางพฤติกรรม (action programs) เมื่อมีความปวดเกิดขึ้นบุคคลจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรม มีทั้งพฤติกรรมชนิดตั้งใจควบคุม เช่น การนอน การพักนิ่งเฉย การประคบร้อน ประคบเย็น และพฤติกรรมชนิดไม่ตั้งใจควบคุม เช่น การเกิดปฏิกิริยารีเฟล็กชักขาหนีจากการเหยียบตะปู หรือชักแขนหนีจากความร้อน

3.3 การตอบสนองด้านเคมีในร่างกายจากความปวด (stress – regulation programs) ความปวดจัดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดต่อร่างกาย (stressor) เมื่อมีความปวดเกิดขึ้น ร่างกาย

ย่อมมีความเครียดเกิดขึ้นด้วยเช่นกัน ผลของความเครียดทำให้อวัยวะบางอย่างของร่างกายมีการหลั่งสารบางอย่างออกมา เช่น คอร์ติซอล ปฏิกิริยาต่อภูมิคุ้มกันในร่างกาย เป็นต้น (ยศพศและคณะ, 2558)

ในด้านชีววิทยา ความปวดเป็นสิ่งกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนอง โดยกระตุ้นให้เกิดความเครียด และเกิดการตอบสนองทั้งระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งทำงานเชื่อมโยงกัน (Kuner, 2010; Timothy, 2011; Woolf, 2010) การทำงานเชื่อมโยงกันของ hypothalamic – pituitary – adrenal axis (HPA) มีรายละเอียด ดังนี้

การตอบสนองโดยตรงระยะสั้น (short – term direct response) เมื่อมีความปวดเกิดขึ้น hypothalamus จะหลั่ง corticotrophin – releasing factor (CRF) ไปกระตุ้นการทำงานของประสาท sympathetic nervous system จากนั้น norepinephrine จะหลั่งจากส่วนปลายของ sympathetic nervous system และ adrenaline จะหลั่งจาก adrenal cortex ผลของการหลั่งสารเหล่านี้ ทำให้ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การตอบสนองนี้พบได้บ่อยในผู้ที่มีความปวดเฉียบพลัน ทำให้อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เหงื่อออก และรูม่านตาขยาย แต่หากความปวดคงอยู่นาน หรือการบาดเจ็บนั้นเกิดที่บริเวณกระเพาะปัสสาวะหรือสำไส้เล็ก parasympathetic nervous system อาจทำงานมากกว่า sympathetic nervous system ทำให้ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจอาจจะเปลี่ยนเป็นลดลงมากกว่าเพิ่มขึ้นได้ (Woolf, 2010)

การตอบสนองทางอ้อมในระยะกลาง (mid - term indirect response) เมื่อความปวดคงอยู่ถึงระยะนี้ corticotrophine – releasing factor จะกระตุ้น anterior pituitary หลั่งสารที่มีชื่อว่า adrenocorticotropic hormone (ACTH) ไปกระตุ้น posterior pituitary หลั่ง vasopressin และ antidiuretic hormone adrenocorticotropic hormone ไปกระตุ้น adrenal cortex ให้หลั่ง aldosterone cortisol และ vasopressin อีกที aldosterone จะเพิ่มการคั่งของน้ำและโซเดียม ส่งผลให้เพิ่มน้ำในหลอดเลือดและลดการขับปัสสาวะออก เพิ่มระดับความดันโลหิตและเลือดก่อนออกจากหัวใจ ทำให้เพิ่มระดับแรงดันในหลอดเลือดส่วนกลาง (central venous pressure) ได้ ขณะเดียวกัน cortisol ยังทำให้มีการตอบสนองของ systemic response เช่น การติดเชื้อและระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Woolf, 2010)

การตอบสนองทางอ้อมในระยะยาว (long – term indirect response) การตอบสนองในระยะนี้ stress hormone โดยเฉพาะ cortisol จะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันร่างกายในสองทาง ได้แก่ ทาง immunosuppression และการหลั่ง cytokines อย่างไรก็ตาม กลไกเหล่านี้อาจไม่ได้สัมพันธ์กับความปวดเฉียบพลันเพียงอย่างเดียว ส่วนในความปวดเรื้อรังนั้นยังต้องมีการศึกษาค้นคว้าต่อไป cytokines จะช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่ง cortisol ซึ่งทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อมากขึ้นและเป็นเหตุผลให้เกิดกระบวนการของความปวดเรื้อรังตามมา ทั้งนี้ต้องระลึกว่า การตอบสนองต่อความปวดทั้งในสาม

ระยะข้างต้น มิได้เกิดจากความปวดเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากสาเหตุอื่นในขณะนั้นได้ด้วย (Woolf, 2010)

ความปวดหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้นทันทีจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (ยศพล, นุสรา, พัชราภัณฑ์, วารุณี, และปัญญา, 2558; Fletcher et al., 2008; Lindberg et al., 2016) เป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญ โดยมีกลไกความปวดหลังผ่าตัด สอดคล้องกับทฤษฎีควบคุมประตูของแมลแซกและวอล (Melzack & Wall, 1967) กล่าวคือ ร่างกายคนเรามีเส้นใยประสาทที่สามารถนำส่งสัญญาณความปวดและสามารถขัดขวางสัญญาณความปวดอยู่ 4 ชนิด คือ 1) เส้นใยประสาท เอ เบต้า (A beta fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ 2) เส้นใยประสาทเอ แอลฟ่า (A alpha fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่สุด เส้นใยประสาทสอชนิดนี้รับสัญญาณจากการกด นวด และระดับอุณหภูมิ 3) เส้นใยประสาทเอ เดลต้า (A delta fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก และ 4) เส้นใยประสาทซี (C fiber) เป็นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เส้นใยประสาทสองชนิดหลังนี้รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลาย ส่งผ่านตัวรับความรู้สึกปวด (nociceptors) ไปที่บริเวณ dorsal horn ของไขสันหลัง ซึ่ง ณ ที่นี้จะมีเซลล์ชื่อ substaintial geltinosa (SG cell) ทำหน้าที่ควบคุมการปิดหรือเปิดประตูไขสันหลังว่าจะยอมให้สัญญาณความปวดเดินทางไปสู่สมองได้หรือไม่ หากสัญญาณความปวดเข้าสู่สมองแล้ว ร่างกายจะรับรู้ความปวดได้ การปิดประตูนี้เหมือนกับการส่งสัญญาณจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ทั้งสอง ซึ่งได้แก่เส้นใยประสาทเอ เบต้า และเส้นใยประสาทเอ แอลฟ่าได้เช่นกัน หากเส้นใยดังกล่าวได้รับการกระตุ้น เช่น การนวด จะสามารถกระตุ้นให้ทีเซลล์ปิดประตูได้ อีกปัจจัยที่มีผลต่อการปิดของประตู ได้แก่ความสามารถของสามารถในการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า endogeneous morphine หรือ endophine โดยปกติสารสื่อประสาทตัวนี้จะสร้างจากต่อมพิทูอิทารีย์ (pituitary gland) และไฮโปทารามัส (hypothalamus) ในสมอง โดยสร้างเมื่อร่างกายกำลังเผชิญกับความปวด สารนี้จะทำปฏิกิริยากับเซลล์ประสาทชื่อ opiate receptors ซึ่งมีจำนวนมากมายในไขสันหลัง ผลจากการจับกันได้นี้จะส่งผลให้ประตูที่ไขสันหลังปิด และหยุดการส่งสัญญาณความปวดมาที่สมองได้ จึงกล่าวได้ว่าสมองเป็นตัวจัดการความปวดได้ (pain killer) ด้วยตัวเองเช่นกัน

เมื่อร่างกายได้รับการผ่าตัด เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ อันเป็นผลจากการบาดเจ็บบอบช้ำขณะผ่าตัด ทั้งที่เกิดจากแรงกล ความร้อนเย็น สารเคมี และอาจร่วมกับการอักเสบของเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นผิวหนัง กล้ามเนื้อ อวัยวะภายในและเซลล์ประสาท เนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการบาดเจ็บบอบช้ำและหลั่งสารที่ทำให้เกิดความปวด ได้แก่ โปตัสเซียม อิออน แบรดดี้ไคนิน ซีโรโธนิน ฮีสตามีน และ

นิวโรไคนิน สารเหล่านี้จะกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้าที่ผิวเซลล์ประสาท ทำให้มีประจุลบ ถ่ายทอดเป็นสัญญาณประสาทส่งไปตามเส้นประสาท เข้าสู่ไขสันหลังและสมองตามลำดับ เพื่อให้รับรู้และตอบสนองต่อความปวด ขณะเดียวกันทั้งเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายและที่มีการอักเสบ จะหลั่งสารชีวเคมีบางอย่างที่ทำให้เซลล์ประสาทรับความรู้สึกไวต่อการกระตุ้น คือ พรอสตาแกรนดิน ซับสแตน พี ลิวโคทรีนส์ และกรดแลคติค เป็นผลทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความปวดง่ายขึ้น และสารดังกล่าวยังกระตุ้นปลายประสาทรับความปวดเกิดพลังประสาทนำส่งไปยังไขสันหลังแล้วส่งต่อไปยังสมองจนเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น เกิดปฏิกิริยาและการตอบสนองต่อความปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่บริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ไขสันหลังและสมอง (ยศพล และศรีสุดา, 2556; Fletcher et al., 2008)

การศึกษาเชิงสำรวจอุบัติการณ์ความปวดหลังผ่าตัดในสหรัฐอเมริกาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาจำนวน 300 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86 มีความปวดหลังผ่าตัด โดยร้อยละ 75 มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงในระยะหลังการผ่าตัดทันที และร้อยละ 74 ยังคงมีความปวดอยู่ภายหลังจำหน่าย (Gan et al., 2014) การศึกษาในประเทศฝรั่งเศสพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 1,900 ราย มีความปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 80 – 90 โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดความปวดจะอยู่ในระดับรุนแรง และลดลงใน 48 – 72 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยอาจมีความปวดตลอดเวลาทั้งในขณะพักและเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (Fletcher et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของไวรันและคณะ (Weiran et al., 2013)ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในประเทศจีนที่เข้ารับการผ่าตัดในระบบทางเดินปัสสาวะและตับจำนวน 128 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.8 มีความปวดจะลดลงภายใน 3 วันหลังการผ่าตัด โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 91.4 มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 51.6 ไม่ได้รับการรักษาความปวดหลังผ่าตัด และการศึกษาของไวลด์และคณะ (Wylde et al., 2011) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกจำนวน 105 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 มีความปวดรุนแรงในวันแรกหลังผ่าตัดและร้อยละ 47 รายงานความปวดรุนแรงและปานกลางในวันที่สองหลังผ่าตัด นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 – 57 มีความปวดในคืนแรกหลังผ่าตัด และร้อยละ 21 – 52 มีความปวดในคืนที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษาของสมพร มยุรี และขวัญจิตร์ (2552) ทำการศึกษา การจัดการความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 110 ราย พบว่าในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดสูงสุดในระดับสูง ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดสูงสุดอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัดจะส่งผลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม แต่การตอบสนองต่อความปวดของแต่ละบุคคลอาจไม่เท่ากันเสมอไป เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านมาเกี่ยวข้อง ซึ่งจะไปทำให้ระดับขีดกั้นของความปวด ความอดทนต่อความปวด การรับรู้ต่อความปวด และการแสดงออกต่อความปวดแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านสรีระ ได้แก่

1. ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดที่แตกต่างกันจะทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทในตำแหน่งที่แตกต่างกัน โดยแผลผ่าตัดตามแนวขวางของลำตัวจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแผลผ่าตัดมากกว่าแผลผ่าตัดตามแนวเฉียงหรือแนวตั้งเนื่องจากเป็นแผลตัดผ่านบริเวณที่มีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก (อรุโณทัย และคณะ, 2555) และตำแหน่งการผ่าตัดที่มีความปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด คือ บริเวณทรวงอก ช่องท้องและผิวหนัง (อุมาภรณ์, 2550; Gerbershagen et al., 2013)

จากการที่ศัลยแพทย์ใช้มีดกรีดผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับภยันตรายขณะผ่าตัด เป็นผลให้ปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวหนัง หลอดเลือดเนื้อเยื่อ ชั้นใต้ผิวหนัง พังผืด และกล้ามเนื้อถูกกระตุ้น ร่วมกับการที่เนื้อเยื่อซึ่งได้รับภยันตรายนี้ จะปล่อยสารเคมีต่างๆ เช่น พรอสตาแกรนดิน อี ทู ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารเคมีอื่นๆ เช่น ฮีสตามีน แบรดีไคนิน ออกมาทำให้หลอดเลือดบริเวณที่ได้รับภยันตรายมีการขยายตัว เป็นผลให้มีการคั่งของเลือดบริเวณนั้น และเพิ่มความสามารถในการซึมผ่านของสารเหลวในหลอดเลือดฝอย ทำให้บริเวณผ่าตัดมีอาการบวมและกดปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ผู้ป่วยจึงมีความปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น พบว่า ความปวดที่รุนแรงจะพบได้มากในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอวัยวะภายใน เช่น การผ่าตัดบริเวณทรวงอก ผ่าตัดบริเวณช่องท้อง และการผ่าตัดกระดูก (Doherty, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของลาทีเนน ค้อกกี้ และไฮนีเนน (Lahtinen, Kokki, & Hynynen, 2006) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเปิดจำนวน 213 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 มีความปวดแผลผ่าตัดหน้าอก ร้อยละ19 ปวดแผลผ่าตัดที่ขา ร้อยละ 9 ปวดหัวไหล่ สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของอรุโณทัย และคณะ (2555) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความปวดภายใน 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 มีความชุกของความปวดหลังผ่าตัดตั้งแต่

ระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ภายใน 48 ชั่วโมงหลังได้รับการตัดมดลูก และตำแหน่งของแผลผ่าตัดแนวขวางมีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าแผลแบบแนวเฉียงหรือแนวตั้ง ซึ่งอาจเกิดจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่มากกว่า

2. ความรุนแรงและการชอกช้ำของเนื้อเยื่อที่ได้รับผ่าตัด การผ่าตัดที่ทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทมากทำให้มีสิ่งกระตุ้นรุนแรง จึงทำให้การรับรู้ความปวดเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้นเทคนิคการผ่าตัดและความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ที่ช่วยลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ก็จะส่งผลให้ความปวดลดลงได้ นอกจากนี้ ยังเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดที่มีระยะเวลามากกว่า 2 ชั่วโมง มักเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อนมีการเลาะทำลายเนื้อเยื่อเป็นวงกว้าง ทำให้มีความปวดหลังผ่าตัดมาก (อุมาภรณ์, 2550)

3. การให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด โดยชนิดและเทคนิควิธีการให้ยาระงับความรู้สึกมีผลให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเจ็บปวดแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะไม่รับรู้ต่อความปวดหรือผู้ป่วยที่ได้รับยากดประสาทส่วนกลางจะรู้สึกซึมเซา ง่วงนอน ซึ่งส่งผลให้มีการรับรู้ความปวดลดลง ดังนั้นความรู้ ความชำนาญ และเทคนิคการปฏิบัติในการให้ยาระงับความรู้สึก จึงมีผลต่อความปวดในระยะหลังผ่าตัดด้วย (ยุวดีและคณะ 2548)

4. ระดับขีดกั้นความปวด (pain threshold) เป็นจุดที่บุคคลเริ่มรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด (Chesterton, Barlas, Foster, Baxter, & Wright, 2003) ซึ่งแต่ละบุคคลมีระดับขีดกั้นความปวดแตกต่างกันทำให้มีความอดทนต่อความปวดแตกต่างกัน จึงอาจรายงานความปวดในระดับที่แตกต่างกันแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดเดียวกันอาจมีระดับความปวดไม่เท่ากัน (Henrik, Troels, & Clifford, 2006)

ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่

1. สภาวะอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว มีผลต่อการรับรู้และการแสดงออกถึงระดับความปวด (Granot, & Ferber, 2005) เนื่องจากสภาวะอารมณ์ในด้านลบเหล่านี้ทำให้เกิดการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้หดตัวมากขึ้นและไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูที่ระบบควบคุมประตูบริเวณไขสันหลัง ทำให้มีความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้นและความปวดที่รุนแรงมากขึ้นนี้ก็จะย้อนกลับไปเร้าอารมณ์ให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (Violeta et al., 2013)

2. ประสบการณ์ความปวดในอดีต มีผลต่อการแสดงออกต่อความปวด โดยบุคคลจะนำวิธีการเผชิญความปวดในอดีตมาใช้เพื่อเผชิญต่อเหตุการณ์ใหม่ บุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดหลายครั้งและความปวดเป็นระยะเวลานานจะมีความวิตกกังวลและความอดทนต่อความปวดได้

มากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวด (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003) แต่ถ้าบุคคลเคยได้รับความปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีพอ จะเกิดความคับข้องใจและกลัวความปวด เมื่อได้รับความปวดครั้งใหม่จะมีความอดทนต่อความปวดน้อยและรับรู้ต่อความปวดมาก ดังนั้น ประสบการณ์ความปวดในอดีต อาจมีผลต่อความปวดมากหรือน้อยต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย (Lavonia & Joyce, 2013; Patricial, Ohtake, Marcillene, Rebecca, & Michael, 2013)

3. การรับรู้ข้อมูล ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีคะแนนความปวดและพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (จีรพร, 2551; นารีรัตน์, 2554) ดังนั้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจึงเป็นประโยชน์ในการคาดการณ์ถึงความปวดที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและร่วมตัดสินใจในการเลือกวิธีการจัดการความปวด ลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์ความปวด หรือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวดที่เลวร้ายมาก่อน (จีรพร, 2551; นารีรัตน์, 2554; วรนุช และสมพร, 2555; Al Samareaee et al., 2010; Manias et al., 2006)

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่

1. เพศ มีอิทธิพลต่อการแสดงออกต่อความปวด โดยเพศหญิงจะมีระดับขีดกั้นของความปวดและความอดทนต่อความปวดต่ำกว่าเพศชาย (Chesterton et al., 2003) เพศชายมีการแสดงออกต่อความปวดน้อยกว่าเพศหญิง และการแสดงออกของความปวดในเพศหญิงมักจะได้รับการยอมรับมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ เพศหญิงมักมีความเต็มใจที่จะบอกกล่าวถึงความปวดมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาวิจัยใดที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความปวดได้อย่างชัดเจน (Hurley, & Adams, 2008; Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Riley, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาวดี วงจันทร์ และกิตติกร (2550) พบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงจะมีระดับความปวดรุนแรงที่ใกล้เคียงกัน

2. อายุ การพัฒนาการในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน จึงทำให้การตอบสนองต่อความปวดในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยหนุ่มสาวหลายประการ ได้แก่ มีกระบวนการเผาผลาญที่ช้ากว่า มีอัตราส่วนของไขมันต่อมวลกล้ามเนื้อมากกว่า (Sakura, Laura, Eumjung, Sudeshna, & Jacqueline, 2012) มีความเสื่อมของระบบประสาทหรืออาจมีเกิดโรคที่ส่งผลต่อการส่งสัญญาณประสาท มีประสบการณ์และผ่านการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ มาอย่างหลากหลาย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีระดับขีดกั้นความรู้สึกปวดสูงขึ้น มีการรับรู้ความปวดลดลง รับรู้และแสดงออกต่อความปวดลดลง (อุมาภรณ์, 2550) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมากขึ้น บางรายมีโรคเรื้อรังหรือมีความปวดเรื้อรังทำให้มีความอดทนต่อความปวดน้อยกว่าผู้สูงอายุทั่วไปและอาจต้องใช้ยาระงับปวดมากกว่า (อุมาภรณ์, 2550)

3. วัฒนธรรมและสังคม การแสดงออกและการรับรู้ความปวดของแต่ละวัฒนธรรมจะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ ความคาดหวัง ทัศนคติ และการยอมรับต่อความปวดของแต่ละสังคมที่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความปวด (นุสรา และยุพาภรณ์, 2556; Narayan, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของอินทิรา สุภาพ และพรรณวดี (2552) ศึกษาความปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่ากลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าความปวดหลังเป็นผลมาจากกรรมเก่า และกลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์ เชื่อว่าเป็นแบบทดสอบความแข็งแกร่งและศรัทธาของตนที่มีต่อพระเจ้า

4. การศึกษา บุคคลที่มีระดับสติปัญญาดีและมีการศึกษาสูงจะมีความอดทนต่อความปวดค่อนข้างสูง ซึ่งอาจเนื่องจากความสามารถในการนำความรู้มาใช้ปรับพฤติกรรมของตน แต่ในบางครั้งระดับการศึกษาก็ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความอดทนต่อความปวดเสมอไป (ยุพาวดีและคณะ, 2550)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมมีผลต่อความปวดเป็นอย่างมากโดยอาจช่วยให้บุคคลปรับตัวหรือมีความเครียดเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของศศิธร (2548) ในมารดาที่มีความปวดในระยะรอการคลอด พบว่ามารดาต้องการได้รับการลดปวดหลายวิธี สามารถเตรียมมารดาเพื่อลดปวดได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การจัดการกับความปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาสามารถแบ่งตามกลไกการลดปวดได้ 3 ประเภท คือการลดตัวกระตุ้นความปวด การกระตุ้นส่วนปลาย และการส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง นอกจากนี้ การวิจัยยังพบว่ามารดาในระยะคลอดต้องการสิ่งแวดล้อมเหมือนอยู่บ้าน การมีเสียงดัง แสงสว่างที่จ้า สีของสิ่งแวดล้อม มีผลต่อความปวดและการพักของมารดา สีควรเป็นสีที่เย็นตา เช่น สีเขียว เชื่อว่าช่วยลดความรู้สึกปวด ส่วนสีจ้า เช่น สีแดง ชมพูเข้ม มีผลกระตุ้นความปวด ควรคำนึงถึงความคับแคบอาจมีผลต่อความรู้สึกเป็นส่วนตัวน้อย เกิดความไม่สุขสบาย มีการระบายอากาศที่ดี ลดกลิ่นในห้องพักและการทำความสะอาดที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ลดความปวดได้

การประเมินความรุนแรงของความปวด

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความปวด เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญของกระบวนการพยาบาลเพราะจะนำมาซึ่งการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดจะได้ผลมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการเก็บรวมรวมข้อมูลความปวดเพื่อนำไปสู่การจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ พื้นฐานของการประเมินความปวด คือ เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก กระทำการช่วยเหลือทันที และการประเมินผลหลังให้การพยาบาล (ชัชชัย, 2552; วิจิตรา, 2551; Li et al., 2008; Hawker et al., 2011) เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันไปแม้ในสถานการณ์เดียวกัน การประเมินความปวดจึงต้องได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด หากการประเมินความปวดได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล การนอนหลับ และส่งผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาบรรเทาความปวดได้ (Li et al., 2008; Hawker et al., 2011) การประเมินความปวดสามารถกระทำได้ 3 วิธี ดังนี้

***1. การประเมินความปวดโดยใช้คำบอกเล่าของผู้ป่วย* (subjective measurement of pain)**

เป็นวิธีประเมินที่นิยมใช้มากที่สุด เพราะได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริง สิ่งที่ต้องซักถามในการประเมินความปวด คือ ความรุนแรงของความปวดโดยการให้ผู้ป่วยบอกระดับความรุนแรงของความปวดตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด มีหลายแบบที่นิยมนำมาใช้ซึ่งจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Breivik et al., 2008; Gray, Kehlet, Bonnet, & Rawal, 2005; Hjermstad et al., 2011; Mackintosh, 2007; Wruble, Gila Rosen, & Rom, 2006) ได้แก่

1.1 มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (verbal descriptor scale; VDS หรือ verbal rating scale; VRS) โดยให้ผู้ป่วยรายงานความรุนแรงของความปวดตามระดับความรู้สึกปวด เป็นการประเมินทั้งระดับและลักษณะความรุนแรงของความปวด เป็นการให้ความหมายของความปวดเฉพาะบุคคล เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด โดยผู้ป่วยต้องเข้าใจคำที่บอกถึงความปวด วิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถที่จะพูดออกเสียงได้ สามารถประเมินโดยการชี้คำหรือขยับปากพูด

1.2 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale; NRS) เป็นการใช้ตัวเลขมาช่วยในการบอกระดับความรุนแรงของความปวด กำหนดตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกตัวเลขเพื่อระบุความรุนแรงของความปวดที่กำลังประสบหรือที่ผ่านมา สามารถที่จะใช้การพูด การสอบถาม การเขียนตัวเลขลงบนกระดาษ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถที่จะพูดหรือเขียนได้สามารถที่จะ

ตอบสนองโดยการชี้เลือกตัวเลขที่คิดว่าเป็นค่าที่กำหนดความรู้สึกที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ได้ถูกต้องที่สุด วิธีนี้จะมีตัวเลขกำกับช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความรู้สึกปวดได้ง่าย มีความเที่ยงตรงสูง ง่ายต่อการใช้ (Hjermstad et al., 2011; Wruble et al., 2006)

1.3 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analogue scale; VAS) มาตรวัดชนิดนี้เป็นมาตรวัดที่มีความยาวเป็นเส้นตรง ไม่มีตัวเลขกำหนดให้เห็น โดยทางซ้ายสุดเขียนว่า “ไม่ปวด” และทางขวาสุดเขียนว่า “ปวดมากจนทนไม่ได้” ให้ผู้ป่วยชี้หรือกากบาทไปบนเส้นตรงตำแหน่งที่เป็นระดับความปวดของตนเอง แล้วผู้ประเมินนำไปวัดกับสเกลตัวเลขว่าระดับความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับใด

1.4 มาตรวัดรูปหน้า (face scale) แนวคิดเดียวกับมาตรวัดความปวดด้วยวาจามีการแสดงลักษณะของสีหน้าในรูปของตัวการ์ตูนและคน มักนิยมใช้ในผู้ป่วยเด็ก (Cravero, Fanciullo, McHugo, & Baird, 2013) ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถที่จะใช้สเกลได้หรือในผู้ที่ยากจะเข้าใจคำคุณศัพท์ให้ความรู้สึกถึงความทุกข์ทรมาน ซึ่งมีความหมายว่า 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 5 หมายถึง ระดับความปวดรุนแรงที่สุด

1.5 มาตรวัดแบบตัวเลขกับมาตรวัดความปวดด้วยวาจามาใช้ร่วมกัน เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพใช้กันอย่างแพร่หลายบันทึกได้ง่าย โดยมีการประเมินเป็นคะแนน 1 - 10 และกำหนดระดับความปวดซึ่งคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-7 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง 8-10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรง เป็นต้น

***2. การประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรม* (behavioral assessment)** (Ahlers, van der Veen, van Dijk, Tibboel, & Knibbe, 2010; Marchand, 2010)

2.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (motor behavior) เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกถึงความรู้สึกปวดของตนเองที่ไม่ใช้วาจา ได้แก่ การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่นเอามือลูบคลำบริเวณปวด หรือนอนงอตัว นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหว เป็นต้น การแสดงออกทางสีหน้า เช่น กัดฟัน หน้านิ่วคิ้วขมวด หลับตาแน่น

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (vocal behavior) เช่น ร้องไห้ ร้องครวญคราง สะอื้น เสียงสูดปาก เป็นต้น

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

2.4 โซมาติก อินเตอร์เว็นชั่น (somatic intervention) เช่น การขอยาแก้ปวด รวมทั้งประเมินปริมาณยาแก้ปวดที่จะได้รับจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของความปวด และระยะเวลาของความปวด

3. การประเมินด้านสรีรวิทยา (physiological assessment)

ประเมินโดยการตรวจร่างกายและการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา โดยอาการที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกายของผู้ที่มีความปวด เพื่อค้นหาบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ตำแหน่งที่ปวดลักษณะผิวหนังหรืออวัยวะที่ได้รับความปวด และมักจะตรวจพบอาการทางระบบประสาท ซิมพาธิติค ได้แก่ ซีด ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น รูม่านตาขยาย และเหงื่อออก ในรายที่มีความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนอาการทางระบบประสาทพาราซิมพาธิติค ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง ชีพจรช้า คลื่นไส้และอาเจียน อ่อนเพลีย เป็นต้น มักตรวจพบในรายที่มีความปวดรุนแรงหรือมีความปวดของอวัยวะส่วนลึกของร่างกาย (Syrjala et al., 2014) สำหรับในผู้ป่วยวิกฤตมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมือนผู้ป่วยทั่วไป และความปวดอาจมีความสัมพันธ์กับกลไกการไหลเวียนโลหิต (hemodynamic) หัวใจเต้นเร็ว ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ความดันโลหิตต่ำ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับมีไข้ จึงควรพิจารณาอย่างละเอียด เช่น การแสดงสีหน้า กังวล ดูไม่สุขสบาย คิ้วขมวด กัดฟัน นอนนิ่งๆ เหงื่อออกหรือกระสับกระส่าย ตัวงอ ลูบหรือประคองบริเวณที่ปวด (Gelinas, Arbour, Michaud, Vaillant, & Desjardins, 2011) ดังนั้น ในการประเมินความปวดจึงจำเป็นต้องประเมินเมื่อรับใหม่ ประเมินซ้ำก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด

