

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เปรียบเทียบความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัย ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. มโนทัศน์ของความเจ็บปวด
2. การผ่าตัดในไตและท่อไต
3. พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
4. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
5. ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์ของความเจ็บปวด

ความหมายของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความสลับซับซ้อน สามารถอธิบายลักษณะแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ยากที่จะให้ความหมายที่สมบูรณ์ได้ จึงมีผู้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

จเร ผลประเสริฐ (2528, หน้า 41) ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้ว่า ความเจ็บปวด คือ ความรู้สึกไม่สุขสบาย และทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในสิ่งมีชีวิต เป็นสัญญาณเตือน

มนุษย์ว่า ได้มีอันตรายเกิดขึ้นกับตน

เจคอกซ์ (Jacox, 1977, p.895) ได้กล่าวถึง สเติร์นบาค (Sternbach) ซึ่ง
เป็นนักจิตวิทยา ได้สรุปความเจ็บปวดในรูปแบบมโนทัศน์ที่เป็นนามธรรมว่า ความเจ็บปวดเป็น
ความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกทุกข์ทรมาน เกิดจากสิ่งกระตุ้นไปทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ และมีรูปแบบ
การตอบสนอง เพื่อป้องกันอันตรายของชีวิต

แมคคาฟเฟอริ (McCaffery, 1979, p.11) ได้กล่าวถึงความเจ็บปวดเป็นแนวทาง
ในการปฏิบัติการพยาบาลไว้ว่า เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบความเจ็บปวดอยู่ ซึ่งความ
เจ็บปวดนั้นมืออยู่จริง

เฟลด์แมน (Feldman, 1991, p.92) ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้ว่า เป็น
ความไม่สุขสบาย ก่อให้เกิดความรำคาญ และเกิดความหมกมุ่นตลอดเวลาขณะที่มีความเจ็บปวดอยู่

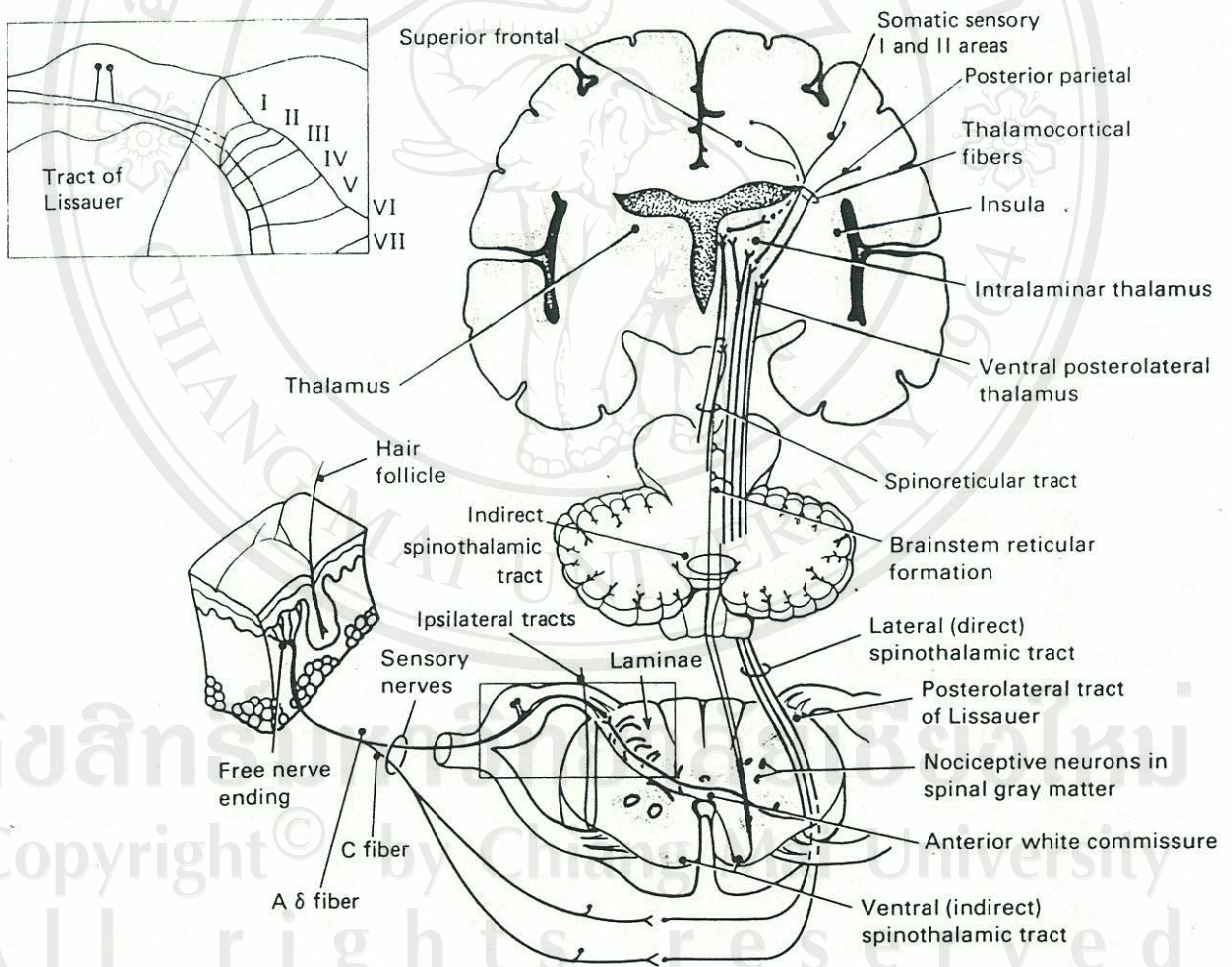
อิกนาทาวีเชียส และเบน (Ignatavicious & Bayne, 1991, p.107) ได้กล่าว
ถึงสมาคมนานาชาติ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวด (international association for the
study of pain) ซึ่งให้ความหมายความเจ็บปวดว่า เป็นความไม่สุขสบายในด้านความรู้สึกและ
อารมณ์ เกิดร่วมกับภาวะที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือเสมือนหนึ่งว่าเนื้อเยื่อจะถูกทำลาย

บอสส์ (Boss, 1992, p.1497) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้ว่า เป็น
ประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อน ในด้านชีววิทยา ด้านจิตสังคม ยากที่จะให้
ความหมายได้ชัดเจนลงไป หรืออีกนัยหนึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับสังคม
และวัฒนธรรมนั้น ๆ

สรุปได้ว่า ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน เมื่อเกิดอันตรายต่อ
เนื้อเยื่อ ความรู้สึกนี้เป็นประสบการณ์ส่วนตัวเกิดขึ้นตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล มีความสลับ
ซับซ้อนเกี่ยวเนื่องกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความรู้สึกนี้จะมีอยู่ตราบที่ผู้ป่วย
บอกว่ามีความเจ็บปวดอยู่

ประสาทชีววิทยาของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกที่มีกลุ่มใยประสาททำหน้าที่ส่งทอดต่อกันเป็นวิถีประสาทขึ้นไป โดยเริ่มต้นจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ปลายประสาทรับความรู้สึก แล้วส่งสัญญาณประสาทผ่านไปตามใยประสาทนำเข้าความรู้สึก เข้าไปที่ไขสันหลังและวิ่งไปตามเส้นทางต่าง ๆ ในไขสันหลังจนถึงสมองและจากสมองนำส่งกลับมาไขสันหลัง (ดังแสดงในภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 วิถีประสาทของความเจ็บปวด (Boss, 1992, p.1499)

การนำความรู้สึกเจ็บปวดแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

1. ตัวรับสัญญาณและเส้นประสาทรับความรู้สึก (peripheral mechanism)
2. กลไกที่เกิดขึ้นระดับไขสันหลัง (spinal mechanism)
3. กลไกที่เกิดขึ้นเหนือระดับไขสันหลังและสมอง (supraspinal mechanism)

ตัวรับสัญญาณและเส้นประสาทรับความรู้สึก

ตัวรับสัญญาณและเส้นประสาทรับความรู้สึก มีส่วนประกอบดังนี้ (Boss, 1992, p.1498; Guyton, 1987, p.168; Paice, 1991, pp.843-844)

สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เรียกว่า สิ่งเร้าอันตราย (noxious stimuli) ซึ่งมีทั้งสิ่งเร้าทางกายภาพ (physical stimuli) เช่น ความร้อน กระแสไฟฟ้า ความเย็น เป็นต้น สิ่งเร้าทางเชิงกล (mechanical stimuli) เช่น แรงกด แรงกระแทก ทำให้มีการยึดที่ผิดรูปร่างของอวัยวะต่าง ๆ และสิ่งเร้าทางเคมี (chemical stimuli) ได้แก่ สารเคมีจากภายนอก เช่น กรด ต่าง สารเคมีจากภายในร่างกายที่ถูกปล่อยออกมาเมื่อเซลล์หรือเนื้อเยื่อถูกทำลาย เช่น โปตัสเซียม ยีสตามีน ซีโรโทนิน แบริดีโคนิน อเซทิลโคลีน สาร พี (substance P) และไพโรสตาแกลนดิน อีๆ สิ่งเร้าอันตรายเหล่านี้จะกระตุ้นโดยตรงที่ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (pain receptor or nociceptor) ซึ่งเป็นปลายประสาทอิสระ (free nerve ending) ที่แผ่กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อเกือบทุกส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เนื้อเยื่อแต่ละส่วนจะมีตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดชนิดที่เฉพาะเจาะจงกับตัวกระตุ้นชนิดนั้น

สิ่งเร้าอันตรายกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดจะเปลี่ยนสัญญาณจากสิ่งเร้าเป็นสัญญาณประสาทผ่านไปตามใยประสาทรับความรู้สึกนำเข้า ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (ชัยพร เรืองกิจ, 2530, หน้า 3; Guyton, 1987, p.154; Paris, Uram, & Ginsburg, 1988, p.7)

1. ใยประสาทเอ เบตา หรือใยประสาทใหญ่ที่มีเปลือกหุ้ม (A-beta or large myelinated fiber) นำความรู้สึกได้เร็ว รับสัญญาณประสาทจากตัวรับเฉพาะเช่น ตัวรับความรู้สึกสัมผัส และความสั่นสะเทือน

2. โยประสาทเอ เดลตา หรือโยประสาทเล็กมีเปลือกหุ้ม (A-delta or small myelinated fiber) นำความรู้สึกได้ช้ากว่าโยประสาทเอ เบตา

3. โยประสาทซี หรือโยประสาทที่ไม่มีเปลือกหุ้ม (C fiber or unmyelinated fiber) นำความรู้สึกได้ช้ากว่าโยประสาทเอ เดลตา

เมื่อมีสิ่งเร้าอันตรายมากระตุ้น โยประสาททั้งสามจะถูกกระตุ้นพร้อมกันหมด โดยโยประสาทเอ เดลตา และโยประสาทซีเป็นตัวนำสัญญาณความรู้สึกเจ็บปวด ในขณะที่โยประสาทเอ เบตา นำสัญญาณเข้าไปเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวด โดยไปทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดนั้นน้อยลง

กลไกระดับไขสันหลัง

ในระดับไขสันหลัง มีการส่งสัญญาณประสาทดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534, หน้า 12-13; Bullingham, 1985, pp.3-4)

การนำสัญญาณประสาทโดยโยประสาท เป็นเซลล์ประสาทนำเข้าเซลล์ที่ 1 (primary neuron) ซึ่งรับสัญญาณประสาทจากตัวรับ และมีตัวเซลล์อยู่ที่บริเวณรากปมประสาทดอร์ซอล (dorsal root ganglion) ของไขสันหลังซึ่งจะมีการประสาน (synapse) กับเซลล์ประสาทเซลล์ที่ 2 (secondary neuron) บริเวณดอร์ซอล เกรย์ คอลัมน์ (dorsal gray column) ในดอร์ซอล ฮอร์น (dorsal horn) ของไขสันหลัง และส่งสัญญาณประสาทความรู้สึกเจ็บปวดทอดข้ามไปซีกด้านตรงข้ามของไขสันหลัง แล้วนำขึ้นตามทางเดินของประสาทแลทเทอรอล สไปโนธาลามิก (lateral spinothalamic tract) ไปประสานกับเซลล์ประสาทตัวที่ 3 (third neuron) ที่อยู่ในก้านสมองส่วนธาลามัส (thalamus)