การประเมินความปวด เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ วิธีการประเมินที่ดีที่สุด (Gerbershagen et al., 2013) คือ การให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความปวดด้วยตนเอง (Eriksson, Wikstrom, Arestedt, Fridlund, & Brostrom, 2014) จึงมีการพัฒนามาตรวัดความปวดหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถประเมินระดับความปวดได้ใกล้เคียงหรือตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยจริง เพื่อเป็นหลักประกันได้ว่าข้อมูลที่ได้มามีความถูกต้อง นำไปสู่การช่วยเหลือและติดตามผลการบรรเทาความปวดได้เป็นอย่างดี หลักสำคัญในการประเมินว่ามาตรวัดความปวดมีคุณภาพ คือ ต้องมีความตรงและมีความเที่ยง (สุภาพ, 2552; Li, Liu, & Herr, 2007) แต่บางครั้งแม้จะมีการใช้มาตรวัดที่มีคุณภาพแล้ว ข้อมูลที่ได้อาจจะยังไม่ตรงกับความเป็นจริงเนื่องจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องต่อการรายงานความปวดหลังผ่าตัด จึงต้องประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การประเมินความปวดได้ตรงกับความถูกต้องของผู้ป่วยแต่ละบุคคล (Usichenko et al., 2013; Wikstrom, Eriksson, Arestedt, Fridlund, & Brostrom, 2014)

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือประเมินความปวด พบว่ามีเครื่องมือและวิธีการต่างๆ มากมาย แต่เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลซึ่งมีผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรับรู้และสามารถบอกถึงความรู้สึกของความปวดที่ถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความปวดโดยการประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective measurement) แบบมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่ายทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน ผู้ป่วยสามารถบอกความรุนแรงของความปวดที่กำลังประสบ วิธีนี้จะมีตัวเลขกำกับช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและประเมินความรู้สึกปวดได้ง่าย มีความเที่ยงตรงสูง ง่ายต่อการใช้

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

ความหมายของผลกระทบของความปวด

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด คือ อาการและอาการแสดงที่เป็นผลจากความปวดหลังผ่าตัดที่เกิดจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับภยันตรายจากการผ่าตัด และเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความรู้สึกปวดจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554; Chaudakshetrin, 2009) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายจากความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้น (neuroendocrine stress response) โดยผ่านทาง hypothalamus และการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติคกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตปล่อยสารแคททีโคลามีนออกมา ทำให้การทำงานหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (มาร์วิน, 2555) การตอบสนองจะมีสัดส่วนโดยตรงกับความรุนแรงของความปวด การผ่าตัดขนาดเล็กหรือไม่รุนแรงจะมีผลน้อยหรือไม่มีผลกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนอง ในขณะที่การผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดทรวงอก การผ่าตัดช่องท้อง มีผลให้เกิดการตอบสนองอย่างมาก และอาจเกิดการตอบสนองอย่างต่อเนื่องทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ผิดปกติ จนอาจเกิดอันตรายต่ออวัยวะนั้น ๆ หรือทำให้เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวได้ (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554) ดังนี้

1.1 ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ความปวดจากการผ่าตัดหรือบาดแผลบริเวณทรวงอกและช่องท้องมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของการหายใจ จากการตอบสนองของระบบประสาท

ไขสันหลังทำให้กล้ามเนื้อบริเวณที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและโดยรอบหดเกร็ง เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ส่งผลให้การหายใจไม่สะดวก ปอดขยายตัวได้ลดลง ปริมาตรความจุของปอดลดลง รวมกับผู้ป่วยมีความกลัวว่าการไอหรือการหายใจลึกๆ จะทำให้มีความปวดมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมไอและหายใจลึกๆ ส่งผลให้การหายใจและการไอไม่มีประสิทธิภาพ บางรายอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง มีเสมหะคั่ง ถุงลมปอดแฟบ และปอดอักเสบตามมา นอกจากนี้ การตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นและมีการสร้างกรดแลคติคเพิ่มขึ้นอีกด้วย (มาร์วิน, 2555; Soares et al., 2013)

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดเฉียบพลันที่รุนแรงมีผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติคทำงานมากผิดปกติ กระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็ว ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันเลือดเพิ่มขึ้น และการบีบหดรัดตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานเพิ่มขึ้นและมีความต้องการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น ในขณะที่การนำออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเธติคโดยการหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ความต่างของสมดุลระหว่างความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้นและการลดลงของปริมาตรเลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคของหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนแล้ว (มาร์วิน, 2555; Sakon et al., 2006)

1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความปวดจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหดเกร็ง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง ส่งผลให้กระบวนการเผาผลาญของกล้ามเนื้อเสียไป ทำให้กล้ามเนื้อลีบและกลับสู่การทำงานที่ปกติได้ล่าช้า (ศศิกานต์, 2554)

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ความปวดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติคทำให้การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหูรูดหดรัดตัว ในขณะที่มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น อาจเกิดแผลในกระเพาะอาหาร มีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมกับการลดลงของการเคลื่อนไหวลำไส้ทำให้เสี่ยงต่อการสำลักได้ อาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักภาวะท้องอืดจะส่งผลให้การหายใจไม่เต็มที่จนเกิดผลเสียต่ออวัยวะอื่น ๆ ตามมา (Chandrakantan, & Glass, 2011; Madsen et al., 2005)

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ ความปวดหลังผ่าตัดกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติค ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง เกิดการคั่งของปัสสาวะและหากความปวดคงอยู่นานจะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติค ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงส่งผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลงด้วย (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554)

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ความปวดหลังผ่าตัดกระตุ้นระบบนิวโรเอนโดคราย (neuroendocrine) ซึ่งมีผลทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนหลายตัว เช่น มีการเพิ่มขึ้นของแคทตาบอลิค ฮอร์โมน (catabolic hormone) ได้แก่ แคททีโคลามีน (catecholamine) คอร์ติซอลล์ (cortisol) และกลูคากอน (glucagon) ร่วมกับการลดลงของแอนาบิค ฮอร์โมน (anabolic hormone) ได้แก่ อินซูลิน และเทสโตสโตรอน (testosterone) ทำให้เกิดสมดุลของไนโตรเจนเป็นลบ (negative nitrogen balance) carbohydrate intolerance และเพิ่มการสลายไขมันการเพิ่มขึ้นของ คอร์ติซอล (cortisol) เรนนิน (renin) แอนโดสโตโรน (aldosterone) แอนจิโอเทนซิน (angiotensin) และฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรคิค (antidiuretic) ทำให้เกิดการคั่งของเกลือโซเดียมและน้ำ ทำให้เกิดการขยายของช่องว่างระหว่างเซลล์ รวมถึงเพิ่มการสลายไขมันส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีผลต่อการหายของแผล โดยพบว่าแผลหายช้าลง (ศศิกานต์, 2554)

1.7 ระบบเลือด ทำให้เกล็ดเลือดเกาะตัว ลดการสลายไฟบริน และเกิดภาวะเลือดแข็งตัวมากผิดปกติจนอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (ศศิกานต์, 2554)

1.8 ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่าความเครียดและความปวดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายลดต่ำลง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดสูงขึ้นโดยความปวดและความเครียดจะกระตุ้นให้ร่างกายผลิตฮอร์โมน ได้แก่ แคททิโคลามีนและคอร์ติซอลมากจนเกินไป มีผลยับยั้งระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้จำนวนลิมโฟไซท์ลดลง เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น ความสามารถในการจับกินเชื้อโรคและพิษต่างๆ ของแม็คโคเฟจย์ลดลง และแม็คโคเฟจย์จะหลั่งสารไซโตไคนส์ ได้แก่ อินเตอร์ลิวคิน-วัน และทูเมอร์ เนโครซีส แฟคเตอร์ ซึ่งสารไซโตไคนส์เหล่านี้จะทำให้อวัยวะหลายระบบในร่างกายสูญเสียการทำหน้าที่ (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554)

1.9 ระบบประสาท พบว่ามีกลไกกระตุ้นความปวดที่เกิดขึ้นในระบบการทำงานของเซลล์ประสาทดอร์ซอลในไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับความปวดเป็นเวลานาน เกิดการกระตุ้นในประสาทส่วนกลางอย่างต่อเนื่อง จนเกิดภาวะที่มีความไวต่อการกระตุ้นสูงกว่าปกติ กล่าวคือเมื่อมีการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยผู้ป่วยจะเกิดความปวดที่รุนแรง หรือบางครั้งการกระตุ้นนั้นในภาวะปกติจะไม่ทำให้ปวด เช่น การสัมผัส แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรับรู้เป็นความปวดเรียกว่า อัลโลดิเนีย (allodynia) (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554)

2. ด้านจิตใจ

ความปวดเฉียบพลันมักผู้ป่วยทำให้เกิดความกังวลและนอนไม่หลับ ผู้ป่วยอาจมีอารมณ์โกรธ และมักแสดงออกหรือระบายอารมณ์โกรธกับบุคลากรทางการแพทย์ ความปวดที่เกิดอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ กลัวความตาย และมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาวะของตนเอง เป็น

อารมณ์ที่ลึกซึ้งและคุกคามบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ความกลัวสิ่งที่ไม่รู้จักทำให้เกิดความกังวลมากขึ้น การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีผลคุกคามผู้ป่วยหลายด้าน รวมทั้งการสูญเสียความสามารถ ชีวิตและอิสรภาพจากการที่ต้องแยกตัวจากครอบครัวและเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิตตามปกติ ตลอดจนต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ นอกจากนี้ ความกังวลของสมาชิกในครอบครัวสามารถถ่ายทอดมายังผู้ป่วยได้โดยตรงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยทางด้านจิตใจก็อาจส่งผลการตอบสนองต่อความปวดในทางบวก เนื่องจากความแตกต่างของแต่ละบุคคล เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม ประสบการณ์การเรียนรู้จากการเฝ้าสังเกต ความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง วิถีของการปรับตัว การให้ความสนใจและการไม่ให้ความสนใจ เป็นต้น (มาร์วิน, 2555)

3. ด้านสังคม

ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ระบายอารมณ์กับบุคคลรอบข้าง หรือหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยโดยการแยกตัว ส่งผลต่อความสัมพันธ์และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งกับญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย (มาร์วิน, 2555; อวยพร, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร (2549) ศึกษารูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด พบว่าการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล โดยมารดารับรู้ประโยชน์ของการมีสามีให้การดูแลมากกว่าการมีพยาบาลดูแล มีความตึงเครียดจากความปวดลดลง ได้รับการช่วยเหลือลดปวด เช่น การนวดจากสามีทำให้การได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลังลดลงกว่ามารดาที่ไม่มีสามีมาดูแล อย่างไรก็ตามควรมีการเตรียมสามีให้พร้อมในการดูแลมารดาในระยะคลอด เนื่องจากบางการศึกษา พบว่าการมีสามีมาดูแลทำให้การได้รับยาบรรเทาความปวดของมารดาเพิ่มขึ้น ดังนั้นการที่ญาติหรือสามีซึ่งเป็นบุคคลสำคัญของมารดามาให้การดูแลนอกจากช่วยลดความกลัวและวิตกกังวล เพิ่มกำลังใจแก่มารดา เกิดความรู้สึกมีคุณค่าซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ

4. ด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบของความปวดในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นำมาสู่การฟื้นฟูสภาพที่ล่าช้า ใช้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงการขาดรายได้จากการที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554; Al Samaree, Rhind, Saleh, & Bhattacharya, 2010)

ผลกระทบจากความปวดหลังผ่าตัดต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจดังกล่าวมาแล้ว ทำให้รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือแม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรโดยเฉพาะในระยะแรกหลังผ่าตัด ดังนี้

1. การทำกิจกรรมทั่วไป ในระยะ 1 - 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความปวดแผลผ่าตัดมากจะไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าบนเตียง หรือลุกจากเตียง เนื่องจากจะทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น (Lindberg et al., 2016) สอดคล้องกับผลการวิจัยของธนาวรรณ ประทุมทิพย์ และยอดปิติ (2554) ซึ่งศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการรายงานผลของความปวดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทั่วไปในระดับมาก

2. การนอนหลับ ความปวดหลังผ่าตัดทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง เป็นผลจากการทำงานของ reticuler activating system (RAS) ซึ่งอยู่เหนือก้านสมอง และ bulbar synchronizing region (BRS) ซึ่งอยู่ที่พอนส์ (pons) และสมองส่วนหน้า (medial forebrain) โดย reticular activating system จะรับความรู้สึกต่างๆ เช่น แสง สี เสียง สัมผัส และความปวด เพราะในภาวะที่ผู้ป่วยมีความปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะทนต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้น้อยกว่าในภาวะปกติ ทำให้รบกวนการนอนหลับ ผู้ป่วยอาจนอนหลับได้ยาก ตื่นบ่อย และนอนต่อไม่หลับ (Gogenur, Bisgaard, Burgdrof, van Someren, & Rosenberg, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวลด์และคณะ (Wylde et al., 2011) ที่พบว่าความปวดหลังผ่าตัดในคืนแรกและในคืนที่สองส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย

3. ความสามารถในการเดินและการเคลื่อนไหว ผลการศึกษาของ ลลิดา และรุ้งจิต (2552) ที่ศึกษาการประเมินความปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหลังจากผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น พบว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อมีความปวดมากที่สุด คือ การนอนสงบนิ่ง เนื่องจากความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่อยากขยับร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของลินด์เบริกและคณะ (Lindberg et al., 2016) พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมากที่สุดเมื่อมีความปวด ได้แก่ การนอนสงบนิ่ง หยุดการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยลดการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด และผู้ป่วยที่ปวดแผลผ่าตัดมากจะไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นกลไกการป้องกันตัวของผู้ป่วยโดยธรรมชาติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาจเกิดการคั่งของเลือดดำ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และยังมีผลทำให้การบีบตัวของระบบลำไส้และทางเดินปัสสาวะลดลง ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง และปัสสาวะไม่ออก (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554)

4. อาการหายใจไม่สะดวก ผู้ป่วยที่มีความปวดมักไม่กล้าไอขับเสมหะ และจะพยายามหายใจแบบตื้น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดบริเวณทรวงอกหรือบริเวณกล้ามเนื้อช่วยหายใจ (Watt-Watson, Stevens, Costello, Katz, & Reid, 2016) ความปวดทำให้การหายใจผิดปกติจากการทำงานของกระบังลมลดลง เพิ่มความตึงของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงส่วนล่างและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น ไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีเสมหะคั่งค้าง มีโอกาสปอดแฟบ ปอดอักเสบ และเกิดภาวะออกซิเจนในร่างกายต่ำขึ้นได้ (Watt-Watson et al., 2016)

5. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความปวดจะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เนื่องจากการทำงานของระบบซิมพาเธติคทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้าลงและมีการยืดขยายของกระเพาะอาหารและลำไส้ เกิดภาวะท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูก และผลจากการมีกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น (Chandrakantan, & Glass, 2011; Madsen et al., 2005)

6. อาการหน้ามืด ใจสั่น เกิดจากระดับความปวดมีผลต่อความวิตกกังวล ร่วมกันการตอบสนองของร่างกายในภาวะเครียด ทำให้มีอาการแสดงใจสั่น เหงื่อออก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ มวนท้อง มึนงง หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม (มาร์วิน, 2555)

7. ความสัมพันธ์หรือการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าว ระบายอารมณ์กับบุคคลรอบข้าง หรือหลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยโดยการแยกตัว ส่งผลต่อความสัมพันธ์และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งกับญาติ ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย (มาร์วิน, 2555; อวยพร, 2550)

8. ความวิตกกังวล ความกลัว ขณะที่มีความปวดมากจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท ได้แก่ นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) โดปามีน (Dopamine) และแกรมมา อะมิโนไบไทริคแอซิด (Gramma amonobytyric acid: GABA) ทำให้เกิดการตื่นตัว ในทางกลับกันจะลดการหลั่งสารซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งเป็นสารที่ช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายและเกิดการหลับ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลมากขึ้นซึ่งความกังวลส่งผลให้ความปวดเพิ่มขึ้นเช่นกัน (มาร์วิน, 2555)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของความปวด

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด สามารถจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดได้เป็นหกด้าน คือ ปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านความคิด และการให้ความหมายของความปวด ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์ และปัจจัยด้านสังคม (วรรณา และคณะ, 2557) ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่

1.1 อายุ ผู้ป่วยสูงอายุได้รับผลกระทบจากความปวดต่ำกว่าและมีสภาพอารมณ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อาจเป็นเพราะสังคมไทย ผู้สูงอายุมักไม่บอกกล่าวด้วยความเกรงใจผู้ดูแล ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา อีกทั้งผู้ป่วยผู้สูงอายุมีความเชื่อทางศาสนาหรือมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งอาจช่วยให้ปรับตัวยอมรับได้ง่ายกว่า

1.2 เพศ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่รายงานว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบของความปวด (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย ได้แก่

2.1 ระยะเวลา การศึกษาพบว่าใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 80 – 90 มีความปวดระดับรุนแรง และจะลดลงใน 48 – 72 ชั่วโมงต่อมา (Fletcher et al., 2008; Weiran et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของไวลด์ รูเคอร์ ฮอลลิเดย์ และบลูม (Wylde, Rooker, Halliday, & Blom, 2011) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ58 รายงานความปวดรุนแรงในวันแรก และร้อยละ 47 รายงานความปวดรุนแรงและปานกลางในวันที่สองหลังผ่าตัด ดังนั้น ความปวดในวันแรกหลังผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากกว่าในวันต่อมาเนื่องจากระดับความปวดลดลง

2.2 ตำแหน่งและชนิดของอวัยวะที่เป็นโรค พบว่า อวัยวะที่ต้องมีการเคลื่อนไหว เช่น กล้ามเนื้อทรวงอก ปอด แขนและขา มักส่งผลให้มีความปวดรุนแรง และส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน (อรุโณทัยและคณะ, 2555)

2.3 จำนวนตำแหน่งที่มีความปวด จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนตำแหน่งที่มีความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงความปวด และผลกระทบจากความปวด ดังนั้น จำนวนตำแหน่งมากขึ้นท่าใด ผู้ป่วยจะรายงานว่ามีความปวดรุนแรงมากขึ้นและเกิดผลกระทบจากความปวดเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (จรรยา, 2554)

3. ปัจจัยด้านความคิด และการให้ความหมายของความปวด

การที่ผู้ป่วยให้ความหมายของความปวดในทางลบ คือบ่งบอกถึงอันตราย การสูญเสีย หรือทำให้คิดถึงความสำคัญของการมีชีวิตทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต กระทบสภาพอารมณ์มาก และทำให้ความหวังลดลง นอกจากนี้ พบว่าความคิดที่ว่าตนองไม่สามารถควบคุมความปวดที่เกิดขึ้นได้ มีความสัมพันธ์กับความปวด (จีรพร, 2551; Al Samareaee et al., 2012) ดังนั้น ความคิดและการให้ความหมายต่อความปวดจึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดและเกิดผลกระทบจากความปวดแตกต่างกัน

4. ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ

ความเชื่อด้านจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนา พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับความปวด โดยผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจทางศาสนาและมีความเชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์จะไม่คิดว่าความปวดเป็นสิ่งที่ท้าทายและคิดว่าตนองไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดได้ (ศศิธร, 2549)

5. ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์

ความปวดหลังผ่าตัด จะเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจจากภาวะของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ความวิตกกังวล ความกลัว เกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิต และภาวะทุกข์ทรมานทางจิตจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมักทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงความปวดหลังผ่าตัดและผลกระทบจากความปวดหลังผ่าตัด (มาร์วิน, 2555)

6. ปัจจัยด้านสังคม

เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุนทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ชิด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดจากการผ่าตัดที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะมีระดับความปวดเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากคู่สมรส พบว่าการแสดงออกของคู่สมรสในขณะที่มีความปวด จะส่งผลต่อพฤติกรรมความปวดของผู้ป่วย (ศศิธร, 2549)

การประเมินผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

การประเมินผลกระทบมีการใช้เครื่องมือวัดความปวดแบบหลายมิติ มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมประสบการณ์หลากหลายมิติความปวด (วงจันทร์, 2554; วรรณาและคณะ, 2557) ดังนี้

1. แบบประเมินความปวดครั้งแรก (initial pain assessment tool) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความปวดที่ครอบคลุมมากขึ้น โดยกำหนดให้มีการประเมินครอบคลุมในเรื่องตำแหน่งของความปวด โดยใช้ภาพให้ผู้ป่วยระบุบริเวณที่มีความปวด ความรุนแรง ระบุความรุนแรงของความปวดขณะปัจจุบัน ความปวดที่รุนแรงที่สุด ความปวดที่ดีที่สุด และความปวดที่สามารถยอมรับได้ ลักษณะ ระยะเวลาเริ่มต้น ระยะถี่ห่าง รูปแบบ พฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวด ปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลง ปัจจัยที่ทำให้ความปวดมากขึ้น ผลกระทบจากความปวดได้แก่ อาการร่วมอื่นๆ เช่น การนอนหลับ ความอยากอาหาร การเคลื่อนไหว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สภาพอารมณ์ ความสนใจ สมาธิ ข้อคิดเห็นอื่นๆ และแผนให้การช่วยเหลือ

2. แบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory Short Form: BPI-SF) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัย แต่ในปัจจุบันพบว่ามีการนำไปใช้ในทางคลินิกและมีการแปลภาษาไทย โดยมุ่งประเมินความปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และอาจปรับใช้เป็นอย่างอื่นได้ เช่น ความปวดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นต้น แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง และความรุนแรงของความปวด การประเมินผลจากการให้ความช่วยเหลือที่ผ่านมา และ

ผลกระทบของความปวดที่รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต (pain interference) (Chaudakshetrin, 2009)

3. แบบสอบถามความปวดแมกกิลล์ (McGill Pain Questionnaire: MGQ) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุม การประเมินการรับรู้ความปวดหลายด้าน เหมาะกับการนำมาใช้ในการวินิจฉัยความปวดจากระบบประสาท (neuropathic pain) (วงจันทร์, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory Short Form: BPI-SF) เป็นแบบการประเมินผลกระทบของความปวดที่ส่งผลกระทบที่รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ศึกษาความปวดจากโรคมะเร็งโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญสองประการ คือ วัดความรุนแรงของความปวด และผลของความปวดที่เกิดขึ้นว่ามีผลต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้าง จากการศึกษาและทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าสามารถติดตามผลและประเมินผลของการบำบัดความปวดของผู้ป่วยได้ค่อนข้างดี

แบบประเมิน BPI-SF ฉบับภาษาไทย (วงจันทร์, 2554) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา หรือความปวดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดหลายมิติ ครอบคลุมการระบุตำแหน่ง ความรุนแรงของความปวด การประเมินผลจากการให้ความช่วยเหลือที่ผ่านมา และผลกระทบของความปวดที่รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิต (pain interference) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ กิจกรรมทั่วไป อารมณ์ การเคลื่อนไหวร่างกายและการเดิน การทำงานประจำในบ้านและนอกบ้าน การนอนหลับ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความสนุกสนานหรือความสุขในชีวิต โดยให้คะแนนจาก 0 -10 และพงษ์ภารดี (Chaudakshetrin, 2009) ได้ทำการศึกษาคุณภาพของแบบประเมินความปวดฉบับย่อภาษาไทย (Brief Pain Inventory-Thai: BPI-T) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด 520 ราย ผลการศึกษา พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง คือเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบมี 2 องค์ประกอบ คือ ความรุนแรงของความปวด และผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดที่มีความตรงตามเครื่องมือต้นฉบับ และผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างได้ผลเหมือนกัน และมีความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในโดยใช้สูตร Cronbach Alpha's coefficient ได้ระดับดีมาก (alpha .88 - .94)

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดฉบับย่อภาษาไทย (Brief Pain Inventory-Thai: BPI-T) นี้มาปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับการประเมินผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด โดยตัดข้อ "การทำงานตามปกติทั้งงานบ้านและงานนอกบ้าน" และข้อ "ความสุขในชีวิตประจำวัน" ออก และเพิ่มข้อคำถาม "การเคลื่อนไหว" และข้อ "ท่านมีอาการหายใจไม่สะดวกในขณะที่มีความปวด" และข้อ "ท่านมีอาการคลื่นไส้อาเจียนบ่อยๆ ไม่อยากลุกไปเข้าห้องน้ำ ท้องอืด ท้องผูก" และข้อ "ท่านมีความวิตกกังวล ในขณะที่มีความปวดมาก" และข้อ "ท่านมีอาการ

หน้ามืด ใจสั่น ในขณะที่มีความปวดมาก" และข้อ "ท่านมีความกลัวว่าอาการที่เป็นอยู่จะไม่หาย จนต้องนอนโรงพยาบาลนาน" เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

กระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ได้กำหนดแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดไว้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การสอนและการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เตรียมเข้ารับการผ่าตัด ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและผลกระทบของความปวด ควรได้รับการสอนเกี่ยวกับการประเมินความปวดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกระดับความปวดของตนเองได้ตรงกับความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจให้การรักษาบรรเทาความปวดของแพทย์ผู้รักษา แนะนำให้ผู้ป่วยสามารถขอยาบรรเทาปวดตั้งแต่ระยะเริ่มปวดเพื่อให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาตามความชอบส่วนบุคคลหรือแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ต่าง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนให้การบรรเทาความปวดโดยการใช้ยาได้ผลดียิ่งขึ้น ได้แก่ การบำบัดด้านร่างกาย (physical pain relief strategies) เช่น การจัดท่านอน การลุกนั่งอย่างถูกวิธี (สุวลักษณ์, ประกาศิต, และเปรมฤดี, 2551; อาภรณ์, 2552) การบำบัดด้านการนึกคิดและพฤติกรรม (behavioral-behavioral therapies) เช่น การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน การสอนก่อนการผ่าตัด (จีรพร, 2551; นารีรัตน์, 2554; วรนุช และสมพร, 2555; Lin & Wang, 2005; Manias, Bucknall, & Botti, 2006) ฝึกการหายใจ (ทองจันทร์ และคณะ, 2550) ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะและช่วยบรรเทาความปวด (สุนันทา, 2555) และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังดนตรีที่ชอบ (ปภัสสิริ, 2550; เพ็ญประภา, วรีวรรณ, และกรณิศ, 2556; อัจฉราและอวยพร, 2554; Ajorpaz, Mohammadi, Najaran, & Khazaei, 2014; Ko, Chang, Lee, & Lin, 2016) การฟังเทปธรรมะ การอ่านหนังสือ การดูทีวี การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การสัมผัส (ภัทรา, 2547) พลังสัมผัส การนวด (ชัชมน, 2552) การนวดน้ำมันหอมระเหย (สิริญญา, 2552) การทำสมาธิ (อารมและผาณิต, 2555) การสะกดจิต การสร้างจินตภาพ (จริยา, 2552) เป็นต้น

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดตามประเมินความปวดหลังการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแล ลดความกังวลและความกลัว (จีรพร, 2551; นารีรัตน์, 2554; วรนุชและสมพร, 2555)

การสอนและการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเพื่อปรับการรับรู้และพฤติกรรมให้ถูกต้องก่อนการผ่าตัด ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ เช่น การปฏิบัติเพื่อการเตรียมพร้อมเข้ารับการผ่าตัดต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล และข้อมูลเพื่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การเปลี่ยนพฤติกรรมความปวดของผู้ป่วย เช่นหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความปวด เช่นการทำสมาธิ การเบี่ยงเบน การผ่อนคลาย และการมองโลกในแง่ดี การสร้างจินตนาการ เป็นต้น (วรนุชและสมพร, 2555) หลักการในการสอนและการให้ข้อมูล ดังนี้ ประเมินความสามารถการรับรู้ของผู้ป่วยเพราะถ้าความสามารถของผู้ป่วยมีจำกัดแต่ได้ข้อมูลมากเกินไปจะทำให้สับสนและอาจเพิ่มความกังวลมากขึ้น ให้เกียรติและยอมรับผู้ป่วย กำหนดเวลาที่เหมาะสม ภาษาพูดชัดเจน เข้าใจง่าย ประเมินความเข้าใจเป็นระยะและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม (เจือกุล, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนิตย์ และปิ่นอนงค์ (2557) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยด้วยวิธีการไม่ให้ยา ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดการความปวดและลดความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัด เช่น สาเหตุของความปวด วิธีการประเมินความปวดโดยการใช้มาตรวัดความปวด วิธีการบรรเทาความปวด เป็นต้น และควรแจกคู่มือการบรรเทาความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

2. การประเมินความปวดหลังผ่าตัด

การประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย (สมบูรณ์และคณะ, 2550) มีการประเมินผู้ป่วยก่อน ระหว่างและหลังทำการผ่าตัด (ธิดารัตน์, 2550) การประเมินความปวดที่ดีที่สุด ควรให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง ควรเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (เจือกุล, 2550; สุภาพ, 2552; บุปผา และบำเพ็ญจิต, 2550; แก้วตา, สุภาภรณ์, ปิยะฉัตร, นุจรินทร์, และจีระนาถ, 2559) ทำการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอตามแนวปฏิบัติของแต่ละสถานพยาบาลก่อนและหลังให้การรักษา ควรบันทึกความปวดให้เห็นชัดเจน (เจือกุล, 2550) การระงับปวดให้ได้ผลดีต้องเริ่มจากการประเมินความปวดของผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อน โดยประเมินตั้งแต่เริ่มต้นรักษา และประเมินหลังให้การรักษา ทั้งขณะพักและ

ขณะมีการขยับตัว เมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดแล้วจะต้องได้รับการประเมินผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (ศนิชา, 2556; Bucknall et al., 2007; Gordon et al., 2008)

3. การจัดการความปวดด้วยการใช้ยา

การจัดการความปวดโดยการใช้ยาพบว่ามีการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในการรักษาความปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ fentanyl, morphine และ pethidine (ปิยะดา และคณะ, 2559; อิศราภรณ์, น้ำอ้อย, และวารินทร์, 2555) และในช่วงแปดปีที่ผ่านมาพบว่าปริมาณการใช้มอร์ฟีนต่อปีของโรงพยาบาลและอัตราการได้รับยามอร์ฟีนของผู้ป่วยแต่ละครั้งไม่มีการเพิ่มขึ้น ควรมีการใช้อัตราการได้รับยามอร์ฟีนต่อครั้ง และปริมาณการใช้มอร์ฟีนต่อปีของโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้วย (ปราณี, สมบูรณ์, และสุธันนี, 2559) เทคนิคการให้ยาบรรเทาความปวดพบว่าแพทย์มีการใช้ยาแบบ Around the clock ร้อยละ 88.83 และพยาบาลให้ยาแก้ปวดแบบ Around the clock ร้อยละ 65.92 (นัยนา, 2556) และมีการให้ยาบรรเทาความปวดทางหลอดเลือดดำโดยผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วยตนเองหลังผ่าตัดใหญ่ (รัฐพล, อนรรฆพร, และศิริพร, 2555) และจากการศึกษาของอุ้มจิตและคณะ (2560) ได้ศึกษาเทคนิคการระงับปวดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นการศึกษาสังเกตการณ์ย้อนหลังเชิงพรรณนาในผู้ป่วย 46 ราย ที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแบบไม่เร่งด่วยได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้กลุ่มที่ 1 ได้รับมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่อง PCA กลุ่มที่ 2 ได้รับมอร์ฟีนทางช่องน้ำไขสันหลังร่วมกับมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่อง PCA กลุ่มที่ 3 ได้รับการฉีดยาบริเวณเนื้อเยื่อรอบเข่าร่วมกับมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่อง PCA และกลุ่มที่ 4 ได้รับทั้งมอร์ฟีนทางช่องน้ำไขสันหลัง ร่วมกับการฉีดยาบริเวณเนื้อเยื่อรอบเข่าและมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่อง PCA ผลการศึกษาพบว่า จากทั้ง 4 เทคนิคการศึกษาการให้มอร์ฟีนทางช่องน้ำไขสันหลังร่วมกับฉีดยาบริเวณเนื้อเยื่อรอบเข่าและมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่อง PCA เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลที่สุดในการระงับปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวันแรก ส่วนการฉีดยาบริเวณเนื้อเยื่อรอบเข่าร่วมกับการให้มอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำผ่านเครื่อง PCA สามารถลดความปวดขณะเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดวันแรกได้ (อุ้มจิตและคณะ, 2560) อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นผลข้างเคียงที่พบได้มากในทุกกลุ่มการศึกษา ส่วนภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ภาวะกดการหายใจพบเพียงหนึ่งรายในกลุ่มที่ 4 สำหรับความพึงพอใจพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

การเลือกใช้ยาบรรเทาความปวดตามประเภทของการผ่าตัด (preoperative period) แบ่งเป็น 3 ระดับ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) ดังนี้

3.1 การผ่าตัดประเภทปวดน้อย หมายถึง การผ่าตัดที่ทำให้เกิดความปวดระดับเล็กน้อย เช่น การผ่าตัดชิ้นเนื้อ (excision) ขนาดเล็ก เส้นเลือดขอด เป็นต้น ให้ยาตามลำดับความปวดน้อย ได้แก่ paracetamol, nonsteroidal anti-imflammatory drugs (NSAIDs) ร่วมกับการฉีดยาชาเฉพาะที่

3.2 การผ่าตัดประเภทปวดปานกลาง หมายถึง การผ่าตัดที่ทำให้เกิดความปวดปานกลาง เช่น การผ่าตัดไส้เลื่อน การผ่าตัดในช่องท้องส่วนล่าง การตัดชิ้นเนื้อขนาดใหญ่ เป็นต้น ให้ยาตามลำดับความปวดปานกลาง ได้แก่ ยากลุ่ม weak opioid หรือ strong opioid ในปริมาณน้อย ร่วมกับการฉีดยาชาเฉพาะที่ และยารับประทานกลุ่ม paracetamol หรือ NSAIDs

3.3 การผ่าตัดประเภทปวดมาก หมายถึง การผ่าตัดที่ทำให้เกิดความปวดมาก เช่น การผ่าตัดในช่องท้องส่วนบน ช่องอก เปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นต้น ให้ยาตามลำดับความปวดมาก ได้แก่ การให้ strong opioid และการใช้เทคนิคการให้ยาบรรเทาความปวด เช่น patient-controlled analgesia (PCA), epidural analgesia หรือ การฉีดยาชาเฉพาะส่วน ร่วมกับการให้ยา paracetamol และ/หรือ NSAIDs

หลักการให้ยาบรรเทาความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด

หลักการให้ยาบรรเทาความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ใช้หลักการ multimodal analgesia คือการให้ยาหลายๆ กลุ่มร่วมกัน เพื่อช่วยเสริมฤทธิ์ในการบรรเทาความปวด และช่วยลดปริมาณยาที่ใช้กับผู้ป่วย ลดผลข้างเคียงของยาแต่ละตัว เช่น การใช้ยากลุ่ม opioids ควบคู่ไปกับยา paracetamol หรือ NSAIDs เป็นต้น อีกหลักการหนึ่งที่นิยมใช้ ได้แก่ preemptive analgesia และ preventive analgesia ซึ่งอาศัยหลักการสำคัญ คือ ป้องกันการ sensitization ของ nervous system ถ้าให้ยาบรรเทาความปวดในช่วงก่อนการผ่าตัด หรือ preemptive analgesia จะช่วยลด stimulus ในช่วงที่ทำการผ่าตัดได้ดี แต่เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้นยาหมดฤทธิ์ ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะ hypersensitivity ได้ แต่การให้ยาแบบ preventive analgesia จะแตกต่างกันตรงที่การให้ยา ซึ่งจะต้องให้ยาทั้งก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และภายหลังผ่าตัด เพื่อที่จะป้องกันการเกิดภาวะ sensitization ของ nervous system วิธีการให้ยาแบบ preventive analgesia จะถือว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันภาวะ sensitization (วิมลลักษณ์, 2552)

ยาที่ใช้ในบรรเทาความปวดเฉียบพลัน มี 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ยาบรรเทาความปวดกลุ่มโอปิออยด์ คือ ยาทั้งหมดที่ออกฤทธิ์แบบมอร์ฟีน ทั้งที่ได้มาจากธรรมชาติหรือที่สังเคราะห์ขึ้น เป็นยาบรรเทาความปวดที่ใช้ในการรักษาความปวดเฉียบพลันระดับปานกลางและรุนแรง ซึ่งการให้ขนาดยาโอปิออยด์ในผู้ป่วยต้องพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายๆ โดยปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นจนกว่าจะได้ผลระงับปวดเท่าที่ต้องการหรือจนเกิดผลข้างเคียงที่ยอมรับไม่ได้ (ศศิกานต์, 2554; Fletcher, & Martinez, 2014) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 โอปิออยด์กลุ่มที่ออกฤทธิ์แรง (strong opioids) เช่น มอร์ฟีน (Morphine) เพดทิดีน (Pethidine) และเฟนตานิล (Fentanyl) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (ศศิกานต์, 2554; Fletcher, & Martinez, 2014)

1.1.1 มอร์ฟีน เป็นยาบรรเทาความปวดที่ใช้บ่อยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางและระบบทางเดินอาหาร โดยจับและกระตุ้น u-receptors ทั้งที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งขนาดของยามอร์ฟีนที่ใช้ คือ 0.05-0.1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม เมื่อฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 5 นาที และออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 20-30 นาที โดยมีระยะเวลาการออกฤทธิ์นาน 2-4 ชั่วโมง (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; Juul et al., 2016) ซึ่งมอร์ฟีนจะถูกทำลายที่ตับได้ morphine-3-glucuronide (M3G) และ morphine-6-glucuronide (M6G) โดย M6G มีฤทธิ์ในการระงับปวดเช่นเดียวกับมอร์ฟีน และมอร์ฟีนจะถูกกำจัดที่ไต หากการทำงานของไตบกพร่องจะทำให้การกำจัดมอร์ฟีน และเมตาบอไลน์ M6G ออกจากร่างกายไม่ได้ ซึ่งอาจมีผลกดการหายใจได้ จึงต้องประเมินระดับความรู้สึกตัว และอัตราการหายใจ

1.1.2 เพดทิดีนเป็นโอปิออยด์ที่สังเคราะห์ขึ้นเป็นตัวแรก มีความแรงเป็น 1/10 ของมอร์ฟีนเมื่อให้เพดทิดีนในขนาดที่ออกฤทธิ์บรรเทาความปวดเทียบได้กับมอร์ฟีน ทั้งนี้เพดทิดีนและมอร์ฟีนมีผลกดการหายใจเท่ากัน แต่เพดทิดีนละลายในไขมันได้ดีกว่ามอร์ฟีน ทำให้ออกฤทธิ์ได้เร็วกว่ามอร์ฟีน (ศศิกานต์, 2554) การออกฤทธิ์ของเพดทิดีนมี anticholinergic ร่วมด้วย คือ อาจทำให้หัวใจเต้นเร็ว ปากคอแห้ง เพดทิดีนมีค่าครึ่งชีวิต 2-2.5 ชั่วโมง ยาจะถูกเมตาบอไลท์ที่ตับได้ norpethidine ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางอย่างมาก ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก และชักได้ จึงไม่ควรใช้เพดทิดีนในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง (สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

1.1.3 เฟนตานิล เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยเฟนตานิลเป็นสารโอปิออยด์สังเคราะห์ที่จับและกระตุ้น u-receptors มีฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า (ณัฐวุฒิและยุพิน, 2555) ออกฤทธิ์เร็วเนื่องจากละลายได้ดีในไขมัน เมื่อบริหารยาทางหลอดเลือดดำเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 1-2 นาที และออกฤทธิ์สูงสุดภายใน 5-15 นาที และระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้นประมาณ 0.5-2 ชั่วโมง (ศศิกานต์, 2554) จากการกระจายยาไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลาย ยามีผลต่อ การไหลเวียนเลือดน้อย อาจทำให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจช้าลง กระตุ้นการหลั่งฮีสตามีนน้อย เฟนตานิลถูกทำลายที่ตับได้เป็น norfentanyl และถูกขับออกทางปัสสาวะโดยไม่เปลี่ยนรูป จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคตับและไต แต่ถ้าให้ยาในขนาดสูงหรือฉีดเข้าเส้นเร็วๆ อาจทำให้เกิด

กล้ามเนื้อผนังหน้าอกหดเกร็ง ขนาดของยาที่ใช้ 50-100 ไมโครกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดจนได้ผลตามต้องการ

1.2 โอปิออยด์กลุ่มที่ออกฤทธิ์อ่อน (Weak opioids) เช่น Tramadol (ทามาดอล) และ Codeine (โคดีอีน) ได้แก่

1.2.1 Tramadol (ทามาดอล) เป็นยาบรรเทาความปวดที่มีฤทธิ์ค่อนข้างอ่อน ออกฤทธิ์ 2 แบบ คือ กระตุ้น u-receptor แบบ weak agonist และป้องกันการ reuptake ของ serotonin และ norepinephrine เข้าสู่ปลายประสาท descending inhibitory pathway ของความปวด ทำให้ผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ใจสั่น มีฤทธิ์ประมาณ 1/10 เท่าของ มอร์ฟีน มี metabolite คือ O-desmethyltramadol (M1) ซึ่งมีฤทธิ์แรงกว่า Tramadol ถึง 6 เท่า ไม่ควรใช้ควบคู่กับยากลุ่ม tricyclic antidepressant เพราะจะทำให้เกิดอาการชักได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังมี tramadol 37.5 mg ที่ผสมกับ paracetamol 325 mg พบว่าออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น และมีผลข้างเคียงลดลง (Byrne et al., 2017)

1.2.2 Codeine เป็นยาระงับปวดที่มีฤทธิ์อ่อน ดูดซึมหลังรับประทานอาหารได้ดี มี half life 3 ชั่วโมง การออกฤทธิ์ของ Codeine ถูกเปลี่ยนเป็น morphine โดยเอนไซม์ CYP4502D6 ดังนั้นในผู้ป่วยที่ขาด CYP4502D6 จะทำให้ฤทธิ์แก้ปวดลดลง

2. ยาต้านการอักเสบ (Nonsterroidal Anti-inflammatory drugs; NSAIDs) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้าง PGS (Prostaglandins) มีผลทำให้ยามีฤทธิ์ลดการอักเสบ บรรเทาความปวดและลดไข้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม conventional NSAIDs เช่น คีโตโรแรค (Ketorolac), ไดโคลฟีแนค (diclofenac), ไอบลูโพเฟน (Ibuprofen) โดยยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ COX-1 และ COX-2 อีกกลุ่มหนึ่ง คือ COX-2 specific inhibitors เช่น พารีโคซิบ (parecoxib), เซเลโคซิบ (celecoxib) ซึ่งจะมีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ COX-2 เพียงอย่างเดียว โดยการใช้ในระยะสั้นมักไม่ทำให้เกิดปัญหา แต่หากใช้ในระยะยาวอาจมีผลต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญๆ เช่น ตับและไต ที่พบบ่อย คือ กระเพาะอาหาร ซึ่งการให้ยาต้านการอักเสบที่มีประสิทธิภาพมากในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด ทำให้การบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Dunn, Durieux, & Nemergut, 2016; Martinez et al., 2017)

3. พาราเซตามอล (paracetamol) เป็นยาแก้ปวดลดไข้ ที่มีใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นยามาตรฐานที่นิยมใช้ สามารถใช้ได้ทุกกลุ่มอายุ มีฤทธิ์ระงับปวดที่อ่อน ควรเลือกใช้ในกรณีที่มีความปวดเล็กน้อยหรือปวดปานกลาง ซึ่งพาราเซตามอลถูกดูดซึมทางระบบทางเดินอาหารได้ดีและได้เร็ว โดยระดับยาในเลือดสูงสุดจะเกิดขึ้นภายใน 30 นาที จากนั้นจะถูกทำลายที่ตับและขับออกทางปัสสาวะต่อไป ซึ่งพาราเซตามอลมีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 2 ชั่วโมง โดยผู้ใหญ่

รับประทานครั้งละ 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ห่างกันทุก 6 ชั่วโมง และห้ามรับประทานเกิน 8 เม็ดต่อวัน (พาณี, 2556; Graham, Davies, Day, Mohamudally, & Scott, 2013)

4. ยาเสริมในการระงับปวดอื่นๆ (adjuvant analgesia drugs) ได้แก่ ยากลุ่มเบนโซไดอาซิปีน (Benzodiazepine) ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดความวิตกกังวล คลายเครียด ยากลุ่มนี้ช่วยตัดวงจรต่อเนื่องของความปวดที่เกิดจากความปวด ความวิตกกังวล และการเกร็งของกล้ามเนื้อจึงช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความปวดได้ดีขึ้น ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กิตติยา สาวิกา บังอร และสมบัติ (2551) ศึกษาฤทธิ์ในการระงับปวดของยากลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ มอร์ฟีน เพดทิดีน และเฟนตานิล ในการบรรเทาความปวดจากการสลายนิ่ว พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม มีการระงับปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จำนวนครั้งในการเพิ่มยาระงับปวด พบว่า การใช้ยาเพดทิดีนมีการเพิ่มยาเพียงครั้งเดียว แต่การใช้ยามอร์ฟีนและยาเฟนตานิล มีการเพิ่มถึง 2 ครั้ง และไม่พบอาการข้างเคียงใดๆ จากการใช้ยาเฟนตานิล แต่การใช้ยามอร์ฟีนและยาเพดทิดีนพบอาการข้างเคียงเล็กน้อย ได้แก่ อาการคัน อาการคลื่นไส้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร สิริพรรณ และณัฏฐดา (2558) ที่ศึกษาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า คำสั่งการใช้ยาเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรง คือ มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง เฉพาะเวลาปวด อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบบ่อย คือ ง่วงซึม

วิธีบริหารยาบรรเทาความปวด (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; วิมลลักษณ์, 2552; Cakir, Dogan, Akdur, Kilic, & Ornek, 2017) มี 2 วิธี ดังนี้

1. Systemic analgesic administration คือ การให้ยาแก้ปวดด้วยการฉีดหรือรับประทานแต่ในช่วงหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยยังไม่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึกไม่สามารถรับประทานยาหรือมีการงดน้ำและอาหารจึงนิยมให้ยาบรรเทาความปวดโดยการฉีด (วิมลลักษณ์, 2552) ได้แก่

1.1 การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มีข้อดีคือสะดวก ไม่แพง และข้อเสีย คือ เจ็บที่ฉีด การดูดซึมของยาไม่แน่นอน ทำให้ระดับยาไม่คงที่โดยเฉพาะเมื่อการแพร่กระจาย (peripheral perfusion) ของยาไม่ดี เช่น ในภาวะที่พร่องน้ำพร่องเลือด หรืออุณหภูมิกายต่ำ การดูดซึมยาจะน้อยลง ทำให้การบรรเทาความปวดได้ผลไม่เพียงพอ และยาที่ฉีดอาจถูกดูดซึมมากขึ้นในช่วงที่การดูดซึมดีขึ้นแล้ว ทำให้มีปริมาณยาในเลือดสูง

1.2 การฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังที่มีเข็มคาไว้ ใช้แทนการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มีข้อดี คือ ไม่ต้องเจ็บจากการแทงเข็มบ่อยๆ แต่ไม่ควรให้ยา pethidine ด้วยวิธีนี้เนื่องจากจะเกิดการระคาย

เคืองต่อผิวหนังมาก ในรายที่มีความปวดรุนแรงและไม่สะดวกที่จะบริหารยาทางหลอดเลือดดำ สามารถให้ยาอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีนี้ได้ แต่ไม่ควรให้เกินชั่วโมงละ 2 – 3 มล.

1.3 การฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เป็นทางที่ควรให้หลังการผ่าตัดใหญ่ เนื่องจากสามารถปรับขนาดยาให้ครั้งละน้อยหรือให้แบบต่อเนื่องได้ ข้อเสีย คือ ถ้าให้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสมจะเสี่ยงต่อการกดการหายใจ จึงต้องปรับขนาดยาให้เหมาะสมเป็นระยะๆ ควรให้ขนาดน้อยและบ่อยตามความต้องการ แทนการให้ครั้งละมากๆ หลังจากนั้น เมื่อพบว่ายาที่ให้แต่ละครั้งไม่เพียงพอ ต้องการยาบ่อยมากโดยไม่มีสาเหตุอื่น ค่อยเพิ่มขนาดให้สูงขึ้น

1.4 การบริหารยาทาง PCA (Patient-controlled analgesia) ควรให้ทางหลอดเลือดดำ หรือทางชั้นใต้ผิวหนัง มีข้อดี คือ ระดับการบรรเทาความปวดคงที่ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ เพราะวิธีนี้ยืดหยุ่นมากทำให้ผู้ป่วยได้รับยาตามความต้องการเพื่อบรรเทาความปวดที่เกิดจากตัวกระตุ้นที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ เป็นวิธีที่นิยม ข้อเสียคือต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษที่มีราคาแพง และต้องมีการอบรมการใช้เครื่องมือแก่บุคลากร(Cakir et al., 2017; Kolvekar, Pilegaard, Ashley, Simon, & Grant, 2016; Nightingale, Knight, Higgins, & Dean, 2007)

1.5 การบริหารยาทางไขสันหลัง มีข้อดีคือระงับปวดได้ดีมากเมื่อเลือกใช้อย่างเหมาะสม ได้ผลดีต่อการบรรเทาความปวดขณะอยู่นิ่งมากกว่าเมื่อมีการขยับเคลื่อนไหวร่างกาย จึงนิยมให้ร่วมกับยาชาเฉพาะที่เพื่อบรรเทาความปวดขณะเคลื่อนไหว ข้อเสีย คือ มีความเสี่ยงต่อการกดการหายใจเช่นเดียวกับการให้ทางอื่นๆ แต่อาจเกิดค่อนข้างช้า ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด การใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น การใช้ Infusion pump เพื่อให้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องมีเครื่องมือเพิ่มเติมและต้องมีการอบรมบุคลากร

การให้ยาบรรเทาความปวดโดยการฉีด ได้แก่ การฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เข้ากล้ามเนื้อ หรือเข้าชั้นใต้ผิวหนัง โดยมุ่งหวังให้ระดับยาในเลือดอยู่ในช่วงรักษาด้วยเทคนิคต่างๆ แบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้

1. ให้เมื่อผู้ป่วยต้องการยาแก้ปวด (p.r.n.) มีข้อดี คือ ระดับยาในเลือดไม่สูงในช่วงรักษาของผู้ป่วย ข้อเสีย คือ ระดับยาอาจลดต่ำกว่าระดับยาที่น้อยที่สุดที่ได้ผลในการบรรเทาความปวด ทำให้มีความปวด และใช้เวลานานกว่าจะได้รับยาบรรเทาความปวด และกว่าระดับยาจะเพิ่มขึ้นถึงระดับรักษา โดยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ p.r.n. ยังมีความปวดอยู่ ควรมีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าเริ่มมีความปวดระดับสูงถึงระดับที่ควรให้การรักษา ก็ให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาทันทีไม่รอให้ความปวดมากจึงให้ยา

2. ให้ยาตามเวลาหรือย่างต่อเนื่อง (around the clock หรือ continuous infusion) มีข้อดี คือผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างสม่ำเสมอและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับยาไม่ต่ำกว่า

ระดับที่ได้ผลในการรักษา ข้อเสีย คือ เสี่ยงต่อการให้ยาเกินขนาด ทั้งนี้สามารถป้องกันโดยการประเมินความง่วงซึมอย่างสม่ำเสมอ (วิมลลักษณ์, 2552)

3. การใช้เครื่อง PCA (Patient-controlled analgesia) โดยผู้ป่วยสามารถให้ยาบรรเทาความปวดด้วยตนเอง เป็นวิธีที่สะดวกและนิยมใช้หลังผ่าตัด โดยการกดปุ่มปล่อยยาให้ตนเองเมื่อรู้สึกปวด ตัดปัญหาล่าช้าในการเตรียมยาและบริหารยา ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ (อุ้มจิต, เกรียงไกร, ประชานารถ, มาลินี, และยุวดี, 2560; Cakir et al., 2017; Gautam et al., 2017; Kolvekar, Pilegaard et al., 2017; Nightingale et al., 2007)

4. Regional administration หรือ regional analgesia (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) ได้แก่

4.1 Continuous central neuraxial blockade (CCNB) คือ การสกัดกั้นระบบประสาทส่วนกลางแบบต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพสูงในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด และมักถูกเลือกเพื่อบรรเทาความปวดในการผ่าตัดที่เสี่ยงต่อความปวดรุนแรง หรือระงับปวดด้วยวิธีมาตรฐานแล้วมักไม่ได้ผลบรรเทาความปวดที่ดี เช่น การผ่าตัดทรวงอก การผ่าตัดช่องท้อง การเปลี่ยนข้อเข่า

4.2 Continousperipheral nerve blockade (CPNB) คือ การให้ยาชาผ่านทางสายคา บริเวณเส้นประสาทเพื่อบรรเทาความปวด สำหรับการผ่าตัดระยางค์ส่วนบนและล่าง โดยสามารถควบคุมความปวดได้นานกว่าการฉีดยาชาระงับความรู้สึกเพียงครั้งเดียว ทำให้สามารถทำกายภาพบำบัดได้เต็มที่ ควบคุมความปวดได้ดี มีผลข้างเคียงน้อยกว่าการฉีดยาบรรเทาความปวดหรือแบบ PCA (Gautam et al., 2017)

4. การใช้วิธีการบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช้ยา

การบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช้ยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่นำมาใช้ในการบรรเทาความปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล (Given, 2010) ซึ่งบางงานวิจัยได้นำวิธีการจัดการความปวดแบบวิธีไม่ใช้ยามาใช้ร่วมกับวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ได้ผลในการจัดการความปวดที่ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การนวด การผ่อนคลาย การหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ การเปลี่ยนท่าการเบี่ยงเบนความสนใจ การทำสมาธิ การใช้ดนตรี การเตรียมสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอุณหภูมิของห้อง การเปิดไฟสลัวหรือไฟหรี่ เป็นต้น ทำให้ลดการรับรู้เกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมาน (distress) และลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อแบ่งเป็นวิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายและวิธีที่อาศัยกระบวน การคิดและการกระทำ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย เป็นวิธีการจัดกับความปวดที่เกี่ยวข้องกับ การกระตุ้นผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เพื่อบรรเทาความปวด (Adams, White, & Beckett, 2010; Mitchinson et al., 2007; Piotrowski et al., 2003; Sandy & Leon, 2011) ได้แก่

5.1.1 การจัดท่าผู้ป่วย (positioning) การจัดท่าที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยในขณะมีกิจกรรมต่างๆ จะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป และขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวดจึงเป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความปวดหลังผ่าตัดให้มากยิ่งขึ้น และเป็นวิธีทางกายภาพที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การจัดท่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องจัดการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ควรให้นอนศีรษะสูง 30 องศา จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ช่วยให้ข้อตะโพกงอ ลดการตึงของแผลผ่าตัดและลดความปวด การจัดท่าผู้ป่วยที่ถูกต้องขณะปฏิบัติกิจกรรมจะช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดและส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย (อาภรณ์, 2552)

4.1.2 การนวด (massage) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้กระตุ้นเซลล์เอสจีในไขสันหลังให้ทำงาน ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความปวดไม่ให้ไปประสานกับเซลล์ที กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด จึงไม่มีกระแสประสาทผ่านจากเซลล์ที่ส่งไปยังสมองเป็นผลให้ความปวดลดลง (Sandy & Leon, 2011) และการนวดยังเป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายเป็นการสื่อสารแบบไม่ใช้ภาษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้แสดงสิ่งที่ตนเองรู้สึก รวมถึงในระหว่างนวดผู้ป่วยได้มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกและและเปลี่ยนความคิดเห็นสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งจะทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้หลั่งสารเอนดอร์ฟินส์ (Endorphins) และเอนเคฟาลินส์ (enkephalins) ซึ่งเป็นสารยับยั้งสัญญาณความปวด นอกจากนี้ในการนวดตัวยังช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและส่งเสริมให้หลอดเลือดขยายตัว จึงมีการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น และช่วยส่งเสริมการไหลเวียนกลับของโลหิตดำ ทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและไม่เกิดกรดแลคติคจากกการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน รวมถึงช่วยกำจัดของเสีย (waste products) จากกล้ามเนื้อซึ่งกรดแลคติคและของเสียเหล่านี้เป็นสิ่งกระตุ้นให้ความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความปวดลดลง (Adams et al., 2010; Mitchinson et al., 2007; Piotrowski et al., 2003)

จากการศึกษาของสิริญญา (2552) ศึกษาผลของสุคนธบำบัด ผ่านการนวดหน้าต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม โดย

ใช้สุคนธบำบัดผ่านการนวดหน้าน้ำมันหอมระเหยจำนวน 4 กลิ่น ได้แก่ กลิ่นกระดังงา กลิ่นตะไคร้หอม กลิ่นแฝกหอม กลิ่นมะกรูด น้ำมันตัวพา คือ น้ำมันอัลมอนด์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสุคนธบำบัดผ่านการนวดหน้ามีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุคนธบำบัด ผ่านการนวดหน้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่ได้รับสุคนธบำบัดผ่านการนวดหน้าและผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุคนธบำบัดผ่านการนวดหน้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน สุคนธบำบัดผ่านการนวดหน้าสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในไตได้ แต่ไม่สามารถลดความปวดหลังผ่าตัดได้ ชี้ให้เห็นว่าการใช้สุคนธบำบัดผ่านการนวดหน้าเพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถบรรเทาความปวดเฉียบพลันลงได้ แต่สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้มีการศึกษาของไดน์ออนและคณะ (Dion et al., 2011). ศึกษาการนวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องอกที่มีความปวดหลังผ่าตัด 160 ราย พบว่าผู้ที่ได้รับการนวดมีระดับความปวดลดลง และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของชัชมน (2552) ศึกษาผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือจริง และหลอกที่เวลา 0, 30, 90, และ 150 นาที มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับการนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือจริงที่เวลา 90 นาที ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่าที่เวลา 0 นาที หลังนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและค่าเฉลี่ยความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือจริงน้อยกว่าหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือหลอกที่เวลา 0, 30, 90 และ 150 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือจริง และหลอก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกผ่อนคลาย และได้พักผ่อนเหมือนกันทั้ง 2 วิธี