ในส่วนของไขสันหลังบริเวณดอร์ซอล ฮอร์น แบ่งออกตามรูปร่างและขนาดของเซลล์เป็น 6 ชั้น เรียงจากด้านหน้ามาด้านหลัง ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดนั้นจะมีเซลล์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องอยู่ในชั้นที่ 1, 2 และ 5

ชั้นที่ 1 เรียกว่า มาร์จินอลโซน (marginal zone) อยู่ชั้นนอกสุด เป็นตำแหน่งหลักที่โยประสาทเอ เดลตา มาประสานงาน จะตอบสนองต่อเฉพาะสิ่งเร้าอันตรายเท่านั้น และจะส่ง

สัญญาณประสาทไปยังสมองส่วนกลาง (midbrain) และทาลามัสด้านตรงข้าม

ชั้นที่ 2 เรียกว่า สับสแตนเชีย จีลาติโนซา หรือเอสจี (substantia gelatinosa; SG) เป็นตำแหน่งหลักที่มีใยประสาทที่ มาประสานกัน และอาจมีส่วนน้อยของใยประสาทเอ เดลตาด้วย เซลล์ประสาทในชั้นนี้มีจำนวนน้อยที่จะเชื่อมประสานกับเซลล์ประสาทเนื้อไขสันหลัง แต่ส่วนใหญ่จะเชื่อมประสานในประสาทเอง (interneurons) ซึ่งมีความสำคัญในการที่จะทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณประสาทความเจ็บปวดได้

ชั้นที่ 5 เรียกว่า นิวเคลียส โพรเปรียส (nucleus proprius) รับความรู้สึกจาก ใยประสาทเอ เดลตา โดยตรง และส่งปลายประสาทไปเชื่อมประสานในชั้นที่ 1 และ 2 ด้วย ถ้าแบ่งตามแง่ของเคมีในบริเวณคอร์ซอล ฮอร์น จะประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ส่วนของปลายประสาทนำเข้าความรู้สึก หรือเซลล์ประสาทเซลล์ที่ 1 จะมีการหลั่งสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่สำคัญคือ สาร พี

ส่วนที่ 2 ส่วนของเซลล์ในเกรย์ แมทเทอร์ (gray matter) มีบริเวณสำคัญคือ เอสจี มีการหลั่งสารสื่อประสาทคือ เอนเคฟาลิน (enkephalin) และตัวรับโอปิเอท (opiate receptor)

ส่วนที่ 3 ส่วนของใยประสาทนำลง (descending fiber) นำสัญญาณประสาทมาจากส่วนเนื้อไขสันหลังและสมองมาที่คอร์ซอล ฮอร์น บริเวณเอสจี บริเวณนี้มีการหลั่งสารสื่อประสาทพวก ซีโรโทนิน และนอร์อีพิเนฟริน

กลไกระดับเนื้อไขสันหลังและสมอง

สัญญาณประสาทความเจ็บปวดจากเซลล์ประสาทที่ 1 บริเวณคอร์ซอล ฮอร์น จะมีการหลั่งสาร พี ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทเซลล์ที่ 2 ให้ส่งสัญญาณประสาทความรู้สึกเจ็บปวด ทอดข้ามไปยังซีกด้านตรงข้ามของไขสันหลังทางเวทอรอลฮอร์น (ventral horn) ที่อยู่ติดกับผิวของไขสันหลังชั้นล่างมองทางใยประสาทนำขึ้น (ascending fiber) ซึ่งประกอบด้วยทางเดินประสาทใหญ่ ๆ 2 ทาง คือ (ชัยพร เรื่องกิจ, 2530, หน้า 5; Boss, 1992, p.1498; Paris, Uram, & Ginsburg, 1988, pp.7-9)

1. ทางเดินประสาทนีโอสไปโนธาลามิก (neospinothalamic tract) นำสัญญาณประสาทส่วนใหญ่จากใยประสาทเอ เดลตา ส่งไปที่ดอร์ซอล ทัลามัส (dorsal thalamus) และส่งต่อไปยังเปลือกสมองบริเวณรับรู้ความรู้สึก (sensory cortex) เพื่อทำหน้าที่แปลข้อมูลและแยกแยะรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับ ตำแหน่ง ความรุนแรง และระยะเวลาของสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดได้ชัดเจน

2. ทางเดินประสาทพาลีโอสไปโนธาลามิก (paleospinothalamic tract) นำสัญญาณประสาทความรู้สึกเจ็บปวดส่วนใหญ่มาจากใยประสาทซี ไปเชื่อมต่อยังเรติคูลาร์ ฟอรัมเมชัน (reticular formation) ของก้านสมอง (brain stem) นำไปสู่ไฮโปธาลามัสแล้วส่งต่อไปยังโครงสร้างส่วนหน้าบริเวณลิมบิก (limbic system) ทำหน้าที่เร้าทางอารมณ์ เกิดการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดไม่ชัดเจนในแต่ละแห่ง มีอาการปวดแบบตื้อๆ ปวดร้าวและปวดแสบปวดร้อน

ทฤษฎีความเจ็บปวด

มีการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดมานาน ผลจากการศึกษาได้นำมาอธิบายเป็นทฤษฎีความเจ็บปวดให้น่าเชื่อถือที่สุด จนถึงปัจจุบันมีทฤษฎีความเจ็บปวดหลายทฤษฎีพอสรุปได้ดังนี้

ทฤษฎีจำเพาะ (specificity theory)

เป็นทฤษฎีแรกสุดซึ่งเชื่อว่า มีตัวรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดในเนื้อเยื่อ โดยรับเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดอย่างเดียว ส่งสัญญาณประสาทไปตามใยประสาทเอ เดลตา และใยประสาทซี แล้วนำส่งขึ้นไปตามทางเดินประสาทแลทเทอร์อล สไปโนธาลามิกในไขสันหลังไปสิ้นสุดที่ศูนย์ประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดในทัลามัส (Feldman, 1991, pp.92-93; Melzack & Wall, 1977, pp.4-5)

ทฤษฎีแบบแผน (pattern theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเจ็บปวด ไม่ได้เกิดจากการกระตุ้นตัวรับเฉพาะความรู้สึก

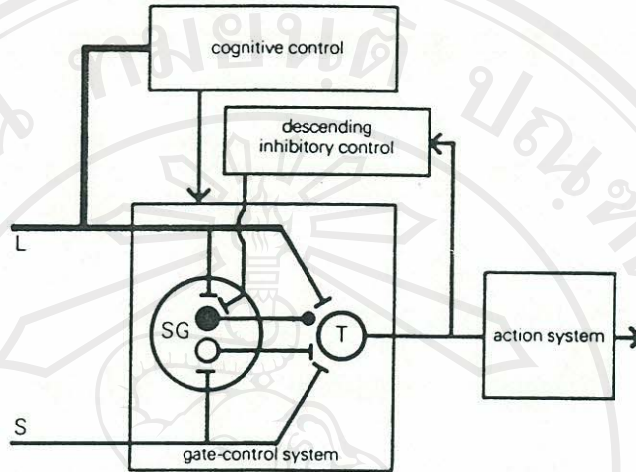
เจ็บปวดเท่านั้น แต่อาจเกิดจากการกระตุ้นด้วยความรู้สึกลึกอื่น ๆ ก็ได้ โดยจากการนำเข้าสู่ของ สัญญาณประสาทหลายชนิดสามารถประกอบขึ้นเป็นแบบแผนสัญญาณประสาทที่แน่นอน และแบบแผน สัญญาณประสาทนี้จะส่งผ่านขึ้นสู่ระบบประสาทส่วนกลาง แล้วแปลออกมาเป็นความรู้สึกเจ็บปวด (Feldman, 1991, p.93; Melzack & Wall, 1977, pp.6-7)

ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)

ในปี ค.ศ.1965 เมลซัค และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965, pp.971-978) ได้เสนอทฤษฎีควบคุมประตู ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน โดยอธิบายว่า สัญญาณประสาทที่นำเข้ามา จากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกนำมาปรับสัญญาณในระดับไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้เรื่องความ เจ็บปวดในระดับสมอง กลไกการปรับสัญญาณเป็นระบบควบคุมประตูอยู่ในไขสันหลังบริเวณเอสลี โดยทำหน้าที่ปรับสัญญาณนำเข้าจากใยประสาท 2 กลุ่มคือ ใยประสาทขนาดใหญ่ไปปิดประตู ส่วน ใยประสาทขนาดเล็กไปเปิดประตูกล่าวคือ บริเวณเอสลี จะมีอิทธิพลต่อที่เซลล์ (T cells) ซึ่งทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังสมอง บริเวณเอสลีจะยับยั้งที่เซลล์เมื่อได้รับการกระตุ้น จากใยประสาทขนาดใหญ่ จึงไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ส่วนใยประสาทขนาดเล็ก จะยับยั้งบริเวณเอสลี ทำให้บริเวณเอสลีไม่สามารถขัดขวางการทำงานของที่เซลล์ จึงเกิด การส่งต่อสัญญาณประสาททำให้สมองรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด

ลักแมน และซอเรนเซน (Luckmann & Sorensen, 1987, p.177) ได้อธิบาย เพิ่มเติมทฤษฎีควบคุมประตูว่า เกิดจากระบบการยับยั้งความเจ็บปวดในก้านสมอง ซึ่งทำหน้าที่ เสมือนประตูยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาท ระบบการยับยั้งความเจ็บปวดในก้านสมองนี้จะส่ง ไปยังสมองส่วนกลาง เมดัลลา และไขสันหลัง อธิบายได้จากเมื่อมีการกระตุ้นเซลล์ในบริเวณ เพอริอะควิดักทอล เกรย์ แมทเทอร์ (periaqueductal gray matter) ของสมองส่วนกลาง โดยใช้กระแสไฟฟ้า โดยการให้ยาระงับปวดจำพวกฝิ่น หรือด้วยปัจจัยทางด้านจิตใจอื่น ๆ ที่มี ผลต่อความเจ็บปวด จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในเมดัลลา ระบบการทำงานในเมดัลลา จะนำสัญญาณประสาทลงมา และยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาทของใยประสาทรับความเจ็บปวด ในไขสันหลัง ดังนั้นจึงมีกลไกการควบคุมความรุนแรงของประสบการณ์ความเจ็บปวดตามธรรมชาติ

ในตัวของมนุษย์เอง (ดังแสดงในภาพที่ 2)



L = โยประสาทขนาดใหญ่ S = โยประสาทขนาดเล็ก
 SG = สับสแตนท์เทีย จีลาติโนสา T = ทีเซลล์

ภาพที่ 2 แผนผังการทำงานเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระดับไขสันหลังและสมองตามทฤษฎีควบคุมประตู (Luckmann & Sorensen, 1987, p.177)

ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (endogenous pain control theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า กลไกการปรับสัญญาณเข้าในระดัับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตู ซึ่งเชื่อว่าเป็นการควบคุมประตูให้เปิดหรือปิดนั้น เป็นการยับยั้งการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิดคือ เอนเคฟาลิน และสาร พี คือเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นโยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสาร พี ที่บริเวณเดออร์ซอล ฮอร์น ของไขสันหลัง ขณะเดียวกันโยประสาทขนาดใหญ่และโยประสาทนำลงจากสมอง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นบริเวณเอสจี ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ซึ่งจะยับยั้งการทำงานของสาร พี ทำให้ไม่มีสัญญาณกระตุ้น ทีเซลล์ จึงไม่มีสัญญาณประสาทส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเมื่อใดเอนเคฟาลินยับยั้งการทำงานของสาร พี ไม่หมด สาร พี จะกระตุ้นทีเซลล์ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น ปัจจุบันพบว่าในร่างกายมีสารที่มีคุณสมบัติ

คล้ายเฝื่อนำที่ควบคุมความเจ็บปวด (Bowsler, 1978, pp.939-940)