4.1.3 การสัมผัส (touch) เช่น การจับมือ จับแขน หรือลูบเบา ๆ ที่มือและแขนของผู้ป่วย การสัมผัสเป็นการกระตุ้นใยประสาท เอ เบต้า (A-beta fibers)ซึ่งเป็นใยประสาทขนาดใหญ่ทำให้สับสแตนเทีย จีลาติโนซ่า (substantia gelatinosa) หรือ เอสจี เซลล์ (SG-cells) ที่เป็นตัวยับยั้ง (inhibitors) การส่งต่อสัญญาณความปวดของเซลล์ประสาทส่งต่อทำงานมากขึ้น ทำให้ไม่มีการส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง การสัมผัสยังทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ทำให้ลดการคั่งของของเสียที่ได้จากการเผาผลาญในร่างกาย และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย คลายความวิตกกังวล และทำให้ความปวดลดลง เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่คล้ายกับการนวดจึงทำให้เกิดการกระตุ้นเซลล์ เอสจีในไขสันหลังให้ทำงาน และมีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความปวดในระดับไขสันหลัง ร่วมกับการแปลผลและให้

ความหมายของการสัมผัสในระบบควบคุมส่วนกลาง ซึ่งทำให้เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจ และเกิดการส่งสัญญาณจากระบบควบคุมส่วนกลางมาปิดประตูในระดับไขสันหลังเช่นกัน จากการศึกษาของภัทรา (2547) ศึกษาผลของการสัมผัสอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินระบบกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินกระดูกและข้อ ที่ได้รับการสัมผัสอย่างมีแบบแผนร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพียง อย่างเดียว ส่วนคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง

4.1.4 การกระตุ้นปลายประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านผิวหนังหรือการใช้เครื่องเทนส์ (transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS) เครื่องเทนส์สามารถนำมาใช้ระงับความปวดได้ 2 แบบ โดยถ้าใช้เครื่องเทนส์ที่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าสูงกระตุ้นผ่านผิวหนังจะเป็นการกระตุ้นใยประสาทความปวดไม่ให้ไปประสานประสาทกับเซลล์ที จึงไม่มีความถี่ของคลื่นไฟฟ้าต่ำกระตุ้นผ่านผิวหนัง จะทำให้เกิดการกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้มีการหลั่งสารยับยั้งสัญญาณเจ็บปวดจึงทำให้ความปวดลดลง (Matsuo et al., 2014)

4.2 วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำเป็นวิธีการที่เน้นให้บุคคลแต่ละบุคคล สามารถเผชิญกับประสบการณ์ความปวด โดยการเปลี่ยนแปลงการแปลความหมายความรู้สึกของความปวดและช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้นหรือเป็นวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่อความปวด ซึ่งวิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำที่นำมาใช้ศึกษาในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดมีหลายวิธี ได้แก่

4.2.1 การสอนหรือการให้ข้อมูล การสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวด เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดจากการศึกษานารีรัตน์ (2554) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้าและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 60 ราย โดยผู้ป่วย 30 รายแรก จัดเป็นกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลปกติจากเจ้าหน้าที่ส่วนผู้ป่วย 30 ราย หลังจัดเป็นกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความปวดและความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสามารถ

ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจีรพร (2551) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด และทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 โดยผู้ป่วย 15 คนแรก จัดเป็นกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย 15 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเพื่อลดความปวด และความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความปวดและมีความทุกข์ทรมาน เมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีจำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการได้รับยาระงับปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นการมุ่งความสนใจไปยังสิ่งอื่นมากกว่าความปวด หรือดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยมาสู่สิ่งที่กระตุ้นที่จัดกระทำมาให้มากกว่าการรับรู้ความปวดที่เกิดขึ้น เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ด้านการฟัง เช่น การฟังดนตรี การฟังนิทาน หรือเรื่องขำขัน ฟังเสียงสวดมนต์ เป็นต้น ส่วนการฟังดนตรีบรรเลงจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติโดยกระตุ้นต่อมพิทูอิตารี ให้หลั่งสารเอนเดอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์บรรเทาความปวดโดยธรรมชาติ (อัจฉราและอวยพร, 2554; Ajorpaz et al., 2014; Ko, Chang et al., 2016) การเบี่ยงเบนความสนใจสามารถลดความปวดได้ จากการศึกษาของปภัสสิริ (2550) ศึกษาการใช้ดนตรีพื้นเมืองอีสานลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดลดลง ร้อยละ 70 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้ดนตรีพื้นเมืองอีสานลดความปวดหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญประภาและคณะ (2556) ศึกษาผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกในระดับต่ำ

4.2.3 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) เป็นเทคนิคที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบลงจากความปวดหลังผ่าตัด โดยวิธีการฟังเสียงจากเครื่องบันทึกเสียงหรือการฝึกเขียนหรือพูดตามแบบฝึกหัด บางวิธีการฝึกจะเน้นให้ความสนใจต่อการดึงตัวของกล้ามเนื้อตามจังหวะการหายใจ ดังนั้นเทคนิคการฝึกผ่อนคลายมักจะมีความสัมพันธ์กับการทำสมาธิ และการสะกดจิตอย่างไม่สามารถแยกความแตกต่างได้ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) จากการศึกษาของอารมและผาณิต (2555) ศึกษาการใช้สมาธิบำบัดลดความ

ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพก หรือเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลพิจิตร พบว่าการใช้สมาธิบำบัดสามารถลดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงหายปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา (2552) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 34 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสร้างจินตภาพมีคะแนนความรู้สึกปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนความทุกข์ทรมานจากความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอัตราชีพจร และอัตราการหายใจไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสร้างจินตภาพมีความดันเลือดซีสโตลิกน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกริตยาและชมพู (2556) ศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีพต่อความปวดเฉียบพลันและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลหนองคาย พบว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีพ มีผลต่อการลดความปวดเฉียบพลันและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นการบรรเทาปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาเป็นบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลควรมีความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจการใช้ยาและไม่ใช้ยาทำให้การดูแลเกี่ยวกับความปวดผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ควบคุมความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นดังนั้นพยาบาลต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยตั้งแต่การประเมิน การรายงานความปวดให้ทีมสุขภาพสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อบรรเทาปวด โดยการให้ข้อมูลและให้การช่วยเหลือตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

5. การประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้การรักษาอย่างสม่ำเสมอ

การติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงและอาการแทรกซ้อนจากการระงับปวดการจัดการกับความปวด (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; ศนิชา, 2556; Bucknall et al., 2007; Gordon et al., 2008) จึงควรมีการประเมินซ้ำทุก 5 นาทีสำหรับการระงับปวดโดยการฉีดยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เข้าทางหลอดเลือดดำแบบเป็นครั้งคราว และให้ยาซ้ำได้จนกว่าความปวดจะบรรเทา หรือเปลี่ยนจากการฉีดยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เข้าทางหลอดเลือดแบบครั้งคราวเป็นแบบหยดเข้าหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่องแทนในขนาดที่เหมาะสม (ปิยะดา, นุชนารถ, ตันหยง, วรวุธ, และสุรัตน์ดา, 2559)

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ผ่านมายังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรอาจเกิดได้จากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยและญาติ เป็นปัจจัยที่อาจทำให้การจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีความเข้าใจหรือทัศนคติไม่ถูกต้อง นำไปสู่การขัดขวางการจัดการกับความปวด เช่น ความเชื่อว่าการเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องอดทน ไม่บ่น การไม่กล้าแสดง หรือบอกความปวด หรือขอยาแก้ปวดจากพยาบาลเกรงว่าสร้างความรำคาญหรือรบกวนพยาบาลที่กำลังยุ่ง (Mackintosh, 2007; Taylor & Stanbury, 2009) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 60 จึงมีลักษณะอยู่เฉยๆ ไม่ดิ้นรน ที่จะจัดการกับความปวดของตนเอง แต่จะรอให้พยาบาลมาสอบถามก่อนแล้วจึงค่อยขอยาบรรเทาความปวด (Manias et al., 2005) ผู้ป่วยบางรายมีความกลัวต่อการฉีดยา ความกลัวต่อการติดยาและผลข้างเคียงของยาโอปิออยด์ เป็นต้น (วนิดา, วิชัย, และกนกพร, 2556) นอกจากนี้ หลังได้ยาแก้ปวดผู้ป่วยหลายรายไม่รู้ว่าต้องติดตามความก้าวหน้าของความปวดซ้ำเพื่อประเมินประสิทธิผลของยาบรรเทาความปวด บางรายก็ไม่คาดหวังว่าบุคลากรทีมสุขภาพจะสามารถบรรเทาความปวดให้ได้ จึงยอมทนทุกข์ทรมานอยู่กับความปวด (ธิวาและคณะ, 2559)

2. ปัจจัยด้านบุคลากรทีมสุขภาพและพยาบาล การศึกษาพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพและพยาบาลยังคงขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องความปวดและการจัดการความปวด มีทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ธิวาและคณะ, 2559; พนารัตน์และคณะ, 2551; Breivik, 2017; Courtenay & Carey, 2008) ดังนี้

2.1 ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความปวด และการควบคุมความปวด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ซักถามรองลงมา คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการควบคุมความปวดของตนเองได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยากมีส่วนร่วม และการแจ้งสิทธิแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการได้รับการควบคุมความปวดในการขอความช่วยเหลือเพื่อควบคุมความปวด ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีปัญหาเนื่องจากรีบเพราะมีงานที่เหลืออยู่ (ธิวาและคณะ, 2559)

2.2 ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ ทั้งก่อนและหลังให้ยาบรรเทาความปวด และหลังการพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจแบบประเมินความปวดหรือนำแบบประเมินความปวดมาใช้แล้วแต่ไม่ได้รับความร่วมมือ และเจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญ ผู้ให้บริการมี

ความรู้สึกลังเลหรือเกรงใจผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่ไม่ถึงกับหลับแต่พักได้ จึงไม่อยากปลุกผู้ป่วยเพื่อประเมินความปวด (ยุวดี, พนารัตน์, สมบูรณ์, และรัดดา, 2548)

2.3 ด้านการบรรเทาความปวดแผลผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการให้ยาบรรเทาความปวด เนื่องจากให้ยาแล้วผู้ป่วยไม่บรรเทาความปวด นอกจากนี้ มีปัญหาเรื่องการใช้วิธีบรรเทาความปวดแบบอื่นๆ ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาความปวด เนื่องจากแนะนำแล้วผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (ธิวาและคณะ, 2559; พนารัตน์และคณะ, 2551)

2.4 ด้านการให้ความรู้ ความเข้าใจ พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเภสัชวิทยา การประเมินความปวด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประเด็นที่พบบ่อยว่ายังเป็นความเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น การเข้าใจว่าต้องมีสัญญาณชีพเพิ่มขึ้นจึงแสดงว่าผู้ป่วยนั้นมีความปวด การที่จะทราบว่าผู้ป่วยมีความปวดมากน้อยเพียงใดให้สังเกตจากพฤติกรรมหรือสีหน้าของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยที่นอนหลับได้แสดงว่าผู้ป่วยนั้นไม่มีความปวด ผู้ป่วยที่เฝ้ามองดูนาฬิกาแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการติดยา การให้ยาโอปิออยด์จะมีเพดานยาจึงควรใช้ยาในปริมาณจำกัด ผู้ป่วยที่ได้รับโอปิออยด์ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก็มีโอกาสที่จะติดยาได้ เป็นต้น

2.5 ทัศนคติและความเชื่อไม่ถูกต้อง ทัศนคติและความเชื่อของบุคคลมีผลต่อการประเมินความปวด และการจัดการความปวด ทัศนคติและความเชื่อไม่ถูกต้องที่พบบ่อย ได้แก่ การยอมรับว่าความปวดหลังผ่าตัดเป็นเรื่องปกติที่พบได้ ความเชื่อว่าผู้ป่วยที่ปวดจริงจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและพฤติกรรมให้เห็นชัดเจน ความปวดที่แท้จริงต้องมีสาเหตุ เมื่อไม่สามารถหาสาเหตุก็ไม่มีเหตุผลที่จะอธิบายว่าทำไมผู้ป่วยถึงปวด ผู้ป่วยที่มีสาเหตุของความปวดจากสภาพจิตอารมณ์ไม่ควรได้รับยาแก้ปวด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิต ความปวดที่เกิดในผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางความคิดและตัดสินใจจะไม่มีความรู้สึกปวด การบ่นหรือการบอกว่าปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้เชื่อไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่มีความเสื่อมทางความคิดและตัดสินใจมักได้รับการประเมินและการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดจากบุคลากรทีมสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไปหลังผ่าตัด (วนิดาและคณะ, 2556)

2.6 การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการประเมินความปวดที่ไม่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วย การตัดสินใจเรื่องความปวดไม่ถูกต้อง การบริหารยาไม่เพียงพอและขาดการสื่อสารที่ดี ขาดการประเมินความปวดซ้ำ

3. ปัจจัยด้านระบบบริหารในองค์กร การกำหนดนโยบายและการบริหารงานภายในองค์กร อาจมีผลต่อคุณภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังเช่นพยาบาลกล่าวว่า ไม่ได้จัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างเต็มที่ เนื่องจากไม่มีบทบาทอิสระในการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา (ทิพวรรณ์, 2559) และต้องใช้เวลานานในการติดต่อศัลยแพทย์เพื่อให้สั่งการรักษาด้วยยาบรรเทาปวด

การจำกัดงบประมาณ ทรัพยากรหรือการขาดอัตรากำลังของพยาบาลทำให้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยหลายคนหรือทำงานในหน้าที่อื่นที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้พยาบาลไม่มีเวลาพอที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อประเมินความปวดหรือจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้นโยบายสุขภาพของโรงพยาบาล ปัจจุบันไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการจัดการกับความปวดมากนัก แต่ไปมุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยหายจากโรค การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว เพื่อลดค่าใช้จ่าย จึงอาจส่งผลให้บุคลากรทีมสุขภาพมองข้ามเรื่องการจัดการหรือควบคุมความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และมีนโยบายเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ยังไม่ชัดเจน และเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมด้านการจัดการความปวดไม่ทั่วถึง

การประเมินการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

สมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Pain Society: APS) และองค์กรนโยบายสุขภาพและการวิจัย (Agency of Health Care Policy and Research: AHCPR) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการประเมินการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่นำไปสู่ผลลัพธ์การจัดการความปวดว่า ควรจะมีการประเมินทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ควบคู่กัน (จิราภีและสุธีรา, 2552; สมพรและคณะ, 2552; ศนิชา, 2556; Chassin, & Galvin, 1998; Gordon et al., 2005; Hayes & Gordon, 2015) ดังนี้

1. ตัวชี้วัดเชิงกระบวน การจัดการความปวดที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของความปวด คือ การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือประเมินความปวด การประเมินความปวดความต่อเนื่องของการประเมินความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดรายงานคะแนนความปวด 1 จาก 10 ของการประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ผู้ให้การดูแลอาจคิดว่าการจัดการความปวดดีหรือเหมาะสม แต่คะแนนความปวดนั้นไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลอย่างไร จึงรายงานความปวดในระดับต่ำ ผู้ป่วยรายนี้อาจจะได้รับยาบรรเทาความปวดอย่างต่อเนื่อง ได้รับการเทคนิคการบริหารยาที่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยอาจจะใช้วิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วย (Gordon et al., 2002) เช่น การจัดท่า การประคบเย็น การฟังดนตรี หรือการนวด เป็นต้น การตรวจสอบกระบวนการเหล่านี้จะช่วยบอกได้ว่าขั้นตอนใดช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

2. ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความรุนแรงของความปวดปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุด และความปวดที่น้อยที่สุด ผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิตและความเพียงพอของข้อมูล (จิราภีและสุธีรา, 2552; สมพรและคณะ, 2552; Gordon et al., 2005; Hayes & Gordon, 2015) ความรู้เรื่องการจัดการความปวดโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด ความพึงพอใจต่อการ

จัดการความปวด แม้ว่าความพึงพอใจจะมีหลักฐานว่าความพึงพอใจไม่ใช่ผลลัพธ์โดยตรงของการจัดการความปวด (จิราภีและสุธีรา, 2552; Devine et al., 1999; Gordon et al., 2005) แต่เนื่องจากทุกโรงพยาบาลกำหนดนโยบายให้ความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดหนึ่งทางด้านคุณภาพที่ต้องติดตามประเมินต่อเนื่อง (จรรยา, 2554; บุษรา, นิโรบล, และดรุณี, 2557; สมพรและคณะ, 2552; สุชีรา, 2553; อรัญญา, ปรางทิพย์, และอรพรรณ, 2556; อังคนาและสิริกร, 2558)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ความหมายของความพึงพอใจ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผลต่อเจตคติและค่านิยมของผู้ป่วย โดยตระหนักและรับรู้ในสิทธิของตนเองมากขึ้น มีความคาดหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ การประเมินคุณภาพการบริการทางสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง อาจพบการแข่งขันทางด้านสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชน ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นหลัก ดังนั้นผู้ให้บริการจึงต้องใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกในทางบวกหรือความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวดจากทีมผู้ดูแล (Lovatsis et al., 2007) และเป็นความสมดุลระหว่างความคาดหวังและสิ่งที่ได้รับจริงหรือได้รับการตอบสนองตามความต้องการจากสิ่งที่คาดหวังไว้ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Auquier et al., 2005; Maurice-Szamburski, Bruder, Loundou, Capdevila, & Auquier, 2013)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกยินดี หรือชื่นชอบที่มีผลจากการมีประสบการณ์อันเกิดจากการได้รับบริการนั้น ๆ มาก่อน ประเมินผลการรับรู้ของตนออกมานั้นเป็นไปตามความคาดหวังหรือความต้องการของตน (อรพรรณ, 2548) ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลหรือการยอมรับอย่างเต็มใจต่อความคาดหวังและการได้รับการตอบสนองตามความต้องการของบุคคล

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ถือเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพของการพยาบาล (Burston, Chaboyer, & Gillespie, 2014; Carolyn, Kristel, Denise, & Margaret, 2013; Montalvo, 2007) ทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์และพยาบาล เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งการบรรเทาความปวดหรือการจัดการ

กับความปวดหลังผ่าตัด สามารถกระทำได้ทั้งวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด รวมถึงคุณภาพของการได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับความปวดจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งมีความปวดจากการผ่าตัด มีความคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลหลังผ่าตัดจากทีมสุขภาพในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งการดูแลเรื่อง ความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคน บทบาทที่สำคัญของทีมสุขภาพในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด คือมีกลวิธีอย่างไรที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของทีมสุขภาพมากที่สุด

ดังนั้น การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล จึงเป็นการประเมินการพยาบาลตามความคาดหวังกับการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของผู้ป่วย ความพึงพอใจยังเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งในการประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลสุขภาพที่สำคัญ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจต่อผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจึงเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงคุณภาพของการจัด การความปวดได้ด้วย (Auquier et al., 2005; Maurice-Szamburski et al., 2013)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกทางบวกของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สำคัญ มีดังนี้ (ขวัญจิตร์, 2550; จรรยา, 2554; บุษราและคณะ, 2557; สมพรและคณะ, 2552; สุชีรา, 2553; อรัญญาและคณะ, 2556; อังคนาและสิริกร, 2558; Lovatsis et al., 2007; Neimi-Murola et al., 2007; Shigematsu-Locatelli et al., 2017; Yimyaem et al., 2006; Yin, Tse, & Wong, 2012)

1. การได้รับการจัดการความปวดจนสามารถบรรเทาความปวดได้ ผลสำเร็จของยาบรรเทาความปวด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด

2. การได้รับการดูแลตามความคาดหวังที่วางไว้ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จากการมีสัมพันธภาพที่ดี หรือความเพียงพอจากการได้รับข้อมูล

3. การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย

4. การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การร่วมกันกำหนดปัญหา จุดมุ่งหมาย และวิธีการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ หรือการบรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้

5. ประสิทธิผลหรือผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี เช่น ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ดีหลังผ่าตัด

6. สถานที่ให้บริการ ควรมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ควรมีความสะดวก สะอาด และปลอดภัย

7. ผู้ให้บริการ ควรคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการเป็นหลัก

8. กระบวนการให้บริการ ควรมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน สะดวกรวดเร็ว และมีคุณภาพในการให้บริการ

นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ ค่านิยม สภาพจิตใจ รวมทั้งความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความคาดหวังเกินความเป็นจริงทั้งในเรื่องของการจัดการความปวดและระดับความรุนแรงของความปวด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจน้อยต่อการจัดการความปวดได้ (Lovatsis et al., 2007; Neimi-Murola et al., 2007; Shigematsu-Locatelli et al., 2017) และผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อการจัดการความปวด จากการศึกษาของชิกกะมัตสุ โลคาเทลไล และคณะ (Shigematsu-Locatelli et al., 2017) พบว่าระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยต่อการจัดการความปวด และจากการศึกษาของเนมิ มูโรลาและคณะ (Neimi-Murola et al., 2007) พบว่าการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความปวดก่อนผ่าตัด และการได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของยิ้มแย้ม และคณะ (Yimyaem et al, 2006) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยความปวดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80.1 มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ในขณะที่ร้อยละ 2.5 ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวด เนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์การผ่าตัดที่ไม่ดี และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากอาการคลื่นไส้อาเจียน ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวด นอกจากนี้ จากการศึกษาของยิน ทีสิ และวอง (Yin, Tse, & Wong, 2012) พบว่าความรุนแรงของความปวด และความปวดที่รบกวนต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

การประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่ามีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่

1. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของจรรยา (2552) ใช้แบบประเมินความพึงพอใจแบบตัวเลข 0 - 10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 10 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับแบบประเมินความพึงพอใจของเชน ชีวูด

เมคเนล และลี (Shen, Sherwood, McNeill, & Li, 2008)ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินตัวเลข 0 – 10 คะแนน แบ่งความพึงพอใจออกเป็น 4 กลุ่ม คือ คะแนนความพึงพอใจ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนนความพึงพอใจ 1 – 3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจเล็กน้อย คะแนนความพึงพอใจ 4 – 7 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง และคะแนนความพึงพอใจ 8 -10 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

2. แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ของบุษราและคณะ (2557) มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คะแนน 0 ถึง 10 คะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI =.94

3. แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของสมพร และคณะ (2552) เป็นแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อการจัดการกับความปวดที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาลโดยรวม ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกแทนค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก 5 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และ 10 หมายถึง พึงพอใจมาก) และมีคำถามปลายเปิดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ โดยมีการกำหนดระดับประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดด้วยยาและความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวด ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1 - 4 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ายาช่วยบรรเทาความปวดได้ในระดับต่ำ/มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับในระดับต่ำ

5 - 6 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ายาช่วยบรรเทาความปวดได้ในระดับปานกลาง/มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับในระดับปานกลาง

7 - 10 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ายาช่วยบรรเทาความปวดได้ในระดับสูง/มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับในระดับสูง

4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ของอังคนาและสิริกร (2558) ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของมยุลี และนันทา (อ้างตาม อังคนา และสิริกร, 2558) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 22 ข้อ แบ่งกิจกรรมเป็น 4 ด้าน ครอบคลุมในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ด้านที่ 1 การให้ข้อมูลหลังผ่าตัด ด้านที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ด้านที่ 3 การพยาบาลพื้นฐานทั่วไป ด้านที่ 4 การพยาบาลเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยมีความปวดแผลผ่าตัด ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 คำตอบ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด

โดยสรุป ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกทางบวกที่บุคคลรู้สึกยินดี และพอใจได้รับการตอบสนองตามความคาดหวัง และความต้องการจากการบริการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การได้รับการเคารพในความเป็นมนุษย์ การได้รับข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สัมพันธภาพ ประสิทธิผลของการรักษา สถานที่และกระบวนการบริการ การประเมินความพึงพอใจมีหลายรูปแบบ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดล่วงหน้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วทั้งตัว ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดที่สร้างขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ ให้ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ (1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรคที่ต้องผ่าตัด การเตรียมทางด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด การรายงานความปวด และการประเมินความปวดหลังผ่าตัด (2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด (3) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ทั้งวิธีการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยา (4) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ทั้งวิธีการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา และ(5) การประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดเนื่องจากมีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

คุณภาพเป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพ แม้จะมีความพยายามในการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยงและความสูญเปล่าต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ทีมบุคลากรทางการแพทยืควรต้องตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องมีกลไกเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงาน

โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีพันธกิจเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการสอนธำรงไว้และพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ธำรงรักษาทรัพยากรบุคคลให้คงอยู่กับองค์กร และมีวิสัยทัศน์โดยเป็นผู้นำทางด้านวิชาการและบริการในครือข่ายบริการที่ 12 ภายใต้ภาคีเครือข่ายที่เข็มแข็งในภาคใต้ โรงพยาบาลมีนโยบายและมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโดยได้รับการนัดหมายล่วงหน้า โดยแพทย์จะทำการนัดวันเวลาผ่าตัดภายหลังจากวินิจฉัยโรคระยะหนึ่ง และจะมีการเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ทั้งด้านโรคที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด โรคประจำตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ดังนั้นการให้การดูแลประกอบด้วยระยะก่อนผ่าตัด ระหว่าง

การผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานและฟื้นสภาพจากการผ่าตัด และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม

กลุ่มงานบริการพยาบาลมีนโยบายให้หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะต้องดำเนินการประกันคุณภาพเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสอดคล้องกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ดังนี้ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย 2) การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดและบันทึกระดับความปวดในแบบบันทึกสัญญาณชีพ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความปวดให้เฝ้าระวังโดยการประเมินและบันทึกทุก 8 ชั่วโมง 3) กรณีที่ผู้ป่วยมีความปวด พยาบาลจะต้องให้การดูแลบรรเทาความปวดโดยการใช้ยาตามแผนการรักษาร่วมกับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา และ 4) การติดตามประเมินความปวดหลังได้รับการบรรเทาความปวดและติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาความปวดโดยประเมินหลังยาฉีดทางหลอดเลือดดำ 10 – 15 นาที หลังยาฉีดทางกล้ามเนื้อ 30 นาที และหลังยารับประทาน 1 ชั่วโมง และในกรณีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาจะต้องประเมินซ้ำทุก 30 นาที นอกจากนี้ ยังกำหนดให้มีการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการจัดการความปวดก่อนจำหน่าย และมีประเด็นการจัดการความปวดในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอีกด้วย โดยคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ยะลาจะปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 80 อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับกระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับมาก และวางแผนให้ผู้รับผิดชอบจัดทำรายงานการประเมินผลการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นรายงานประจำเดือน เพื่อนำข้อมูลจากการประเมินผลไปใช้ในการประชุมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการดำเนินการดังกล่าว

ในส่วนของงานบริการด้านวิสัญญี เป็นการบริการระงับความรู้สึกที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ปราศจากความรู้สึกหรือความปวดบริเวณตำแหน่งที่ผ่าตัดหรือทำหัตถการใด ๆ การระงับความรู้สึกแบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่

1. การระงับความรู้สึกทั่วทั้งตัว (general anesthesia, GA) วิธีนี้มีเทคนิคการให้บริการ 4 เทคนิค คือ (1) เทคนิคการให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำ (total intravenous anesthesia, TIVA) เป็นเทคนิคการให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการให้ยาแก้ปวด (2) เทคนิคการดมสลบ (inhalation technique) เป็นเทคนิคการให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำร่วมกับดมยาสลบ (volatile agent) และยาแก้ปวด (3) เทคนิคการให้ยาสลบแบบสมดุล (balance technique) เป็นเทคนิคการให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับยาดมสลบ ยาคลายกล้ามเนื้อ (neuromuscular blocking agent) และยาแก้ปวดและ (4)

เทคนิคการเฝ้าระวัง (monitor anesthetic care, MAC) เป็นเทคนิคการให้ยานอนหลับที่มีฤทธิ์คลายกังวลในปริมาณน้อยร่วมกับยาแก้ปวด

2. การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia, RA) เป็นวิธีการระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ ซึ่งมีอยู่หลายเทคนิค เทคนิคที่ใช้บ่อย ได้แก่ (1) เทคนิคการฉีดยาชาเข้าช่องท้องน้ำไขสันหลัง (2) เทคนิคการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (3) เทคนิคการฉีดยาชาบริเวณกลุ่มประสาทเบรเคียล (brachial plexus block) เป็นต้น

การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ต้องประเมิน และคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความยินยอมของผู้ป่วย ความชำนาญของผู้ให้บริการสภาพของผู้ป่วยก่อนรับบริการระงับความรู้สึก และประเภทของผู้ป่วย

การปฏิบัติงานบริการด้านวิสัญญีในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนผ่าตัด เป็นการประเมินผู้ป่วยก่อนให้บริการระงับความรู้สึก เป็นการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้บริการระงับความรู้สึก เพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย และติดตามผล การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในผู้ป่วยแต่ละราย โดยนำมาเป็นข้อมูลประกอบในการเลือกวิธีการ เลือกยา และวางแผนในการให้บริการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

2. ระหว่างการผ่าตัด เป็นการให้ยาระงับความรู้สึก เป็นระยะการปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึก โดยเลือกวิธีการ ให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสม และวางแผนให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ในระยะนี้ ผู้ให้บริการระงับความรู้สึกต้องเตรียม และตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ในการบริการระงับความรู้สึกให้เพียงพอ และพร้อมต่อการใช้งาน ระหว่างให้บริการระงับความรู้สึก ผู้ให้บริการต้องใช้ทักษะการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตร่วมกับความรู้ด้านวิสัญญี วางแผนจัดการขณะให้บริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการระงับความรู้สึก ได้แก่ ปราศจากความรู้สึก ปราศจากความจำ ปราศจากความปวด และปราศจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

3. ระยะหลังผ่าตัด เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งตัว ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น เพราะผลจากการผ่าตัด และยาระงับความรู้สึก ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติจากการเสียเลือด เสียน้ำ ความเจ็บปวดตลอดจนการที่ยาระงับความรู้สึกกดกลไกป้องกันตัวเอง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องก็จะมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

สำหรับบทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลจัดการความปวดหลังผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากหลังผ่าตัดเป็นความปวดระยะเฉียบพลัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งวิสัญญีพยาบาลเป็น

ผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและในห้องพักฟื้น จนถึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย (เบญจรัตน์, 2549) ซึ่งงานบริการพยาบาลในห้องพักฟื้นเป็นงานอีกส่วนหนึ่งที่อยู่ในความรับผิดชอบของแผนกวิสัญญี โดยอยู่ในความดูแลของวิสัญญีแพทย์ มีแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ดังนี้ การเตรียมพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลต่อการปฏิบัติตัวและการให้ความร่วมมือก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเป็นการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย โดยดูตารางการนัดผ่าตัดในตอนเย็นของวันก่อนการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุของโรค วิธีการผ่าตัด ลักษณะบาดแผล ระยะเวลาในการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทำผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายจากการเคลื่อนไหว สอนการประเมินความปวด และการประเมินความปวดซ้ำหลังการให้ยาบรรเทาความปวด สังเกตอาการข้างเคียงของยา และให้คำอธิบาย เรื่อง การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่านอน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้า – ออก ลึก ๆ และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังดนตรีที่ชอบ การฟังเทปธรรมะ การอ่านหนังสือ การดูทีวี เป็นต้น ส่วนในห้องพักฟื้นมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกที่รอสังเกตอาการก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย มีการประเมินระดับความปวด การบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การประเมินความปวดซ้ำหลังการให้ยาบรรเทาความปวด การสังเกตอาการข้างเคียงของยา โดยผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแต่ละรายจะได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้นประมาณ 30 นาที และมีการเพิ่มหรือลดเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อความเหมาะสม โดยขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในการย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นร่วมกับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยตามการพิจารณาตัดสินใจของวิสัญญีพยาบาลแต่ละคนซึ่งอาจมีความแตกต่างกันได้

ผู้วิจัยเป็นวิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมผู้ดูแลจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีเป้าหมายที่จะปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยในระยะแรกของกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาดังกล่าว ทีมผู้ดูแลจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการข้อมูลจากการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ดังนั้น การวิจัยเชิงประเมินผลลัพธ์ (outcome research) จึงเป็นการศึกษาที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการในคลินิกให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สรุปการทบทวนวรรณคดี

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้นทันทีจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ เป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านสรีรวิทยาและจิตใจ อาจทำให้

การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดช้าลง เพิ่มอัตราการป่วย เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอาจทำให้เป็นความปวดเรื้อรังได้

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain [IASP]) หน่วยงานกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพและการวิจัย (Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]) และสำนักงานความร่วมมือในการรับรองคุณภาพองค์กรสุขภาพ (Joint Commission Accreditation on Health Care Organization [JCAHO]) ได้กำหนดให้มีแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยมีการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด) และให้มีการบันทึกรายงานความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า กำหนดให้การบรรเทาความปวดเป็นเป้าหมายหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและให้มีแนวปฏิบัติในการจัดการและการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยมีการเตรียมการวางแผนการจัดการความปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และให้การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง 3) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับยาบรรเทาความปวดกลุ่มอื่นๆ 4) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยาเพื่อสนับสนุนให้การบรรเทาความปวดได้ผลดียิ่งขึ้น และ 5) การติดตามประเมินความปวดซ้ำภายหลังการจัดการความปวด

อย่างไรก็ตาม พบว่าการจัดการความปวดหลังผ่าตัดยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้นความปวดหลังผ่าตัดจึงยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยกระบวนการจัดการความปวดส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกคือความรุนแรงของความปวดและส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทำให้มีการปรับปรุงกระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้น โดยมีการนำแนวคิดของโดนาบีเดียนมาใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ โดยประเมินด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการบริการการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยศึกษาในด้านกระบวนการจัดความปวดด้วยการประเมินการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และศึกษาด้านผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในทางคลินิกด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย

การประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและด้านผลลัพธ์ของการจัดการความปวด จึงเป็นประโยชน์และมีความสำคัญในการปรับปรุงพัฒนาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อการฟื้นสภาพหลังเร็วขึ้น ลดอัตราการป่วยและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลสุขภาพต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบประเมินผลลัพธ์(outcome research) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดกับผลลัพธ์การจัดการความปวดโดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และ การวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดมีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง โดยประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าจากแพทย์
2. ได้รับการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia: GA)
3. ได้รับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 วันขึ้นไปก่อนได้รับการผ่าตัด
4. สื่อสารภาษาไทยด้วยวาจาได้ดีและไม่ได้คาท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด
5. ไม่มีความปวดจากสาเหตุอื่น เช่น ปวดจากมะเร็ง ปวดจากแผลอุบัติเหตุ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิทและฮังเกอร์ (Polit & Hungler, 1987 อ้างตามบุญใจ, 2553) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ระดับกลาง (medium effect size) คือ .30 และเมื่อเปรียบเทียบตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน (ภาคผนวก ค)ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลระหว่างเข้ารับการรักษา และสิทธิ์ค่ารักษาพยาบาล โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับการผ่าตัด (โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย) การวินิจฉัยโรค สาเหตุของการเข้ารับการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด แผลผ่าตัด (ตำแหน่ง ลักษณะแผล และขนาดของแผลผ่าตัด) สายและท่อระบายต่างๆ จากแผลผ่าตัด และการประเมินและบรรเทาความปวดโดยแพทย์และ/หรือพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย

แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ประกอบด้วยกระบวนการจัดการความปวด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรคที่ต้องผ่าตัด การเตรียมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การรายงานความปวด และการประเมินความปวดหลังผ่าตัด (2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด (3) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยา (4) การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา และ (4) การประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

1) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรคที่ต้องผ่าตัด การเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด การรายงานความปวด และการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 – 10

2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัดจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 17

3) การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา ได้แก่ ข้อที่ 11 และข้อที่ 23

4) การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ ข้อที่ 12-16 ข้อที่ 20-22 และข้อที่ 24-30

5) การประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดจำนวน 1 ข้อ คือข้อที่ 18

ลักษณะคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ไม่ได้รับการจัดการความปวดเท่ากับ 0 และได้รับการจัดการความปวดเท่ากับ 1 คะแนน รวมค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 30 คะแนน

การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนโดยการรวมคะแนนทั้งหมดและหาค่าเฉลี่ยแปลผลเป็นระดับการรับรู้ ดังนี้

0.00 – 10.00 หมายถึง การรับรู้การจัดการความปวดในระดับน้อย

10.01 – 20.00 หมายถึง การรับรู้การจัดการความปวดในระดับปานกลาง

20.01 – 30.00 หมายถึง การรับรู้การจัดการความปวดในระดับสูง

3. แบบประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด

แบบประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดใช้ประเมินความรุนแรงความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งอรพรรณ (2548) พัฒนามาจากแบบประเมินความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) โดยการระบุตัวเลขต่อเนื่องไปตามเส้นตรง มีคะแนนตั้งแต่ 0 -10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย คะแนน 1 – 9 หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้น จนถึงคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

การแปลผลความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 4 ระดับ (อรพรรณ, 2548) ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง ไม่ปวดเลย
0.01 - 4.00	คะแนน	หมายถึง ปวดระดับเล็กน้อย
4.01- 6.00	คะแนน	หมายถึง ปวดระดับปานกลาง
6.01-10.00	คะแนน	หมายถึง ปวดระดับมาก

4. แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความปวดฉบับย่อภาษาไทย (Brief Pain Interventory – Thai: BPI-T) (วงจันทร์, 2554) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความปวดมีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมโดยทั่วไป (2) อารมณ์ (3) ความสามารถในการเดิน (4) งานประจำวัน (5) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (6) การนอนหลับ (7) ความสุขในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงและเพิ่มเป็นจำนวน 10 ข้อ โดยตัดข้องานประจำและความสุขในชีวิตออก แบบสอบถามชุดนี้จึงประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ (1) กิจกรรมทั่วไป (2) การนอนหลับ (3) ความสามารถในการเดิน (4) การเคลื่อนไหว (5) ความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (6) หายใจไม่สะดวกขณะที่มีความปวด (7) คลื่นไส้อาเจียนบ่อยๆ ไม่อยากลุกไปเข้าห้องน้ำ ท้องอืด ท้องผูก (8) วิตกกังวลขณะที่มีความปวดมาก (9) หน้ามืด ใจสั่น

ในขณะที่มีความปวดมาก และ (10) ความกลัวว่าอาการที่เป็นอยู่จะไม่หาย จนต้องนอนโรงพยาบาลนาน แต่ละข้อมีช่วงคะแนนผลกระทบตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีผลกระทบเลย และคะแนน 10 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด

การแปลผล การคิดค่าเฉลี่ยผลกระทบรายข้อ โดยการนำคะแนนผลกระทบของกลุ่มตัวอย่างในข้อนั้น ๆ มารวมกันแล้วนำมาหารจำนวนกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการคิดค่าเฉลี่ยผลกระทบโดยรวม ด้วยการนำผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อรวมกันและหารด้วยจำนวนข้อ 10 ข้อ ได้ค่าเฉลี่ย หลังจากนั้นนำมาแบ่งช่วงตามเกณฑ์ตามระดับ (สมพรและคณะ, 2552) ดังนี้

0	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีผลกระทบเลย
0.01 - 4.00	คะแนน	หมายถึง	มีผลกระทบระดับเล็กน้อย
4.01- 6.00	คะแนน	หมายถึง	มีผลกระทบระดับปานกลาง
6.01-10.00	คะแนน	หมายถึง	มีผลกระทบระดับมาก

5. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (2) ความพึงพอใจต่อการประเมินความปวดหลังผ่าตัด (3) ความพึงพอใจต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยา (4) ความพึงพอใจต่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา และ (5) ความพึงพอใจต่อการประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด โดยมีมาตราส่วนแบ่งเป็น 1- 4 คะแนน คะแนน 4 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 3 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนน 2 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และคะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อย

การแปลผล การคิดค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายข้อ โดยการนำคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในข้อนั้น ๆ มารวมกันแล้วนำมาหารจำนวนกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการคิดค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม ด้วยการนำผลคะแนนเฉลี่ยรายข้อรวมกันและหารด้วยจำนวนข้อได้ค่าเฉลี่ย หลังจากนั้นนำมาแบ่งช่วงตามเกณฑ์ตามระดับ ดังนี้

1.00 – 1.50	คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจระดับน้อย
1.51 – 2.50	คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจระดับปานกลาง
2.51 – 3.50	คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจระดับมาก
3.51 – 4.00	คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงดังนี้

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์การสอนและวิจัยเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมีประสบการณ์การทำวิจัยเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด และวิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาหลังจากได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือคืนจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วก็นำมาพิจารณาตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านเป็นรายข้อ และคำนวณดัชนีความสอดคล้องของข้อคิดเห็นด้านเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยคำนวณความสอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ (Scale-CVI-Average [S-CVI Ave]) มีค่าเท่ากับ .92 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับเพราะค่าที่ได้มากกว่า .90 (Polit & Beck,2003) แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา และคำนวณเป็นรายข้อ (item-CVI-Average [I-CVI]) ได้ค่า I-CVI เท่ากับ .93 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้มีความชัดเจน และมีความเหมาะสมด้านภาษามากยิ่งขึ้น

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย โดย (1) แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย ใช้สูตร Kuder-Richardson20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .83 (2) แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดและ (3) แบบสอบถามความ พึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดใช้สูตร Cronbach Alpha's coefficient ได้ค่าเท่ากับ .92 และ 1.00 ตามลำดับ

ต่อมาผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 88 ราย ผลพบว่าค่าความเที่ยงของ (1) แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วยเท่ากับ 1.00 (2) แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด เท่ากับ .92 และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล

2. หลังผ่าตัดวันที่ 1 พยาบาลแนะนำผู้วิจัยให้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัยพร้อมลงนามในใบยินยอมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 ข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 1 ซึ่งเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การบันทึกรายงานการจัดการความปวด การใช้ยาระงับปวด เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2.2 ข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 2 – 4 เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์

3. ก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยประเมินสภาพของผู้ป่วยมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามหรือไม่ เช่น ภาวะความรู้สึกตัวดีและสัญญาณชีพปกติ หากผู้ป่วยมีความพร้อมผู้วิจัยทำดำเนินการสัมภาษณ์ในสามวันแรกหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่แต่ละวันสัมภาษณ์ช่วงเวลาประมาณ 10.00 -11.00 น. และเก็บข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วย โดย

3.1 แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย เก็บข้อมูลทุกวัน เป็นเวลา 3 วันหลังผ่าตัด โดยวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยถูกสัมภาษณ์ 30 ข้อคำถาม ส่วนวันที่สองและสามหลังผ่าตัด ผู้ป่วยถูกสัมภาษณ์ข้อคำถามที่ 11-30 (เนื่องจากข้อที่ 1-10 เป็นข้อมูลที่ให้ก่อนผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยได้ตอบแล้วหลังผ่าตัดวันที่หนึ่ง)

3.2 แบบประเมินความรุนแรงปวดหลังผ่าตัด และแบบสอบถามผลกระทบความปวดหลังผ่าตัด เก็บข้อมูลทุกวันเป็นเวลา 3 วันหลังผ่าตัด

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เก็บข้อมูลวันที่สามหลังผ่าตัด

4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากงานวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ยะลาแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้นพยาบาลแนะนำผู้วิจัยให้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาข้อมูลจากแฟ้มการรักษาและการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ตามความสมัครใจ และหากเข้าร่วมวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินครั้งนี้ไม่มีผิดหรือถูก กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ตามความเป็นจริงและข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินในการวิจัยครั้งนี้จะได้นำเสนอในงานวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของส่วนบุคคลใด ๆ (ภาคผนวก ก)

เมื่อกลุ่มยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยและลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการการเก็บข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติบรรยาย โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ที่มีค่าการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ สำหรับตัวแปรที่มีค่าการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ ใช้การวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (median) และช่วงพิสัยควอไทล์ (interquatile range: IQR)

2. สถิติอ้างอิง โดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ภายหลังจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าการกระจายของข้อมูลการรับรู้การจัดการความปวด และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด เป็นโค้งปกติ แต่ข้อมูลผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ไม่เป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก ข)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบประเมินผลลัพธ์(outcome research) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยมีผลการวิจัยและอภิปรายผลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ (1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (3) ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด (4) ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด (5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและ (6) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.23) มีอายุระหว่าง 20 – 62 ปี มีอายุเฉลี่ย 39.40 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.73) มากกว่าครึ่งนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 61.36) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.50) รองลงมาปริญญาตรี/เทียบเท่า (ร้อยละ 21.59) มีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 46.59) รองลงมาเกษตรกร (ร้อยละ 20.45) ร้อยละ 63.63 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 9,001-15,000 บาท ส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 71.59) และทุกคนมีญาติผู้ดูแลขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	*N*	*%*
เพศ		
ชาย	13	14.77
หญิง	75	85.23
อายุ (ปี) (*M* = 39.40 ปี , *SD* = 10.69, *Max* = 62, *Min* = 20)		
20-40	48	54.55
41-60	39	44.31
61 ปีขึ้นไป	1	1.14
สถานภาพสมรส		
โสด	19	21.59
คู่	64	72.73
หม้าย	5	5.68
ศาสนา		
อิสลาม	54	61.36
พุทธ	34	38.64
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	7.95
ประถมศึกษา	33	37.50
มัธยมศึกษาตอนต้น/มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	17.05
อนุปริญญา/ปวส.	14	15.91
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	19	21.59
อาชีพในปัจจุบัน		
รับจ้าง/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	41	46.59
เกษตรกร	18	20.45
แม่บ้าน/งานบ้าน	13	14.77
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	7.96
นักศึกษา/นักเรียน	5	5.68

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	*N*	%
อาชีพในปัจจุบัน (ต่อ)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	4.55
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	3	3.41
น้อยกว่า 9,000	11	12.50
9,001 – 15,000	56	63.63
มากกว่า 15,000	18	20.46
สิทธิค่ารักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	63	71.59
ประกันสังคม	13	14.77
เบิกราชการ	11	12.50
จ่ายด้วยตนเอง	1	1.14
ผู้ดูแลขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
มี (บิดา, มารดา, พี่สาว)	88	100.00

หมายเหตุ: *M* = ค่าเฉลี่ย, *SD* = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *Max* = ค่าสูงสุด, *Min* = ค่าต่ำสุด

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 56.80) และเคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน (ร้อยละ 53.40) ส่วนใหญ่มีสาเหตุของการผ่าตัดในครั้งนี้จากความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์สตรี (ร้อยละ 68.20) รองลงมามีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 7.95) ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดที่รังไข่ ท่อนำไข่ และมดลูก (ร้อยละ 68.20) รองลงมาเป็นการผ่าตัดกระดูกไขสันหลัง/ขา/ต้นคอ/แขน/หน้าขา (ร้อยละ 12.50) กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 6 นาที ขนาดของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 15.43 เซนติเมตรส่วนใหญ่ขนาดของแผลผ่าตัด 15.01 – 20.00 เซนติเมตร (ร้อยละ 48.86) ตำแหน่งของบาดแผล ส่วนใหญ่อยู่บริเวณท้องและท้องน้อย (ร้อยละ 76.12) มากกว่าครึ่งเป็นแผลปิดแนวเฉียง/แนวตั้ง (ร้อยละ 68.20) ส่วนใหญ่มีสายสวนปัสสาวะ (ร้อยละ 71.43) รองลงมามีสายสวนปัสสาวะร่วมกับมีท่อระบายจากแผลผ่าตัด (ร้อยละ 17.86) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (N=88)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	*N*	*%*
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	58	65.91
มี	30	34.09
ความดันโลหิตสูง	8	26.67
ต่อมไทรอยด์โต	6	20.00
ภูมิแพ้/หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง/วัณโรคปอด	6	20.00
กระเพาะอาหารอักเสบ	6	20.00
เบาหวาน	4	13.33
ไขมันในเลือดสูง	2	6.67
ธาลัสซีเมีย	2	6.67
หัวใจรั่ว	1	3.33
ซึมเศร้า	1	3.33
ยาที่ใช้เป็นประจำ		
ไม่มี	71	80.68
มี	17	19.32
ยาควบคุมความดันโลหิต	12	70.59
ยาควบคุมเบาหวาน	6	35.29
ยาไทรอยด์	5	29.41
ยาลดไขมันในเลือด	1	5.88
ยาโรคซึมเศร้า	1	5.88
ยาพ่นขยายหลอดลม	1	5.88
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่มี	38	43.20
มี	50	56.80

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	*N*	*%*
ประวัติการได้รับการผ่าตัด		
มี	47	53.40
ไม่มี	41	46.60
การวินิจฉัยโรค		
ความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์สตรี	60	68.20
ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร	7	7.95
ความผิดปกติในระบบประสาท	6	6.82
ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์	5	5.68
ความผิดปกติที่เต้านม	4	4.55
ความผิดปกติในระบบกระดูก	3	3.41
ความผิดปกติในระบบหัวใจและทรวงอก	1	1.14
ความผิดปกติทางด้านศัลยกรรมตกแต่ง	1	1.14
ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ	1	1.14
ชนิดของการผ่าตัด		
การผ่าตัดรังไข่ ท่อนำไข่ และมดลูก	60	68.20
การผ่าตัดกระดูกไขสันหลัง/ขา/ต้นคอ/แขน/หน้าขา	11	12.50
การผ่าตัดท้องและท้องน้อย	7	7.95
การผ่าตัดต่อมไทรอยด์	6	6.81
การผ่าตัดเต้านม	4	4.55
ตำแหน่ง		
ท้องและท้องน้อย	67	76.12
ขาและเท้า	2	2.27
แขนและมือ	1	1.14
หน้าอก	1	1.14
ใบหน้า	1	1.14

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	*N*	*%*
ลักษณะแผลผ่าตัด		
แผลปิดแนวเฉียง/แนวตั้ง	60	68.20
แผลปิดแนวขวางลำตัว	28	31.80
ขนาดของแผลผ่าตัด (เซนติเมตร) (M = 15.43, SD = 3.86, Max = 28.00, Min = 5.50)		
10.00-15.00	40	45.45
15.01-20.00	43	48.86
20.01-25.00	4	4.55
>25.00	1	1.14
การมีสายหรือท่อระบาย		
ไม่มีสายหรือท่อระบาย	4	4.54
มี	84	95.46
สายสวนปัสสาวะ	60	71.43
สายสวนปัสสาวะ ร่วมกับ ท่อระบายจากแผลผ่าตัด	15	17.86
ท่อระบายจากแผลผ่าตัด	5	5.95
สายสวนปัสสาวะ ร่วมกับ สายยางลงกระเพาะอาหาร	2	2.38
สายสวนปัสสาวะ ร่วมกับ สายยางลงกระเพาะอาหาร ร่วมกับมีท่อระบายจากแผลผ่าตัด	1	1.19
สายระบายทรวงอก	1	1.19

หมายเหตุ: *M* = ค่าเฉลี่ย, *SD* = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, *Max* = ค่าสูงสุด, *Min* = ค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 2 การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (ตาราง 4) โดยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาลทั้ง 5 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ผู้ป่วยได้รับเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ (1) ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 100) (2) ด้านการให้ข้อมูลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 67.05-100) ได้แก่ อธิบายเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การจัดการความปวด คำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด (3) ด้านการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (ร้อยละ 39.77-100) ได้แก่ พูดให้กำลังใจ รับฟังความรู้สึก ให้ความเป็นกันเอง ให้ญาติอยู่เป็นเพื่อน และคอยดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ (4) ด้านการ

บรรเทาปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยา (ร้อยละ 70.45-96.59) และ (5) ด้านการประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 34.09-97.73) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อกิจกรรมที่ผู้ป่วยส่วนน้อยรายงานว่าได้รับการจัดการความปวด ได้แก่ “รายงานแพทย์ซ้ำเมื่อความปวดไม่ทุเลาหลังได้รับยาบรรเทาความปวด” (ร้อยละ 34.09) “แนะนำวิธีการนวดเพื่อบรรเทาความปวด” (ร้อยละ 39.77) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ร้อยละการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 5 ด้าน (N=88)

การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด	*N*	*%*
1. ด้านการให้ข้อมูลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด		
ก่อนผ่าตัดแนะนำให้เคลื่อนไหวร่างกายช้าๆ เพื่อลดการกระทบกระเทือน	88	100.00
ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลอธิบายให้ทราบว่าเมื่อเริ่มรู้สึกปวดให้บอกและขอยาบรรเทาความปวดได้ตลอดเวลา	88	100.00
อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การได้รับการจัดการกับความปวด	88	100.00
อธิบายเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	88	100.00
อธิบายผลของความปวดมีผลต่อทำงานของร่างกายและการฟื้นหาย	85	96.59
อธิบายวิธีการประเมินความปวดภายหลังผ่าตัด	84	95.45
อธิบายเกี่ยวกับชนิด วิธีการให้ยา และอาการข้างเคียงของการได้รับยา	76	86.36
อธิบายวิธีควบคุมความปวดด้วยทางเลือกอื่น เช่น การทำสมาธิ	67	76.14
ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจเลือกวิธีการบรรเทาความปวด	67	76.14
อธิบายให้ข้อมูลการออกฤทธิ์และระยะเวลาการออกฤทธิ์ก่อนได้รับยา	59	67.05
2. ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด		
ประเมินระดับความปวดก่อนได้รับยาบรรเทาความปวด	88	100.00
3. ด้านการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยา		
แพทย์และพยาบาลให้การช่วยเหลือโดยเร็ว เมื่อความปวดไม่ทุเลา	85	96.59
ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาความปวดล่วงหน้าก่อนกระตุ้นให้ทำกิจกรรม	62	70.45

ตาราง 3 (ต่อ)

การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด	*N*	*%*
4. ด้านการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา		
พูดให้กำลังใจและแสดงความเห็นใจ	88	100.00
รับฟังความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล	88	100.00
ให้ความเป็นกันเอง สร้างแรงจูงใจให้ควบคุมความปวดได้	88	100.00
มีกริยาท่าทาง และคำพูดที่สุภาพ	88	100.00
ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะหลังผ่าตัด	88	100.00
เปิดโอกาสให้ญาติอยู่เป็นเพื่อน	88	100.00
แนะนำการจัดท่า เปลี่ยนท่านอน เคลื่อนไหวร่างกายช้าๆ	87	98.86
ดูแลในเรื่องความสะดวกสบาย การจัดท่านอนให้สบาย	87	98.86
ดูแลด้วยความเต็มใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	86	97.73
รับฟังความรู้สึกและอยู่เป็นเพื่อนเมื่อเกิดความรู้สึกปวด	86	97.73
แนะนำการหายใจเข้าและออกลึกๆ ช้าๆ และสม่ำเสมอ	84	95.45
แนะนำวิธีการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความปวด	75	85.23
แนะนำให้คิดถึงเรื่องที่เพลิดเพลินเป็นสุข	72	81.82
แนะนำให้อ่านหนังสือ/พูดคุยกับผู้อื่น/ฟังเพลง	43	48.86
แนะนำวิธีการนวดเพื่อบรรเทาความปวด	35	39.77
5. ด้านการประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด		
ประเมินความปวดซ้ำภายหลังการได้รับยาบรรเทาความปวด	86	97.73
รายงานแพทย์ซ้ำเมื่อความปวดไม่ทุเลาหลังได้รับยาบรรเทาความปวด	30	34.09

ตาราง 4

พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (N=88)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการรับรู้การจัดการความปวด
วันที่ 1	20-30	26.14	2.50	มาก
วันที่ 2	20-30	26.14	2.50	มาก
วันที่ 3	20-30	26.14	2.50	มาก

ส่วนที่ 3 ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างรายงานความปวดหลังผ่าตัดโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 อยู่ในระดับมาก (M = 7.59, SD = 2.04) หลังผ่าตัดวันที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง (M = 5.89, SD = 1.91) และหลังผ่าตัดวันที่ 3 อยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 3.58, SD = 1.38) (ตาราง 5)

ตาราง 5

พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดและระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด (N=88)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความรุนแรง
วันที่ 1	3 – 10	7.59	2.04	มาก
วันที่ 2	2 – 10	5.89	1.91	ปานกลาง
วันที่ 3	0 – 6	3.58	1.38	เล็กน้อย

สำหรับยาบรรเทาปวดที่ได้รับภายในสามวันแรกหลังผ่าตัด พบว่า แพทย์มีคำสั่งแผนการรักษาให้ยาบรรเทาปวดโอปิออยด์ (opioids) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) และเพทิดีน (pethidine) โดยให้ยาในรูปการฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำเป็นแบบครั้งคราวตามความต้องการของผู้ป่วยโดยขอจากพยาบาล (p.r.n.) และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่เสตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs) ได้แก่ ไดนาสแตท (Dynastat) ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ไอบลูเฟน (Ibufen) ในรูปการฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำหรือทางปาก และพาราเซตามอล (Paracetamol) เป็นต้น โดยหลังผ่าตัดวันที่ 1 พบว่า ผู้ป่วย 51 ราย (ร้อยละ 57.95) ได้รับยามอร์ฟีนชนิดฉีดทางกล้ามเนื้อ จำนวน 213 ครั้ง เฉลี่ยประมาณ 3-4 ครั้งต่อคนต่อวัน และในวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วย 38 ราย (ร้อยละ 55.68) ได้รับยาพาราเซตามอลชนิดรับประทาน จำนวน 89 ครั้ง เฉลี่ยประมาณ 1-2 ครั้งต่อคนต่อวัน และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วย 39 ราย (ร้อยละ 44.32) ได้รับยาไอบลูเฟนชนิดรับประทาน จำนวน 114 ครั้ง เฉลี่ยประมาณ 2-3 ครั้งต่อคนต่อวัน (ภาคผนวก ง)

ส่วนที่ 4 ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

ผลกระทบความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่วง 3 วันแรกหลังผ่าตัด พบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดรายด้านในระดับมาก ในด้าน (1) การทำกิจกรรมทั่วไป (*Mdn* = 8.00, *IQR* = 3.00) (2) การนอนหลับ (*M* = 6.39, *SD* = 2.71) (3) การเดิน (*Mdn* = 8.00, *IQR* = 4.00) (4) เคลื่อนไหว (*Mdn* = *7.00, IQR* = 2.00), และ(5) ความวิตกกังวล (*M* = 6.13, *SD* = 3.44) หลังผ่าตัดวันที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดรายด้านระดับปานกลาง ในด้าน (1) การทำกิจกรรมทั่วไป (*M* = 5.58, *SD* = 2.45) (2) การนอนหลับ (*M* = 4.66, *SD* = 2.44) (3) การเดิน (*M* = 4.42, *IQR* = 2.68) และหลังผ่าตัดวันที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดรายด้านในระดับเล็กน้อย ในด้าน (1) การทำกิจกรรมทั่วไป (*M* = 2.71, *SD* = 2.37) (2) การเดิน (*Mdn* = 2.00, *IQR* = 3.00) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดรายด้าน (N=88)

ผลกระทบ	ระยะเวลาหลังผ่าตัด	Min	Max	*M(SD)* *Mdn(IQR)**	ระดับ
กิจกรรมทั่วไป	วันที่ 1	0	10	8.00(3.00)*	มาก
	วันที่ 2	0	10	5.58(2.45)	ปานกลาง
	วันที่ 3	0	8	2.71(2.37)	เล็กน้อย
การนอนหลับ	วันที่ 1	0	10	6.39(2.71)	มาก
	วันที่ 2	0	8	4.66(2.44)	ปานกลาง
	วันที่ 3	0	8	0.00(3.00)*	ไม่มีผลกระทบ
ความสามารถในการเดิน	วันที่ 1	0	10	8.00(4.00)*	มาก
	วันที่ 2	0	10	4.42(2.68)	ปานกลาง
	วันที่ 3	0	10	2.00(3.00)*	เล็กน้อย
การเคลื่อนไหว	วันที่ 1	0	10	7.00(2.00)*	มาก
	วันที่ 2	0	10	3.92(2.59)	เล็กน้อย
	วันที่ 3	0	8	2.17(2.26)	เล็กน้อย

ตาราง 6 (ต่อ)

ผลกระทบ	ระยะเวลาหลังผ่าตัด	Min	Max	*M(SD)* *Mdn(IQR)**	ระดับ
ความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	วันที่ 1	0	10	3.32(3.04)	เล็กน้อย
	วันที่ 2	0	8	0.00(3.00)*	ไม่มีผลกระทบ
	วันที่ 3	0	6	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
มีอาการหายใจไม่สะดวกในขณะที่มีความปวด	วันที่ 1	0	10	0.00(3.00)*	ไม่มีผลกระทบ
	วันที่ 2	0	8	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
	วันที่ 3	0	2	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน บ่อยๆไม่อยากลุกเข้าห้องน้ำ ท้องอืด ท้องผูก	วันที่ 1	0	10	0.00(6.00)*	ไม่มีผลกระทบ
	วันที่ 2	0	10	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
	วันที่ 3	0	10	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
มีความวิตกกังวล ในขณะที่มีความปวดมาก	วันที่ 1	0	10	6.13(3.44)	มาก
	วันที่ 2	0	10	3.67(2.79)	เล็กน้อย
	วันที่ 3	0	10	0.00(3.00)*	ไม่มีผลกระทบ
มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ในขณะที่มีความปวดมาก	วันที่ 1	0	10	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
	วันที่ 2	0	4	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
	วันที่ 3	0	10	0.00(0.00)*	ไม่มีผลกระทบ
มีความกลัวว่าอาการที่เป็นอยู่จะไม่หาย จนต้องนอนโรงพยาบาลนาน	วันที่ 1	0	10	5.71(3.42)	ปานกลาง
	วันที่ 2	0	10	3.27(2.74)	เล็กน้อย
	วันที่ 3	0	10	0.00(3.00)*	ไม่มีผลกระทบ

หมายเหตุ: *M* = Mean, *SD* = Standard deviation, *Mdn* = Median, *IQR* = Interquartile range, *Max* = ค่าสูงสุด, *Min* = ค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยรวมอยู่ในระดับมาก (*Mdn* = 3.00, *IQR* = 1.00) และรายด้านอยู่ในระดับมาก ในด้าน (1) การให้ข้อมูลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (*M* = 3.24, *SD* = 0.74) (2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด (*Mdn* = 3.00, *IQR* = 1.00) (3)การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยา (*Mdn* = 3.00, *IQR* = 1.00)

(4) การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา (M = 3.24, SD = 0.80) และ (5) การประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด (Mdn = 3.00, IQR = 1.00) (ตาราง 7)

ตาราง 7

พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด (N=88)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด	Min	Max	*M(SD)* *Mdn(IQR)**	ระดับ
1. การให้ข้อมูลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	1	4	3.24(0.74)	มาก
2. การประเมินความปวดหลังผ่าตัด	1	4	3.00(1.00)*	มาก
3. การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยา	1	4	3.00(1.00)*	มาก
4. การบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา	1	4	3.24(0.80)	มาก
5. การประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด	1	4	3.00(1.00)*	มาก
6. ความพึงพอใจโดยรวม	1	4	3.00(1.00)*	มาก

หมายเหตุ: M = Mean, SD = Standard deviation, Mdn = Median, IQR = Interquartile range, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .25, p < .05) และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .48, p < .01) (ตาราง 8)

ตาราง 8

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง (N=88) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด	1.00			
2. ความรุนแรงของความปวด	.166	1.00		
3. ผลกระทบของความปวด	.142	.481**	1.00	
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า	.245*	.133	.042	1.00

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งได้รับการผ่าตัดเนื่องจากมีความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์สตรี ดังนั้น ชนิดของการผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดรังไข่ ผ่าตัดท่อนำไข่ และผ่าตัดมดลูก แม้ว่าเพศหญิงจะมีระดับขีดกั้นของความปวดและความอดทนต่อความปวดต่ำกว่าเพศชาย (Chesterton et al., 2003) แต่การศึกษาของยุพาวดี วงจันทร์ และกิตติกร (2550) พบว่าผู้ป่วยเพศชายและหญิงมีระดับความปวดรุนแรงที่ใกล้เคียงกัน และจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 39.40 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นส่งผลให้มีการฟื้นหายจากการผ่าตัดได้เร็ว เห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับมากและมีผลกระทบในระดับมากต่อการทำกิจกรรมทั่วไป การนอนหลับ การเดิน การเคลื่อนไหว และความวิตกกังวล ส่วนหลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันที่ 3 ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางและเล็กน้อย รวมทั้งผลกระทบจากความปวดอยู่ในระดับปานกลางและน้อยตามลำดับ

สำหรับประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประมาณครึ่งหนึ่งเคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 56.80) และมีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดมาก่อน (ร้อยละ 53.40) ส่วนการผ่าตัดครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดเฉลี่ย 2

ชั่วโมง 6 นาที ส่วนใหญ่เป็นแผลผ่าตัดที่ตำแหน่งท้องและท้องน้อยเป็นแผลผ่าตัดเป็นแนวตั้งและมีความยาวของแผลเฉลี่ย 15.43 เซนติเมตร ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อกระตุ้นกลไกการรับรู้ความปวดแบบเฉียบพลัน (ยศพล, นุสรา, พัชราภัณฑ์, วารุณี, และปัญญา, 2558; Fletcher et al., 2008; Lindberg et al., 2016) เป็นอาการทางคลินิกที่สำคัญสอดคล้องกับทฤษฎีควบคุมประตูของแมลแซกและวอล (Melzack & Wall, 1967) อย่างไรก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่ลักษณะแผลผ่าตัดเรียบไม่มีรอยช้ำรอบแผล แผลมีสิ่งคัดหลั่งสีแดงจางปกติและมีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 17.00) ที่มีท่อระบายจากแผลผ่าตัด แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดที่มีการชอกช้ำของเนื้อเยื่อน้อยซึ่งอาจส่งผลให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทไม่มากจนเกินไปช่วยลดความปวดได้ (Brunner, 2010) และแผลบริเวณท้องและท้องน้อยรบกวนการหายใจน้อยกว่าแผลบริเวณทรวงอก ทำให้มีความปวดและส่งผลกระทบน้อยกว่าแผลบริเวณทรวงอก (อุมาภรณ์, 2550; Gerbershagen et al., 2013)

การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้รับการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดในระดับมากทั้ง 3 วันหลังผ่าตัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลศูนย์ยะลามีนโยบายพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดซึ่งรวมถึงการให้ข้อมูลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดซึ่งปฏิบัติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลที่จะเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย ดังนั้น ผลการศึกษาจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100.00 ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกปวดหลังผ่าตัด การขอยาบรรเทาปวด การจัดการความปวด การเคลื่อนไหวร่างกายช้า ๆ เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด และการอธิบายเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีการอธิบายเกี่ยวกับผลของความปวด วิธีการประเมินความปวด และวิธีการให้ยาบรรเทาและอาการข้างเคียง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.05 ถึงร้อยละ 76.14 ที่รับรู้ว่าได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา การควบคุมความปวดด้วยการไม่ใช้ยาและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการความปวด แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็นโดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการยาบรรเทาปวดและอาการข้างเคียงของยา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ จิราภี และสุธีรา (2552) และ การศึกษาของ ธิวา และคณะ (2559) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงของยา

ในระยะหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่าได้รับการประเมินความปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการประเมินความปวดสามารถปฏิบัติได้ง่ายใช้เครื่องมือประเมินที่ไม่ยุ่งยากและมีระบบการบันทึกชัดเจน รวมทั้งความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่บุคลากรทีมสุขภาพให้ความสำคัญ เนื่องจากความปวดเป็นอาการแสดงที่อาจเกิดจากภาวะอาการแทรกซ้อนระยะแรกหลังผ่าตัดร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทั้งแพทย์ พยาบาล และวิสัญญีแพทย์ที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจึงมักจะสอบถามอาการปวดของผู้ป่วยมากที่สุด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ว่าได้รับการสอบถามเกี่ยวกับความปวดบ่อยครั้ง

สำหรับการบรรเทาความปวดโดยการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 70.45 ที่รับรู้ว่าได้รับการดูแลให้ยาบรรเทาความปวดล่วงหน้าก่อนกระตุ้นให้ทำกิจกรรม และร้อยละ 96.59 รับรู้ว่าแพทย์และพยาบาลให้การช่วยเหลือโดยเร็วเมื่อความปวดไม่ทุเลา แสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดยังคงไม่เป็นไปตามแนวคิดการให้ยาแบบ preemptive analgiasic ที่ควรจัดการความปวดหรือให้ยาตั้งแต่ระยะเริ่มมีความรู้สึกปวด (วิมลลักษณ์, 2552) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอและยังคงมีความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 อยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 7.59 และหลังผ่าตัดวันที่ 2 ยังคงอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ย 5.89

ส่วนการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายรับรู้ว่าได้รับการดูแลดังนี้คือ การพูดให้กำลังใจ แสดงความเห็นใจ รับฟังความรู้สึกกลัวหรือกังวล ให้ความเป็นกันเอง สร้างแรงจูงใจให้ควบคุมความปวด มีกิริยาท่าทางและคำพูดที่สุภาพ ดูแลให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และปิดโอกาสให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าได้รับการดูแลจัดท่าเปลี่ยนท่านอน ดูแลความสะดวกสบาย ดูแลด้วยความเต็มใจมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี รับฟังความรู้สึกและอยู่เป็นเพื่อนเมื่อปวด แนะนำการหายใจเข้าออกลึก ๆช้า ๆ แนะนำวิธีการผ่อนคลายและแนะนำการคิดถึงเรื่องที่เพลิดเพลิน อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 48.86 ที่ได้รับคำแนะนำให้เบี่ยงเบนความสนใจด้วยการอ่านหนังสือ พูดคุยกับผู้อื่น หรือฟังเพลง และเพียงร้อยละ 39.77 ที่ได้รับคำแนะนำวิธีการนวดเพื่อบรรเทาความปวด แสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ให้การดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจทั่วไปซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงต่อการบรรเทาความปวด มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้วิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาที่เฉพาะซึ่งมีผลการศึกษาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การนวด (Adam et al., 2010; Dion et al., 2011; Mitchinson et al., 2007; Sandy & Leon, 2011) สุคนธบำบัด (สิริญญา, 2552) การใช้ดนตรี (ปภัสสิริ, 2550; เพ็ญประภา และคณะ, 2556) เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นเพราะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์การใช้วิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา รวมทั้งวิธีดังกล่าวต้องผ่านการอบรมหรือฝึกปฏิบัติก่อนนำไปปฏิบัติจริง พยาบาลอาจมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอที่จะสอนหรือ

ให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลส่วนน้อยมีความรู้ระดับดีเกี่ยวกับวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย หรือลดสิ่งเร้าทางอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย (รัตนาและคณะ, 2548) นอกจากนี้ ในด้านการประเมินซ้ำภายหลังการบรรเทาความปวดพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.73 รับรู้ว่ามีการประเมินซ้ำ แต่มีเพียงร้อยละ 34.09 ที่รับรู้ว่ามีการรายงานแพทย์ซ้ำเมื่อความปวดไม่ทุเลาหลังได้รับยาบรรเทาปวด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลมีภาระงานอื่นที่สำคัญหรือต้องเร่งรีบปฏิบัติให้เสร็จทันเวลา เช่น การรับจำหน่ายผู้ป่วย การรับส่งผู้ป่วยผ่าตัด ทำให้ไม่มีเวลาในการรายงานหรือประสานงานกับแพทย์เพื่อจัดการกับความปวดของผู้ป่วยที่ยังไม่ทุเลา หรือกลุ่มตัวอย่างเองไม่ได้รับทราบถึงวิธีการรายงานแพทย์ของพยาบาลจึงไม่สามารถรับรู้ในข้อนี้ได้

ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 อยู่ในระดับมากและลดลงอยู่ในระดับปานกลางและน้อยในวันที่ 2 และ 3 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความปวดแผลผ่าตัดระดับสูงสุดในวันแรก (Fletcher et al., 2008; Lindberg et al., 2016) อย่างไรก็ตาม การศึกษาแสดงให้เห็นว่าหลังผ่าตัดวันแรกกลุ่มตัวอย่างมีความปวดอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย 7.59 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดควรจัดการให้ความปวดอยู่ในระดับน้อยกว่า 3.0 (เบญจรัตน์, 2549) อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ เนื่องจากวิธีการบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เป็นการให้ยาบรรเทาปวดแบบครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยต้องการโดยขอจากพยาบาล อีกทั้งความถี่ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวดน้อยกว่าที่ควรจะได้รับตามแผนการรักษา การบริหารยาบรรเทาปวดโดยวิธีนี้จึงให้ผลในการบรรเทาปวดไม่เพียงพอ รวมทั้งหากผู้ป่วยเกรงใจไม่กล้าขอยาบรรเทาปวดจากพยาบาลหรือเริ่มขอยา เมื่อมีความรู้สึกปวดแสดงว่าระดับยาในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำกว่าขนาดที่เหมาะสมในการรักษา การให้ยาครั้งต่อไปด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการใช้ จึงไม่เพียงพอที่จะบรรเทาความปวดได้ การควบคุมให้ระดับยาในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสมในการรักษา เมื่อได้รับยาบรรเทาปวดในครั้งต่อไปจึงมีความยากขึ้น (อรุโณทัย และคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาและคณะ (2548) พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงมากในวันที่สองหลังผ่าตัด เนื่องจากยาบรรเทาปวดมีฤทธิ์อ่อนเกินไป เนื่องจากแพทย์มักสั่งยาพาราเซตามอลให้ผู้ป่วยเป็นหลัก อีกทั้งมักจะสั่งให้แบบตามความต้องการของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยได้ยาน้อยกว่าที่ควร และไม่เพียงพอต่อการระงับปวด

ส่วนวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดของการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลางและน้อย ซึ่งเป็นไปตามกลไกของการเกิดความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากมีการหลั่งสารต่าง ๆ ที่กระตุ้นปลายประสาทขนาดเล็กให้ส่งสัญญาณความปวดที่จะมีมากในระยะ แรก ๆ หลังผ่าตัดและลดลงในระยะต่อมาตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (Gan et al., 2014) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 2 เท่ากับ 5.89 และวันที่ 3 เท่ากับ 3.58 ก็ยังคงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประสิทธิภาพการจัดการความปวดเฉียบพลัน ดังนั้น ควรมีการปรับปรุงพัฒนาการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดในครั้งนี้ พบว่าหลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยผลกระทบของความปวดในระดับมากโดยเฉพาะผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทั่วไป การเดิน และการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังเช่น ธนาวรรณ และคณะ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทั่วไปในระดับมาก การศึกษาของลลิดา และรุ้งจิต (2552) และการศึกษาของลินด์เบริกและคณะ (Lindberg et al., 2016) พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อมีความปวด ได้แก่ หยุดการเคลื่อนไหว การนอนสงบนิ่ง เพื่อลดการกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัดซึ่งเป็นกลไกการป้องกันตัวตามธรรมชาติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักจะปวดแผลมากขึ้นเมื่อต้องเปลี่ยนท่าหรือลุกจากเตียงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย (Lindberg et al., 2016) แต่ในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 2 และ 3 พบว่าผลกระทบดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางและเล็กน้อยตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เป็นผลกระทบที่ทีมบุคคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะการคั่งของเลือดดำซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด การบีบตัวลำไส้และทางเดินปัสสาวะลดลง ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แน่นท้อง และปัสสาวะลดลง (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554; Chandrakantan, & Glass, 2011; Madsen et al., 2005)

นอกจากนี้ ความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 ยังส่งผลกระทบระดับมากต่อการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของไวด์ และคณะ (Wylde et al., 2011) เนื่องจากภาวะที่ผู้ป่วยมีความปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะทนต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ได้น้อยกว่าในภาวะปกติ ทำให้รบกวนการนอนหลับ ผู้ป่วยอาจมีอาการนอนหลับยาก ตื่นบ่อยและนอนต่อไม่หลับ (Gogenur et al., 2009) และส่งผลกระทบระดับมากต่อความวิตกกังวล ทั้งนี้เป็นเพราะความปวดเฉียบพลันมักทำให้เกิดความกังวล

และนอนไม่หลับ ความปวดต่อเนื่องทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางราย อาจมีอารมณ์โกรธ และมักแสดงออกหรือระบายอารมณ์โกรธกับบุคลากรทางการแพทย์ความกลัวตายและความกังวลเกี่ยวกับสุขภาวะ เพราะความกลัวสิ่งที่ไม่รู้จักทำให้เกิดความกังวลอย่างมาก การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีผลคุกคามผู้ป่วยหลายด้าน รวมทั้งการสูญเสียความสามารถ (disability) ชีวิตและอิสรภาพต้องแยกตัวจากครอบครัวและการดำรงชีวิตตามปกติ (มาร์วิน, 2555) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับปานกลาง และหลังผ่าตัดวันที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับเล็กน้อยในทุกด้าน ทั้งนี้เป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังผ่าตัดวันที่ 3 อยู่ในระดับเล็กน้อย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา (สุชีรา, 2553) อาจเป็นเพราะแพทย์และพยาบาลสนใจและสอบถามประเมินความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและให้การดูแลโดยการให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงมีการให้การดูแลเอาใจใส่ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงความเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับว่าผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาวะที่มีความเจ็บป่วย และมีความปวดหรือทุกข์ทรมานต้องการได้รับความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่มากยิ่งขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจขณะที่มีความปวด ให้โอกาสญาติอยู่เป็นเพื่อนและดูแลให้พักผ่อนเพียงพอหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือ ทำให้ความวิตกกังวล ความกลัวลดลง (บุษราและคณะ, 2557) การที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับการจัดการความปวดของแพทย์และพยาบาลในระดับมาก ถึงแม้ว่ามีความปวดอยู่ก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องความปวดได้รับการช่วยเหลือและให้ความสำคัญในการจัดการปัญหาความปวดจากพยาบาลจะมีความพึงพอใจต่อการบรรเทาปวดของพยาบาล (Lovatsis et al., 2007; Neimi-Murola et al., 2007; Shigematsu-Locatelli et al., 2017) นอกจากนี้ อาจเป็นจากการได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและวิธีการจัดการความปวด จึงช่วยลดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวล รวมถึงจากประสบการณ์เดิมที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดมาก่อนทำให้ช่วยเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดหลังผ่าตัด และการเปิดโอกาสให้ญาติได้เฝ้า

ดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .25, p < .05) สอดคล้องกับแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) ซึ่งได้ให้แนวทางในการประเมินผลลัพธ์การบริการทางสุขภาพที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านที่มีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าในด้านโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง นโยบายของโรงพยาบาลศูนย์ยะลาที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพการจัดบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และนโยบายของกลุ่มงานบริการพยาบาลที่กำหนดให้ประสิทธิภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นตัวชี้วัดของการบริการกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งโครงสร้างดังกล่าวเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำมาสู่การพัฒนาการกระบวนการจัดการความปวด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ประเมินจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบตามแนวทางพัฒนาการระงับความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554)

โดยในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าได้รับการจัดการความปวดครอบคลุมทุกองค์ประกอบและส่วนใหญ่ได้รับในระดับมาก มีเพียงบางส่วนที่ได้รับปานกลางและน้อย ดังกล่าวมาแล้ว ส่งผลให้ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมากเช่นกัน การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r = .25) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีข้อจำกัดจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากแบบสอบถามความพึงพอใจมีจำนวนข้อคำถามเพียง 5 ข้อ จึงเป็นการถามในภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบของการจัดการความปวด

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .48, p < .01) สอดคล้องกับทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ของแมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall, 1967) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความ

ปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นได้ทันทีหลังจากเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น พังผืดได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด จะมีการหลั่งสารสื่อประสาทต่างๆ โดยสารสื่อประสาทจะไปกระตุ้นตัวรับความปวด และมีการส่งสัญญาณความปวดประสาท โดยเส้นใยประสาทขนาดเล็กจะนำสัญญาณความปวดกระตุ้นดอร์ซอลฮอร์นบริเวณไขสันหลัง ให้มีการส่งสัญญาณความปวดโดยทีเซลล์ซึ่งนำกระแสประสาทไปสู่สมองได้ เรียกว่า ประตูเปิด ทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกปวดขึ้น (Woolf, 2010) ผลที่ตามมาคือความปวดในระดับที่รุนแรง โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ความปวดจะอยู่ในระดับรุนแรง จากนั้นจะลดลงใน 48 – 72 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยอาจมีความปวดตลอดเวลาทั้งในขณะพักและเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (Fletcher et al., 2008; Gan et al., 2014; Weiran et al., 2013) ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (มาร์วิน, 2555; ศศิกานต์, 2554) ดังนั้น หากการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอหรือไม่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดช้าลง เพิ่มอัตราการป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และทำให้เกิดความปวดเรื้อรังได้

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการการวิจัยเชิงบรรยายแบบประเมินผลลัพธ์ (outcome research) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด กับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้แนวคิดการประเมินผลลัพธ์การบริการสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุมากกว่า 18 ปีที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าโดยแพทย์วางแผนให้การรักษาด้วยการผ่าตัดและนัดวันเวลาผ่าตัดไว้ก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเก็บรวมรวบข้อมูลวิจัยให้ผู้ป่วยทราบเพื่อขอความร่วมมือสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 88 ราย

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยที่ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย การผ่าตัดและการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (2) แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (3) แบบประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด ใช้แบบประเมินความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale: NRS) (4) แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด (5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิสามท่าน หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 20 ราย โดย (1) แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วยใช้สูตร Kuder-Richardson20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .83 (2) แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด และ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดใช้สูตร Cronbach Alpha's coefficient ได้ค่าเท่ากับ .92 และ 1.00 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การจัดการความปวดกับความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) ได้ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (M = 26.14, SD = 2.50)

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1, วันที่ 2 และวันที่ 3 อยู่ในระดับมาก (M = 7.59, SD = 2.04) ปานกลาง (M = 5.89, SD = 1.91) และเล็กน้อย (M = 3.58, SD = 1.38) ตามลำดับ

3. หลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับมากในด้าน (1) การทำกิจกรรมทั่วไป (Mdn = 8.00, IQR = 3.00) (2) การนอนหลับ (M = 6.39, SD = 2.71) (3) การเดิน (Mdn = 8.00, IQR = 4.00) (4) เคลื่อนไหว (Mdn = 7.00, IQR = 2.00), และ(5) ความวิตกกังวล (M = 6.13, SD = 3.44) หลังผ่าตัดวันที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับปานกลางในด้าน (1) การทำกิจกรรมทั่วไป (M = 5.58, SD = 2.45) (2) การนอนหลับ (M = 4.66, SD = 2.44) (3) การเดิน (M = 4.42, IQR = 2.68) และหลังผ่าตัดวันที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลกระทบของความปวดในระดับเล็กน้อยในด้าน (1) การทำกิจกรรมทั่วไป (M = 2.71, SD = 2.37) (2) การเดิน (Mdn = 2.00, IQR = 3.00)

4. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก (Mdn = 3.00, IQR = 1.00)

5. การรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .25, p < .05) และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบของความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .48, p < .01)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์การจัดการความปวดอยู่ในระดับดีโดยผู้ป่วยรับรู้การจัดการความปวดและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ควรมีการจัดการความปวดโดยใช้ยาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และในกรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดรุนแรงพยาบาลควรประเมินซ้ำและรายงานแพทย์เพื่อจัดความปวดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในข้อคำถามไม่ได้จำแนกว่าเป็นกิจกรรมการบริการที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ พยาบาล หรือวิสัญญีพยาบาล ทำให้มีข้อจำกัดในการระบุรายละเอียดในการนำไปปรับปรุงแนวปฏิบัติการจัดการความปวด

1.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 5 ข้อ องค์ประกอบละ 1 ข้อ จึงเป็นการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมของแต่ละองค์ประกอบน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการจัดการความปวด

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการจัดการความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย อาจได้ข้อมูลไม่เป็นจริงทั้งหมดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายอาจยังมีความเกรงใจไม่กล้าตอบตามความเป็นจริงทั้งหมด หรือการจัดการความปวดใน*บาง*กิจกรรมผู้ป่วยไม่ทราบในรายละเอียด เช่น การรายงานแพทย์ คำตอบจึงอาจไม่เป็นจริงทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีแนวปฏิบัติการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบแนวทางพัฒนาการระงับความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกันพัฒนาเพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน

2. ควรมีแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้การปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาประเมินกระบวนการจัดการความปวดตามการปฏิบัติจริง เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ

2. การวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดให้มีความเหมาะสมกับบริบทของการบริการของโรงพยาบาล

3. การวิจัยประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

กนกพร คุปตานนท์. (2556). *การประเมิน และการบันทึกความปวดสัญญาณชีพที่ 5: บทบาทพยาบาล*. ค้นจาก www.slideshare.net/18351835/pain-14-56.

กรรณิการ์ จันตระ. (2552). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.

กริตยา ศิริพนาดร, และชมพู วุฒิธรรมธร. (2556). การศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีพต่อความปวดเฉียบพลันและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 26*(3), 436-442.

กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลศูนย์ยะลา. (2559). รายงานสถิติผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2555-2559. ยะลา: โรงพยาบาลศูนย์ยะลา.

กิตติยา ศรีศุภร, สาวิกา ศรีมงคล, บังอร ศรีสงคราม, และสมบัติ บวรผดุงกิตติ. (2551). เปรียบเทียบผลการลดความปวด (ประเมินด้วย rating scale) ระหว่าง morphine, pethidine, และ fentanyl ในการสลายนิ่ว โรงพยาบาลขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร*, *32*(2), 314-323.