สารเคมีที่มีคุณสมบัติคล้ายเฝื่อนำในร่างกาย มีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน คือออกฤทธิ์ที่ตัวรับ โอปิเอท โดยไประงับการหลั่งสารสื่อประสาทของความเจ็บปวด สารคล้ายเฝื่อนำที่พบในปัจจุบัน ได้แก่ เอนเคฟาลิน เอนดอร์ฟิน (endorphin) และไดเนอร์ฟิน (dynorphin) เป็นต้น (Boss, 1992, p.1499; Bullingham, 1985, p.13)

ชนิดความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดแบ่งได้หลายชนิด และมีวิธีการแบ่งหลายวิธี วิธีที่ใช้กันทั่วไปมี 2 วิธีคือ

1. แบ่งตามระยะเวลาในการเกิดความเจ็บปวด
2. แบ่งตามแหล่งที่เกิดความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดชนิดที่แบ่งตามระยะเวลาในการเกิดความเจ็บปวด มี 2 ชนิด คือ

(Feldman, 1991, pp.94-95; Ignatavicious & Bayne, 1991, pp.116-118;

Luckmann & Sorensen, 1987, pp.178-179)

1. ความเจ็บปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่มีการบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพจนกระทั่งการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพนั้นหายไป เป็นความเจ็บปวดที่เกิดภายหลังเนื้อเยื่อได้รับอันตราย ความเจ็บปวดเฉียบพลันทำให้มีการหลั่งของแคทีโคลามีน ซึ่งจะกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนอง โดยมีผลทำให้ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ม่านตาขยาย เหงื่อออก พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกคือ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ ความเจ็บปวดเฉียบพลันที่พบบ่อยคือ ความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด และจากการเกิดอุบัติเหตุ

2. ความเจ็บปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดต่อเนื่องมาจากความเจ็บปวดเฉียบพลัน เกิดขึ้นหลังจากพยาธิสภาพหายแล้ว ลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บปวดเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มักเกิดที่เนื้อเยื่อส่วนลึกของร่างกาย และอวัยวะภายใน ความเจ็บปวดเรื้อรังจะทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสัมพันธ์ของบุคคล มีผลต่ออารมณ์ อารมณ์ร่วมที่มักพบคือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์หงุดหงิด ความกระตือรือร้น

และความคิดสร้างสรรค์ลดลง

ความเจ็บปวดชนิดที่แบ่งตามแหล่งที่เกิดความเจ็บปวด

เนื่องจากแต่ละอวัยวะมีความไวต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน จึงแบ่งความเจ็บปวดตามแหล่งที่เกิดความเจ็บปวดได้ดังนี้ (สุมพร พลยานันท์, 2528, หน้า 55-61; Luckmann & Sorensen, 1987, pp.180-182)

1. ความเจ็บปวดพื้นผิวตื้น ๆ (superficial pain) เป็นความเจ็บปวดที่มาจาก การกระตุ้นอวัยวะพื้นผิว เช่น ผิวหนัง เนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง ซึ่งมีความไวต่อความเจ็บปวดสูง ความเจ็บปวดมักจะเป็นแบบแหลมคม บริเวณเจ็บปวดชัดเจน ระยะความเจ็บปวดสั้น
2. ความเจ็บปวดเนื้อเยื่อส่วนลึก (deep pain) เป็นความเจ็บปวดที่มาจากอวัยวะ อยู่ลึกกว่าชั้นผิวหนัง ได้แก่ กระดูก กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่าง ๆ มักจะรู้สึกปวดตื้อ ๆ ปวดเมื่อย มีความเจ็บปวดเป็นบริเวณกว้าง และเจ็บปวดนานกว่าความเจ็บปวดพื้นผิวตื้น ๆ
3. ความเจ็บปวดอวัยวะภายใน (visceral pain) เป็นความเจ็บปวดมาจากอวัยวะ ภายในร่างกาย เช่น ช่องท้อง ช่องทรวงอก อวัยวะภายในกะโหลกศีรษะ เป็นต้น ลักษณะความ เจ็บปวดมักเป็นแบบตื้อ ๆ ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดบิด บริเวณที่ปวดจะกว้าง มีระยะเวลาปวด นาน และมักจะมีการปวดร้าวไปที่อื่นเกิดขึ้นร่วมด้วย
4. ความเจ็บปวดระบบประสาท (neurological pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิด จากมีการทำลายระบบประสาทรับความรู้สึก ตั้งแต่เส้นประสาทส่วนปลายจนถึงประสาทส่วนกลาง ความเจ็บปวดอวัยวะเหล่านี้มักจะรุนแรงและขึ้นอยู่กับสภาพอารมณ์ด้วย ความเจ็บปวดมักมีลักษณะ แบบปวดแสบปวดร้อน ปวดตื้อ ๆ อาจมีความรู้สึกอื่นเกิดร่วมด้วย เช่น ชูซ่า ชา ร้อนหนาว เป็นต้น
5. ความเจ็บปวดด้านจิตใจ (psychological pain) เป็นความเจ็บปวดที่ไม่มี สาเหตุด้านร่างกายหรือมีสาเหตุด้านร่างกายเพียงเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยเจ็บปวดรุนแรงมาก ซึ่งผู้ป่วย พวกนี้มักมีความวิตกกังวลสูง มีผลให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง และเชื่อว่ามีสารคล้ายฝิ่น ในร่างกายอยู่ในระดับต่ำ

การผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไต

นิ่วในไตและท่อไต เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการอุดตัน และการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะส่วนบน มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบว่าร้อยละ 80 กลับเป็นซ้ำอีก อาการที่พบคือ ปวดบริเวณบนเอวร้าวไปที่ต้นขาหรืออวัยวะ ถ้าก้อนนิ่วอุดตันในท่อไตจะมีอาการปวดบิดอย่างรุนแรง (colicky pain) ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีเลือดปน อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดร่วมด้วย ถ้ามีการติดเชื้อจะมีไข้สูง ทนาวสัน ปัสสาวะขุ่น (Lewis, 1992, p.1192; Smeltzer & Bare, 1992, p.1200) อาการต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การรักษา นิ่วในไตและท่อไต สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาละลายนิ่ว การสลายนิ่วโดยใช้คลื่นเสียงพลังงานสูง การใช้กล้องส่องเข้าไปขบนิ่วหรือคล้องนิ่วออก และการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดทำได้หลายวิธีตามพยาธิสภาพของโรค (โชติ พานิชกุล, 2522, หน้า 145-147; Lewis, 1992, p.1199; Smeltzer & Bare, 1992, pp.1200-1203) ได้แก่

1. การผ่าตัดนิ่วออกผ่านไต (nephrolithotomy) เป็นการผ่าตัดผ่านเข้าไปในเนื้อไต เพื่อคีบเอานิ่วออกจากไต วิธีนี้ทำให้เสียเลือดได้มาก
2. การผ่าตัดนิ่วออกผ่านกรวยไต (pyelolithotomy) เป็นการผ่าตัดผ่านเข้าไปในกรวยไต เพื่อคีบเอานิ่วออก
3. การผ่าตัดไตออกบางส่วน (partial nephrectomy) จะทำเมื่อพบว่ามีก้อนนิ่วหลายก้อนอัดแน่นอยู่ในคาลิกซ์ (calyx) ไม่สามารถคีบออกได้หมด
4. การผ่าตัดไตออกทั้งหมดข้างหนึ่ง (nephrectomy) จะทำเมื่อพบว่า ไตข้างนั้นมีก้อนนิ่วอยู่จำนวนมากไม่สามารถผ่าตัดเอาออกได้ มีการติดเชื้อเรื้อรัง มีการขยายของไตของกรวยไตและคาลิกซ์ (hydronephrosis) และไตเสียหายที่ โดยที่ไตอีกข้างหนึ่งทำหน้าที่ตามปกติ
5. การผ่าตัดนิ่วออกผ่านท่อไต (ureterolithotomy) เป็นการผ่าตัดผ่านเข้าไปที่ท่อไต เพื่อคีบเอานิ่วออกมา

พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การผ่าตัดในไต และท่อไต ศัลยแพทย์จะลงมีดผ่าตัดที่บริเวณด้านข้างลำตัวใกล้กะบังลม ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดรุนแรง เนื่องจากการผ่าตัดเป็นสิ่งแวดล้อม ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เกิดสัญญาณประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดส่งต่อไปจนถึงสมอง จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดตั้งแต่ระดับเฉพาะที่จนถึงระดับสมอง ดังนี้ (สุพร พลยานนท์, 2528, หน้า 40-47; Heffline, 1990, pp.321-322)

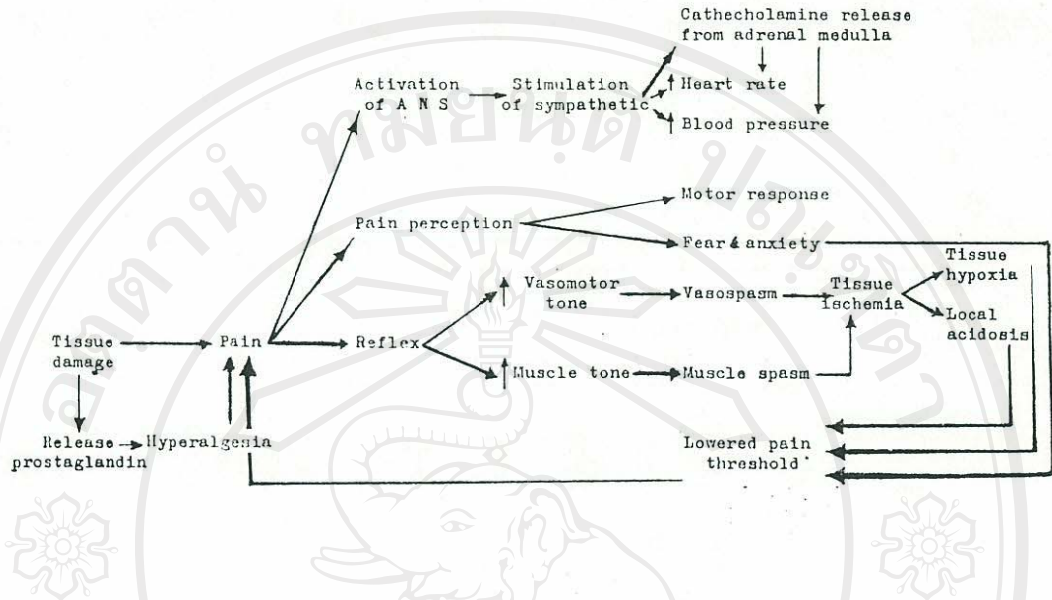
เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน ฮิสตามีน เป็นต้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อแผลผ่าตัด สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการถูกกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด จะนำส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็กคือใยประสาทเอ เดลตา และใยประสาทซี ไปยังไขสันหลัง เข้าสู่ระบบควบคุมประตูในบริเวณคอร์ซอล ฮอร์น สัญญาณประสาทจะมีการปรับสัญญาณที่บริเวณแอสซี โดยสัญญาณประสาทจากใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งแอสซี ทำให้บริเวณแอสซี ไม่สามารถขัดขวางการทำงานของที่เซลล์ ที่เซลล์จึงส่งสัญญาณประสาทไปด้านตรงกันข้ามของไขสันหลังนำขึ้นไปสู่สมอง ที่ระดับไขสันหลังนั้นนอกจากจะมีการปรับเปลี่ยนสัญญาณตามระบบควบคุมประตูแล้วยังเกิดรีเฟล็กซ์ มีผลให้กล้ามเนื้อลายหดตัว หลอดเลือดตีบตัว ระบบทางเดินอาหารและระบบการขับถ่ายปัสสาวะมีการทำงานลดลง จากการหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลง จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดกรดแลคติก และเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่ ซึ่งกรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้นจะทำให้มีรีเฟล็กซ์ที่ไขสันหลังมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป

สัญญาณประสาทจากไขสันหลังจะนำไปสู่สมองโดยทางเดินประสาทแลทเทอรอล สไปโนธาลามิก ซึ่งนำสัญญาณประสาทไปยังทาลามัส สัญญาณประสาทของความเจ็บปวดจะไปกระตุ้นที่ประสาทอัตโนมัติในไฮโปทาลามัส โดยจะเร่งการทำงานของประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งอิพิเนฟรินเพิ่มขึ้น มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือด

ส่วนปลายหดตัว ปลายมือปลายเท้าเย็น คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ถ้าความเจ็บปวดรุนแรงมาก จะไปเร่งการทำงานของประสาทนอร์อิพิเนฟริน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว ผู้ป่วยมีอาการช็อกได้

เมื่อธาลามัสรับรู้ความเจ็บปวดแล้ว จะส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังเปลือกสมอง ซึ่งจะบอกถึงความรุนแรง ลักษณะและตำแหน่งของความเจ็บปวด และกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ รวมทั้งการตอบสนองต่อความเจ็บปวด โดยเกิดปฏิกิริยาทางจิต เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและเร้าให้เกิดอารมณ์ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ และความเศร้า อารมณ์ที่ถูกเร้าให้เกิดขึ้นนี้จะกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลาง ให้เปิดประตูในระบบควบคุมประตูในระดับไฮลันเทิลิ่ง ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงขึ้น ปฏิกิริยาทางจิตจะเกิดขึ้นมากน้อยขนาดไหนขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ระดับความสนใจต่อสิ่งเร้ารอบข้าง ความวิตกกังวล ความคาดหวังล่วงหน้า ความกลัว และประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ผู้ป่วยที่มีความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง จดจ่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดทำให้ลดความเจ็บปวดลง ส่วนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ความกลัว ความคาดหวังล่วงหน้า ที่ไม่ทราบอนาคตจะเป็นอย่างไร และประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต จะเพิ่มปฏิกิริยาทางจิตทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้นด้วย นอกจากนี้ปฏิกิริยาทางจิตจะไปกระตุ้นระบบการเคลื่อนไหวให้หนีหรือต่อสู้ความเจ็บปวดนั้น

พยาธิสรีรวิทยาของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด สามารถนำมาสรุปตามแผนภาพของวงจรความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain cycle) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนภาพวงจรพยาธิสรีรภาพของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

(สุนทร พลยานันท์, 2528, หน้า 42)

ผลเสียของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดังปกติ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อร่างกายและจิตใจดังนี้ (ประสงค์ คุณทรงเกียรติ, 2534, หน้า 1-2; Bray, 1986, pp.672-673; Caunt, 1992, pp.13-14; Copp, 1984, p.viii)

1. ระบบทางเดินหายใจ การผ่าตัดใหญ่โดยเฉพาะบริเวณไต ทรวงอกและช่องท้อง มีผลทำให้ปริมาตรอากาศที่ผ่านเข้า-ออกภายในปอด ความจุอากาศในปอด และการกระจายของอากาศในหลอดลมปอดลดลง เนื่องจากผู้ป่วยหายใจเบาตื้น และไม่สามารถไอได้เต็มที่ จึงมีเสมหะคั่งค้างในปอด ผลตามมาก็คือ เกิดภาวะถุงลมปอดแฟบและปอดบวมจากการติดเชื้อ

2. ระบบไหลเวียนโลหิต ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจทำงานหนักขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้อง

การออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้อาจเกิดลมเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกได้

3. ระบบกล้ามเนื้อ เมื่อมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทำให้มีการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เป็นผลให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และยังทำให้ประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายการนำออกซิเจนมาสู่กล้ามเนื้อน้อยลง ในขณะที่มีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น พลังงานที่สะสมไว้จะถูกนำมาใช้ ผู้ป่วยจึงเกิดภาวะเหนื่อยล้า (fatigue) ของกล้ามเนื้อ

4. ระบบทางเดินอาหาร ประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จะกระตุ้นการหลั่งของน้ำย่อยในทางเดินอาหาร ทำให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหลอดหัว ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง จึงทำให้เกิดภาวะมีการคั่งของน้ำย่อย กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กขยาย รวมทั้งหยุดการเคลื่อนไหว (ileus) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และปวดท้องจากแก๊สได้

5. ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด จึงไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้การระบายของปัสสาวะไม่สะดวก เกิดการอักเสบติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย ที่พบบ่อยคือกระเพาะปัสสาวะอักเสบ

6. ระบบต่อมไร้ท่อ ความเจ็บปวดทำให้การหลั่งฮอร์โมนของร่างกายผิดปกติไป เช่น ทำให้เพิ่มการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) อัลโดสเทอโรน (aldosterone) เกิดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมรวมทั้งมีการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) และอีพิเนฟรินมากขึ้น เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

7. ผลต่อจิตใจ ความเจ็บปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน กลัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่อยากพูดคุยกับใคร

ประสบการณ์ความเจ็บปวดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นประสบการณ์ที่เป็นผลเนื่องมาจากการรับรู้ความเจ็บปวด และการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Feldman, 1991, p.96; Paice, 1991, p.846) ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งยากที่จะอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ นอกจากนี้มีประสบการณ์ด้วยตนเอง (ลักษณะ อินทร์กลับ, 2528, หน้า 337; Leeson, 1985, p.1289) ประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป บางคนจะมีประสบการณ์ความเจ็บปวดน้อย บางคนมีประสบการณ์ความเจ็บปวดมาก จากการศึกษาของ โบนิกา (Bonica, 1980 cited in Ignatavicius & Bayne, 1991, p.177) พบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีประสบการณ์ความเจ็บปวดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 20-40 มีประสบการณ์ความเจ็บปวดระดับปานกลาง และร้อยละ 40-70 มีประสบการณ์ความเจ็บปวดระดับรุนแรง ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวนี้แตกต่างกันไป เป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดโดยตรง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และแสดงออกต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด แบ่งได้เป็น 4 ปัจจัยใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสรีระ

1.1 เนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการทำการผ่าตัดของศัลยแพทย์ การผ่าตัดทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจึงทำให้เกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การกระตุ้นรุนแรงย่อมทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทมาก การรับรู้ความเจ็บปวดจึงเพิ่มขึ้น ดังนั้นถ้าศัลยแพทย์ทำผ่าตัดด้วยความนุ่มนวลจะลดความเจ็บปวดได้ (จำเวริญ สรพินันต์, 2530, หน้า 50) เทคนิคการลงมีดผ่าตัดก็มีผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเช่นกัน เพราะการลงมีดแต่ละวิธีจะมีการทำลายเนื้อเยื่อแตกต่างกัน (Boss, 1992, p.1502)

1.2 ตำแหน่งและชนิดของการทำผ่าตัด อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีใยประสาทรับความเจ็บปวดเฉพาะซึ่งแตกต่างกัน จึงมีความไวต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน ดังนั้นการผ่าตัดต่างชนิดกัน มีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทแตกต่างกัน ความรุนแรงของความเจ็บปวด

แผลผ่าตัดจึงแตกต่างกันด้วย ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัดจึงเป็นตัวบ่งชี้ระดับความเจ็บปวด หลังผ่าตัดได้ดีที่สุด (Chapman, 1985, p.32) โบนิกา (Bonica, 1990, p.462) ศึกษาพบว่า การผ่าตัดเกี่ยวกับไตมีความเจ็บปวดระดับรุนแรง ร้อยละ 70-85 การผ่าตัดเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะและต่อมลูกหมาก มีความเจ็บปวดระดับรุนแรงร้อยละ 65-75 และการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนมีความเจ็บปวดรุนแรงร้อยละ 50-75

1.3 ความรู้ และความชำนาญในการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดของวิสัญญีแพทย์ การระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดมีผลต่อความสบาย และทำให้ผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกยังมีอยู่ถึงระยะที่ผู้ป่วยฟื้นในห้องพักฟื้น (จำเริญ สรพินันต์, 2530, หน้า 50) ความรู้ ความชำนาญในการระงับความรู้สึก และเทคนิคการปฏิบัติ จึงมีผลต่อความไม่สบายและความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วย นอกจากนี้การได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อขณะผ่าตัดไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดความลำบากในการผ่าตัด จึงมีการบอบซ้ำของเนื้อเยื่อมาก แต่ถ้าได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อมากเกินไป และได้รับยาแก้ฤทธิ์ก่อนหยุดการผ่าตัดน้อยเกินไป จะเกิดปัญหากล้ามเนื้อเกร็ง ทำให้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น (Bonica, 1990, pp.463-464)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 สภาพอารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธและความเศร้า มีผลต่อประสบการณ์ความเจ็บปวด ทั้งด้านการรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวด อารมณ์ต่าง ๆ เหล่านี้จะไปรบกวนที่ประสาทส่วนกลาง ทำให้การรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จะมีผลให้เกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในระดับรุนแรง (Scott, Clum, & Peoples, 1983, p.290; Taenzer, Melzack, & Jones, 1986, p.332) และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงในระยะหลังผ่าตัด ก็จะทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเช่นกัน (Oberle, Wry, Paul, & Grace, 1990, p.750)

2.2 ประสบการณ์ความเจ็บปวดในอดีต ผู้ป่วยที่เคยประสบความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาที่เพียงพอ จะมีความคับข้องใจและกลัวความเจ็บปวดนั้น ฉะนั้นเมื่อประสบความเจ็บปวดครั้งใหม่ ความอดทนต่อความเจ็บปวดจึงน้อยลง และรับรู้ต่อความเจ็บปวด

มากขึ้น จะเห็นได้ว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์ความเจ็บปวดชนิดใด ก็สามารถคาดการณ์ความรุนแรงของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานชนิดนั้น ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (ลักษณะ อินทร์กลับ, 2528, หน้า 338)

2.3 การรับรู้ข้อมูล ผู้ที่ได้รับข้อมูลถูกต้องและครบถ้วนก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับรายละเอียดของการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ย่อมทำให้ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิด ๆ ถูก ๆ จึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น และสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ (จวี มากพุ่ม, 2530, หน้า 70)

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม

3.1 เพศ เพศชายจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าเพศหญิง และสังคมจะยอมรับการแสดงออกต่อความเจ็บปวดของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Jacox, 1977, p.67) จากการศึกษาของปาร์คเฮาส์ แลมเบรชท์ และซิมป์สัน (Parkhouse, Lambrecht, & Simpson, 1961, p.351) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าเพศหญิงมีระดับความเจ็บปวดสูงกว่าเพศชายและได้รับยาระงับปวดมากกว่าเพศชาย

3.2 อายุ ผู้ใหญ่มีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าเด็กและคนชรา ในวัยเด็กจะมีความกลัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ มากจึงทำให้เด็กแสดงออกต่อความเจ็บปวดมากเกินไปกว่าความเป็นจริง เมื่อมีอายุมากขึ้นมีการเรียนรู้ประสบการณ์และมีการปรับตัวอยู่เสมอ ความอดทนต่อความเจ็บปวดจึงเพิ่มขึ้นด้วย แต่เมื่อเข้าสู่วัยชราซึ่งมีความเสื่อมของสภาพร่างกาย ความสามารถในการปรับตัวลดลง จึงมีความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลงด้วย (Boss, 1992, pp.1501-1502)

3.3 การศึกษา บุคคลที่มีระดับสติปัญญาดีและได้รับความสำเร็จในการศึกษา จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดสูง ซึ่งเชื่อว่าจะมีความเกี่ยวเนื่องกับความสามารถในการพัฒนาความรู้ที่ได้รับมาปรับพฤติกรรมของตน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความอดทนต่อความเจ็บปวดเสมอไป (Jacox, 1977, p.71)

3.4 วัฒนธรรม มีส่วนสำคัญในการรับรู้และแสดงออกต่อความเจ็บปวด ในบางวัฒนธรรมมีการแสดงอารมณ์และความรู้สึกต่อความเจ็บปวดมากมาย แต่ในอีกวัฒนธรรมหนึ่งกลับตรงกันข้ามจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวด และมีความอับอายที่จะแสดงความรู้สึกเจ็บปวดออกมา