แก้วตา นาที, สุภาภรณ์ รัตนสิมากร, ปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย, นุจรินทร์ พันโกฏิ, และจีรนาถ ศรีวรมาศ. (2559). กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34*(2), 174-183.

ขวัญจิตร์ ปุ่นโพธิ์. (2550). *ความปวด การจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

จรรยา หมื่นรังษี. (2554). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จริยา จันทรเทพา. (2552). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, และณัฏฐดา อารีเปี่ยม. (2558). การจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดช่องท้อง แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *ธรรมศาสตร์เวชสาร, 15*(1), 80-90.

จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, และสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. (2552). การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาธิบดี. *รามาธิบดีสาร, 15*(3), 303-314.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิสัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช, และศรานุช โตมรศักดิ์. (2543). *การประเมินคุณภาพ: เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. (หน้า 17-35). กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.

จีรพร อินนอก. (2551). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

เจือกุล อโนธารมณ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 25*(1), 14-23.

ชัชมน ดำรงรักษ์ธรรม. (2552). *ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ชัชชัย ปรีชาไว. (2552). การประเมินและวัดความปวด. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด: Pain & pain management 2* (หน้า 27-56). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ชุติกาญจน์ หฤทัย. (2554). แนวทางการประเมินคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. ใน กาญจนา จันทร์ไทย, และโศภิษฐ์ สุวรรณเกศาวงษ์ (บรรณาธิการ), *เครื่องมือประเมินคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (หน้า1 – 10). สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

ณัฐวุธ สิบหมู่ และยุพิน สังวรินทะ. (2555). ยาชาเฉพาะที่. ใน ณัฐวุธ สิบหมู่ (บรรณาธิการ), *เภสัชวิทยา: เนื้อหาสาคัญและแบบฝึกหัด (Pharmacology: principles and exercises)* (หน้า 229-234). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

ทองจันทร์ นาคพริก, อภิญญา ชำนาญ, ธรพรรณ สุนทรานนท์, ศรีรัตน์ สูงตรง, ชำนาญ หล่อเมืองทอง, และสมภวรรณ อินสัน. (2550). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่ใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. *พุทธชินราชเวชสาร*, *24*(2), 229.

ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2559). บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34*(1), 6-14.

ธนาวรรณ แสนปัญญา, ประทุมทิพย์ ดอกแก้ว, และยอดปิติ ตั้งตรงจิต. (2554). ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารโรงพยาบาลแพร่, 19*(1), 18-27.

ธวัช ชาญชญานนท์. (2552). Quality Improvement and Anesthesia. ในนลินี โกวิทวนาวงษ์, และอรรัตน์ กาญจนวนิชกุล (บรรณาธิการ), *คุณภาพบนเส้นทางวิสัญญี* (หน้า 19-38). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ธิวา สมบัติยานุชิต, ณะดา บิลหยา, และศิวาภร สังข์แก้ว. (2559). สภาพและปัญหาการปฏิบัติของพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3*(1), 77-94.

ธิดารัตน์ อริยานุชิตกุล. (2553). การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดและการรักษาในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*, *34*(2), 115-121.

นุสรา ประเสริฐศรี, และยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์. (2556). การจัดการความปวด:ความหลากหลายวัฒนธรรม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6*(2), 2-10.

นัยนา นักรบไทย. (2556). ประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังการผ่าตัด หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, *21*(2), 291-296.

นารีรัตน์ ยะนันโต. (2554). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวดและความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 26*(3), 218-230.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

บุปผา โคตะนิวงษ์, และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2550). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะวิกฤตทางศัลยกรรมสำหรับพยาบาล. *วารสารวิจัยมข. (บศ.), 7*(1), 83-93.

บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และดรุณี ชุณหะวัต. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาล และต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด. *รามาธิบดีเวชสาร, 18*(3), 358-371.

เบญจรัตน์ สมเกียรติ. (2549). การจัดการความเจ็บปวด. ใน ดนุลดา จามจุรี, และศิริมา ลีละวงศ์ (บรรณาธิการ), *หน้าที่รับผิดชอบหลักและสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล* (หน้า 134-143). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.

ปภัสสิริ ทันแก้ว. (2550). *การใช้ดนตรีพื้นเมืองอีสานลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ปราณี สื่อเจริญ, สมบูรณ์ เทียนทอง, และสุธันนี สิมะจารึก. (2559). การวิเคราะห์ปริมาณการใช้ยามอร์ฟีนในการระงับปวดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *31*(6), 417-422.

ปิยะดา บุญทรง, นุชนารถ บุญจึงมงคล, ตันหยง พิพานเมฆาภรณ์, วรวุธ ลาภพิเศษพันธุ์, และสุรัตน์ดา อุงคเนติวัติ. (2559). การสำรวจผลการระงับปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วิสัญญีสาร*, *42*(1), 21-32.

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์. (2551). *คุณภาพการบริหารการพยาบาล.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท วี.พริ้นท์ (1991) จำกัด.

พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, มาลิณี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ ศรีราช, วิรดา เชื้อชม, มณีรัตน์ ธนานันต์, ประกิจ เชื้อชม, และสุดใจ บรรเทาทึก. (2551). ความรู้เรื่องความปวดและทัศนคติต่อการบริการระงับปวดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *23*(1), 26-37.

พาณี พยัพพานนท์. (2556).การสำรวจความปวดหลังผ่าตัดในวันที่สองหลังผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, *7*(2), 345-352.

เพชราวลัย วีระเดชะ. (2550*). คุณภาพบริการตามความคาดหวังที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลอานันทมหิดล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับรองคุณภาพมาตรฐาน HA*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วรีวรรณ คงชุ่ม, และกรณิศ หริ่มสืบ. (2556). ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *23*(3), 53-62.

ภัทรา จติวัธนชัยกูล. (2547). *ผลของการสัมผัสอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล และความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินระบบกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์. (2552). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ “การระงับปวดหลังการผ่าตัด” ต่อการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในสถาบันบำราศนราดูร. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3*(2), 22-31.

มาร์วิน เทพโสพรรณ. (2555). การระงับปวดหลังผ่าตัด. ใน อรลักษณ์ รอดอนันต์, วธินี เล็กประเสริฐ, และฐิติกัญญา ดวงรัตน์ (บรรณาธิการ), *ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา* (หน้า 393-404). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรา ประเสริฐศรี, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, วารุณี สุวรวัฒนกุล, และปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2558). ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด: แนวคิดและการนำไปใช้ในการวิจัยความปวดในประเทศไทย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32*(3), 256-269.

ยศพล เหลืองโสมนภา, และศรีสุดา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30*(1), 83-93.

ยุพาวดี ขันทบัลลัง, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และกิตติกร นิลมานัต. (2550). ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25*, 491-499.

ยุวดี หันตุลา, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, สมบูรณ์ เทียนทอง, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง, และรัดดา กำหอม. (2548). การตรวจสอบคุณภาพการบริการระงับปวดในห้องพักฟื้นตามแนวทางการระงับปวดที่ปรับปรุงใหม่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วิสัญญีสาร, 31*(2), 144-152.

รัฐพล แสงรุ้ง, อนรรฆพร น้อมนุช, และศิริพร เป้าเพชร. (2555). ประสิทธิผลของการให้ยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำโดยผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วยตนเองหลังผ่าตัดใหญ่. *พุทธชินราชเวชสาร, 29*(3), 341-348.

รัตนา รองทองกูล, วิไลวรรณ อยู่สุข, เพียงจิตต์ ธารไพรสาณฑ์, บุษบา บุญกระโทก, และสมบูรณ์ เทียนทอง. (2548). การสำรวจอาการปวดหลังผ่าตัดในวันที่สองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *20*(4), 215-221.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด.* กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.

ลลิดา อาชานานุภาพ, และรุ้งจิต เติมศิริกุลชัย. (2552). การประเมินความปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น. *รามาธิบดีสาร, 15*(3), 315-326.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). ความปวด: ประสบการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ. ใน เอกสารอบรมวิชาการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน *"การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ"* วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

วรนุช ฤทธิธรรม, และสมพร ชินโนรส. (2555). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารเกื้อการุณย์*, *19*(2), 75-87.

วรรณา ศรีโรจนกุล, เพ็ญแข เกตุมาน, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ปราณี รัชตามุขยนันต์, ปราโมทย์ เอื้อโสภณ, และสหัสา หมั่นดี. (2557). *Pain*. ค้นจาก *www.si.mahidol.ac.th*.

วนิดา สอดสี, วิชัย อิทธิชัยกุลฑล, และกนกพร คุณาวิศรุต. (2556). ทัศนคติต่อความปวดและการบำบัดความปวดของผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. *วิสัญญีสาร, 39*(4), 275-283.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2551). การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต:แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 3)(หน้า 111-136). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.

วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. (2552). Pain Assessment/Respiratory depression Assessment/Drug Administration and Patient care. ใน เบญจมาศ ปรีชาคุณ (บรรณาธิการ), *การบริหารความเจ็บปวดเฉียบพลัน ชมรมพยาบาลผ่าตัดศิรราช* (พิมพ์ครั้งที่1)(หน้า 1 – 25). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

ศนิชา เศรษฐ์ชัยยันต์. (2556). ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน. *พุทธชินราชเวชสาร, 30*(2), 198-207.

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2554). *ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ*: *Textbook of pain and pain management in clinical practice* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ศศิธร พุมดวง. (2548). อุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 23*(1), 53-59.

ศศิธร พุมดวง. (2548). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 24*(1), 59-63.

ศศินาภรณ์ โลหิตไทย, นิซรีน เจ๊ะมามะ, และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2560). ผลของการอ่านอัลกุรอานร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ต่อระดับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด และการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, *4*(ฉบับพิเศษ), 115-130.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). *รายงานประจำปี 2558 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).* กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีเซมเบอร์รี่ จำกัด.

สมบูรณ์ เทียนทอง, มาลิณี วงค์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณยิ้มแย้ม, วัฒนา ตันทนะเทวินทร์, และณรงค์ ขันติแก้ว. (2550). การพัฒนาระบบการประเมิน และบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัย. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 22*(2), 158-164.

สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ, และขวัญจิตร์ ปุ่นโพธิ์. (2552) การจัดการกับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. *รามาธิบดีสาร, 15*(3), 327-343.

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์.

สิริญญา สิมะลี. (2552). *ผลของสุคนธบำบัดผ่านการนวดหน้าต่อการลดความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในไต.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เสาวนิตย์ กมลทิพย์, และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง. *วารสารกองการพยาบาล, 41*(2), 23-34.

สุชีรา อึ้งตระกูล. (2553). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่ออาการบริการพยาบาลที่ได้รับ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.

สุนันทา เอมน้อย. (2555). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.

สุนิดา ไชยงาม. (2552). *การศึกษาระดับความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.

สุภาพ สะมะบุบ. (2552). *เปรียบเทียบคุณสมบัติของมาตรวัดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีและเริ่มมีภาวะความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิล, ประกาศิต จิรัปปภา, และเปรมฤดี ปองมงคล. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด Mastectomy with Immediate Latissimus Dorsi Flap Reconstruction. *รามาธิบดีสาร, 14*(2), 160-174.

แสงเดือน จินดาไพศาล. (2552). *การพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการจัดการความเจ็บปวดโดยการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับยาบรรเทาปวดในมารดาหลังคลอด.* รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อรทัย ชยาภิวัฒน์, พรรณี วีระบรรณ, และอวยพร ภัทรภักดีกุล. (2558).ความสุขสบายในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์*, *2*(2), 50-58.

อรพรรณ ไชยชาติ. (2548). *ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อวยพร นาคเพชร. (2550). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพและดนตรีเพื่อการบำบัดต่อความปวดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกขา.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

อรัญญา นิ่มทัศนศิริ, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, และอรพรรณ โตสิงห์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ชนิดของการผ่าตัด กับผลลัพธ์ของความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลังผ่าตัด. *วารสารสภาการพยาบาล, 28*(1), 111-123.

อรุโณทัย ศิริอัศวกุล, นฤนาท โลมะรัตน์, น้ำทิพย์ ไตรยสุนันท์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ภูษิตา สำราญกิจดำรงค์, กุสุมา บัวชัย, และพุทธชาด แสงตะวัน. (2555). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความปวดภายใน 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก. *วิสัญญีสาร, 38*(2), 118-129.

อังคนา จงเจริญ, และสิริกร เทียนหล่อ. (2558). ผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวด และความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *23*(2), 76-90.

อัจฉราพร โชติพนัง, และอวยพร ภัทรภักดีกุล. (2554). ผลของการฟังดนตรีตามชอบต่อความปวดและสัญญาณชีพในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *26*(2), 43-53.

อาภรณ์ พงษหา. (2552). *คู่มือการบริหารการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัด*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อารม ธรรมกวินวงศ์, และผาณิต ใยยวง. (2555). การใช้สมาธิบำบัดลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก หรือเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลพิจิตร. *วารสาร โรงพยาบาลพิจิตร, 27*(2), 20-29.

อินทิรา รูปสว่าง, สุภาพ อารีเอื้อ, และพรรณวดี พุทธวัฒนะ. (2552). การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *รามาธิบดีสาร, 15*(3), 344-360.

อิศราภรณ์ กันวี, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2555). สถานการณ์การจัดการความปวดในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก, *วารสารบำราศนราดูร*, *6*(2), 87-97.

อุมาภรณ์ พงษ์พันธุ์. (2550). การศึกษาการได้ยาระงับปวดตามแนวทางการระงับปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลลำปาง. *วิสัญญีสาร, 33*(3), 176-182.

อุ้มจิต วิทยาไพโรจน์, เกรียงไกร วิทยาไพโรจน์, ประชานารถ พรมเสนา, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, ยุวดี หันตุลา. (2560). เทคนิคการระงับปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *32*(1), 71-81.

Adams, R., White, B., & Beckett, C. (2010). The effects of massage therapy on pain management in the acute care setting. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, *3*(1), 4-11.

Ahlers, S. J., van der Veen, A. M., van Dijk, M., Tibboel, D., & Knibbe, C. A. (2010). The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesthesia & Analgesia*, *110*(1), 127-133.

Ajorpaz, N. M., Mohammadi, A., Najaran, H., & Khazaei, S. (2014). Effect of music on postoperative pain in patients under open heart surgery. *Nursing and midwifery studies*, *3*(3), 1-6.

Al Samaraee, A., Rhind, G., Saleh, U., & Bhattacharya, V. (2010). Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients: A review. *The Surgeon*, *8*(3), 151-158.

Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be under managed. *Anesthesia & Analgesia*, *97*(2), 534-540.

Auquier, P., Pernoud, N., Bruder, N., Simeoni, M. C., Auffray, J. P., Colavolpe, C., ... & Sapin, C. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, *102*(6), 1116-1123.

Breau, M., & Reaume, A. (2014). The relationship between empowerment and work environment on job satisfaction, intent to leave, and quality of care among ICU nurses. *Dynamics*, *25*(3), 16-24.

Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik H. E.K., …Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anesthesia, 101*(1), 17-24.

Breivik, H. (2017). Education of nurses and medical doctors is a sine qua non for improving pain management of hospitalized patients, but not enough. *Scandinavian Journal of Pain*, *15*, 93-95.

Bucknall, T., Manias, E., & Botti, M. (2007). Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. *The Clinical Journal of Pain*, *23*(1), 1-7.

Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Nurse‐sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: A review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(13-14), 1785-1795.

Buvanendran, A., & Kroin, J. S. (2009). Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain. *Current Opinion in Anesthesiology*, *22*(5), 588-593.

Byrne, K., Nolan, A., Barnard, J., Tozer, M., Harris, D., & Sleigh, J. (2017). Managing postoperative analgesic failure: Tramadol versus morphine for refractory pain in the post-operative recovery unit. *Pain Medicine*, *18*(2), 348-355.

Cakir, E., Dogan, G., Akdur, F., Kilic, I., & Ornek, D. (2017). Retrospective Assessment Of postoperative pain control with intravenous or epidural patient-controlled anal-gesia after orthopedic, general and plastic surgery. *International Journal of Anesthesia Research*, *5*(2), 401-408.

Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine, 51*, 1611-1625.

Carolyn, B., Kristel, C., Denise, B., & Margaret, P. (2013). Colorectal surgery patients' pain status, activities, satisfaction, and beliefs about pain and pain management. *Pain Management Nursing, 14*(4), 184-192.

Chandrakantan, A., & Glass, P. S. A. (2011). Multimodal therapies for postoperative nausea and vomiting, and pain. *British Journal of Anaesthesia*, *107*(suppl 1), i27-i40.

Charuluxananan, S., Thienthong, S., Rungreungvanich, M., Srirojanakul, W., Punjasawadwong, Y., & Sriprajittichai, P. (2011). A survey of post anesthetic pain management in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *92*(8), 1028.

Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*, *280*(11), 1000-1005.

Chesterton, L. S., Barlas, P., Foster, N. E., Baxter, G. D., & Wright, C. C. (2003). Gender differences in pressure pain threshold in healthy humans. *Pain*, *101*(3), 259-266.

Chaudakshetrin, P. (2009). Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in Cancer Patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *92*(1), 34-40.

Courtenay, M., & Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(15), 2001-2013.

Cravero, J. P., Fanciullo, G. J., McHugo, G. J., & Baird, J. C. (2013). The validity of the Computer Face Scale for measuring pediatric pain and mood. *Pediatric Anesthesia*, *23*(2), 156-161.

Devine, E. C., Bevsek, S. A., Brubakken, K., Johnson, B. P., Ryan, P., Sliefert, M. K., & Rodgers, B. (1999). AHCPR clinical practice guideline on surgical pain management: Adoption and outcomes. *Research in Nursing & Health*, *22*(2), 119-130.

Dion, L., Rodgers, N., Cutshall, S. M., Cordes, M. E., Bauer, B., Cassivi, S. D., & Cha, S. (2011). Effect of massage on pain management for thoracic surgery patients. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, *4*(2), 1-5.

Doherty, G. M. (2010). *Current diagnosis & treatment: surgery* (pp. 53-4). Lange Medical Books/McGraw-Hill.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *JAMA*, *260*(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, *83*(4), 691-729.

Dunn, L. K., Durieux, M. E., & Nemergut, E. C. (2016). Non-opioid analgesics: Novel approaches to perioperative analgesia for major spine surgery. *Best Practice & Research Clinical Anesthesiology*, *30*(1), 79-89.

Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: Concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, *3*(1), 59-76.

Eriksson, K., Wikstrom, L., Arestedt, K., Fridlund, B., & Brostrom, A. (2014). Numeric rating scale: Patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*, *27*(1), 41-46.

Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley III, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, *10*(5), 447-485.

Fletcher, D., Fermanian, C., Mardaye, A.,& Aegerter, P. (2008). A patient-based national survey on postoperative pain management in France revals significant achievements and persistent challenges. *Pain*, *137*(2), 441-451.

Fletcher, D., & Martinez, V. (2014). Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery: A systematic review and a meta-analysis. *British Journal of Anesthesia*, *112*(6), 991-1004.

Gagliese, L., Weizblit, N., Ellis, W., & Chan, V. W. (2005). The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain*, *117*(3), 412-420.

Gan, T. J., Habib, A. S., Miller, T. E., White, W., & Apfelbaum, J. L. (2014). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: Results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion*, *30*(1), 149-160.

Gardner, G., Gardner, A., & Oconnell, J. (2014). Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(1-2), 145-155.

Gautam, S. K. S., Das, P. K., Agarwal, A., Kumar, S., Dhiraaj, S., Keshari, A., & Patro, A. (2017). Comparative evaluation of continuous thoracic paravertebral block and thoracic epidural analgesia techniques for post-operative pain relief in patients undergoing open nephrectomy: A prospective, randomized, single-blind study. *Anesthesia: Essays and Researches*, *11*(2), 359.

Gelinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F., & Desjardins, S. (2011). Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(12), 1495-1504.

Gerbershagen, H. J., Aduckathil, S., van Wijck, A. J., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Meissner, W. (2013). Pain Intensity on the First Day after SurgeryA Prospective Cohort Study Comparing 179 Surgical Procedures. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, *118*(4), 934-944.

Given, J. (2010). Management of procedural pain in adult patients. *Nursing Standard*, *25*(14), 35-40.

Gogenur, I., Bisgaard, T., Burgdorf, S., van Someren, E., & Rosenberg, J. (2009). Disturbances in the circadian pattern of activity and sleep after laparoscopic versus open abdominal surgery. *Surgical Endoscopy*, *23*(5), 1026-1031.

Gordon, D. B., Pellino, T. A., Miaskowski, C., McNeill, J. A., Paice, J. A., Laferriere, D., & Bookbinder, M. (2002). A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, *3*(4), 116-130.

Gordon, D. B., Dahl, J. L., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K. H., Paice, J. A., ... & Carr, D. B. (2005). American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Archives of Internal Medicine*, *165*(14), 1574-1580.

Gordon, D. B., Rees, S. M., McCausland, M. P., Pellino, T. A., Sanford-Ring, S., Smith-Helmenstine, J., & Danis, D. M. (2008). Improving reassessment and documentation of pain management. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *34*(9), 509-517.

Goucke, C. R., Jackson, T., Morriss, W., & Royle, J. (2015). Essential pain management: An educational program for health care workers. *World Journal of Surgery*, *39*(4), 865-870.

Graham, G. G., Davies, M. J., Day, R. O., Mohamudally, A., & Scott, K. F. (2013). The modern pharmacology of paracetamol: Therapeutic actions, mechanism of action, metabolism, toxicity and recent pharmacological findings. *Inflammopharmacology*, *21*(3), 201-232.

Granot, M., & Ferber, S. G. (2005). The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: A prospective study. *The Clinical Journal of Pain*, *21*(5), 439-445.

Gray, A., Kehlet, H., Bonnet, F., & Rawal, N. (2005). Predicting postoperative analgesia outcome: NNT league tables or procedure-specific evidence. *British Journal of Anesthesia, 94*(6), 710-714.

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short form mcgill pain questionnaire (sfmpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form‐36 bodily pain scale (sf 36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis Care & Research*, *63*(S11), S240-S252.

Hayes, K., & Gordon, D. B. (2015). Delivering quality pain management: The challenge for nurses. *AORN Journal*, *101*(3), 327-337.

Henrik, K., Troels, S. J., & Clifford, J. W. (2006). Persistent post surgical pain: Risk factors and prevention. *Lancet, 367*, 1618-1625.

Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., ... & European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). (2011). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(6), 1073-1093.

Hurley, R. W., & Adams, M. C. (2008). Sex, gender, and pain: An overview of a complex field. *Anesthesia and Analgesia*, *107*(1), 309.

Jencks, S. F., Cuerdon, T., Burwen, D. R., Fleming, B., Houck, P. M., Kussmaul, A. E., ... & Arday, D. R. (2000). Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries: A profile at state and national levels. *JAMA*, *284*(13), 1670-1676.

Jensen, M. P. (2010). A neuropsychological model of pain: Research and clinical implications. *The Journal of Pain*, *11*(1), 2-12.

Juul, R. V., Nyberg, J., Lund, T. M., Rasmussen, S., Kreilgaard, M., Christrup, L. L., & Simonsson, U. S. (2016). A pharmacokinetic‐pharmacodynamic model of morphine exposure and subsequent morphine consumption in postoperative pain. *Pharmaceutical Research*, *33*(5), 1093-1103.

Ko, Y. L., Chang, S. Y., Lee, Y. T., & Lin, P. C. (2016). The Effects of Music Listening and Education on Reducing Pain from Total Joint Arthroplasty. *International Journal of Studies in Nursing*, *1*(1), 29.

Kolvekar, S., Pilegaard, H., Ashley, E., Simon, N., & Grant, J. (2016). Pain management using

patient controlled anesthesia in adults post Nuss procedure: An analysis with respect to patient satisfaction. *The Journal of Visualized Surgery*, *2*(3), 1-6.

Kuner, R. (2010). Central mechanisms of pathological pain. *Nature Medicine*, *16*(11), 1258.

Lahtinen, P., Kokki, H., & Hynynen, M. (2006). Pain after cardiac surgery a prospective cohort study of 1-Year incidence and intensity. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, *105*(4), 794-800.

Lavonia, F., & Joyce, J. F. (2013). Postoperative pain: Nurses' knowledge and patients' experiences. *Pain Management Nursing, 14*(4), 351-357.

Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, *9*(1), 2-10.

Li, L., Liu, X., & Herr, K. (2007). Postoperative pain intensity assessment: A comparison of four scales in Chinese adults. *Pain Medicine*, *8*(3), 223-234.

Lindberg, M. F., Miaskowski, C., Rustøen, T., Rosseland, L. A., Paul, S. M., Cooper, B. A., & Lerdal, A. (2016). The impact of demographic, clinical, symptom and psychological characteristics on the trajectories of acute postoperative pain after total knee arthroplasty. *Pain Medicine*, *10*, 1-16.

Lin, L. Y., & Wang, R. H. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, *51*(3), 252-260.

Lovatsis, D., Jose, J. B., Tufman, A., Drutz, H. P., & Murphy, K. (2007). Assessment of patient satisfaction with postoperative pain management after ambulatory gynaecologic laparoscopy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *29*(8), 664-667.

Mackintosh, C. (2007). Assessment and management of patients with post-operative pain. *Nursing Standard, 22*(5), 49-55.

Madsen, D., Sebolt, T., Cullen, L., Folkedahl, B., Mueller, T., Richardson, C., & Titler, M. (2005). Listening to bowel sounds: An evidence-based practice project: Nurses find that a traditional practice isn't the best indicator of returning gastrointestinal motility in patients who've undergone abdominal surgery. *The American Journal of Nursing*, *105*(12), 40-49.

Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2006). Patients' decision-making strategies for managing postoperative pain. *The Journal of Pain*, *7*(6), 428-437.

Marchand, S. (2010). Assessing pain behaviors in healthy subjects using the critical-care pain observation tool (CPOT): A pilot study. *The Journal of Pain*, *11*(10), 983-987.

Martinez, V., Beloeil, H., Marret, E., Fletcher, D., Ravaud, P., & Trinquart, L. (2017). Non-opioid analgesics in adults after major surgery: Systematic review with network meta-analysis of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia*, *118*(1), 22-31.

Matsuo, H., Uchida, K., Nakajima, H., Guerrero, A. R., Watanabe, S., Takeura, N., ... & Baba, H. (2014). Early transcutaneous electrical nerve stimulation reduces hyperalgesia and decreases activation of spinal glial cells in mice with neuropathic pain. *PAIN*, *155*(9), 1888-1901.

Maurice-Szamburski, A., Bruder, N., Loundou, A., Capdevila, X., & Auquier, P. (2013). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, *118*(1), 78-87.

Melzack, R., & Katz, J. (2004). The gate control theory: Reaching for the brain. *Pain: Psychological Perspectives*, 13-34.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1967). Pain mechanisms: A new theory. *Survey of Anesthesiology*, *11*(2), 89-90.

Mitchinson, A. R., Kim, H. M., Rosenberg, J. M., Geisser, M., Kirsh, M., Cikrit, D., & Hinshaw, D. B. (2007). Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy: A randomized trial. *Archives of Surgery*, *142*(12), 1158-1167.

Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: From specificity to gate control. *Journal Neurophysiol*, *109*, 5-12.

Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators. *The Online Journal of Issues in Nursing*, *12*(3), 112-214.

Moriarty, O., McGuire, B. E., & Finn, D. P. (2011). The effect of pain on cognitive function: A review of clinical and preclinical research. *Progress in Neurobiology*, *93*, 385-404.

Moseley, G. L. (2003). A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy*, *8*(3), 130-140.

Narayan, M. C. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *AJN The American Journal of Nursing*, *110*(4), 38-47.

Niemi-Murola, L., Poyhia, R., Onkinen, K., Rhen, B., Mäkelä, A., & Niemi, T. T. (2007). Patient

satisfaction with postoperative pain management-effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*, *8*(3), 122-129.

Nightingale, J. J., Knight, M. V., Higgins, B., & Dean, T. (2007). Randomized, double-blind comparison of patient-controlled epidural infusion vs nurse-administered epidural infusion for postoperative analgesia in patients undergoing colonic resection. *British Journal of Anesthesia*, *98*(3), 380-384.

Patricial, J., Marcillene, L., Rebecca, S., & Michael, R. (2013). Simulation experience enhances physical therapist student confidence in managing a patient in the critical care environment. *Critical Illness Special Series*, *93*(2), 216-228.

Piotrowski, M. M., Paterson, C., Mitchinson, A., Kim, H. M., Kirsh, M., & Hinshaw, D. B. (2003). Massage as adjuvant therapy in the management of acute postoperative pain: A preliminary study in men. *Journal of the American College of Surgeons*, *197*(6), 1037-1046.

Sandy, F., & Leon, C. (2011). *A massage therapist's guide to pain management.* Edinburgh, London: Churchill Livingstone.

Sakon, M., Maehara, Y., Yoshikawa, H., & Akaza, H. (2006). Incidence of venous thromboembolism following major abdominal surgery: A multi center, prospective epidemiological study in Japan. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, *4*(3), 581-586.

Sakura, K., Laura, P. S., Eumjung, L., Sudeshna, P., & Jacqueline, M. L. (2012). Prediction of postoperative pain using path analysis in older patients. *Japanese Society of Anesthesiologists, 26*, 1-8.