(ลักษณะ อินทร์กลับ, 2528, หน้า 338) การแสดงออกและการรับรู้ความเจ็บปวดในแต่ละวัฒนธรรม จะมีความเกี่ยวข้องกับระบบความเชื่อ และศาสนาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้กลุ่มชนมีการรับรู้และมีความทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน (Wolff & Langley, 1975, pp.145-146)

3.5 สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด จะมีความหมายเฉพาะสำหรับแต่ละคน และมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของความเจ็บปวด

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมมีผลต่อความเจ็บปวดเป็นอย่างมาก จะช่วยส่งเสริมให้คนมีการปรับตัวได้ดีหรือมีความเครียดเพิ่มขึ้นก็ได้ สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปรับตัวและส่งเสริมให้บุคคลมีความอดทนต่อความเจ็บปวดดีขึ้น ได้แก่ (สุพร พลยานันท์, 2528, หน้า 54; Loan & Morrison, 1975, p.288)

4.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ แสงและอุณหภูมิที่พอเหมาะ มีการระบายอากาศดี และอาหารที่นำรับประทาน เป็นต้น

4.2 สภาพแวดล้อมทางจิตและสังคม เช่น มนุษยสัมพันธ์ที่ระหว่างบุคคลทำให้รู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง ภาวะแวดล้อมที่ให้ความรู้สึกปลอดภัย เป็นต้น

การประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

1. ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย คำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความเจ็บปวด สิ่งที่พยาบาลต้องซักถามในการประเมินความเจ็บปวดคือ (Feldman, 1991, p.97; Johnson, 1977, pp.143-148; Stewart, 1977, pp.111-114)

1.1 ความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดตามเครื่องมือวัดความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งมีหลายแบบที่นิยมนำมาใช้ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้แก่

1.1.1 มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (simple pain scale) แบ่งความเจ็บปวดเป็น 6 ระดับตามตัวเลข 0-5 ให้ 0 หมายถึงไม่เจ็บปวด และ 5 หมายถึง

เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้



ภาพที่ 4 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Stewart, 1977, p.111)

1.1.2 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale) ซึ่งให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบความรุนแรงของความเจ็บปวดตามเส้นตรงที่กำหนดไว้ โดยให้ปลายด้านหนึ่งไม่รู้สึkJเจ็บปวดและปลายอีกด้านหนึ่งเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้



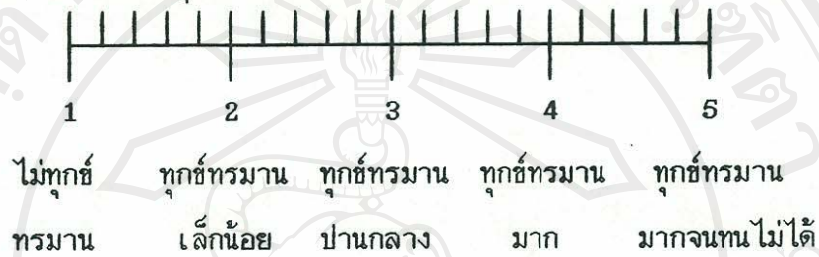
ภาพที่ 5 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Stewart, 1977, p.111)

1.1.3 มาตรฐานวัดความเจ็บปวด 2 ส่วนของจอห์นสัน (Johnson's two component scale) มี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 วัดความเจ็บปวด ส่วนที่ 2 วัดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ส่วนที่ 1 แบ่งเป็น 11 ระดับ จาก 0-10 ให้ 0 หมายถึง ไม่เจ็บปวด ให้ 5 หมายถึง เจ็บปวดปานกลาง และ 10 หมายถึง เจ็บปวดมากจนที่สุด ส่วนที่ 2 แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ทุกข์ทรมาน ทุกข์ทรมานเล็กน้อย ทุกข์ทรมานปานกลาง ทุกข์ทรมานมาก และทุกข์ทรมานมากจนทนไม่ได้

ส่วนที่ 1 วัดความเจ็บปวด



ส่วนที่ 2 วัดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด

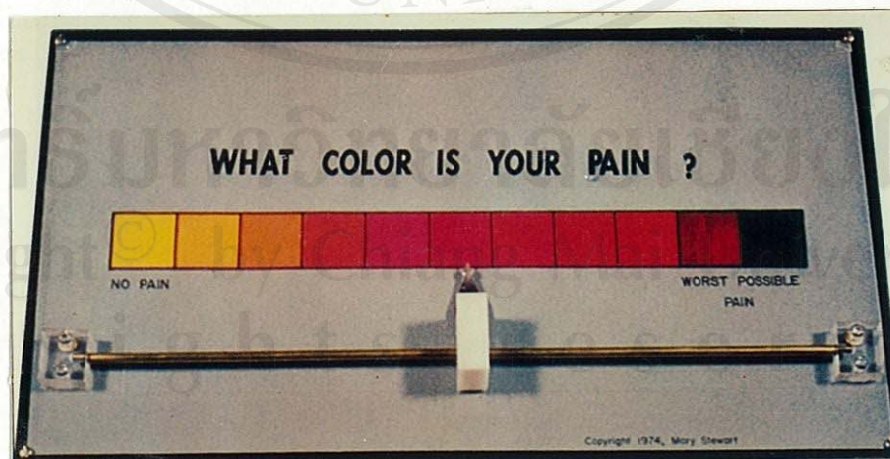


ภาพที่ 6 มาตรฐานวัดความเจ็บปวด 2 ส่วนของจอห์นสัน

(Johnson, cited in Stewart, 1977, p.114)

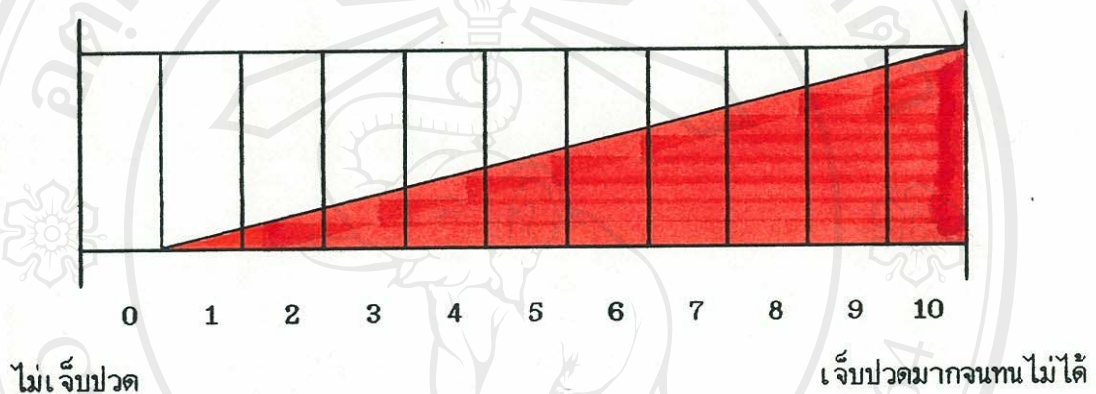
1.1.4 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของสจวต (Stewart pain-color scale)

โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 10 ช่อง แต่ละช่องจะมีสีต่างกันและบอกถึงระดับความเจ็บปวดต่างกันในแต่ละช่องสี



ภาพที่ 7 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของสจวต (Stewart, 1977, p.121)

1.1.5 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของ พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข ประยุกต์จาก มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของสจวต โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 11 ช่อง พร้อมทั้งระบาย สีแดงเพิ่มขึ้นที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละช่องตามความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น จาก ระดับ 0 ซึ่งไม่ได้รับการระบายสี หมายถึง ไม่เจ็บปวด จนถึง 10 ซึ่งมีพื้นที่ถูกระบายสีมากที่สุด หมายถึง เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้



ภาพที่ 8 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข
(พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข, 2528)

มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข มีข้อดีอยู่ที่การใช้สีแดงแทนความเจ็บปวด เมื่อความเจ็บปวดมากขึ้น พื้นที่สีแดงจะสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ง่ายต่อการสังเกตและการใช้ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาไม่เข้าใจความหมายของคำที่อธิบายกำกับตัวเลขหรือในกรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข ในการประเมินระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

1.2 ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้บอกตำแหน่งและขอบเขตบริเวณที่เจ็บปวดโดยชี้ที่ตัวผู้ป่วยเอง หรือให้ระบายลงในรูปภาพ

1.3 ลักษณะของความเจ็บปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกว่ามีความเจ็บปวดอย่างไร เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดตึบ ๆ เสียวนแปล็บ ปวดเมื่อย ปวดแสบปวดร้อน ปวดบิด รวมทั้งความรู้สึกอื่นที่เกิด

ร่วมเมื่อมีการเจ็บปวด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน

1.4 เวลาที่เริ่มเจ็บปวดและระยะเวลาที่เจ็บปวด

1.5 ประวัติความเจ็บปวดในอดีต และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเคย

ใช้หรือได้รับ

2. การประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย (Johnson, 1977, pp.154-156; Luckmann & Sorensen, 1987, p.187)

2.1 พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (motor behavior) ได้แก่

การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้าวุ้นววมืด กัดฟัน หลับตาแน่น

การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น ขยี้ผ้าปูที่นอน

เอามือลูบคลำบริเวณที่เจ็บปวด หรือนอนตัวงอ นอนนิ่งไม่เคลื่อนไหว

2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง (vocal behavior) เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้

สะอื้น เสียงสูดปาก หรือร้องกรีด

2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ (affective behavior) เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว

กระสับกระส่าย ซึมเศร้า

3. ประเมิน โดยการวัดและสังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา (Johnson, 1977, p.153; Luckmann & Sorensen, 1987, pp.186-187)

ความเจ็บปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือมีความเจ็บปวดบริเวณพื้นที่ผิวของร่างกาย

จะมีการตอบสนองโดยประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ หน้าซีด ม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อคลายมีความตึงตัว

ความเจ็บปวดรุนแรงหรือเจ็บปวดเนื้อเยื่อร่างกายบริเวณลึก จะมีการตอบสนองของประสาทพาราซิมพาเทติก ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เป็นลมหรือระดับความรู้สึกตัว

เลวลง ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

4. ประเมินดูจากปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับ (Oden, 1989, p.3) ปริมาณยาแก้ปวดที่

ผู้ป่วยได้รับจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด และระยะเวลาของการเจ็บปวด

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ทั้งบทบาทอิสระ และตามแผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมีหลายวิธี พยาบาลสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนและอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เพื่อที่จะบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด มีดังต่อไปนี้คือ

1. การให้ข้อมูล การให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ จะช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Johnson & Rice, 1974, p.204) จากการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนทำให้มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ลดความต้องการยาระงับปวดและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (จวี มากพุ่ม, 2530, หน้า 70; Bysshe, 1988, p.38) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ (procedural information) และข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory information)

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ เป็นการอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวและการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด เช่น วิธีการทำผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เป็นต้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก เป็นการอธิบายและแนะนำเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังการผ่าตัด จากการศึกษาของจอห์นสันและไรซ์ (Johnson & Rice, 1974, p.203) พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวด สามารถลดความทุกข์ทรมานจากสิ่งเร้าอันตรายได้

2. ดูแลเกี่ยวกับการพยาบาลพื้นฐานทั่วไป เช่น ความสุขสบาย การทำความสะอาดร่างกาย การจัดทำอนที่สบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ มีอุณหภูมิพอเหมาะ และอากาศถ่ายเทดี

สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดีขึ้น เป็นการลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์อันก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดมากขึ้น (สฺพร พลายันท์, 2528, หน้า 98; Heffline, 1990, p.327)

3. การสร้างสัมพันธภาพที่ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยการอยู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แสดงความเห็นใจ เข้าใจ ยอมรับว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจริง และปลอบโยนให้กำลังใจขณะที่มีความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ มีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดของพยาบาล (Caunt, 1992, p.18; Leeson, 1985, p.1290)

4. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยที่นอนไม่หลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จะเกิดความเหนื่อยล้าขาดพลังงานสำรองที่จะใช้กลไกในการปรับตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง

5. การจัดทำอนศีระสูง สามารถลดความตึงของแผลผ่าตัดได้จากการที่กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการผ่อนคลาย ในกรณีผ่าตัดหน้าในไตและท่อไต ซึ่งแผลผ่าตัดอยู่ด้านข้างลำตัว การจัดทำอนศีระสูงก็จะลดความตึงตัวของแผลผ่าตัดได้ แต่ถ้าอนศีระต้องใช้หมอนเล็ก ๆ สอดไว้ที่บริเวณชายโครงรวมทั้งบริเวณขอบกระดูกตะโพก (iliac crest) ของด้านที่ตะแคงทับจะช่วยให้อายุสบายขึ้น ลดความตึงบริเวณแผลผ่าตัดได้เช่นกัน (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2525, หน้า 176)

6. สอนและช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ พลิกตัวหรือเปลี่ยนท่าอย่างถูกต้องและนุ่มนวล เช่น ในผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง สอนและช่วยให้ลูกนั่งข้างเตียง โดยให้พลิกตะแคงตัวแล้ว ปล่อยเท้าทั้งสองข้างลงข้างเตียงก่อน แล้วค่อยลุกนั่ง โดยการใช้น้ำหนักแขนและไหล่แทนกล้ามเนื้อหน้าท้อง (สมศรี รัตนปริยานุช, 2525, หน้า 56) สอนให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัด หรือใช้หมอนวางประคองแผลผ่าตัดเมื่อต้องการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือไอ กรณีที่มีต่อระบายจากแผลผ่าตัด สอนให้ผู้ป่วยจับสายยางไม่ให้ตึงรั้งขณะพลิกตัว และใช้เข็มกลัดยึดสายยางติดกับที่นอนเพื่อไม่ให้สายยางเคลื่อนไหวตึงรั้งบาดแผล รวมทั้งดูแลสิ่งที่จะช่วยพยุงแผล เช่น ผ้าพันแผลหรือพลาสติกเทอร์ปิคเอนให้อยู่ในลักษณะที่ถูกต้อง ไม่รัดแน่นหรือหลวมเกินไป (Copp, 1984, p.xii)

7. เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความเจ็บปวด จะช่วยเพิ่มความทนทานต่อ

ความเจ็บปวด และลดความรุนแรงของความเจ็บปวดลงได้ (Heffline, 1990, p.326) เป็นวิธีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับความเจ็บปวดเฉียบพลันหรือความเจ็บปวดระยะสั้น วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจมี ดังนี้คือ (McCaffery, 1979, pp.103-111) การเพ่งสายตาไปที่จุดจุดหนึ่งร่วมกับการถนัดเป็นจังหวะ การหายใจช้า ๆ เป็นจังหวะ การร้องเพลงและการฟังดนตรี การดูรูปภาพและอธิบายภาพ การใช้อารมณ์ขัน การอ่านหนังสือ เล่นเกมส์ พูดคุยกับญาติและผู้ป่วยข้างเตียง หรือทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ พยาบาลควรกระตุ้นและแนะนำวิธีเบี่ยงเบนความสนใจที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน

8. การให้การสัมผัส (touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่โดยตรง ทำให้บริเวณแอสซีทำงานมากขึ้น ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ ทำให้ปิดประตู ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง นอกจากนี้ยังมีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบริเวณแผลผ่าตัดดีขึ้น ลดการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญ และยังเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความเจ็บปวด วิธีการสัมผัสได้แก่การจับมือ แขน หรือลูบเบาๆ ที่มือและแขนผู้ป่วย เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาเตรียมน้อย และไม่ต้องใช้เครื่องมือใด ๆ (Doehring, 1989, p.32) การสัมผัสยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพ และสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เป็นการลดความเครียด ความหวาดกลัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย (Hudak, Gallo, & Benz, 1990, p.40) สูดาร์ตัน สุวรรณเทวะคุปต์ (2535, หน้า 74) ได้ศึกษาผลของการสัมผัสต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในเด็กวัยเรียน พบว่าระดับความเจ็บปวดภายหลังการสัมผัสต่ำกว่าก่อนการสัมผัส ซึ่งสรุปได้ว่า การสัมผัสมีผลบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้

9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย การผ่อนคลายเป็นกลไกการป้องกันตัวและต่อต้านความเครียด ช่วยลดความวิตกกังวลทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลงได้ จากการที่ความวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการลดความวิตกกังวลจึงช่วยลดการรับรู้ความเจ็บปวด การฝึกผ่อนคลายจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และบรรเทาความเจ็บปวดได้ (McCaffery, 1979, p.132) เทคนิคการผ่อนคลายที่ใช้ได้ทั่วไปในการปฏิบัติการณ์พยาบาล คือการบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การบริหารกล้ามเนื้อ และการบริหารการหายใจร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อ การฝึกผ่อนคลายให้ได้ผลดี ต้องเตรียมสภาพแวดล้อมและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ

ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ดีขึ้น โดยสอนให้ผู้ป่วยฝึกทำตั้งแต่ระยะก่อนเจ็บปวดจนเกิด การผ่อนคลายได้จริง ๆ จึงจะได้ผลดี การผ่อนคลายที่ได้ผล พยาบาลสามารถประเมินได้จากการ สังเกตผู้ป่วย ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายและง่วงนอน มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของ หัวใจและการหายใจจะลดลงด้วย ฟลาเฮอร์ตี และฟิทซ์แพทริก (Flaherty & Fitzpatrick, 1978, p.352) ได้นำเทคนิคผ่อนคลายมาใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัดต่ำลง รวมทั้งได้รับยาระงับปวดและอัตราการหายใจ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นที่หนึ่ง จามรมา (2532, หน้า 98-99) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเช่นกัน พบว่าการผ่อนคลายสามารถลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดได้ และผู้ป่วย ได้รับยาระงับปวดลดลง

10. การให้ยาระงับปวด ถึงแม้ว่าบทบาทในการให้ยาระงับปวดไม่ใช่บทบาทอิสระ ของพยาบาล แต่เนื่องจากการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาที่ ออกฤทธิ์แรง โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Lutz & Lamer, 1990, p.584) พยาบาลจึงควรมีความรู้ และวิจรรย์ในการตัดสินใจให้ยาระงับปวดเมื่อจำเป็น ยาระงับความ เจ็บปวดแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ชนิดที่เสพติด และชนิดไม่เสพติด ยาระงับปวดชนิดเสพติด ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เพธิดีน (pethedine) เฟนทานิล (fentanyl) และนูเบน (nubain) เป็นต้น ยาระงับปวดชนิดไม่เสพติด ได้แก่ แอสไพริน (aspirin) พาราเซตามอล (paracetamol) เป็นต้น วิธีการบริหารยาใช้ได้หลายวิธีตามสภาพของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การ รักษา ดังนี้ (ประสงค์ คุณทรงเกียรติ, 2534, หน้า 2-4; Feldman, 1991, pp.112-114; Ignatavicious & Bayne, 1991, pp.128-132)

10.1 การให้ยาเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ เป็นวิธีบริหารยาที่ใช้กัน มาก แต่ผลในการระงับความเจ็บปวดยังไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะได้รับยาเมื่อมีความ เจ็บปวดมาก การได้รับยาส่วนมากจะล่าช้า ทำให้ต้องใช้ปริมาณยาระงับปวดมากกว่าปกติ

10.2 การให้ยาตามเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับปวดตามปริมาณและ ระยะเวลาที่แพทย์กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับยาระงับปวดในพลาสมาในปริมาณคงที่เพียงพอใน การระงับปวด

10.3 การให้ยาทางหลอดเลือดดำตามจำนวนที่ต้องการ (intravenous bolus) แล้วตามด้วยการให้ยาแบบหยดตลอดเวลาทางหลอดเลือดดำ (continuous infusion) เป็นการให้ยาปริมาณน้อย ๆ เข้าทางหลอดเลือดดำจนผู้ป่วยหายปวด จึงใช้ยาระงับปวดผสมกับสารน้ำหยดทางหลอดเลือดดำ ปรับอัตราการใช้จนได้ผลระงับปวดตามต้องการ

10.4 การให้ยาทางช่องไขสันหลัง ใช้ระงับปวดหลังผ่าตัดได้ดี ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยานาน นิยมใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดและยาชาเฉพาะที่

10.5 การให้ผู้ป่วยควบคุมยาระงับปวดด้วยตนเอง (patient controlled analgesia; PCA) ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยเครื่องมือ ซึ่งแพทย์จะกำหนดปริมาณยาที่จะได้รับในแต่ละครั้ง การบริหารยามีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่แพร่หลายเนื่องจากเครื่องมือมีราคาแพง

ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ความหมายของความคาดหวัง

ความคาดหวัง (expectation) เป็นความคาดหมาย ซึ่งมีความหมายไปในทางที่เป็นความเชื่อโดยมีเหตุผล ความคาดหวังนั้นอาจจะเป็นการคาดการณ์ในอนาคตในสิ่งที่ดี หรือไม่ดีก็ได้ (Allee, 1988, p.135) ความคาดหวังเป็นผลจากการคิดกลั่นกรองอย่างมีเหตุผลในแนวทางที่เป็นไปได้

สُرารค์ จันท์เอม (2524, หน้า 44) ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ว่า หมายถึง ความเชื่อว่าสิ่งใดน่าจะเกิดขึ้น และสิ่งใดน่าจะไม่มีเกิดขึ้น การคาดหวังจะเกิดขึ้นได้ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2530, หน้า 148) ให้ความหมายของความคาดหวังไว้ว่า หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ว่า การกระทำอย่างหนึ่งของเขาคงจะนำไปสู่ผลของการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง

สรุปได้ว่า ความคาดหวัง เป็นความคาดหวังหรือเป็นการคิดล่วงหน้าของบุคคล ซึ่งมีต่อบางสิ่งบางอย่าง ซึ่งจะเป็นบุคคล เหตุการณ์หรือการกระทำก็ได้ เป็นความต้องการหรือความมุ่งหวังของบุคคลซึ่งมีทางเป็นไปได้ และความคาดหวังจะเป็นไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

ทฤษฎีความคาดหวัง (expectancy theory)

นักจิตวิทยากลุ่มปัญญานิยม (cognitivism) นำโดย วรูม (Vroom) ลอว์เลอร์ (Lawler) และพอร์เตอร์ (Porter) (กล่าวถึงใน ลิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2530, หน้า 168-170) มีความเชื่อว่ามนุษย์ใช้สติปัญญาหรือความคิดในการตัดสินใจจะกระทำพฤติกรรมอย่างไร โดยอย่างหนึ่ง เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่สนองความต้องการของตนเอง จากความเชื่อซึ่งได้กำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกัน (assumptions) ไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมของมนุษย์กำหนดขึ้นโดย ผลรวมของแรงผลักดันภายในตัวของเขาเอง และแรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อม

2. มนุษย์แต่ละคนมีความต้องการ ความปรารถนา และเป้าหมายที่แตกต่างกัน

3. บุคคลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมโดยเลือกจากพฤติกรรมหลายอย่าง สิ่งที่เป็นข้อมูลให้เลือก ได้แก่ ความคาดหวังในค่าของผลลัพธ์ที่จะได้รับภายหลังจากการกระทำพฤติกรรมนั้น จากข้อตกลงดังกล่าวได้นำเสนอทฤษฎี ซึ่งกล่าวไว้ 3 ประการคือ

1. ความคาดหวังในความพยายาม-การกระทำ (effort-performance expectancy) หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่า ถ้าตนเองพยายามกระทำพฤติกรรมได้อย่างสุดความสามารถแล้ว โอกาสที่จะกระทำสิ่งนั้น ได้สำเร็จจะมีมากน้อยเพียงใด เป็นการคิดก่อนจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ว่าจะสามารถทำได้หรือไม่

2. ความคาดหวังในการกระทำ-ผลลัพธ์ (performance-outcome expectancy) หมายถึง การที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าก่อนกระทำพฤติกรรมว่า ถ้าหากทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะได้ผลลัพธ์แก่ตนเอง ในทางที่ดีหรือไม่ดี

3. ค่าของผลการกระทำ (valence) หมายถึง คุณค่าจากผลของการกระทำที่เกิดขึ้น แก่บุคคลที่แสดงพฤติกรรมนั้น

การ์ตเนอร์ (Gardner, 1959, p.22) ได้กล่าวถึงความคาดหวังว่ามี 2 แบบ คือ ความคาดหวังตามสิทธิและตามหน้าที่ ความคาดหวังตามสิทธิ เป็นการคาดการณ์การกระทำบางอย่างจากบุคคลที่ตนต้องแสดงตอบ ความคาดหวังตามหน้าที่ เป็นการคาดการณ์การกระทำบางอย่าง ต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

ความคาดหวังในบางครั้งจะเป็นผลมาจากความต้องการด้านต่าง ๆ ของมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น ต้องการน้ำ อาหาร การชดเชยของเสีย เป็นต้น และยังรวมถึงความต้องการด้านจิตใจ เช่น ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ เป็นต้น (สุรางค์ จันทน์เอม, 2524, หน้า 44-45) มนุษย์มีความคาดหวังและมีความต้องการอยู่ตลอดเวลา ไม่มีที่สิ้นสุดและไม่เท่ากันในแต่ละบุคคลและแต่ละช่วงเวลา (สมพงษ์ เกษมสิน, 2519, หน้า 298) แม้ในยามเจ็บป่วย ความคาดหวังและความต้องการของมนุษย์ยังคงมีอยู่ และมีความต้องการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยต้องพลัดพรากจากครอบครัว ไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดครั้งแรกนั้น การผ่าตัดเป็นสถานการณ์ใหม่ที่ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน แต่ส่วนมากจะทราบจากการบอกเล่าต่อ ๆ กันมาจนเป็นที่รู้กันทั่วไปว่า เมื่อมีการผ่าตัดจะทำให้เกิดความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัด แม้ว่าความรู้สึกเจ็บปวดจะเป็นความรู้สึกที่มนุษย์ทุกคนเคยประสบมาก่อนก็ตาม แต่ประสบการณ์ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับมาก่อน รวมทั้งวิธีการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยอาจมีความคาดหวังอย่างกว้าง ๆ เกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยเฉพาะการที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดอย่างแน่นอน ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมักจะซักถามพยาบาลว่า ตนเองจะได้รับความเจ็บปวดรุนแรงมากน้อยเพียงใด (Bray, 1986, p.675) และผู้ป่วยยังมีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลรักษาที่ดี จากบุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีความคาดหวังว่าพยาบาลจะต้องเป็นผู้มีบุคลิกภาพดี มีมนุษยสัมพันธ์ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย มีความรู้ ทักษะ คอยดูแลช่วยเหลือป้องกันมิให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ช่วยคลายความทุกข์ ความวิตกกังวล โดยให้คำแนะนำปรึกษา ปลอดภัย รวมทั้งเก็บความลับของผู้ป่วย

ยอมรับนับถือในความเห็นมนุษย์ของผู้ป่วย และทำงานเพื่อมนุษยธรรม(คุณอุดม สุภาไตร, 2529, หน้า 37-38) ในด้านกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยคาดหวังว่าพยาบาลจะสามารถดูแลช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนั้น ในระยะแรกภายหลังผ่าตัดสิ่งที่คุณพยาบาลคาดหวังว่า จะได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลมากที่สุดคือ การบรรเทาความเจ็บปวดในทันทีที่คุณผู้ป่วยบอกว่าคุณมีความเจ็บปวด (Owen, McMillan, & Rogowski, 1990, p.303)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวัง

ความคาดหวังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่

1. ประสบการณ์ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในเรื่องความเจ็บปวดชนิดใดก็สามารถคาดการณ์ความรู้สึกทุกข์ทรมานชนิดนั้นได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (ลักษณะ อินทร์กลับ, 2528, หน้า 338) ผู้ที่เคยได้รับความเจ็บปวด และเคยได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดมาก่อน จะคาดหวังได้ถูกต้องว่าจะได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีใดบ้าง โดยเฉพาะผู้ที่เคยเข้ารับการผ่าตัดมาก่อน หรือเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากความเจ็บปวดอื่น ๆ ก็ตาม ซึ่งความคาดหวังจะเกิดขึ้นได้ถูกต้องหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (สุรางค์ จันทน์แอม, 2524, หน้า 44)

2. ความรู้ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง และมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องความเจ็บปวดรวมทั้งวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด จะมีความคาดหวังที่ถูกต้องในเรื่องของระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลที่จะได้รับหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางคนที่ได้รับความรู้จากการบอกเล่าของผู้ที่เคยผ่าตัดมาก่อน ก็จะสามารถคาดหวังได้เช่นกัน

3. การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด ผู้ที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดจะคาดหวังความเจ็บปวดในอนาคตได้อย่างถูกต้อง และมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือบรรเทาจากพยาบาล (สุพรรณยานนท์, 2528, หน้า 98) ซึ่งเป็นการลดความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการศึกษาของจอห์นสันและไรซ์ (Johnson & Rice, 1974, p.204) พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดเป็นการเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคาดหวังความรู้สึก

ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ถูกต้อง สามารถลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและลดการคุกคามจากสิ่งเร้าอันตรายได้

4. ระดับความต้องการของบุคคล ความคาดหวัง เกิดขึ้นได้จากแรงผลักดันแห่งความต้องการ โดยอาจจะเป็นความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ เป็นต้น ความต้องการทางจิตใจและสังคม เช่น ต้องการความสนใจ การยอมรับจากผู้อื่น เป็นต้น (สุรางค์ จันทน์แอม, 2524, หน้า 44-45) ระดับความต้องการอาจจะมีแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ความคาดหวังกับประสบการณ์จริงเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทราบว่าตนเองจะได้รับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และส่วนมากคาดหวังว่าระดับความเจ็บปวดจะไม่รุนแรง แต่ประสบการณ์จริงของผู้ป่วยพบว่า ได้รับความเจ็บปวดรุนแรงกว่าที่คาดหวังไว้ (Carr, 1990, p.99; Owen, McMillan, & Rogowski, 1990, p.303) การที่ผู้ป่วยคาดหวังว่าตนเองจะได้รับ ความเจ็บปวดไม่รุนแรง เนื่องจากว่าผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าจะได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดจากพยาบาล โดยคาดว่าพยาบาลจะช่วยเหลือให้ปราศจากความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด ขณะเดียวกันพยาบาลเองกลับคิดว่าผู้ป่วยจะยังคงมีความไม่สุขสบายอยู่บ้าง และคิดว่าเป็นไปไม่ได้ที่ผู้ป่วยจะปราศจากความเจ็บปวด (Saxey, 1986, p.382) จากการศึกษาของเซียร์ส (Seers, 1987, p.37) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 42 มีความคาดหวังว่าพยาบาลจะทราบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและต้องการยาระงับปวด โดยที่ไม่ต้องให้ผู้ป่วยบอก แต่ร้อยละ 68 ของพยาบาลคาดหวังว่าผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายบอกแก่พยาบาลเมื่อต้องการยาระงับปวด และผู้ป่วยยังคาดว่าจะได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างดี โดยคาดหวังในการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลไว้สูง แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดยังไม่เพียงพอ (จริยา เลิศอรรมณณี, สุนิรัตน์ คงเสวีพงศ์, และ วราภรณ์ ทิพย์เนตร, 2531, หน้า 143; Donovan, Dillon, & McGuire, 1987, p.69) ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ การที่พยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ และทัศนคติ เกี่ยวกับ

ความเจ็บปวดยังไม่ถูกต้อง (Chapman, Ganendran, Scott, & Basford, 1987, p.447; Weis, Sriwatanakul, Alloza, Weintraub, & Lasagna, 1983, pp.70-74) อีกทั้งมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติด โดยกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา ทำให้ไม่กล้าให้ยาระงับปวดและกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น กตการหายใจ เป็นต้น (Balfour, 1989, p.30) และจากการศึกษาของคาร์ร (Carr, 1990, p.99) พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง และไม่ตรงกับประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจริง ความคาดหวังของผู้ป่วยจึงไม่สอดคล้องกับประสบการณ์จริงที่ได้รับทั้งในด้านระดับความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการตอบสนองในระดับที่ผู้ป่วยต้องการตามความคาดหวังไว้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความคาดหวังมากเกินไป บางคนอาจคาดว่าจะประสบกับความเจ็บปวดไม่รุนแรง และคาดว่าจะได้รับการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเป็นอย่างดีจากพยาบาล ถ้าหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างดีตามที่คาดหวังไว้ ทำให้ประสบการณ์ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกสมหวังที่ได้รับการดูแลตามที่คาดหวังไว้ว่าจะได้รับ (Risser, 1975, p.46) ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าหลังผ่าตัดจะเกิดความเจ็บปวดไม่รุนแรงนัก แต่ประสบการณ์จริงกลับได้รับความเจ็บปวดรุนแรง และได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ ทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์จริง ซึ่งจอห์นสัน (Johnson, 1973, p.261) กล่าวไว้ว่า ความไม่สอดคล้องกันระหว่างความรู้สึกที่คาดหวังกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริง ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงต่อประสบการณ์ความเจ็บปวด โดยทำให้เกิดความเครียดความทุกข์ทรมานมากขึ้น และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดจะสามารถลดความไม่สอดคล้องกันนี้ได้ โดยทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจึงมีความคาดหวังถูกต้องตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากว่าความคาดหวังนั้นเป็นความต้องการของผู้ป่วย ความไม่สอดคล้องของความคาดหวังกับประสบการณ์จริง เป็นผลให้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งเป็นขั้นตอนเริ่มต้นของการเกิดความวิตกกังวล ความคาดหวังที่ไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้ผู้ป่วยมีความคับข้องใจ ไม่มีความสุข สับสน นำไปสู่ความวิตกกังวล และความเครียด ผู้ป่วยจะมีการปรับตัว 2

แนวทางคือ การมุ่งแก้ไขปัญหากับการมุ่งหลีกเลี่ยงปัญหา ผู้ป่วยที่แก้ไขปัญหาได้ความวิตกกังวลจะหมดไป ผู้ที่หลีกเลี่ยงปัญหาจะยังคงมีความวิตกกังวลเรื้อรัง (อุบล นิวัติชัย, 2533, หน้า 1114) ความวิตกกังวล ความเครียด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว คิดมากนอนไม่หลับ เพิ่มการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บปวด ความทนทานต่อความเจ็บปวดน้อยลง เพิ่มความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (pain vicious cycle) (ประสงค์ คุณทรงเกียรติ, 2534, หน้า 2) ดังแสดงในภาพที่ 9



ภาพที่ 9 วงจรความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความกลัว และการรบกวนการนอนหลับ
(ประสงค์ คุณทรงเกียรติ, 2534, หน้า 7)

ดังนั้น ผลจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดและกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความสมหวังต่อการพยาบาลที่ได้รับน้อยลง เนื่องจากไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ อีกทั้งยังมีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับผลงานวิจัย หรือการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเปรียบเทียบความคาดหวัง กับ ประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความ เจ็บปวดหลังผ่าตัด ได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้คือ