Shen, Q., Sherwood, G. D., McNeill, J. A., & Li, Z. (2008). Postoperative pain management outcome in Chinese inpatients. *Western Journal of Nursing Research*, *30*(8), 975-990.

Shigematsu-Locatelli, M., Kawano, T., Kitamura, S., Nishigaki, A., Yamanaka, D., Aoyama, B., ... & Yokoyama, M. (2017). Does preoperative patient's estimated acceptable pain affect the satisfaction with postoperative pain management?. *JAMA Clinical Reports*, *3*(1), 5.

Shipton, E. A. (2011). The transition from acute to chronic post surgical pain. *Anaesthesia and Intensive Care*, *39*(5), 824.

Soares, S. M. D. T. P., Nucci, L. B., da Silva, M. M. D. C., & Campacci, T. C. (2013). Pulmonary

function and physical performance outcomes with preoperative physical therapy in upper abdominal surgery: A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, *27*(7), 616-627.

Syrjala, K. L., Jensen, M. P., Mendoza, M. E., Jean, C. Y., Fisher, H. M., & Keefe, F. J. (2014). Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(16), 1703-1711.

Timothy, J. B. (2011). Pathophysiology of Postoperative Pain. *Pain, 152*, 33-40.

Taylor, A., & Stanbury, L. (2009). A review of postoperative pain management and the challenges. *Current Anesthesia & Critical Care*, *20*, 188-194.

Usichenko, T. I., Rottenbacher, I., Kohlmann, T., Julich, A., Lange, J., Mustea, A., ... & Wendt, M. (2013). Implementation of the quality management system improves postoperative pain treatment: A prospective pre-/post-interventional questionnaire study. *British Journal of Anesthesia*, *110*(1), 87-95.

Violeta, D., Claudia, H., Andreas, P., Miriam, K., Dorothea, S., Roman, C., …Stefan, L. (2013). Dose severe acute pain provoke lasting changes in attentional and emotion mechanisms of pain related processing? A longitudinal study. *Pain, 154*, 2737-2744.

Voscopoulos, C., & Lema, M. (2010). When does acute pain become chronic. *British journal of Anesthesia*, *105*(suppl 1), 69-85.

Watt-Watson, J., Stevens, B., Costello, J., Katz, J., & Reid, G. (2016). Impact of preoperative education on pain management outcomes after coronary artery bypass graft surgery: A pilot. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, *31*(4), 41-56.

Weiran, L., Lei, Z., Woo, S. M. L., Anliu, T., Shumin, X., Jing, Z., ... & Zhen, Z. (2013). A study of patient experience and perception regarding postoperative pain management in Chinese hospitals. *Patient Preference and Adherence*, *7*, 1157-1162.

White, P. F., Kehlet, H., Neal, J. M., Schricker, T., Carr, D. B., Carli, F., & Fast-Track Surgery Study Group. (2007). The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: From multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesthesia & Analgesia*, *104*(6), 1380-1396.

Wikstrom, L., Eriksson, K., Arestedt, K., Fridlund, B., & Brostrom, A. (2014). Healthcare

professionals' perceptions of the use of pain scales in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*, *27*(1), 53-58.

Woolf, C. J. (2010). What is this thing called pain?. *The Journal of clinical investigation*, *120*(11), 3742-3744.

Wruble, A. W., Gila Rosen, M. N. S., & Rom, M. (2006). Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Management Nursing*, *7*(4), 153-158.

Wylde, V., Rooker, J., Halliday, L., & Blom, A. (2011). Acute postoperative pain at rest after hip and knee arthroplasty: Severity, sensory qualities and impact on sleep. *Orthopedics & Traumatology: Surgery & Research*, *97*(2), 139-144.

Yimyaem, P. R., Kritsanaprakornkit, W., Thienthong, S., Horatanaruang, D., Palachewa, K., Tantanatewin, W., ... & Theerapongpakdee, S. (2006). Post-operative pain management by acute pain service in a University Hospital, Thailand. *Acute Pain*, *8*(4), 161-167.

Yin, H. H., Tse, M. M., & Wong, F. K. (2012). Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(910), 1232-1243.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ใบพิทักษ์สิทธิสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย)

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวภัคธิดา มหาแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดิฉันกำลังศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า

ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านซึ่งเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการเข้าร่วมในครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับตามปกติ กิจกรรมที่ดิฉันจะขอความร่วมมือจากท่าน คือ การตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การได้รับการจัดการความปวด ระดับความปวด ผลกระทบจากความปวด และความพึงพอใจของท่านต่อการจัดการความปวดที่ท่านได้รับ ทั้งนี้ดิฉันจะขออนุญาตสอบถามท่านทั้งหมด 3 ครั้ง คือ หลังผ่าตัดวันที่ 1, วันที่ 2, และ วันที่ 3 ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บไว้โดยไม่ระบุชื่อของท่าน แต่จะใส่เป็นรหัสข้อมูลพร้อมทั้งเก็บไว้ในแฟ้มที่มีเฉพาะดิฉันและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดดูได้ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาในครั้งนี้ ดิฉันยินดีตอบให้ท่านเข้าใจและท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยโดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน นอกจากนี้ท่านยังสามารถที่จะออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หากท่านยินดีสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โปรดลงชื่อไว้ข้างล่างนี้ด้วย และขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวภัคธิดา มหาแก้ว

นักวิจัย

<u>คำยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย</u>

ข้าพเจ้า.....ขอให้คำรับรองว่าได้อ่านคำชี้แจงของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการ เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ทุกประการ มีความยินดีในการให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นาย/นาง/นางสาว.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

ภาคผนวก ข
ตารางทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปร

ตาราง ข

การวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ข้อมูล	Skewness/SE	การกระจายของข้อมูลเป็นโค้ง
การรับรู้การจัดการความปวด	0.04/.257= 0.155	ปกติ
ความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด	-0.485/.257= -1.887	ปกติ
ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด	1.679/.257= 6.533	ไม่ปกติ
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	-0.829/.257=-3.225	ไม่ปกติ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลในงานวิจัย เรื่อง “ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า” ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาเครื่องหมาย ✓ ใน ( ) แต่ละข้อ /เติมคำลงในช่องว่างตามขอมูลจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
   ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่
   ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า/ แยกกันอยู่
4. ศาสนา
   ( ) 1. พุทธ ( ) 2. อิสลาม ( ) 3. คริสต์
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
   ( ) 1. ไม่ได้เรียน ( ) 2. ประถมศึกษา
   ( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
   ( ) 5. อนุปริญญา/ปวส. ( ) 6. ปริญญาตรี/เทียบเท่า
   ( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี ( ) 8. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ
   ( ) 1. เกษตรกร ( ) 2. งานบ้าน/แม่บ้าน
   ( ) 3. รับจ้าง ( ) 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
   ( ) 5. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ( ) 6. ไม่มีอาชีพ
   ( ) 7. นักเรียน/นักศึกษา ( ) 8. อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้
   ( ) 1. ต่ำกว่า 3,000 บาท ( ) 2. 3,001 – 6,000 บาท
   ( ) 3. 6,001-9,000 บาท ( ) 4. 9,001-12,000 บาท
   ( ) 5. 12,001-15,000 บาท ( ) 6. มากกว่า 15,000 บาท
8. ผู้ดูแลระหว่างเข้ารับการรักษา
   ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....
9. สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
   ( ) 1. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ( ) 2. ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
   ( ) 3. ระบบประกันสังคม ( ) 4. ชำระเงินเอง
   ( ) 8. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย การผ่าตัดและการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

1. ประวัติการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว

   .....

2. ยาที่ใช้เป็นประจำ

   .....

3. ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

   ( ) 1. ไม่เคย ( ) 2. เคย จำนวน.....ครั้ง ระบุสาเหตุ.....

4. ประวัติการได้รับการผ่าตัด

   ( ) 1. ไม่เคย ( ) 2. เคย จำนวน.....ครั้ง ระบุ/การผ่าตัด.....

5. อาการที่ทำให้ต้องเข้ารับการผ่าตัดในครั้งนี้.....

6. การวินิจฉัยโรค.....

7. ระยะเวลานอนรพ.ก่อนผ่าตัด.....วัน

8. ชนิดของการผ่าตัด.....

9. หอผู้ป่วยหลังผ่าตัด

   1) หอผู้ป่วยหลังผ่าตัด วันที่ 1 ( ) 1. สามัญ ( ) 2. พิเศษ

   2) หอผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ( ) 1. สามัญ ( ) 2. พิเศษ

   3) หอผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 ( ) 1. สามัญ ( ) 2. พิเศษ

10. แผลผ่าตัด

   1) ตำแหน่ง.....ลักษณะแผล.....ขนาดของแผล.....เซนติเมตร

   2) ตำแหน่ง.....ลักษณะแผล.....ขนาดของแผล.....เซนติเมตร

   3) ตำแหน่ง.....ลักษณะแผล.....ขนาดของแผล.....เซนติเมตร

11. สาย/ท่อระบายต่างๆ หลังผ่าตัด

( ) ไม่มีสาย/ท่อระบาย ( ) มีสาย/ท่อระบาย (ระบุทุกชนิด)

ชนิดของการมีสาย/ท่อระบาย	หลังผ่าตัดวันที่ 1	หลังผ่าตัดวันที่ 2	หลังผ่าตัดวันที่ 3
1. การคาสายสวนปัสสาวะ			
2. การใส่สายยางลงกระเพาะอาหาร			
3. สาย/ท่อระบายต่างๆ ระบุ			

12. การประเมินและบรรเทาความปวดโดยแพทย์/พยาบาล ภายหลังผ่าตัด 0 – 72 ชั่วโมง (จากบันทึกทางการพยาบาล)

วัน	เวลาที่มีการประเมินความปวด	คะแนนความปวดก่อนจัดการความปวด	ยาที่ให้ (ชนิด ขนาด ทางที่ให้)	บรรเทาความปวดวิธีอื่นๆ ระบุ	เวลาที่ประเมินความปวดซ้ำ	คะแนนความปวดหลังจัดการความปวด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การจัดการความปวดของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดที่ท่านได้รับ	**การรับรู้ของผู้ป่วย**					
	หลังผ่าตัดวันที่ 1		**หลังผ่าตัดวันที่ 2**		**หลังผ่าตัดวันที่ 3**	
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้
1. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับโรค ความจำเป็นของการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ฉัน						
2. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การได้รับการจัดการกับความปวดภายหลังผ่าตัดแก่ฉัน						
3. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับชนิด วิธีการให้ยาบรรเทาความปวด และอาการข้างเคียงของการได้รับยาบรรเทาความปวดที่อาจเกิดขึ้นแก่ฉันเช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และได้รับการเฝ้าระวังและบำบัดอาการเหล่านี้ ช่วยให้มีความสุขสบายแก่ฉัน						
4. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลการออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด และระยะเวลาในการออกฤทธิ์ภายหลังได้รับยา และฤทธิ์ยาคงอยู่นานพอก่อนได้รับยาครั้งต่อไปหรือไม่ และฉันมีส่วนร่วมในการควบคุมความเจ็บปวดโดยทราบช่วงเวลาที่จะขอยาแก้ปวดได้ครั้งต่อไป						
5. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับผลของความปวดภายหลังผ่าตัดมีผลต่อการทำงานของร่างกายและการฟื้นหายในระยะหลังผ่าตัด						

การจัดการกับความปวด หลังผ่าตัดที่ท่านได้รับ	การรับรู้ของผู้ป่วย					
	หลังผ่าตัด วันที่ 1		หลังผ่าตัด วันที่ 2		หลังผ่าตัด วันที่ 3	
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้
6. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลอธิบายให้ฉันทราบว่าเมื่อเริ่มรู้สึกปวดให้บอกและขอยาบรรเทาความปวดจากพยาบาลได้ตลอดเวลา						
7. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลอธิบายวิธีการประเมินความปวดภายหลังการทำผ่าตัดและการรายงานความปวดแก่แพทย์/พยาบาล						
8. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลแนะนำฉันเพิ่มเติมเกี่ยวกับการควบคุมความปวดภายหลังผ่าตัดด้วยทางเลือกอื่น เช่น การอยู่ในท่าที่เหมาะสม การหายใจเข้าออก ลึกๆ ช้าๆ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น						
9. ก่อนผ่าตัดแพทย์/พยาบาลแนะนำฉันให้เคลื่อนไหวร่างกายช้า ๆ เพื่อลดการกระทบกระเทือนของกล้ามเนื้อ						
10. แพทย์/พยาบาลให้ฉันมีส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจเลือกวิธีการบรรเทาความปวดภายหลังการผ่าตัดทั้งจากวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา						
11. แพทย์/พยาบาลจะช่วยเหลือฉันโดยเร็ว เมื่อพยาบาลรายงานว่าความปวดของฉันไม่ทุเลาลง						
12. แพทย์/พยาบาลพูดให้กำลังใจแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความปวดที่ฉันได้รับ						
13. แพทย์/พยาบาลมีเวลารับฟังความรู้สึกปวด กลัว หรือความวิตกกังวลต่างๆของฉัน						
14. แพทย์/พยาบาลดูแลฉันด้วยความเต็มใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี						

การจัดการกับความปวด หลังผ่าตัดที่ท่านได้รับ	การรับรู้ของผู้ป่วย					
	หลังผ่าตัด วันที่ 1		หลังผ่าตัด วันที่ 2		หลังผ่าตัด วันที่ 3	
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้
15. เมื่อแพทย์/พยาบาลมาตรวจเยี่ยมฉันมีการทักทายและให้ความเป็นกันเองช่วยเป็นแรงจูงใจให้ฉันควบคุมความปวดภายหลังผ่าตัดได้						
16. แพทย์/พยาบาลดูแลฉันด้วยความเต็มใจ ยิ้มแย้ม มีกิริยาท่าทาง และคำพูดที่สุภาพ						
17. ก่อนการได้รับยาบรรเทาความปวด พยาบาลประเมินระดับความปวดของฉันก่อน						
18. พยาบาลได้ประเมินความปวดของฉันซ้ำภายหลังได้รับการบรรเทาความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาเป็นระยะ						
19. พยาบาลรายงานแพทย์เมื่อความปวดของฉันไม่ทุเลาหลังได้รับยาบรรเทาความปวดแล้ว						
20. แพทย์/พยาบาลรับฟังความรู้สึกของฉัน อยู่เป็นเพื่อนเมื่อฉันรู้สึกปวดและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น						
21. แพทย์/พยาบาลให้การดูแลในเรื่องความสะดวกสบายหลังผ่าตัด เช่น การจัดท่านอนให้สบาย และให้การช่วยเหลือในสิ่งที่ฉันกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา						
22. พยาบาลดูแลให้ฉันได้พักผ่อน และนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะหลังผ่าตัด						
23. พยาบาลรับรู้และเข้าใจความปวดของฉัน ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาความปวดล่วงหน้าก่อนกระตุ้นให้ฉันทำกิจกรรม เช่น การฝึกการหายใจ การลุกนั่งบนเตียง การทำแผลผ่าตัด						

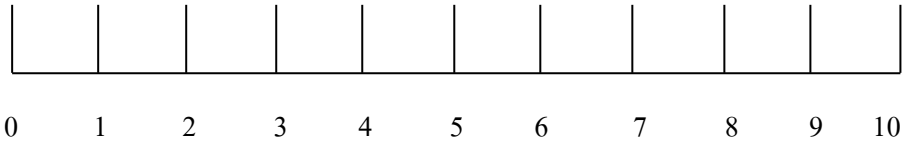
การจัดการกับความปวด หลังผ่าตัดที่ท่านได้รับ	การรับรู้ของผู้ป่วย					
	หลังผ่าตัด วันที่ 1		หลังผ่าตัด วันที่ 2		หลังผ่าตัด วันที่ 3	
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้
24. พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนในขณะที่ฉันมีความปวด						
25. พยาบาลแนะนำให้ฉันคิดถึงเรื่องที่เพลิดเพลินเป็นสุขใจเพื่อบรรเทาความปวด						
26. พยาบาลแนะนำให้ฉันอ่านหนังสือ/ พูดคุยกับคนอื่น/ ฟังเพลง						
27. พยาบาลแนะนำให้ฉันหายใจเข้าและออกลึกๆ ช้าๆ และสม่ำเสมอเพื่อบรรเทาความปวด						
28. พยาบาลแนะนำการจัดท่า การเปลี่ยนท่านอน และการเคลื่อนไหวร่างกายช้า เพื่อบรรเทาความปวด						
29. พยาบาลแนะนำวิธีการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความปวดแก่ฉัน						
30. พยาบาลแนะนำวิธีการนวดเพื่อบรรเทาความปวดแก่ฉัน						

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด

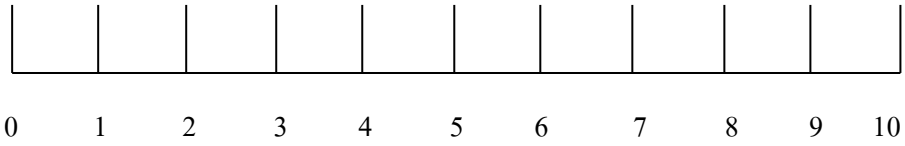
คำชี้แจง ความรู้สึกปวดบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ความปวดที่เกิดขึ้นตรงตำแหน่งของแผลผ่าตัด และ/หรือบริเวณที่ใส่สายหรือท่อระบายต่างๆ มีคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด

โปรดทำเครื่องหมาย ✕ ลงบนตัวเลขที่ตรงกับ**<u>ความรู้สึกปวดของท่านในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา</u>**

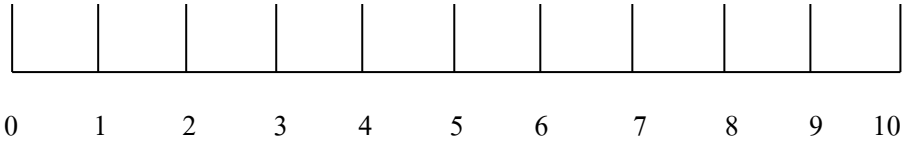
หลังผ่าตัดวันที่ 1



หลังผ่าตัดวันที่ 2



หลังผ่าตัดวันที่3



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

คำชี้แจง ความปวดของท่านอาจมีผลกระทบต่อท่านตั้งแต่ 0 คะแนนหมายถึงไม่กระทบเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง กระทบมากที่สุด **<u>ความรู้สึกปวดบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดของท่านส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่อไปนี้ในระดับใด โปรดทำเครื่องหมาย ✕ ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน</u>**

หลังการผ่าตัดวันที่1

1. กิจกรรมทั่วไป (กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เป็นต้น)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

2. การนอนหลับ (ท่านนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน นอนหลับๆ ตื่นๆ)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

3. ความสามารถในการเดิน (ท่านสามารถลุกขึ้นนั่งข้างเตียงได้เอง ไปเข้าห้องน้ำได้เอง)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

4. การเคลื่อนไหว (เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงได้ตามปกติ พลิกตะแคงตัวเองได้บนเตียง)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

5. ความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (เมื่อปวดแผลท่านมีความรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

6. ท่านมีอาการหายใจไม่สะดวก ในขณะที่มีความปวด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

7. ท่านมีอาการคลื่นไส้อาเจียนบ่อยๆ ไม่อยากลุกไปเข้าห้องน้ำ ท้องอืดท้องผูก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

8. ท่านมีความวิตกกังวล ในขณะที่มีความปวดมาก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

9. ท่านมีอาการหน้ามืด ใจสั่น ในขณะที่มีความปวดมาก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

10. ท่านมีความกลัวว่าอาการที่เป็นอยู่จะไม่หาย จนต้องนอนโรงพยาบาลนาน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

หลังการผ่าตัดวันที่ 2

1. กิจกรรมทั่วไป (กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เป็นต้น)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

2. การนอนหลับ (ท่านนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน นอนหลับๆ ตื่นๆ)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

3. ความสามารถในการเดิน (ท่านสามารถลุกขึ้นนั่งข้างเตียงได้เอง ไปเข้าห้องน้ำได้เอง)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

4. การเคลื่อนไหว (เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงได้ตามปกติ พลิกตะแคงตัวเองได้บนเตียง)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

5. ความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (เมื่อปวดแผลท่านมีความรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

6. ท่านมีอาการหายใจไม่สะดวก ในขณะที่มีความปวด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

7. ท่านมีอาการคลื่นไส้อาเจียนบ่อยๆ ไม่อยากลุกไปเข้าห้องน้ำ ท้องอืดท้องผูก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

8. ท่านมีความวิตกกังวล ในขณะที่มีความปวดมาก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

9. ท่านมีอาการหน้ามืด ใจสั่น ในขณะที่มีความปวดมาก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

10. ท่านมีความกลัวว่าอาการที่เป็นอยู่จะไม่หาย จนต้องนอนโรงพยาบาลนาน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

หลังการผ่าตัดวันที่3

1. กิจกรรมทั่วไป (กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เป็นต้น)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

2. การนอนหลับ (ท่านนอนหลับสนิทตลอดทั้งคืน นอนหลับๆ ตื่นๆ)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

3. ความสามารถในการเดิน (ท่านสามารถลุกขึ้นนั่งข้างเตียงได้เอง ไปเข้าห้องน้ำได้เอง)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

4. การเคลื่อนไหว (เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงได้ตามปกติ พลิกตะแคงตัวเองได้บนเตียง)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

5. ความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (เมื่อปวดแผลท่านมีความรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

6. ท่านมีอาการหายใจไม่สะดวก ในขณะที่มีความปวด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

7. ท่านมีอาการคลื่นไส้อาเจียนบ่อยๆ ไม่อยากลุกไปเข้าห้องน้ำ ท้องอืดท้องผูก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

8. ท่านมีความวิตกกังวล ในขณะที่มีความปวดมาก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

9. ท่านมีอาการหน้ามืด ใจสั่น ในขณะที่มีความปวดมาก

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

10. ท่านมีความกลัวว่าอาการที่เป็นอยู่จะไม่หาย จนต้องนอนโรงพยาบาลนาน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีผลกระทบเลย มีผลกระทบมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย × ลงในช่องตามระดับความพึงพอใจของท่านต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ท่านได้รับใน 3 วันที่ผ่านมานี้

การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย	พึงพอใจมากที่สุด (4 คะแนน)	พึงพอใจมาก (3 คะแนน)	พึงพอใจปานกลาง (2 คะแนน)	พึงพอใจน้อย (1 คะแนน)
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับใด				
2. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการประเมินความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับใด				
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยาอยู่ในระดับใด				
4. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยาอยู่ในระดับใด				
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการประเมินความปวดซ้ำอยู่ในระดับใด				

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 1

จำนวนครั้ง และร้อยละของการได้รับยาบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด (N=88)

จำนวนครั้งของการได้รับยาบรรเทาความปวด	วันที่ 1 หลังผ่าตัด		วันที่ 2 หลังผ่าตัด		วันที่ 3 หลังผ่าตัด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับยา	1	1.14	9	10.23	21	23.86
1 ครั้ง	5	5.68	9	10.23	10	11.36
2 ครั้ง	18	20.46	20	22.72	10	11.36
3 ครั้ง	21	23.90	24	22.27	34	38.64
4 ครั้ง	18	20.46	12	13.64	8	9.09
5 ครั้ง	3	3.41	7	7.95	1	1.14
6 ครั้ง	4	4.54	2	2.27	3	3.41
7 ครั้ง	7	7.96	3	3.41	-	-
8 ครั้ง	4	4.54	-	-	-	-
9 ครั้ง	2	2.27	-	-	-	-
10 ครั้ง	1	1.14	1	1.14	-	-
มากกว่า 10 ครั้ง	4	4.54	1	1.14	1	1.14

ตาราง 2

จำนวนครั้ง และร้อยละของคะแนนความปวดและระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด (N=88)

ระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด	วันที่ 1 หลังผ่าตัด		วันที่ 2 หลังผ่าตัด		วันที่ 3 หลังผ่าตัด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ปวดเลย	-	-	-	-	2	2.27
ปวดระดับเล็กน้อย	6	6.82	22	25.00	60	68.28
ปวดระดับปานกลาง	21	23.86	34	38.64	26	29.55
ปวดระดับมาก	61	69.32	32	36.36	-	-

ตาราง 3

จำนวนครั้ง และร้อยละของคะแนนการรับรู้การจัดการความปวดความปวดหลังผ่าตัด (N=88)

คะแนนการรับรู้การจัดการความปวดหลังผ่าตัด	วันที่ 1 หลังผ่าตัด		วันที่ 2 หลังผ่าตัด		วันที่ 3 หลังผ่าตัด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20 คะแนน	1	1.14	1	1.14	1	1.14
21 คะแนน	1	1.14	1	1.14	1	1.14
22 คะแนน	3	3.41	3	3.41	3	3.41
23 คะแนน	8	9.09	8	9.09	8	9.09
24 คะแนน	8	9.09	8	9.09	8	9.09
25 คะแนน	20	22.73	20	22.73	20	22.73
26 คะแนน	11	12.50	11	12.50	11	12.50
27 คะแนน	11	12.50	11	12.50	11	12.50
28 คะแนน	4	4.54	4	4.54	4	4.54
29 คะแนน	7	7.95	7	7.95	7	7.95
30 คะแนน	14	15.91	14	15.91	14	15.91

ตาราง 4

ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนผลกระทบความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงโดยรวมและรายด้าน (N=88)

ผลกระทบ	ผลกระทบของความปวด			ระดับ
	Min	Max	*M(SD)* *Mdn(IQR)**	
กิจกรรมทั่วไป	0	10	5.36(1.98)	ปานกลาง
ความสามารถในการเดิน	0	10	4.24(1.99)	ปานกลาง
การนอนหลับ	0	10	4.50(2.25)	ปานกลาง
การเคลื่อนไหว	0	10	4.20(2.17)	ปานกลาง
วิตกกังวลในขณะที่มีความปวดมาก	0	10	1.83(2.67)*	เล็กน้อย
กลัวอาการที่เป็นอยู่จะไม่หาย จนต้องนอนโรงพยาบาลนาน	0	10	0.00(1.00)*	ไม่มีผลกระทบ
ความสัมพันธ์ หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	0	10	0.00(2.67)*	ไม่มีผลกระทบ
อาการคลื่นไส้อาเจียนบ่อยๆ ท้องอืด ท้องผูก	0	10	3.72(3.33)	เล็กน้อย
อาการหายใจไม่สะดวกในขณะที่มีความปวด	0	10	0.00(0.50)*	ไม่มีผลกระทบ
หน้ามืดใจสั่น ในขณะที่มีความปวดมาก	0	10	3.41(2.17)	เล็กน้อย

หมายเหตุ: *M* = Mean, *SD* = Standard deviation, *Mdn* = Median, *IQR* = Interquartile range, *Max* = ค่าสูงสุด, *Min* = ค่าต่ำสุด

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของยาบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยได้รับใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด (N=88)

ชนิดของยา	ทาง	วันที่ 1 หลังผ่าตัด			วันที่ 2 หลังผ่าตัด			วันที่ 3 หลังผ่าตัด		
		N	จำนวนครั้ง	%	N	จำนวนครั้ง	%	N	จำนวนครั้ง	%
Pethidine	IM	17	34	19.31	4	4	4.54	-	-	-
Morphine	IM	51	213	57.95	8	8	9.09	-	-	-
Morphine	IV	11	11	12.50	3	12	3.41	20	20	5.68
Fentanyl	IV	3	19	3.41	6	20	6.82	-	-	-
Fentanyl	แปะ	-	-	-	-	-	-	1	1	1.14
Dynastat	IV	9	16	10.23	3	4	3.41	-	-	-
Diclofenac	IM	4	4	4.54	-	-	-	1	1	1.14
Paracetamol	ปาก	29	50	32.95	49	89	55.68	19	24	21.59
Ibruprofen	ปาก	9	23	10.23	34	86	38.64	39	114	44.32
Arcoxia	ปาก	-		-	8	15	9.09	8	8	9.09
Ponstan	ปาก	2	3	3.34	5	11	5.68	5	11	5.68
Reparil	ปาก	2	7	2.27	2	6	2.27	2	6	2.27
Mydoclam	ปาก	-	-	-	1	2	1.14	2	5	2.27
Neproxan	ปาก	2	4	2.27	2	4	2.27	2	6	2.27
Tramadol	ปาก	1	2	1.14	1	2	1.14	2	5	2.27

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 ราย อาจได้รับยาแก้ปวดมากกว่า 1 ชนิด IV = การฉีดยาทางหลอดเลือดดำ IM = การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. ผศ.ดร. ลัพณา กิจรุ่งโรจน์	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. พญ. ชยามน บินหลี	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา
3. นางสาวรัตนาภรณ์ แซ่ลิ้ม	หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวภัคธิดา มหาแก้ว

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510421050

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	2547

ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษา

ทุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ ที่ไม่ใช่อาจารย์ ประจำปีการศึกษา 2558 ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

การนำเสนอผลงาน

ภัคธิดา มหาแก้ว, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2559). ความรุนแรงของความปวด การจัดการความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา. *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC*. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.