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2528) ได้ศึกษาความคิดเห็น ในกิจกรรมการพยาบาลตามความ คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลใน โรงพยาบาลรามธิบดี โดยใช้แบบสอบถาม ผู้ป่วยจำนวน 400 ราย และพยาบาล 195 ราย พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยคาดหวัง จะได้รับ ต่ำกว่ากิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลคาดหวังว่าจะปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติจริงต่ำกว่าที่คาดหวังว่าจะปฏิบัติอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่พยาบาลปฏิบัติจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจริงต่ำกว่าที่คาดหวังว่าจะได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) ได้ศึกษาการรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทา ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใน 3 วันแรก และใช้แบบประเมินความเจ็บปวด (brief pain inventory) ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยของระดับ ความเจ็บปวดในวันที่ 1 สูงกว่าในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด และในวันที่ 2 สูงกว่าในวันที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้ว่าจะ ได้รับจากพยาบาลมี 6 วิธีคือ ร้อยละ 95 ได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ร้อยละ 88 ได้รับการแนะนำว่าควรพลิกตัว ลูกนั่งไม่ควรนอนนานเกินไป ร้อยละ 88 ได้รับการดูแลความ สุขสบาย ร้อยละ 87 ได้รับความสนใจเอาใจใส่ความเจ็บปวด ร้อยละ 80.4 ได้รับยาระงับ ปวดทันทีเมื่อบอกว่าปวด ร้อยละ 79 ได้รับการแสดงความเข้าใจเห็นใจในความเจ็บปวด และมี วิธีที่ผู้ป่วยจำนวนน้อยที่สุดรับรู้ว่าจะได้รับจากพยาบาลคือ ร้อยละ 7 ได้รับการแนะนำให้อ่านหนังสือ และ/หรือพูดคุยกับคนอื่น ๆ ร้อยละ 8 ได้รับการแนะนำให้คิดถึงเรื่องที่ทำให้เพลิดเพลินเป็นสุขใจ

จอห์นสัน (Johnson, 1973, pp.261-275) ได้ศึกษาผลของความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นต่อการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในนักศึกษาชายจำนวน 20 ราย อายุ 18-27 ปี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม จำนวนเท่ากัน กลุ่มที่ 1 จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจากการทำให้มีความเจ็บปวดเช่นรู้สึกปวดตื้อ ๆ ซา และผิวหนังช้ำ เป็นต้น กลุ่มที่ 2 จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับความเจ็บปวดจากการพันผ้า (cuff) ที่ใช้วัดความดันโลหิตและบีบลมเข้าไปไว้ระยะเวลาหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก มีความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บปวดตรงกับประสบการณ์ความเจ็บปวดจริง มากกว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำให้เกิดความเจ็บปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก มีระดับคะแนนความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำให้เกิดความเจ็บปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โคเฮน (Cohen, 1980, pp.265-274) ได้ศึกษาการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการเลือกใช้ยาของพยาบาล แบ่งการศึกษาเป็น 2 ด้านคือ การศึกษาด้านการบรรเทาความเจ็บปวดในโรงพยาบาลโดยประเมินจากผู้ป่วยหลังผ่าตัด และด้านการเลือกใช้ยาของพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้น โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 109 ราย ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดและให้พยาบาล 121 รายตอบแบบสอบถาม พบว่าร้อยละ 75.2 ของผู้ป่วยมีประสบการณ์ความเจ็บปวดในระดับปานกลางและระดับรุนแรง ในด้านความคาดหวังก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 38.5 มีความเจ็บปวดรุนแรงมากกว่าที่คาดหวังไว้ ร้อยละ 21.1 มีความเจ็บปวดน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ และร้อยละ 44 มีความเจ็บปวดเท่ากับที่คาดหวังไว้ และระดับคะแนนความเจ็บปวดไม่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของความเจ็บปวดของผู้ป่วย การศึกษาจากการบันทึกรายงาน พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ พยาบาลจะคำนึงถึงการติดยาของผู้ป่วยมากเกินไป การเลือกใช้ยาระงับปวดไม่สมเหตุผล ความรู้เกี่ยวกับการให้ยายังไม่ดีพอ และพยาบาลยังให้ความสำคัญเห็นว่าการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างสมบูรณ์แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ใช่เป้าหมายใหญ่สำหรับการพยาบาล

คาร์ร (Carr, 1990, pp.89-100) ได้ศึกษาความคาดหวังและประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่าตัดไตและผ่าตัดลำไส้ส่วนซีกมอยต์จำนวน 21 ราย โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตา ให้ผู้ป่วยประเมินในวันก่อนผ่าตัด ให้ออกถึงระดับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยคาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง ในวันแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจะนำไปให้ผู้ป่วยประเมินซ้ำอีกครั้งในวันแรกหลังผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมง และใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยในวันที่ 4 หลังผ่าตัด พบว่าความคาดหวังก่อนผ่าตัดและประสบการณ์ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ร้อยละ 76 ของผู้ป่วยประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดต่ำกว่าประสบการณ์จริงที่ได้รับ ในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง และรุนแรง ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีคะแนนความเจ็บปวดอยู่ในระดับต่ำ ในด้านการบรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพียงพอจากพยาบาล และผู้ป่วยส่วนมากต้องรอเป็นเวลา 5-10 นาทีหลังจากบอกพยาบาลว่ามีความเจ็บปวด จึงจะได้รับการฉีดยาบรรเทาปวด ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 53 ต้องการให้พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยบอก ร้อยละ 37 ต้องการให้พยาบาลมาประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ร้อยละ 10 ต้องการยาบรรเทาปวดเป็นระยะสม่ำเสมอจากพยาบาล โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยบอก

โอเวน แมคมิลแลน และโรกอฟสกี (Owen, McMillan, & Rogowski, 1990, pp. 303-307) ได้ศึกษา การรักษาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตามความคาดหวังของผู้ป่วยและตามประสบการณ์ของผู้ป่วยในผู้ป่วยผ่าตัดแบบรอกได้จำนวน 259 ราย โดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบครั้งแรกก่อนวันผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 56 คาดหวังว่าจะมีความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงจนทนไม่ได้ ร้อยละ 27 ไม่สามารถคาดหวังได้ และร้อยละ 16 คาดหวังว่าจะไม่มีความเจ็บปวดจนถึงมีความเจ็บปวดเล็กน้อย ความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการยาบรรเทาปวดพบว่า ร้อยละ 71 ต้องการยาบรรเทาปวดที่บรรเทาความเจ็บปวดได้มากจนถึงสมบูรณ์ ร้อยละ 3 ต้องการยาบรรเทาปวดที่บรรเทาความเจ็บปวดได้เล็กน้อย ความคาดหวังเกี่ยวกับการขอยาบรรเทาปวดพบว่า ร้อยละ 65 จะขอยาบรรเทาปวดเมื่อมีความเจ็บปวดรุนแรง

ร้อยละ 21 จะขอยาระงับปวดเมื่อมีความเจ็บปวดบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 14 จะไม่ขอยาระงับปวด จะรอจนกระทั่งพยาบาลนำมาให้ หรือจะทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าจะขอยาระงับปวด ความคาดหวังเกี่ยวกับการได้รับยาระงับปวดพบว่า ร้อยละ 45 คาดหวังว่าจะได้รับยาระงับปวดทันทีที่ขอแม้ว่าพยาบาลจะมีงานฉุกเฉินอยู่ ร้อยละ 31 คาดหวังว่าจะได้รับยาระงับปวดทันทีที่ขอเท่าที่พยาบาลจะทำได้ ร้อยละ 21 คาดหวังว่าจะได้รับยาระงับปวดเมื่อพยาบาลไม่มีงานอย่างอื่น และในระยะหลังผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74 มีความเจ็บปวดระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงจนทนไม่ได้ ร้อยละ 26 ไม่มีความเจ็บปวดจนถึงเจ็บปวดเล็กน้อย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดพบว่า ร้อยละ 40 ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 16 ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดเกือบตลอดเวลาจนถึงได้รับตลอดเวลา ร้อยละ 2 ไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดเลย การได้รับความช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 79 ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดในระดับปานกลางจนถึงระดับสมบูรณ์ ร้อยละ 21 ไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดจนถึงได้รับเพียงเล็กน้อย

สรุป

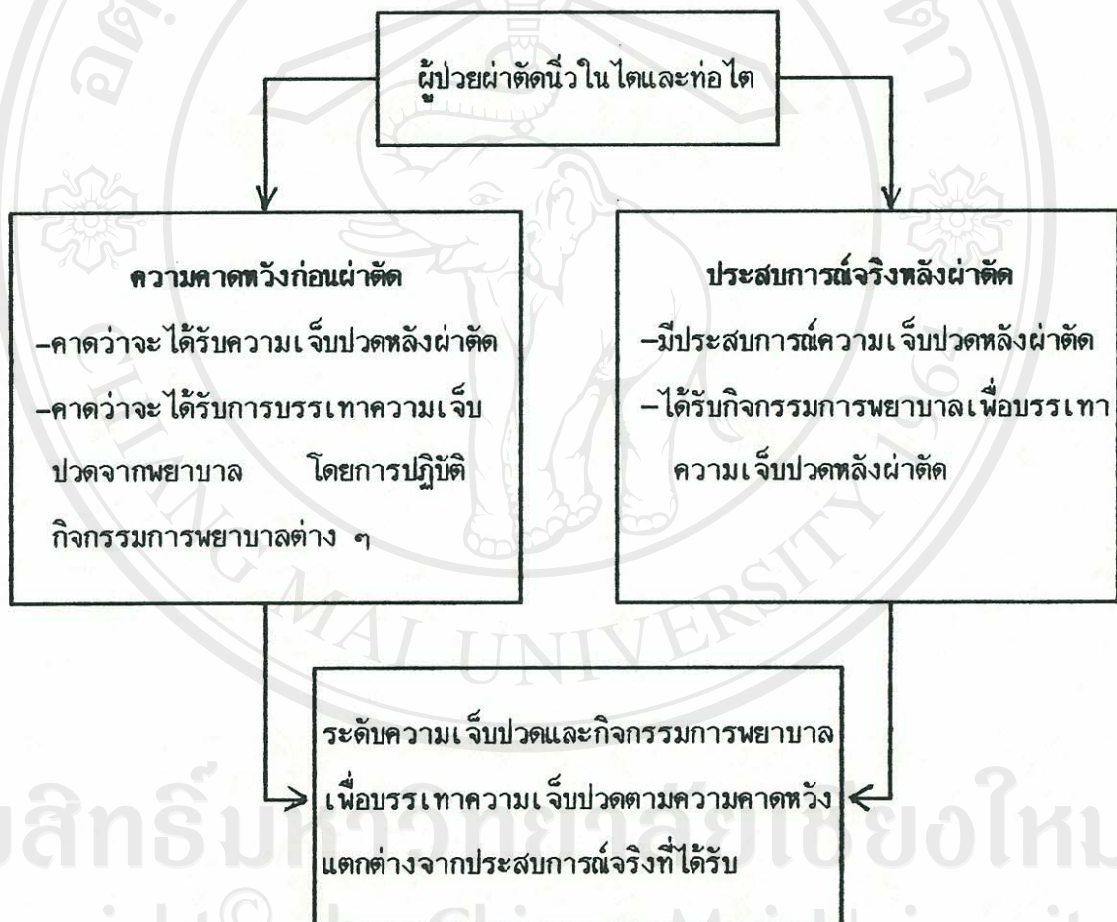
ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เกิดจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทเมื่อศัลยแพทย์ใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อต่าง ๆ และการหลังของสารเคมีจากเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายกระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวด เกิดการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นประสบการณ์ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด และมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีระ เช่น เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัด ความรู้และความชำนาญในการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต เป็นต้น ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม เช่น เพศ อายุ เป็นต้น และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำรงชีวิตตามปกติ มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ถุงลมปอดแฟบ ปอดบวม

ท้องอืด หรืออาจเกิดลมเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกได้ รวมทั้ง เกิดผลเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย

ดังนั้น ปัญหาความเจ็บปวดแผลผ่าตัดจึงเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก มักจะคาดหวังถึงระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและคาดหวังว่าพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การจัดทำแผนการดูแล การสอนและดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย การให้การสัมผัสผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจากพยาบาล หากหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและได้รับการพยาบาลตรงกับความต้องการ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสมหวังที่ได้รับการตอบสนอง ในการบรรเทาความเจ็บปวดตามความต้องการ แต่ตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั้น ความรุนแรงของความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด อาจไม่สอดคล้องหรือตรงกับที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ก่อนผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดรุนแรง และได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ต่ำกว่าที่คาดหวังไว้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความสมหวังน้อยลง จากการที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความเครียด และนอนไม่หลับ ซึ่งจะส่งผลให้ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จึงต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วย กับประสบการณ์จริงที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งจะนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้



แผนภูมิที่ 1 แนวคิดของความคาดหวังกับประสบการณ์จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด