

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัด
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัด
ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ศิริพร ศิริบุรณนท์

นางสาวศิริพร ศิริบุรณนท์
ผู้วิจัย

ทิพา ต่อสกุลแก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพา ต่อสกุลแก้ว
ปร.ค.
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

อมล สัมพรดีมน

รองศาสตราจารย์ วรณี สัตยวิวัฒน์
ค.ม.

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ยาใจ สัทธิมงคล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สัทธิมงคล

Ph. D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัด

ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 19 กันยายน 2551

ศิริพร ศิริบุรานนท์

นางสาวศิริพร ศิริบุรานนท์

ผู้วิจัย

อ. สหโชค

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ทิพา ต่อสกุลแก้ว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพา ต่อสกุลแก้ว

ปร.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

อรุณพาท รอยกุลเจริญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณยูพา รอยกุลเจริญ

Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

พรจรรย์ มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ พรจรรย์ มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรรณี สัตยวิวัฒน์

รองศาสตราจารย์ อรรณี สัตยวิวัฒน์

ค.ม.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

พงศ์คำ ติลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ พงศ์คำ ติลกสกุลชัย

Ph. D. (Nursing)

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้วและรองศาสตราจารย์วรรณิ สัตยวิวัฒน์ อาจารย์ผู้ควบคุม สารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษา และให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด จึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ พร้อมกันนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณยุพา รอยกุลเจริญ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่ กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ชูศักดิ์ วงศ์สุริย์ คุณชินา นุนนาค คุณจุฬาร ประสงค์ อาจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้ง ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระบบทางเดินอาหารทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การทำสารนิพนธ์ครั้ง นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่ให้โอกาส เข้ามาศึกษา ณ มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย พี่น้องผองเพื่อนร่วมงานในหอผู้ป่วย หมอเวสต์ 8 ทุกท่านที่ให้โอกาส ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ศึกษา มาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความมานะ ความเพียร อุตสาหะ ให้ได้ดี ใฝ่รู้ในการศึกษา ขอขอบคุณ พี่ น้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ แก่ผู้ศึกษาตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่านที่ให้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตั้งแต่เริ่มเรียนจนถึงปัจจุบัน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ช่วย เหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมาจนสำเร็จการศึกษาครั้งนี้

ศิริพร ศิริบุรานนท์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง (THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PAIN MANAGEMENT IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING MAJOR ABDOMINAL SURGERY)

ศิริพร ศิริบูรานนท์ 4937367 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ประ.ด., วรณี สัตยวิวัฒน์, ค.ม.

บทคัดย่อ

ความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง เป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความไม่สบายและทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางปอดและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องนี้ ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วยการค้นหาปัญหาทางคลินิก การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 12 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 เรื่อง สารหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์และนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล คือ การประเมินความปวดเบื้องต้นในผู้สูงอายุโดยการซักประวัติ รวมถึงทัศนคติเกี่ยวกับความปวด การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดแผลผ่าตัด การประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดชนิดมาตรวัดแบบตัวเลขหรือมาตรวัดความปวดรูปหน้า การจัดการความปวดโดยใช้ยา เช่น ยากลุ่มโอปิออยด์และนอนโอปิออยด์ รวมถึงการเฝ้าระวังผลข้างเคียง การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเช่นการใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้ดนตรี การประเมินความปวดหลังผ่าตัดและการประเมินซ้ำหลังการรักษาพยาบาล และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการจัดการความปวด แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ควรนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และมีการประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการใช้แนวปฏิบัติ รวมถึงการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล / การจัดการความปวดแผลผ่าตัด / ผู้สูงอายุ / ผ่าตัดช่องท้อง

128 หน้า

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PAIN MANAGEMENT IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING MAJOR ABDOMINAL SURGERY

SIRIPORN SIRIBURANONTA 4937367 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: TIPA TOSKULKAO, Ph.D. (NEUROSCIENCE),
WANNEE SATAYAWIWAT, M. Ed.

ABSTRACT

Postoperative pain in elderly patients who have undergone major abdominal surgery is an important problem as it leads to discomfort and distress. These, in turn, can lead to postoperative complications especially postoperative pulmonary complications and risk to mortality.

A clinical nursing practice guideline (CNPG) for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery was developed by using the evidence-based practice model of Soukup (2000) as a conceptual framework. The steps consisted of identifying problems, searching for evidence, evaluating the credibility level and the feasibility of implementation. From a total of 12 studies of evidence-based practice, there were 6 randomized controlled trials, 2 correlation descriptives, 2 articles and 2 clinical practice guidelines. The main themes from these evidences included: 1) initial pain assessment in elderly patients by taking a history of pain and attitudes toward pain of the patients and families; 2) education for patients and families about pain and pain management; 3) the use of pain assessment tools such as numeric rating scale or face pain scale; 4) pharmacological management by using opioid and non-opioid groups, including monitoring the side effects; 5) nonpharmacological management such as relaxation technique and music; 6) reassessment after treatment; and 7) advice pain management before discharge. The content of this CNPG was validated by 5 experts and adjusted for the appropriation.

The author strongly suggests that the developed CNPG should be tried out and evaluated for process and outcome. Nurses should be trained to have the knowledge and skills for utilizing the CNPG. In addition, outcome research should be conducted to test the effectiveness of the CNPG.

KEY WORDS: DEVELOPMENT / CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE / POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT /
ELDERLY / ABDOMINAL SURGERY

128 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นหลัก	5
วัตถุประสงค์การศึกษา	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
ความหมายของความปวด	8
กลไกการเกิดความปวดแผลผ่าตัดช่องท้อง	8
การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับความปวด	9
ผลของความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ	9
การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการไ้ยาในผู้สูงอายุ	13
ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ	15
การจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง	21
กรอบแนวคิดของการศึกษา	34
บทที่ 3 วิธีการดำเนินศึกษา	37
การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์	46
การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	47
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้	52
สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา	56
แนวปฏิบัติการพยาบาล	57
บทที่ 4 สรุปแลข้อเสนอนะ	67
บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาไทย	70
บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาอังกฤษ	84
รายการอ้างอิง	99
ภาคผนวก	111
ประวัติผู้วิจัย	128

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและ การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ และข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง	18
ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องและความเชื่อทัศนคติของพยาบาล	39
ตารางที่ 3 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	47
ตารางที่ 4 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสืบค้นข้อมูลที่ได้	48

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา	24
รูปที่ 2 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข	24
รูปที่ 3 มาตรวัดความปวดรูปหน้า	25
รูปที่ 4 มาตรวัดความปวดแบบเทอร์โมมิเตอร์	25

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง	36
แผนภูมิที่ 2 ผลการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์	51
แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (ระยะก่อนผ่าตัด)	62
แผนภูมิที่ 4 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (ระยะหลังผ่าตัด)	63

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งเป็นผลสำเร็จจากโครงการวางแผนครอบครัวร่วมกับความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้สามารถลดอัตราการตายลง ส่งผลให้อายุคาดหวังของประชากรยืนยาวขึ้น จึงเกิดการเคลื่อนไหวของโครงสร้างประชากรไปสู่สัดส่วนประชากรสูงอายุในระดับสูง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) สำหรับในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,733,000 คน ปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน 6,617,000 คน ปีพ.ศ. 2553 มีจำนวน 7,639,000 คน และคาดการณ์ในปี พ.ศ.2563 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 10,776,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ อ้างใน วันดี โภคะกุล, 2548)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (วันดี โภคะกุล, 2548) ส่งผลให้เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ร่างกายจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (กฤษณกมล วิจิตร และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546; วันดี โภคะกุล, 2548; Aubrun, Monsel, Langeron, Coriat, & Riou, 2002) จากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุพบว่าในระบบประสาทส่วนกลาง สมอจะมีขนาดและน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 6-11 จากการที่เซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง และมีการสะสมของสารบางชนิดในเซลล์ประสาท ได้แก่ สารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) เมลานิน (melanin) และ อไมลอยด์โปรตีน (amyloid protein) ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ผู้สูงอายุจึงมีขีดความทนต่อการรับรู้ความรู้สึกปวดต่ำสุด (pain threshold) สูงขึ้น และมีความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง รวมทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทโคลิเนอร์จิกในการสร้าง / หลั่งสารสื่อประสาท ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด (กฤษณกมล วิจิตร และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2542; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550; Ebersole & Hess, 2001) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความพร่องด้านการมองเห็นและการได้ยิน ซึ่งพรอส (Prowse, 2006) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะมีความพร่องด้านการมองเห็นถึงร้อยละ 80 ด้านการได้ยินร้อยละ

75 และมีความพร้อมทั้ง 2 ด้านร่วมกันร้อยละ 22 อายุที่มากขึ้นยังส่งผลให้ระบบเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ทำงานได้ลดลง โดยผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนของไขมันเป็นส่วนประกอบของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีการลดสัดส่วนของมวลกระดูกและอวัยวะภายใน (เนาวรัตน์ บุญยตา, 2547) การทำงานของตับและไตลดลง จึงมีผลต่อการทำลายยาที่ตับและการขับถ่ายยาออกทางไต ยาอยู่ในกระแสเลือดนานขึ้น และเกิดพิษจากยาได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเกิดโรคเรื้อรังจากสภาพร่างกายที่เสื่อมไป ซึ่งโดยเฉลี่ยพบว่าผู้สูงอายุจะมีความป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1.96 โรคต่อคน (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2540 อ้างใน กษพนิต ชันติจิตร, 2550) ส่วนการสำรวจโดยการตรวจร่างกายผู้สูงอายุของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (2541) พบว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาได้ง่ายมากยิ่งขึ้น (วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, 2548) และโรคบางโรคยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอีกด้วย ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปีพ.ศ. 2548 – 2550 มีจำนวน 143,615, 155,037 และ 169,020 ราย ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระบบทางเดินอาหาร มีจำนวน 1,348, 1,491, 1,579 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลศิริราช, 2551) สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวนเพียง 350 เพียง ในช่วงปีพ.ศ. 2547 - 2549 พบว่ามีจำนวน 3,843, 3,972 และ 3,728 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร, 2550) ส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระบบทางเดินอาหาร มีจำนวน 132, 166 และ 196 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร, 2550) จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระบบทางเดินอาหารที่เกิดขึ้น ทำให้เห็นถึงแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุสูงขึ้น ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการผ่าตัด การวางยาสลบ และการให้ยาบรรเทาปวดสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นอีกด้วย (วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, 2548; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550)

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดชนิดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (สุทธิภรณ์ ณะช้อย, 2547; อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ ศศิธร พุ่มดวง, 2549; Good et al., 2001; McDonald, 2006; Sloman, Wruble, Rosen, & Rom, 2006) เนื่องจากบาดแผลอยู่ใกล้กระบังลม และบริเวณช่องท้องมีเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก (Musgrave, 1990; Jurf & Nirschl, 1993 cited in Roykulcharoen & Good, 2004) เมื่อเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้กระทบกระเทือน

และปวดแผลผ่าตัดมากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและไม่สบาย (เอมอร์ อดุล โภกาธ, 2543) ซึ่งความปวดจะรุนแรงมากในช่วงระยะเวลา 12 - 36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (กฤษณกมล วิจิตร และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546; ลดา ไชยแก้ว, 2547) และความปวดจะทุเลาไปใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (กฤษณกมล วิจิตร และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546) และในวันแรกหลังผ่าตัดจะมีระดับความปวดสูงถึงร้อยละ 95 และลดลงเหลือร้อยละ 76 และ 49 ในวันต่อๆ มาตามลำดับ (อรพรรณ ไชยชาติ และคณะ, 2549) ความปวดหลังผ่าตัดนั้นเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากกระบวนการรักษาที่ต้องใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อต่างๆ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดนาน ส่งผลให้เนื้อเยื่อเกิดความชอกช้ำ (มยุลี สารัญญาดี และนันทา เล็กสวัสดิ์, 2541; Carr & Goudas, 1999; Sloman et al., 2006, & Venkateswaran, 2006) เนื้อเยื่อของร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการหลั่งสารเคมีต่างๆ (mediators) เช่น ไซโตไคน์ (cytokines) พรอสตานอยด์ (prostanoids) โมโนเอมีน (monoamine) เปปไทด์ (peptides) สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ทำให้เกิดความปวดขึ้น (Carr & Goudas, 1999)

ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และมีความต้องการการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Aubrun & Marmion, 2007) ความปวดที่เกิดขึ้นยังทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนียวล้าหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นผลให้การไหลเวียนกลับของเลือดดำลดลง เกิดการตกตะกอนเป็นลิ่มเลือด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และอาจเกิดภาวะลิ่มเลือดหลุดลอยไปตามกระแสเลือด เกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย เช่น ปอด หัวใจ และสมองได้ นอกจากนี้ความปวดยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจหรือไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการหายใจตื้นและมีการค้างของเสมหะในปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมลดลง เกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบตามมาได้ (ธารา ตรีตระกูล, 2544; อรพรรณ ไชยชาติ และคณะ, 2549; Aubrun & Marmion, 2007; Venkateswaran, 2006) จากการศึกษางานวิจัยของ Shea, Brooks, Dayhoff, & Keck, (2002) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับปอดจะมีระดับความปวดแผลผ่าตัดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความปวดแผลผ่าตัดยังส่งผลให้การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ไม่สบาย ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดการค้างคั่งของน้ำปัสสาวะ (ธารา ตรีตระกูล, 2544; Aubrun et al., 2002; Aubrun & Marmion, 2007; Venkateswaran, 2006) และผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระดับของแลคติกโกลามีนในพลาสมาเพิ่มขึ้นทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณแผลผ่าตัดลดลง

ระดับความดันออกซิเจนบริเวณชั้นใต้ผิวหนังลดลง ทำให้อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น การหายของแผลช้าลง (วัชรภรณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์, และวันชัย มั่งคั่ง, 2548; Pasero, Rakel, & McCaffery, 2005) ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความปวดหลังผ่าตัดยังเป็นสาเหตุให้เกิด ความกลัว ความเครียด และวิตกกังวล ก่อให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และรบกวนแบบแผนการนอนหลับ ทำให้เกิด ภาวะสับสนเฉียบพลัน (derilium) หลังผ่าตัดได้ (วัชรภรณ์ หอมดอกและคณะ, 2548; Carr & Goudas, 1999; Venkateswaran, 2006; Lynch et al., 1998) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยฟื้น ตัวได้ช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (เอมอร อุดลโกภา, 2543; Rakel & Herr, 2004) ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก

การจัดการความปวดแผลผ่าตัดควรเริ่มจากการประเมินความปวดซึ่งมีความสำคัญต่อการ จัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้ป่วยสามารถบอกได้ ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในการประเมินความ ปวดจึงต้องอาศัยข้อมูลจากการรายงานความปวดของผู้ป่วย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2550; สหทยา ไพบูลย์วรชาติ, 2547; Brown, 2004; Prowse, 2006; Sloman et al., 2006) แต่การประเมินความปวด ในผู้สูงอายุทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาในการรับรู้ ความเข้าใจ และการสื่อสาร บุคลากรทีมสุขภาพจึงมักประเมินความปวดในผู้สูงอายุได้มากหรือน้อยกว่าความปวดที่เกิดขึ้นจริง (สมบุญ เทียนทอง, 2550; Cavalieri, 2005) ส่วนการจัดการความปวดนั้น แม้ในปัจจุบันมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและความก้าวหน้าในเรื่องของยาบรรเทาปวด ตลอด จนวิธีการบริหาร ยาที่ได้รับการพัฒนาเป็นไปอย่างมาก แต่คุณภาพการบรรเทาปวดยังไม่ดีเท่าที่ควร (ชาญฤทธิ์ ล้อทวี สวัสดิ์, 2547; Prowse, 2006) ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องสรีรวิทยา ของความปวด การจัดการความปวด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีความ แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (สุติภรณ์ ณะช้อย, 2547; Manias, Botti, & Bucknall, 2002; Watt- Wattson, Steven, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2001) ผู้สูงอายุจึงได้รับการจัดการความปวดแผล ผ่าตน้อยกว่าความปวดที่เกิดขึ้นจริง (Rakel & Herr, 2004; Prowse, 2006; McDonald, 2006) ส่งผล ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากขึ้น (Aubrun et al., 2002)

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของห้อง ยังไม่มีรูปแบบการประเมินความปวดที่ชัดเจน การประเมินความปวด แผลผ่าตัดจะใช้การถามอาการจากผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และเริ่มมีการนำเครื่องมือประเมินความปวด

ชนิดมาตรวัดความปวดแบบตัวเลขมาใช้กับผู้ป่วยบางราย ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลแต่ละคน ส่วนการจัดการความปวดจะใช้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการผ่าตัด และยังขาดระบบการบันทึกเกี่ยวกับความปวดและวิธีการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการประเมินและเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถให้การจัดการความปวดโดยการใช้อยู่ร่วมกับยาบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในสถานการณ์ปัจจุบันมีการพัฒนาคุณภาพด้านบริการสุขภาพมากขึ้น เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาล การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และคุ้มค่าใช้จ่าย เพิ่มการพัฒนาและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการทางคลินิกและอยู่บนพื้นฐานการพัฒนารองความรู้อย่างต่อเนื่อง จึงตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลด้านการประเมินและการจัดการความปวดแผลผ่าตัดใหญ่ช่องท้องให้มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย ปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจในคุณภาพการพยาบาล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ มีการประสานงานและส่งเสริมร่วมกับทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความคุ้มค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์ของการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องอย่างมีคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติใช้ในทิศทางเดียวกัน เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ส่งผลให้การพยาบาลได้มาตรฐานและมีความเป็นเลิศในคุณภาพการดูแล

ประเด็นหลัก

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสื่อมของร่างกาย มีโรคเรื้อรังเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 โรคหรือมากกว่า และยังมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องสูงขึ้น ซึ่งการผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ทำให้เกิดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ระดับความปวดจะรุนแรงในระยะ 12 – 36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจะเริ่มทุเลาไปใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่ายโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางปอด ทำ

ให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดซ้ำ ระยะวันนอนโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ไม่พึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุจะได้รับการจัดการความปวดแผลผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะวันนอนโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ
2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่มีทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการดูแล เป็นที่ยอมรับของวิชาชีพอื่นๆ
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่เป็นทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้มีชื่อเสียงในด้านการบริการการดูแลเป็นเลิศ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมนี้เป็นการศึกษาถึงสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

- 1.1 ความหมายของความปวด
- 1.2 กลไกการเกิดความปวดแผลผ่าตัดช่องท้อง
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับความปวด
- 1.4 ผลของความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ
- 1.5 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ
- 1.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ
- 1.7 การจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 1.7.1 การประเมินระดับความปวด
 - 1.7.2 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา
 - 1.7.3 การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา

2. กรอบแนวคิดการศึกษา

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.1 ความหมายของความปวด

สือระ บุญยะรัตเวช. (2534) ได้ให้ความหมายของความปวดตามคำจำกัดความของสมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (International Association for the Study of Pain) ซึ่งกล่าวว่า "Pain. An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage" ดังนี้ คือ ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายหรือมีศักยภาพที่จะทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือ ถูกบรรยายประหนึ่งว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อนั้น

McCaffery (1979) (cited in Briggs, 2002) ให้ความหมายความปวดว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่อยู่ในภาวะความเจ็บปวดเป็นผู้ที่บอกได้เท่านั้น และจะยังคงอยู่ตลอดเวลาที่บุคคลนั้นบอกว่ายังมีความปวดอยู่

โดยสรุป ความปวดนั้นเป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและการแสดงออกของความปวดจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้สึกปวดจะอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังปวดอยู่

1.2 กลไกการเกิดความปวดแผดเผาตัดช่องท้อง

เกิดจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการทำผ่าตัด ซึ่งถือว่าเป็นความปวดเฉียบพลัน เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะมีการหลั่งสารเคมีที่เรียกว่า Inflammatory mediators หลายชนิด เช่น ฮิสตามีน (histamine) สารพี (substance P) แบริคไคนิน (Bradykinin) ซีโรโตนิน (serotonin) และ พรอสตาแกลนดินส์ อีทู (prostaglandin E₂) ทำให้ปลายประสาทบริเวณแผลมีความไวเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ เรียกว่า peripheral หรือ primary sensitization หรือ primary hyperalgesia ทำให้เจ็บหรือปวดแผล ในขณะที่เดียวกัน สัญญาณประสาทจากบาดแผลหรือบริเวณที่บาดเจ็บ จะผ่านเส้นประสาทซีไฟเบอร์ (C-fiber) เข้าไปยังไขสันหลัง กระตุ้นให้เซลล์ประสาทที่ไขสันหลังระดับนั้นและระดับใกล้เคียงเกิดการตื่นตัวปล่อยกระแสประสาทหมุนเวียนกระตุ้นซึ่งกันและกัน ทำให้เซลล์ประสาทไขสันหลังระดับประสาทที่บาดเจ็บและระดับใกล้เคียงมีความไวเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ เรียกว่า central หรือ secondary sensitization หรือ secondary hyperalgesia ทำให้บริเวณใกล้เคียงกับบาดแผลมีความเจ็บ และไวต่อการรับความรู้สึก เป็นการขยายให้ความปวดจากบาดแผลหรือการผ่าตัดเพิ่มขึ้น (ธารา ตรีตระกูล, 2544; ก้องเกียรติ ภูมัทธกันทรการ, 2547) นอกจากนี้สัญญาณประสาทที่เดินทางเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณคอร์ซัลซอร์น สัญญาณบางส่วนจะไป anterior และ anterolateral นำไปสู่สมองบริเวณทาลามัส (thalamus) ที่ทำหน้าที่รับรู้ความปวด

แล้วจะส่งสัญญาณประสาทต่อไปยังเปลือกสมอง ซึ่งจะบอกถึงความรุนแรง ลักษณะ ตำแหน่งของความปวดและการกระตุ้นทางอารมณ์ รวมทั้งการตอบสนองต่อความปวด โดยเกิดปฏิกิริยาทางจิต ซึ่งจะไปกระตุ้นระบบการเคลื่อนไหวให้หนีหรือต่อสู้ความปวดนั้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับความปวด

อายุมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้เกิดความปวด จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุพบว่าเมื่อมีอายุสูงขึ้น เนื้อสมอง เซลล์ประสาท และเส้นใยประสาทจะมีจำนวนลดลง มีไขมันและสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) มาปกคลุมมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง (กฤษณกมล วิจิตร และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; ลิ่ววรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547; Ebersole & Hess, 2001) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของวิถีความปวดในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย โดยความหนาแน่นของเส้นใยประสาทที่มีเยื่อไมอีลินหุ้มและเส้นใยประสาทที่ไม่มีเยื่อไมอีลินหุ้มจะลดลง (Ochao & Mair, 1969 cited in Helme & Gibson, 1999; Pickering, 2005) ร่วมกับมีระดับของแคลซิโตนินจีนรีเลเตดเปปไทด์ (Calcitonin-gene related peptide: CGRP) สารพี (substance P) และซีโรโทนิน (serotonin) ลดลง ทำให้มีผลต่อการส่งผ่านกระแสประสาทความรู้สึกปวดขึ้นไปตามวิถีความปวดได้ลดลง (Pickering, 2005) ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ตัวรับความรู้สึกปวดที่บริเวณผิวหนังมีจำนวนลดลง ผู้สูงอายุจึงมีความทนต่อการรับรู้ความรู้สึกปวดต่ำสุด (pain threshold) สูงขึ้น และมีความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง (กฤษณกมล วิจิตร และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Delgado-Guay, 2008; Ebersole & Hess, 2001) ซึ่งเฮลม์และกิบสัน (Helme & Gibson, 1999) ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความไวต่อความปวดจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีการศึกษาอีกจำนวนมากที่ให้ความเห็นที่แตกต่างกัน คือ ความไวต่อความปวดไม่เกี่ยวข้องกับอายุที่แตกต่างกัน แต่มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องต่อการรับรู้ความปวดในผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยทางด้าน จิตใจ วัฒนธรรม ความเชื่อ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (Delgado-Guay, 2008)

1.4 ผลของความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ

ความปวดแผลผ่าตัดเป็นปัญหาอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญ ซึ่งพบว่ามี ความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Good et al., 1999) โดยเฉพาะในระยะ 1-3 วันแรกหลัง

ผ่าตัดจะมีความรุนแรงมาก (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532; สุกัญญา พัทวี, 2541) ความปวดที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายมีความผิดปกติ ซึ่งผลของความปวดแผดผ่าตัดในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพร่างกายและจิตใจ (อรัญญา เชาวลิต และ นิสา สออารีย์, 2545; Venkateswaran, 2006) ดังนี้

1.4.1 ผลต่อระบบหัวใจและระบบการไหลเวียนเลือด

ความปวดหลังผ่าตัดทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น แรงต้านทานจากหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิต และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Aubrun & Marmion, 2007; Cousins & Power, 1999; Venkateswaran, 2006) ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของระบบหัวใจและหลอดเลือด คือกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมันและสารไลโปฟัสซินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ขนาดของหัวใจเล็กลงผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนา มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีไขมันและเนื้อเยื่อพังผืดที่ เอส - เอ โหนด (S-A node) เอ - วี โหนด (A-V node) และบันเดิล บรานช์ (bundle branches) มากขึ้นด้วย ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและกล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาทีลดลง หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น และมีการเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว รูภายในหลอดเลือดแคบเข้า จึงมีโอกาสดังกล่าวการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้เพียงพอการทำงานของร่างกาย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Ebersole & Hess, 2001) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนขึ้นได้ เมื่อผู้สูงอายุหลังผ่าตัดไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่พบได้มาก นอกจากนี้ความปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ลดการไหลเวียนของเส้นเลือดแดงและลด venous emptying ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการแข็งตัวของเลือด และถ้าผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (venous thrombosis) และ ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ได้ (Modig et al., 1983 cited in Cousins & Power, 1999; Venkateswaran, 2006) และถ้าความปวดรุนแรงมากและระยะเวลาปวดนานจะไปเร่งการทำงานของประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดแดงมีการ

ขยายตัว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และความดันโลหิตลดลงได้ (ราตรี สุตทรวง และวีระชัย สิงห์นิม, 2545) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะช็อกได้

1.4.2 ผลต่อระบบการหายใจ

การผ่าตัดบริเวณทรวงอกหรือช่องท้อง จะก่อให้เกิดความปวดที่รุนแรง มีผลให้เกิดความผิดปกติของระบบการหายใจ โดยที่การตอบสนองปฏิกิริยาระดับไขสันหลัง (spinal reflex response) มีปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (reflex) ที่เหนือการควบคุม (involuntary) ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ (reflex) แบบกล้ามเนื้อหดเกร็งในบริเวณที่เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บรวมถึงบริเวณโดยรอบด้วย จนเกิด muscle splinting คือกล้ามเนื้อในบริเวณทรวงอกและหน้าท้องไม่ขยับ การขยับของทรวงอกที่ลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศที่ผ่านเข้าออกในปอด (tidal volume) และความจุอากาศส่วนที่เหลือใช้งานได้ (functional residual capacity) ลดลง จนเกิดปอดแฟบ (atelectasis) นอกจากนี้การลดลงของความจุปอด (vital capacity) ทำให้ไอและขับเสมหะได้ไม่เต็มที่ จนอาจเกิดปอดอักเสบ (pneumonia) ตามมาได้ และหากผู้ป่วยนอนอยู่กับที่เป็นเวลานานหรือไม่มีการเคลื่อนไหว จะทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวได้ง่ายมากขึ้น (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2547: Cousins & Power, 1999) ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยของเซียและคณะ (Shea et al., 2002) พบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องที่ถูกเดินได้ด้วยตนเองเกิดภาวะปอดอักเสบจำนวนร้อยละ 14.3 ส่วนผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องที่ต้องการช่วยเหลือในการเดินเกิดภาวะปอดอักเสบจำนวนร้อยละ 28.6 และผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลยจะเกิดภาวะปอดอักเสบได้ถึงร้อยละ 100 และจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอดในผู้สูงอายุนั้นยังสนับสนุนให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ง่ายมากขึ้น ดังนี้คือ ผู้สูงอายุมีขนาดของหลอดลมและปอดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เพราะมีส้นไขว้ อีลาสตินลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ กล้ามเนื้อหายใจทำงานลดลง ปอดยึดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจ (ventilation) ลดลง ความจุส่วนที่เหลือใช้งาน (functional residual capacity) เพิ่มขึ้น ปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่ใน 1 วินาที (forced expiratory volume) ลดลง และปริมาตรอากาศค้างภายในปอด (residual volume) เพิ่มขึ้น ความจุของการหายใจสูงสุด (maximal breathing capacity) ลดลง อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน (ventilation-perfusion mismatching) ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ลดลง ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง ($PaCO_2$) ไม่เปลี่ยนแปลง สำหรับทางเดินหายใจการทำงานของเซลล์ขน (cilia) ลดลง รีเฟล็กซ์การไอลดลง เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอกและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี ประกอบกับปริมาณ Ig A ในสารคัดหลั่งและอัลวีโอลาร์ แมคโครฟาจ

(alveolar macrophage) ลดลง จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การทำงานของฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) ลดลงเป็นเหตุให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ง่าย (วิไลวรรณทองเจริญ, 2545; Ebersole & Hess, 2001)

1.4.3 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

ความปวดหลังการผ่าตัดทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ส่งผลให้มีการหลั่งน้ำย่อยในทางเดินอาหารและมีการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบเพิ่มมากขึ้น การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดภาวะลำไส้อัมพาต (bowel ileus) (Cousins & Power, 1999; Venkateswaran, 2006) สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุในระบบทางเดินอาหาร คือมีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง เยื่อบุกระเพาะอาหารโดยเฉพาะบริเวณแอนตรัม (antrum) และฟันดัส (fundus) บางลงและฝ่อลีบ จึงมีการผลิตน้ำย่อย กรดเกลือ และเอนไซม์ต่างๆ ลดลง ทำให้แคลเซียมและธาตุเหล็กถูกดูดซึมลดลง รวมทั้งการไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ร่วมกับมีอาการปวดแผลผ่าตัดทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลงหรือไม่เคลื่อนไหว ทำให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเกิดอาการท้องอืดและท้องผูกได้ง่ายมากยิ่งขึ้น (วิไลวรรณทองเจริญ, 2545; Ebersole & Hess, 2001) ถ้าความปวดที่เกิดขึ้นยังรุนแรงและมีระยะเวลานานจะกระตุ้นการทำงานของประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัว เพิ่มการบีบตัวของลำไส้ และมีการหลั่งของน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ (ราตรี สุตทรวง และวิรัช สิงหนิยม, 2545)

1.4.4 ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ

ผลของความปวดจากแผลผ่าตัด จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดของทางเดินปัสสาวะมีการหดตัวเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ (ธารา ตรีตระการ, 2544; Cousin & Power, 1999) ซึ่งในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กำลังการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะได้มากยิ่งขึ้น (วิไลวรรณทองเจริญ, 2545)

1.4.5 ผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ความปวดหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ทำให้เกิดการเผาผลาญกล้ามเนื้อ จนเกิดกล้ามเนื้อลีบเล็กลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อทำหน้าที่ตามปกติได้ช้าลง การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากความปวดและการหดตัวของเส้นเลือด (Cousins & Power, 1999) ซึ่งในผู้สูงอายุมีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อส่งผลให้มีการสูญเสียเส้นใยกล้ามเนื้อ

มีความอ่อนล้าเพิ่มขึ้น มวลกระดูกลดลงและบางผุได้ง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) จึงเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง

1.4.6 ผลต่อเมตาบอลิซึม

ความปวดหลังผ่าตัดทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแคตตาบอลิซอร์โมน (catabolic hormone) เช่น คอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) โกรทฮอร์โมน (growth hormone) กลูคาγον (glucagons) และมีการลดลงของอนาบอลิซอร์โมน (anabolic hormone) เช่น อินซูลิน (insulin) ผู้ป่วยจะมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีการเผาผลาญโปรตีนมากขึ้น เกิดภาวะที่เรียกว่า เนกาทีฟไนโตรเจน บาลานซ์ (negative nitrogen balance) ขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียตามมาหลายประการ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อลีบ เล็กลง ขาดความแข็งแรง แผลหายช้า และระบบภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง ซึ่งในผู้สูงอายุจะเกิดความเครียดต่อการติดเชื้อได้มาก และยังเป็นสาเหตุทำให้เพิ่มอัตราการตายในผู้สูงอายุ (ชาญฤทธิ์ ลือทวีสวัสดิ์, 2547)

1.4.7 ผลต่อจิตใจ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นสาเหตุทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว ท้อแท้ซึมเศร้า ซึ่งจะรบกวนการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้า และพลังงานสำรองในร่างกายลดลง มีผลให้ระดับความอดทนต่อความปวดลดลง เกิดความรู้สึกปวดเพิ่มขึ้น มีผลต่อการพักผ่อนและเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (สุตกัญญา พัทวี, 2541)

1.5 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ร่วมกับการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยา ปฏิกริยาของยาต่อผู้ป่วย รวมทั้งเกิดปฏิกริยาต่อกันของยา ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการใช้ยามากกว่าวัยอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยายังมีผลต่อกระบวนการด้านเภสัชจลนศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การดูดซึมยา การกระจายยา การทำลายยา การขับถ่ายยา และยังกระทบต่อความไวของของยาต่ออวัยวะเป้าหมายอีกด้วย (Timiras & Luxenberg, 2003) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการด้านเภสัชวิทยา เพื่อให้เกิดความระมัดระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลง มีดังนี้

1.5.1 การดูดซึม (absorption)

การดูดซึมยาในผู้สูงอายุมีผลจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารที่ทำให้การดูดซึมยาบกพร่อง เช่น ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง (ค่า pH ในกระเพาะ

อาหารสูงขึ้น) การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้าลง เกิดภาวะกระเพาะอาหารว่างช้า ทำให้ดูดซึมยาได้น้อยลง เลือดไปเลี้ยงทางเดินอาหารลดลง เชื่อบุผิวในลำไส้มีจำนวนลดลงทำให้การดูดซึมยาชนิดที่มีการขนส่งโดยใช้พลังงาน (active transport) ลดลง แต่มักไม่มีผลกระทบต่อ การดูดซึมของยาส่วนใหญ่ เพราะยาส่วนมากใช้การดูดซึมโดยวิธีที่ไม่ใช้พลังงาน (passive transport) จึงมักไม่มีผลกระทบต่อการดูดซึมยาระงับปวด (รัชนีภรณ์ ภูกร, 2542; Timiras & Luxenberg, 2003) แต่อย่างไรก็ตามการเคลื่อนไหวที่ช้าลงของกระเพาะอาหารและลำไส้ อาจเพิ่ม การระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์ (non-opioid) ได้

1.5.2 การกระจายของยา (distribution)

ความสามารถในการกระจายของยาคำนวณขึ้นอยู่กับการที่ยานั้นละลายในน้ำหรือละลาย ในไขมัน ยาจะคงอยู่ในผู้สูงอายุได้นานเนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายลดลง มวลของร่างกายลดลง มีจำนวนไขมันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการกระจายของยาที่ละลายในน้ำลดลง การละลายในไขมัน และการจับกับโปรตีนจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกระจายของยา ซึ่งในผู้สูงอายุ จะมีระดับอัลบูมินในเลือดลดลง โดยเฉพาะในขณะที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จากการได้รับอาหาร ประเภทโปรตีนไม่เพียงพอ ทำให้พลาสมาโปรตีนมีจำนวนลดลง การจับตัวของยากับอัลบูมิน ลดลง ส่งผลให้ระดับของยารูปอิสระมากในกระแสเลือด ทำให้เกิดพิษได้ ดังนั้นการให้กลุ่มยา บรรเทาปวด และกลุ่มยาเบนโซไดอะซีพรีน (benzodiazepine) จะเกิดการสะสมของยาได้มากขึ้น ถ้า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีอัลบูมินน้อย

1.5.3 การทำลายยา (metabolism)

ยาส่วนใหญ่รวมทั้งยาบรรเทาปวดจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ ในผู้สูงอายุพบว่าตับ มีขนาดเล็กลงและการไหลเวียนเลือดผ่านตับจะช้าลง ทำให้ยาถูกนำเข้าสู่กระบวนการทำลายยา ลดลง ยาเหลืออยู่ในกระแสเลือดมากกว่าในกลุ่มที่มีอายุน้อย และอาจทำให้เกิดพิษจากยาที่สะสมใน กระแสเลือดได้ เช่นการใช้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีพรีน (benzodiazepine) ยาบางตัวจะผ่านการทำลาย ยาที่ตับ ระยะเวลาครึ่งชีวิตของยากลุ่มนี้จะสูงขึ้นในผู้สูงอายุทำให้เกิดผลข้างเคียงเช่น ง่วงซึม และ เกิดภาวะสับสนได้

1.5.4 การขับถ่ายยา (elimination)

ยาส่วนใหญ่ถูกขับออกทางไต ในผู้สูงอายุไตมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น หน่วยที่เล็กที่สุดของไต (glomeruli) มีการเสื่อมสลาย เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง ความสามารถในการ กรองของหน่วยไตและอัตราการดูดกลับลดลง ทำให้ระดับยาเหลือในเลือดสูงเกินกว่าปกติ จึงทำให้ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดการสะสมของยา และเกิดความเป็นพิษจากการสะสมของยาได้

สรุป ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องจะมีความปวดแผลผ่าตัดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งเกิดจากการที่เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับการบาดเจ็บจากกระบวนการรักษาโดยการผ่าตัด ส่งผลให้เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บมีการหลั่งสารเคมีที่ก่อให้เกิดความปวดสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของร่างกาย จะมีการกลับทำหน้าที่ตามปกติได้ช้าเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นเมื่อมีอาการปวดจากแผลผ่าตัดเกิดขึ้นและไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางปอดซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นยังส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการบริหารและเลือกใช้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้นในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ใหญ่ช่องท้องบุคลากรทีมสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสามารถให้การจัดการความปวดแผลผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อการตายได้

1.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่มีความสำคัญ เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย แต่ต้องมีความถูกต้องและแม่นยำ เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดที่เหมาะสม แต่การประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุกลับมีความยากและมีความท้าทายในการปฏิบัติเป็นอย่างมาก (Larsen, 2000) เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ เช่น จากตัวผู้ป่วยและญาติ บุคลากรสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร, 2550; Larsen, 2000; Prowse, 2006) เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนี้

1.6.1 ปัจจัยด้านผู้สูงอายุและญาติ

1.6.1.1) ด้านกายภาพและสรีรภาพของผู้สูงอายุ

การประเมินความปวดในผู้สูงอายุทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีปัญหาความพร้อมด้านการมองเห็น การได้ยิน การรู้คิด (เนารัตน์ บุญยตา, 2547; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ความพร้อมด้านการมองเห็น (visual impairment) การมองเห็นจะลดลงตามอายุ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความพร้อมด้านการมองเห็นถึงร้อยละ 80 (Prowse, 2006) เนื่องจากลูกตามีขนาดเล็กลงและลึก เพราะไขมันของลูกตาลดลง หนังกามีความยืดหยุ่นลดลง ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงสว่างลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการ

มองเห็น โดยเฉพาะเวลากลางคืนลดลง กล้ามเนื้อเสื่อมหน้าที่ สายตาขาวขึ้นมองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ความไวในการมองตามภาพลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549; Ebersole & Hess, 2001) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้โดย ใช้อักษรตัวโตซึ่งขนาดน้อยที่สุด 14 พ้อยท์ (ภาษาอังกฤษ) เว้นช่องว่างให้เหมาะสม ไม่ใช้กระดาษสะท้อนแสง ในรายที่มีแว่นตาให้ใส่แว่นตา หรือใช้แว่นขยายขณะอ่านหนังสือ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; Ardery et al., 2003)

2) ความพร่องด้านการได้ยิน (hearing impairment) ความสามารถในการได้ยินจะลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีความพร่องในการได้ยินถึงร้อยละ 75 (Prowse, 2006) ทั้งนี้มีสาเหตุเนื่องมาจากการเสื่อมของ ออร์แกนออฟคอร์ตติ (organ of corti) และเบซิลาร์ เมมเบรน (basilar membrane) ซึ่งเป็นอวัยวะในหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เชื้อแก๊วหูและอวัยวะในหูชั้นกลาง แข็งตัวมากขึ้น ทำให้สูญเสียการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงต่ำ ความสามารถในการได้ยินลดลงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร บางครั้งทำให้เกิดการถอยหนีหรือแยกตัวออกจากสังคม หรือหวาดระแวงในเรื่องต่าง ๆ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Ebersole & Hess, 2001) จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพสามารถให้การช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดย การพูดกับผู้สูงอายุควรพูดช้า ๆ ชัดเจน ประโยคสั้น ๆ พูดใช้เสียงต่ำ ไม่ควรตะโกน ไม่ควรพูดเสียงแหลมเล็ก ใช้น้ำเสียงสม่ำเสมอตลอดประโยค เฝยหูหน้ากับผู้ป่วย ขณะสนทนา แสดงสีหน้าหรือมือเพื่อประกอบความเข้าใจ หรือสื่อสารโดยการเขียน ไม่ควรมีเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และให้ผู้สูงอายุใส่เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) (ในรายที่มีอุปกรณ์) (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547; ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549; Ardery et al., 2003; Prowse, 2006)

3) ความพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment)

เมื่ออายุมากขึ้นสมอง และเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง และมีสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) มาสะสมมากขึ้น มีผลให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ร่วมกับการเสื่อมของเซลล์ประสาท และการเปลี่ยนแปลงของระบบโคลิเนอร์จิก (cholinergic system) มีการสร้างสื่อประสาท (neurotransmitters) ลดลง ทำให้เกิดการเสื่อมของระบบการรู้คิด และความจำ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Inouye, 2003) ซึ่งบุคลากรสุขภาพมักมีความเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถรายงานความปวดของตนเองหรือใช้เครื่องมือประเมินความปวดได้ จึงมักไม่ให้ความ

สำคัญในการประเมินความปวดผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Pasero & McCaffery, 1999) ดังนั้นสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้โดยการสอนหรือให้ข้อมูลซ้ำ ๆ

1.6.1.2) ด้านความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยและญาติ

ผู้ป่วยและญาติเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้การประเมินและการจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและมีทัศนคติทางลบ ซึ่งทั้งผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและวิตกกังวลและความเชื่อที่ผิดหลายประการ เช่น ความปวดที่เกิดจากการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ต้องอดทน การบอกถึงความปวดเป็นการแสดงออกถึงความอ่อนแอของร่างกาย เชื่อว่าแพทย์ / พยาบาลทราบว่าคุณมีอาการปวดอยู่และพยายามรักษาอาการปวดอยู่โดยไม่จำเป็นต้องบอก การเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องอดทนไม่บ่นถึงความปวด และยังมีความกลัวต่อผลข้างเคียงและการติดยาบรรเทาปวดอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีความเชื่อด้านศาสนา ซึ่งบางศาสนาเชื่อว่าความปวดคือการลงโทษ ผู้สูงอายุจึงยินยอมรับความปวดนั้นเพื่อสำนึกในบาป และยังมีความลังเลที่จะใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคยในการควบคุมอาการปวด เช่น การใช้เครื่องควบคุมความปวดที่ควบคุมความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง (patient-controlled analgesia pump) (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2550; Golgstein & Morrison, 2005; Hofland, 1992; McCaffery & Pasero, 1999; Moddeman, 1995; Tarzian & Hoffman, 2004) ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยของวอร์ดและคณะ (Ward et al., 1993) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดที่เกิดจากตัวผู้ป่วย พบว่าตัวผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวด เช่น มีความกลัวต่อผลข้างเคียงและการติดยาบรรเทาปวด ความเชื่อว่าการเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องอดทนไม่บ่นถึงความปวดที่เกิดขึ้น การที่บอกถึงความปวดแก่แพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น บุคลากรดังกล่าวจะมุ่งสนใจแต่ความปวดและไม่สนใจกับปัญหาอื่น และผู้ป่วยมักเลี่ยงที่จะบอกถึงความปวดเพราะจะแสดงให้เห็นว่ามีความก้าวหน้าของความปวดเกิดขึ้น เป็นต้น

ดังนั้นในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพจึงต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึงปัจจัยด้านนี้ โดยมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุย อภิปราย ให้คำปรึกษา และให้ความรู้ เพื่อปรับแก้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547)

1.6.2 ปัจจัยด้านบุคลากรทีมสุขภาพ

บุคลากรในทีมสุขภาพเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญในการประเมินความปวดที่มีความถูกต้องและแม่นยำ เพื่อนำมาสู่การจัดการที่มีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติพบว่ากลุ่มบุคคลดังกล่าวเป็นปัญหาและอุปสรรคในการประเมินความปวดเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัจจัยดังนี้

1) การขาดความรู้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาลในการจัดการความปวด ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่าบุคลากรในทีมสุขภาพยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวด เช่น สรีรวิทยาของความปวด ความแตกต่างระหว่างความปวดแบบเฉียบพลัน และความปวดแบบเรื้อรัง การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งโดยวิธีการใช้ยา และการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (ชาญฤทธิ์ ลือทวีสวัสดิ์, 2547; Brunier, Carson, & Harrison, 1995; Clark et al., 1996; McCaffery & Ferrell, 1997) และยังขาดการบันทึกการใช้เครื่องมือประเมินความปวด การประเมินความปวด และวิธีการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (Clark et al., 1996) ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องเนื่องมาจากการ ศึกษาของพยาบาลและแพทย์ยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการประเมินและการจัดการความปวดหรือหลัก สูตรในการศึกษาให้เวลาในการสอนเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดน้อยเกินไป (Coyne et al., 1999; McCaffery & Ferrell, 1997) นอกจากนี้บุคลากรทีมสุขภาพยังขาดความรู้เกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุ เช่น ความเสื่อมของการได้ยิน การมองเห็น ทำให้มีความยากในการสื่อสารถึงความปวดที่เกิดขึ้น (Moddeman, 1995)

2) ความเชื่อและทัศนคติทางลบต่อความปวดและการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในการประเมินและการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับหรือได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมข้อมูลความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลที่เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของแมคเคฟเฟอร์และพาเซโร (McCaffery & Pasero, 1999) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ และข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง

ความเชื่อและทัศนคติทางลบ	ข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง
1. ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ	1. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงและมีความปวดเป็น 2 เท่าของความปวดในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ความ ปวดในผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องปกติ ต้องได้รับการ ประเมิน หาสาเหตุ และให้ความช่วยเหลือ หรือจัดการความปวด
2. การรับรู้ความปวดหรือความไวต่อความปวด	2. ความเชื่อดังกล่าวทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือ

ตารางที่ 1 ความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ และข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง (ต่อ)

ความเชื่อและทัศนคติทางลบ	ข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง
ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น	และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมานต่อความปวด
3. ถ้าผู้สูงอายุไม่บอกถึงความปวดแสดงว่าไม่มีความปวดเกิดขึ้น	3. ผู้สูงอายุมักไม่บอกถึงความปวดที่เกิดขึ้นให้กับญาติหรือพยาบาลทราบ เนื่องจากกลัวถูกมองว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความอดทน เกรงใจกลัวว่าเป็นการรบกวนผู้อื่น กลัวทำให้พยาบาลรำคาญและไม่อยากมาดูแลตน
4. ถ้าผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมอื่น ๆ หรือนอนหลับ เพื่อเบี่ยงเบนความปวดได้ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความปวดเกิดขึ้นจริง	4. ผู้สูงอายุมักไม่ค่อยแสดงออกถึงความปวดจะมีวิธีการเรียนรู้หลายวิธีในการจัดการความปวดด้วยตนเอง เช่นการนอนหลับ ซึ่งอาจเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ใช้ในการเผชิญกับความปวด แต่ไม่ใช่เพราะไม่มีอาการปวดจึงหลับได้
5. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อฤทธิ์ไม่พึงประสงค์จากยาบรรเทาปวดโอปิออยด์สูง	5. ยากลุ่มโอปิออยด์สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย แม้ว่าผู้สูงอายุจะยังไม่เคยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์มาก่อน อาจมีความไวต่อยากลุ่มนี้มาก แต่ไม่ควรตัดสินใจที่ขาดการใช้ยากับผู้สูงอายุ แต่ควรใช้หลักการบริหารยาแบบ เริ่มขนาดต่ำ ๆ และเพิ่มอย่างช้า ๆ การบริหารยาอย่างถูกวิธีโดยการค่อย ๆ ปรับขนาดยาและติดตามผลการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการติดตามฤทธิ์ข้างเคียง และฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ จึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด นอกจากนี้ควรเลือกใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้เช่นกัน

ตารางที่ 1 ความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ และข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง (ต่อ)

ความเชื่อและทัศนคติทางลบ	ข้อคิดเห็นเพื่อการปรับแก้ที่ถูกต้อง
6. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและที่มีความพร้อมของกระบวนการรู้คิด ไม่มีความรู้สึกปวดและการบอกถึงความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้เชื่อถือไม่ได้	6. ไม่พบการรายงานใดที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกถึงความปวดน้อยกว่าผู้สูงอายุอื่นๆ ยอมรับในการบอกถึงความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินความปวดอย่างถูกต้องและเลือกใช้เครื่องมือประเมินให้เหมาะสม
7. การบอกถึงความปวดในผู้สูงอายุจะบอกมากกว่าความปวดที่เกิดขึ้นจริง	7. แม้ว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ความปวดแต่มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการบอกถึงความปวดต่ำและมีการปฏิเสธยาบรรเทาปวด จึง ควรให้ความสำคัญกับการประเมินและจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

จากความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุทำให้มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการประเมินความปวด และการตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย หากไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้น ก็จะไม่สามารถช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพขึ้นได้เลย ดังนั้นถ้าพยาบาลมีความเชื่อและทัศนคติในทางบวกก็จะมีการปฏิบัติในการจัดการความปวดที่ดีได้

1.6.3 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาความปวดเป็นอันดับต้นๆ บุคลากรทีมสุขภาพยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก การดูแลรักษาจะมุ่งเน้นที่การช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคและความเจ็บป่วย ไม่ได้ให้ความสำคัญว่าความปวดเป็นสิ่งที่ต้องป้องกันจัดการหรือควบคุมให้ได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547; McCaffery, 2001) แต่ในปัจจุบันได้สนใจกับปัญหาความปวดมากขึ้นโดย American Pain Society ได้กำหนดให้บุคลากรสุขภาพมีการบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 และองค์กรที่ทำหน้าที่ในการควบคุมและกำกับมาตรฐานของโรงพยาบาล (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO) ได้ให้มีการประสานความร่วมมือในสถานบันการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดมาตรฐานในการประเมินความปวด การจัดการความปวด และการบันทึกความปวด (Joint Commission, 2000 อ้างในวง

จันทร เพชรพิเชฐเชิธร, 2547; McCaffery, 2001) นอกจากนี้ ไบรเดนบาค (Bridenbaugh, 1997) ยังได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอีกว่า ยังมีปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการให้การรักษาที่ไม่ได้มีการพิจารณาอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ

1.7 การจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ พยาบาลต้องมีความรู้และมีวิจรรย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีในการจัดการความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง (ระดับความปวด < 4 หรือ ระดับคะแนนที่ผู้ป่วยยอมรับความปวดนั้นได้) (McCaffery & Pasero, 1999) เกิดความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน โดยที่การจัดการความปวดหลังผ่าตัดสามารถที่จะเลือกใช้วิธีการของแพทย์ วิธีการของพยาบาลโดยใช้บทบาทอิสระ หรือการใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันในการจัดการความปวด เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยสามารถให้การช่วยเหลือได้ดังนี้

1.7.1 การประเมินความปวด

การประเมินความปวดจัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการดูแลรักษาความปวด (สหทยา ไพบูลย์วรชาติ, 2547) สำหรับในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและยากมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น และบางรายยังมีภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด (Golgstein & Morrison, 2005) พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพผู้ดูแล ซึ่งอยู่ใกล้ชิดและเป็นบุคคลแรกที่ผู้ป่วยจะบอกกล่าวถึงความปวดที่เกิดขึ้น (ดุริณี ชุนหวัด, 2540) ซึ่งในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุจะต้องครอบคลุมในฐานองค์รวม (อรัญญา เชาวลิต และนิสา สออารีย์, 2545) ดังนั้นการประเมินความปวดในผู้สูงอายุประกอบด้วย

1.7.1.1 การซักประวัติ เพื่อให้การประเมินระดับความปวดมีความถูกต้องและแม่นยำ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) การซักประวัติทั่วไป เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับความปวด ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับความปวด ประสบการณ์ความปวด และวิธีการจัดการความปวดในอดีต การใช้ยาบรรเทาปวดและประวัติการแพ้ยา / ยาบรรเทาปวด ประวัติการใช้ยาในโรคเรื้อรังซึ่งจะมีผลต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาและยาบรรเทาปวดที่ใช้ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาปวด

2) ประวัติเกี่ยวกับความปวด เป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกปวด ซึ่งได้จากการซักถาม โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกเล่าถึงความปวดด้วยตนเอง การซักประวัติเกี่ยวกับความปวดประกอบด้วย ลักษณะของการปวด ระยะเวลาที่เริ่มปวด ความถี่ ความรุนแรง ตำแหน่ง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ความปวดลดลง ผลกระทบจากความปวด ประสิทธิภาพและการจัดการความปวดในอดีต วิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อลดความปวด เช่น การนวด การประคบร้อน/เย็น การสวดมนต์ภาวนา การใช้การผ่อนคลาย (สหัชยา ไพบูลย์วรชาติ, 2547; อร์ญญา เชาวลิต และนิสา สออารีย์, 2545; McDonald & Sterling, 1998 cited in Ardery, Herr, Titler, Sorofman, & Schmitt, 2003) ความคาดหวังต่อความปวดและความล้มเหลวต่อการใช้ยาบรรเทาปวด ความกลัวต่อการติดเชื้อ ความทนทานต่อยาหรือ ผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดยังมีผลต่อความเต็มใจในการใช้ยาบรรเทาปวด (Rakel & Herr, 2004)

1.7.1.2 การตรวจร่างกาย สามารถประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการตอบสนองทางพฤติกรรมดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสามารถใช้ในการประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัดได้ (Ardery et al., 2003; Rakle & Herr, 2004) โดยเมื่อร่างกายประสบกับความปวดจากการผ่าตัดซึ่งความปวดแบบเฉียบพลันจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) จะทำงานเด่นกว่าระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ เช่น เหงื่อออกมาก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อภาวะอารมณ์ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า ได้ (อร์ญญา เชาวลิต และนิสา สออารีย์, 2545; Ardery et al., 2003; Rakle & Herr, 2004)

2) การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการสื่อสาร และการรับรู้ลดลง ดังนั้นจึงสามารถประเมินความปวดจากพฤติกรรมได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ (Ardery et al., 2003; Rakle & Herr, 2004)

ก) พฤติกรรมแสดงออกโดยไม่ใช้คำพูด เช่น กระสับกระส่าย กระวนกระวาย กระพริบตาบ่อยๆ โยกตัว หงุดหงิด เขย่าเตียง จับไม้กั้นเตียงแน่น ประคองบริเวณแผลผ่าตัด เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ ถอนหายใจ

ข) พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น ร้องเสียงครวญคราง ร้องไห้ ร้องคร่ำครวญ ตะโกน ตะคอก

ค) การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ขมวดคิ้ว หุบขากรไกร นอนอ้าปากกว้าง ขมวดคิ้วพร้อมกับปิดตาแน่น กัดฟัน หน้าบิดเบี้ยว หน้านิ้วคิ้วขมวด ย่นหน้าผาก

ง) การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว เริ่มสับสน แยกตัว การเคลื่อนไหวผิดปกติ การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป เหนื่อยล้า เรียกร้องความสนใจ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป ไม่ยอมรับประทานอาหาร สับสนมากขึ้น ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการประเมินความปวดในผู้สูงอายุจะเกิดประสิทธิภาพได้ เมื่อมีการประเมินระดับความปวดที่มีความแม่นยำ ผู้สูงอายุควรได้รับการสอนวิธีการบอกถึงความปวดอย่างถูกต้อง รวมทั้งมีความเข้าใจในวิธีการใช้เครื่องมือประเมินความปวด และบุคลากรทีมสุขภาพควรใช้วิธีประเมินความปวดชนิดเดียวกันตลอดระยะเวลาการดูแล (เจือกุล อโนธรมณ์, 2545; Wilkie, Williams, Grevstad, & Mekwa, 1995 cited in Ardery et al., 2003) นอกจากนี้การให้ความรู้และข้อมูลแก่ครอบครัวและผู้ดูแลยังเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ให้นั้นควรเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การฝึกทักษะในการดูแลให้เกิดความชำนาญ และช่วยในการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัด และการใช้ยาบรรเทาปวดได้

1.7.1.3 เครื่องมือประเมินความรุนแรงความปวด อาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล การวัดระดับความปวดโดยการรายงานจากตัวผู้ป่วยเอง จะแสดงถึงความน่าเชื่อถือมากที่สุด (พงศ์การดี เจาตะเกษตริน, 2547) มาตรฐานที่ใช้ได้ง่ายในผู้สูงอายุ คือ มาตรฐานวัดความปวดแบบมิตติเดียว ซึ่งแม้แต่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิดยังสามารถรายงานถึงระดับความเจ็บปวดของตัวเองได้ (Rakel & Herr, 2004) เครื่องมือที่ใช้มีหลายวิธี คือ

1) มาตรฐานวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) เป็นมาตรฐานที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายเส้นตรงด้านซ้ายมือสุดมีข้อความว่า "ไม่ปวดเลย" ส่วนทางด้านขวามือสุดมีข้อความว่า "ปวดมากที่สุดตามที่นึกได้" วิธีใช้ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรง แล้วนำมาวัดความยาวเป็นมิลลิเมตรเพื่อประเมินค่าความเจ็บปวด การใช้มาตรวัดชนิดนี้มีความเชื่อถือได้สูง แต่ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุเนื่องจากมีปัญหาด้านการมองเห็นและเข้าใจยาก มักไม่นิยมใช้ในงานวิจัย (Briggs, 2002 ; Herr, 2005 & Gagliese, Weizblit, Ellis, & Chan, 2005)



รูปที่ 1 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS)

2) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale : NRS) เป็นมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง ที่มีตัวเลขแสดงระดับความปวดบนเส้นตรง โดยแบ่งเป็นสเกลตั้งแต่ 0-10 หรือ 0-100 เริ่มจากซ้ายมือสุดคือ 0 หมายถึง "ไม่ปวดเลย" ปลายเส้นตรงขวามือสุดคือ 10 หมายถึง "ปวดมากที่สุดที่จินตนาการได้" วิธีการประเมินวิธีนี้สามารถใช้เป็นการพูด (ตัวเลข) แทนเส้นตรงเป็นวิธีที่ใช้ได้ง่าย ให้ผลสม่ำเสมอ ใช้มากที่สุดในทางคลินิก และใช้ได้กับผู้ป่วยทุกวัย ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด (Herr, 2005)



รูปที่ 2 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS)

3) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal descriptor scale: VDS) เป็นการจัดลำดับคุณภาพของความปวด โดยใช้คำพูดบอกเล่าระดับความปวด เช่น ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย รวดเร็ว สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด และ ผู้ที่มีความพร่องทางสายตา (Taylor & Herr, 2003 cited in Herr, 2005)

- 0 - ไม่ปวดเลย
- 1 - ปวดเล็กน้อย
- 2 - ปวดปานกลาง
- 3 - ปวดมาก
- 4 - ปวดมากที่สุด
- 5 - ปวดมากจนทนไม่ได้

4) มาตรวัดความปวดรูปหน้า (Faces pain scale) เป็นมาตรวัดโดยมีการเรียงลำดับภาพการ์ตูน 6 หน้า โดยภาพแรกจะเป็นภาพการ์ตูนยิ้ม หมายถึงไม่มีความปวดเลย จากนั้นภาพจะค่อย ๆ เปลี่ยนไปจนกระทั่งถึงภาพสุดท้ายเป็นภาพการ์ตูนที่แสดงสีหน้าทุกข์ ร้องไห้

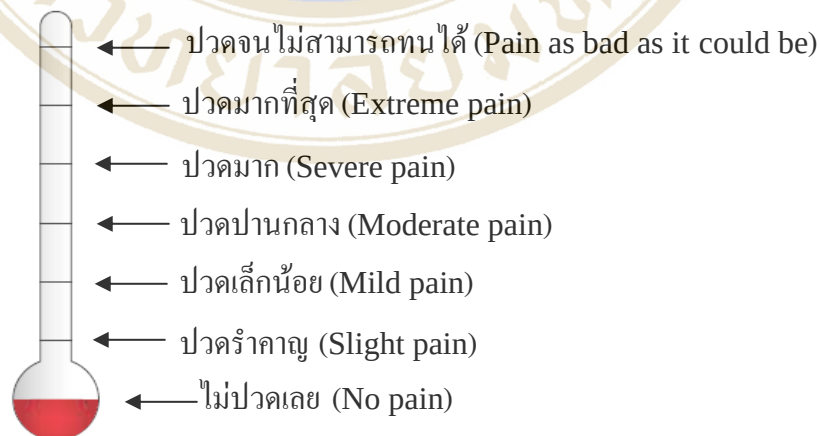
หมายถึง ปวดมากที่สุดจนกระทั่งร้องไห้ และมีการแสดงคะแนนจาก 0-10 ภายใต้อุปหน้า ซึ่งเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Wong Baker Faces Pain Scale (Wong & Baker cited in Vutiso, 2007) ให้ผู้ป่วยเลือกหน้าที่คิดว่าใกล้เคียงกับความรู้สึกปวดมากที่สุดในขณะนั้น มาตรวัดชนิดนี้มีความเที่ยงและความตรงในการวัดระดับความเจ็บปวด เหมาะที่จะใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Herr, 2005)



รูปที่ 3 มาตรวัดความปวดรูปหน้า (Face pain scales: FPS)

ที่มา: Balducci, 2003 ([http:// www.supportiveoncology.net/journal/articles/0103178](http://www.supportiveoncology.net/journal/articles/0103178))

5) มาตรวัดความปวดแบบเทอร์โมมิเตอร์ (Pain thermometer) เป็นมาตรวัดที่มีค่าความหมายตามมาตรวัดความปวดด้วยวาจา โดยเครื่องมือมีลักษณะเป็นเส้นตรงรูปปรอทแนวดิ่ง ซึ่งเครื่องมือชนิดนี้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิดในระดับปานกลางถึงรุนแรง



รูปที่ 4 มาตรวัดความปวดแบบเทอร์โมมิเตอร์ (Pain thermometer)

ที่มา : Balducci, 2003 ([http:// www.supportiveoncology.net/journal/articles/0103178](http://www.supportiveoncology.net/journal/articles/0103178))

สรุปได้ว่า การประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ ต้องมีการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม ซึ่งแม้แต่ผู้สูงอายุที่มีความพร่องของการรู้คิดยังสามารถรายงานความปวดด้วยตนเองได้ โดยการใช้เครื่องมือประเมินความปวดชนิดมาตรวัดความ

ปวดด้วยวาจา มาตรการความปวดแบบเทอร์โมมิเตอร์ และมาตรการความปวดรูปหน้า และให้คำอธิบายซ้ำๆ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการได้ยินและการมองเห็น ควรอธิบายในลักษณะของการเผชิญหน้า พูดซ้ำๆ น้ำเสียงปกติ ลดการใช้เสียงสูง มีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดยมีการเขียนข้อความให้ชัดเจน (AGS, 1998 cited in Arday et al., 2003) โดยใช้ตัวหนังสือขนาด 14 (ภาษาอังกฤษ) เว้นช่องว่างให้พอเหมาะ ใช้กระดาษไม่สะท้อนแสง ผู้สูงอายุที่มีแว่นให้สวมแว่น ใส่เครื่องช่วยฟังในรายที่มีเครื่องช่วยฟัง และมีการใช้ระยะเวลาในการตอบคำถามอย่างเพียงพอ

1.7.2 การจัดการความปวด

ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุ และยังมีผลต่อการจัดการทำกิจวัตรประจำวันอีกด้วย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนการทำหน้าที่ของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง และส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ปัจจุบันมีการพัฒนาความรู้และความก้าวหน้าในเรื่องของยาบรรเทาปวดตลอดจนวิธีการบริหารยาไปอย่างมาก การจัดการความปวดหลังผ่าตัดมี 2 วิธี คือ

1.7.2.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยา

การจัดการความปวดโดยใช้ยาบรรเทาปวดเป็นหลักสำคัญในการรักษาความปวดหลังผ่าตัด แต่จากการศึกษาของราเคิลและเฮร์ (Rakle & Herr, 2004) พบว่าพยาบาลจะให้ยาบรรเทาปวดในผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย และมีการใช้ยาระงับปวดเพียงร้อยละ 24 ถึงร้อยละ 25 เท่านั้นในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากกลัวอาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดโดยเฉพาะยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ซึ่งยาบรรเทาปวดที่ใช้ในผู้สูงอายุ มีหลายกลุ่ม ดังนี้ (ซัชชัย ปรีชาไว, 2549; บุญเลิศ คงคามิ, 2544; วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2540; Balducci, 2003; Goldstein & Morrison, 2005)

1) ยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์ (Non-opioid) เช่น อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) เอนเซด (NSAID) และคอกกู่ ซีเล็คทีฟ เอนเซด (COX-2 selective NSAID) เป็นยาบรรเทาปวดชนิดไม่มีโอปิออยด์ (Non-opioid) เป็นยาที่ใช้บรรเทาปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถนำมาใช้ร่วมกับยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ในการบรรเทาปวดรุนแรงได้ มีการศึกษาจำนวนมากที่สนับสนุนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้ว่ามีประโยชน์ในการรักษามากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับยาชนิดอื่น ซึ่งเรียกว่า มัลติโมดอล เอนาลจีเซีย (multimodal analgesia) ซึ่งจะเพิ่มคุณสมบัติของยาในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ เช่น การใช้ยาในกลุ่มนอนโอปิออยด์ (Non-opioid) ร่วมกับยาในกลุ่ม โอปิออยด์ (opioids) จะทำให้บรรเทาความปวดลงได้ดีมากกว่าการใช้

ยาเพื่ยงลำพังชนิดเดียว และสามารถลดความต้องการยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ลงได้ถึงร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 70 (บุญเลิศ คงคามิ, 2544; Rakle & Herr, 2004) รายละเอียดของยามีดังนี้

ก) อะเซตามิโนเฟนหรือพาราเซตามอล (Acetaminophen/Paracetamol) เป็นยาบรรเทาปวดที่ค่อนข้างปลอดภัย ซึ่งมีฤทธิ์แก้ปวดและลดไข้แต่ไม่มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบอ่อนมาก ใช้ได้ผลสำหรับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางซึ่งสามารถยับยั้งการสังเคราะห์พรอสตาแกรนดิน (prostaglandin synthesis) แต่ที่ระบบประสาทส่วนปลายยาไม่มีฤทธิ์ยับยั้งน้อยมาก จึงใช้เป็นยาต้านการอักเสบไม่ได้ ยานี้มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาในกลุ่ม NSAID โดยมีต่อระบบทางเดินอาหารน้อย ไม่มีผลต่อการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด ขนาดที่เหมาะสมในการใช้คือ 15-20 มิลลิกรัม ต่อ น้ำหนักตัว ให้ทุก 4-6 ชั่วโมง ไม่ควรให้เกิน 4 กรัมต่อวัน ยานี้จะมีพิษต่อตับ ดังนั้นควรมีความระมัดระวังในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ (Arderly et al., 2003; Rakle & Herr, 2004)

ข) เอนเซด (NSAID) เป็นยาที่มีฤทธิ์ลดปวด ลดไข้และบรรเทาอาการอักเสบ จะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนปลายบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ มักใช้รักษาอาการอักเสบ เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และยังสามารถอาการปวดอื่นๆ เช่น ปวดประจำเดือน ปวดศีรษะ ปวดจากมะเร็งกระจายมาที่กระดูก และยังสามารถลดอาการปวดเล็กน้อยจนถึงปานกลาง ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีกลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่ายับยั้งการสร้างไซโคลออกซีจีเนส (cyclooxygenase: cox) ชนิด 1 และ 2 ซึ่งจะช่วยลดการสร้างสารสื่อประสาทที่ตอบสนองต่อภาวะการอักเสบ ซึ่งการลดการตอบสนองต่อการอักเสบของเอนเซด (NSAID) จะช่วยลดการกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดส่วนปลาย (peripheral nociception) ยาในกลุ่มนี้ เช่น แอสไพริน (aspirin) ไอบรูโพรเฟน (ibuprofen) ไพโรกซิแคม (piroxicam) ไดโคลฟีแนค (diclofenac) อินโดเมธาซิน (indomethacin)

การใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้สูงอายุควรมีความระมัดระวังเนื่องจากมีผลข้างเคียงต่อหลายระบบเช่น ทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร โดยเป็นผลมาจากการยับยั้งการทำงานของเกร็ดเลือด เกิดภาวะหลอดเลือดตีบได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดหอบจะมีอาการรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ปวดศีรษะ มึนงง หูอื้อ ชิมเศร้า นอนไม่หลับ ผลข้างเคียงต่อไตโดยเฉพาะคนที่มีความเสี่ยงของการทำงานของไต ซึ่งยาอาจทำให้เกิดไตวายได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา เช่น การใช้ยาโพรเบนเนซิด (probenecid) ยับยั้งการขับถ่าย เอนเซด (NSAID) หลายตัวออกทางหลอดเลือดฝอย เป็นต้น

2) ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เป็นยาในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น เป็นยาหลักที่ใช้อย่างกว้างขวางในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในระดับปานกลางถึงรุนแรง กลไกการออกฤทธิ์จะไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) ในส่วนต่าง ๆ ของสมอง และไขสันหลัง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และอารมณ์ ตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) แบ่งได้เป็น 4 ชนิด คือ มิว (μ) เคปป้า (κ) ซิกมา (σ) และเดลต้า (δ) แต่ละชนิดมีสารชนิดย่อยไปจับอยู่กับตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) ยากลุ่มที่มีสารเสพติดมีฤทธิ์กระตุ้นตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) โดยเฉพาะจะจับกับมิวรีเซปเตอร์ (μ receptor) ซึ่งทำให้เกิดการกดหายใจ ลดการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ทำให้รู้สึกสบายหรือเคลิบเคลิ้ม สำหรับในผู้สูงอายุจะมีความไวต่อผลของยากลุ่มยาที่มีสารเสพติด และช่วงเวลาการออกฤทธิ์ของยาจะนาน เพราะผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่อเมตาบอลิซึม การกระจายของยา และการขับยาออกจากร่างกาย ได้ช้าลง (Gordon, 1999) ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบริหารยาระดับปวดในผู้สูงอายุควรให้ยาขนาดน้อยๆ และ มีการปรับขนาดยาอย่างช้า ๆ โดยการใช้โอปิออยด์ครั้งแรกแนะนำให้ใช้ขนาดต่ำกว่าที่ให้ในผู้ที่มีอายุน้อย 25 – 50 % และให้เพิ่มขึ้นช้า ๆ โดยครั้งละ 25 % และเพิ่มจนกระทั่งถึง 50 % จึงสามารถลดความปวดลงจนผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Barnett & Cohen, 2003; Herr, Bjoro, Steffensmeier, & Rakle, 2006; Young, 1999) ยาในกลุ่มนี้แบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

ก) ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid) เป็นยาที่ใช้รักษาความปวดระดับปานกลาง ที่นิยมใช้ ได้แก่ โคเดอีน (codeine) เด็กซ์โทรโพรพอกซีเฟน (dextropropoxyphene) ทรามาดอล (tramadol) หรือ อุลแตม (Ultram) ยากลุ่มนี้กดการหายใจน้อยในผู้สูงอายุ แต่อาการข้างเคียงเช่นคลื่นไส้ อาเจียนเกิดขึ้นได้มาก แนะนำให้ใช้ขนาดน้อย ๆ (25-50 มิลลิกรัมต่อวัน) ให้ใช้ใน 2-3 วันแรก และไม่ควรใช้มากกว่า 300 มิลลิกรัม ต่อวันในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (Pasero & McCaffery, 1999 cited in Arderly et al., 2003)

ข) ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์รุนแรง (strong opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) และเฟนทานิล (fentanyl) เป็นยากลุ่มมิวโกนิส (μ agonist) นิยมใช้มากที่สุดในการบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้สูงอายุ

- มอร์ฟีน (morphine) เป็นยากลุ่มมิวโกนิส (μ agonist) นิยมใช้มากที่สุดในการบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้สูงอายุ มีค่าครึ่งชีวิตสั้น วิธีการบริหารยา สามารถให้ได้ทั้งวิธีรับประทาน ฉีดได้ผิวหนัง ชักกล้ามเนื้อ ทางหลอดเลือดดำ ทางไขสันหลัง ยาจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับเป็นส่วนใหญ่ และถูกขับออกทางไต ดังนั้นในผู้สูงอายุที่ไตทำหน้าที่

เสื่อมลง อาจเกิดความเสี่ยงต่อการสะสมยาในร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางได้เช่น การกระตุกของกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน

- เฟนทานิล (fentanyl) เป็นสารเสพติดสังเคราะห์ที่ละลายได้ดี ในไขมัน มีความแรงมากกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า การบริหารยาเฟนทานิล (fentanyl) นิยมใช้โดยให้ผู้ป่วย ควบคุมยาด้วยตนเอง (Fentanyl PCA) ซึ่งจะสามารถช่วยลดการเกิดภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด และปัสสาวะคั่ง (Herrick, 1996 cited by Ardery et al., 2003) แต่อย่างไรก็ตามการบริหารยาเฟนทานิล (fentanyl) ทางหลอดเลือดดำจะส่งผลทำให้เกิดอาการง่วงซึมได้เป็นระยะเวลา นานและกดการหายใจได้ ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาการหายใจช้าลง (หายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง / นาที) ร่วมกับอาการง่วงซึม ให้สงสัยว่ามีภาวะการกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก การกระตุกของกล้ามเนื้อ ปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง อาการคันตามร่างกายจากการหลั่งสารฮิสตามีน (histamine) และภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) (Young, 1999; Herr et al., 2006)

ดังนั้นในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการหายใจและอาการง่วงซึม (respiratory depression and sedation) ทุก 1 – 2 ชั่วโมง อย่างน้อย 24 ชั่วโมงแรกของการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999) โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994 cited in Pasero, Rakle, & McCaffery, 2005) ดังนี้

S = หลับ ปลุกตื่นง่าย

1 = ตื่น รู้สึกตัวดี

2 = ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย

3 = ง่วงซึมมาก หลับขณะสนทนา

4 = ง่วงหลับ มีการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นน้อย

หรือไม่มีเลย

ระดับความรู้สึกตัวระดับ S ถึง 2 จะเป็นระดับความรู้สึกตัวที่มีความปลอดภัยในการเพิ่มขนาดของยาในกลุ่มโอปิออยด์

ถ้าระดับความรู้สึกตัวระดับ 3 จำเป็นต้องลดขนาดของยาในกลุ่มโอปิออยด์ลงเหลือเพียงร้อยละ 25 – 50 และใช้ยาในกลุ่มอื่นเสริม เช่น ยาในกลุ่ม เอนเซด (NSAID)

ถ้าระดับความรู้สึกตัวระดับ 4 จำเป็นต้องลดขนาดยาในกลุ่มโอปิออยด์ และพิจารณาบริหารยานาล็อกโซน (naloxone) เพื่อให้ระดับความรู้สึกตัวกลับคืน และเพิ่มการใช้ยาอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือยาในกลุ่ม เอนเซด (NSAID) ในการควบคุมความปวด

3) ยาบรรเทาปวดที่ไม่ควรนำมาใช้กับผู้สูงอายุ มีดังนี้

ก) เมบเพอริดีน / ไดเมอร์อล / เพทิดีน (meperidine / dimerol / pethidine) เมื่อร่างกายได้รับยาเมบเพอริดีน (meperidine) จะเกิดการเผาผลาญยา อยู่ในรูปของนอร์เมบเพอริดีน (normeperidine) ซึ่งทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่นภาวะหัวใจล้มเหลว ไตทำหน้าที่บกพร่อง และนอร์เมบเพอริดีน (normeperidine) ยังกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ สับสน สั่น ชัก และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Ardery, et al., 2003; Rakel & Herr, 2004)

ข) โพรพอกซีเฟน (propoxyphene / darvon / darvocet) ภายหลังการเผาผลาญจะได้ยาในรูปของนอร์โพรพอกซีเฟน (norpropoxyphene) ซึ่งจะถูกขับออกทางไต ไม่มีผลในการรักษาอาการปวดมากไปกว่ายาแอสไพริน (aspirin) หรือพาราเซตามอล (paracetamol) มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเดินเซ เวียนศีรษะ ชัก ไตทำงานได้น้อยลง กดการหายใจ และหัวใจเต้นผิดปกติ (Cavalieri, 2005; Venkateswaran, 2006)

ค) เมธาโดน (methadone) เป็นสารเสพติดสังเคราะห์ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาวนาน ยาถูกสะสมในเลือด ทำให้มีการปรับขนาดยาก่อนข้างยาก จึงไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ

ง) เพ็นตาโซซีน (pentazocine) และ บูพรีนอร์ฟิน (buprenex) เป็นยาที่ต่อต้านการออกฤทธิ์ของมอร์ฟิน ทำให้มีผลในการลดอาการปวดแม้ว่าจะใช้ขนาดที่สูง นอกจากนี้ยังมีผลต่อทางด้านจิตใจ เกิดภาวะสับสนได้ เพ็นตาโซซีน (pentazocine) ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดสมองเสื่อม และอาการกระวนกระวายได้ในผู้สูงอายุ (APS, 1999; Ferrell, 1995 cited in Ardery et al., 2003)

จ) เบนโซไดอะซีพรีน (benzodiazepines) ช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลดความวิตกกังวล และถ้าใช้ในขนาดที่สูงจะทำให้เกิดอาการหลงลืมได้ ยาชนิดนี้ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน ควรเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น ออลปราโซแลม (alprazolam) โลราซีแพม (lorazepam) เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม และการเพ้อคลั่งได้ (Pasero et al., 1999; Ray, Griffin, & Downey, 1989 cited in Ardery et al., 2003)

1.7.2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่ใช้ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องนั้นมีหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์และภูมิหลังของผู้ป่วยแต่ละราย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2550) ซึ่งการใช้วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นการจัดการที่พยาบาลปฏิบัติได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องมีคำสั่งแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้ลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง โดยใช้ร่วมกับการใช้ยาจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดได้ดีมากขึ้น ลดจำนวนครั้งของการใช้

ยาบรรเทาปวด ลดผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด รวมทั้งยังสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความวิตกกังวลลงได้ และยังเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย (อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, 2549; Ardery et al., 2003; Cavalieri, 2005; Mobily & Herr, 2001) ซึ่งมีหลากหลายวิธีที่สามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมหรือตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ด้านสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยยังสามารถลดแสงและเสียงได้ จัดให้มีความเป็นส่วนตัวให้กับผู้ป่วย มีการจำกัดผู้เข้าเยี่ยมตามที่ผู้ป่วยต้องการ การเปลี่ยนอิริยาบถก็มีส่วนช่วยในการลดความเจ็บปวด แม้ในช่วงขณะที่นอนพักไม่เคลื่อนไหวร่างกายก็สามารถลดความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายได้ วิธีการไม่ใช้ยามีดังนี้

1) การให้ข้อมูล / ความรู้ (information / education) ที่ถูกต้องก่อนได้รับการผ่าตัด เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกละเหตุการณืที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล และยังช่วยเพิ่มความอดทนต่อความปวด (เจือกุล อโนธรมณ์, 2546; นวลสกุล แก้วลาย, 2545; สุกัญญา พัทวี, 2541) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกล ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งลินและวอง (Lin & Wang, 2005) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับความปวดที่เกิดจากการผ่าตัดช่องท้อง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ทักษะคิดต่อความปวด และความปวดหลังผ่าตัด โดยการศึกษาความรู้ก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองในระยะก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลลดลง และมีทักษะที่ดีต่อความปวด ส่วนความปวดหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง และความปวดสูงสุดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดมีระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทาง การหายใจลึก การไอ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในสถานการณ์เดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รวมทั้งสามารถลดจากเตียงได้ในวันที่ 1-5 หลังผ่าตัด ส่วนระยะวันนอนโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 1.00$)

2) การนวด (Massage) การนวดผิวหนังเป็นการช่วยลดความปวดในหลาย ๆ ทาง ซึ่งจะช่วยให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ช่วยเพิ่มการขับของเสียออกจากร่างกาย กระตุ้นเส้นใยประสาทรับความรู้สึกขนาดใหญ่ให้เกิดการยับยั้งการส่งกระแสความรู้สึกปวดผ่านไปยังสมอง การนวดยังกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนโดर्फิน (endorphine) และเอนเคฟาลิน (enkephalin) ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อ การสัมผัสในขณะที่ทำการนวดจะทำให้เกิดความสุขสบายและลดความวิตกกังวล จึงทำให้ลดความปวดลงได้ ตำแหน่งที่นิยมนวด คือบริเวณหลังและไหล่ แต่อาจมีการนวดมือและเท้าเพิ่มขึ้นได้ การนวดเป็นวิธีที่ใช้ในการลดความปวด ครอบครัว

และผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติเพื่อใช้ในการดูแลได้ ข้อห้ามในการนวด คือ ไม่นวดบริเวณที่มีกระดูกหักหรือเคลื่อน หลอดเลือดดำอักเสบ ตำแหน่งที่มีบาดแผล มีการติดเชื้อ ก้อนมะเร็ง โรคผิวหนัง ขณะมีไข้ และภาวะเลือดออกง่าย (นิสา สออารีย์, 2546; Ardery et al., 2003; Mobily & Herr, 2001) จากการศึกษาของพัฒนา วงษ์ดารา (Wongdara, 2004) ศึกษาถึงผลการนวดเฉพาะที่ต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดเฉพาะที่มีระดับความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เวลา 7, 15, 45, 75, 105, 135 นาทีตามลำดับ ($p < 0.01$) และผู้ป่วยที่ได้รับการนวดเฉพาะที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีความพึงพอใจต่อการนวดในระดับมาก

3) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) เป็นเทคนิคหนึ่งของการปรับพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายจะช่วยลดความวิตกกังวล ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ขณะเดียวกันยังช่วยลดการใช้ยาบรรเทาปวด ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Flaherty & Fitzpatrick, 1978 cited in Stevensen, 1995 & Good et al., 1999) การฝึกการใช้เทคนิคการผ่อนคลายก่อนผ่าตัดจะทำให้ลดความไม่สุขสบายซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ จามรمان (2532) ได้ศึกษาถึงผลของการผ่อนคลายต่อการลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายมีคะแนนความปวดและความทุกข์ทรมาน ในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด และมีจำนวนครั้งของการใช้ยาบรรเทาปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย ($p < 0.05$) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยของวรณยุพา รอยกุลเจริญ และก๊อด (Roykulcharoen & Good, 2004) ที่ได้ศึกษาถึงการใช้เทคนิคการผ่อนคลายทั่วร่างกายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่ากลุ่มที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายมีความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่มีผลต่อความวิตกกังวลและการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ ส่วนไพทฤษฎ์ วุฒิส (Vutiso, 2007) ได้ศึกษาถึงผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อต่อความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในแต่ละช่วงเวลาภายในทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่การใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก๊อดและคณะ (Good et al., 1999) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายชนิด Jaw relaxation การใช้ดนตรี และการใช้ 2 วิธี ร่วมกันในการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ในช่วงหลังลุกเดินและหลังพักภายหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่

ได้รับการปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 3 กลุ่ม มีระดับความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.028-0.000$) แต่ไม่มีผลต่อความปวดภายหลังการลูกเดิน

4) ดนตรีบำบัด (Music) ดนตรีมีอิทธิพลต่อจิตใจในคนทุกคนที่ได้สัมผัส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด จินตนาการและสติปัญญา ดนตรีสามารถปลดปล่อยหรือควบคุมอารมณ์ได้ในเวลาเดียวกัน โดยเสียงดนตรีที่ได้ยินจะทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของเส้นประสาท และส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นสมองส่วนทาลามัส (thalamus) ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึก และระบบเรติคิวลาร์ (reticular system) ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติลดลง ทำให้มีการหลั่งแอดรีนาลิน (adrenalin) ลดลง ลดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย ลดความเหนื่อยล้าและหลับได้ง่ายมากขึ้น ส่วนการรับรู้เสียงดนตรีที่สมองใหญ่ ส่งผลให้รู้สึกเพลิดเพลิน กระตุ้นให้มีการหลั่งเอนโดर्फิน (endorphine) จากต่อมใต้สมอง มีผลให้ความวิตกกังวลลดลง มีการศึกษาจำนวนมากที่ใช้ดนตรีบำบัดในการลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความปวด เป็นต้น จากการศึกษาของกู๊ด (Good, 1995) ได้ศึกษาถึงการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้ดนตรี ในการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้ดนตรีมีความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะ ใน 2 วันหลังผ่าตัด แต่ไม่มีความแตกต่างกันของความปวดทุกกลุ่ม ส่วนกู๊ดและคณะ (Good et al., 2001) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้ดนตรีและการใช้ 2 วิธีร่วมกันในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้ดนตรี มีความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันของความปวดในแต่ละกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม

5) การสัมผัส (Touch) เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่โดยตรง ทำให้เกิดการกระตุ้นเอสจีเซลล์ (SG cell) ในไขสันหลังให้ทำงาน ยับยั้งการทำงานของ ทีเซลล์ (T cell) ทำให้ประจูปิดไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง และยังมีผลให้กล้ามเนื้อเกิดการคลายตัว การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบริเวณแผลผ่าตัดดีขึ้น ลดการกั๊กค้างของของเสียจากการเผาผลาญ ซึ่งวิธีการ ได้แก่ การจับมือ แขน หรืออุบเบา ๆ ที่มือและ แขนของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ต้องเตรียมเครื่องมือใด ๆ (Douchring, 1989 อ้างใน สดกัญญา พัทวี, 2541) นอกจากนี้การสัมผัสยังช่วยเสริมสร้างให้เกิดความมั่นใจ อบอุ่นใจ สร้างสัมพันธภาพ และยังช่วยลดความกลัวความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Hudak, Gallo, & Morton, 1990)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการนำเอาเทคนิคต่างๆมาใช้ร่วมกัน เช่น กู๊ดและคณะ (Good et al., 1999) ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคผ่อนคลายชนิด Jaw relaxation การใช้ดนตรี และการใช้ 2 วิธีร่วมกันในการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในช่วงระหว่างลุกเดินและช่วงพักหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้ 2 วิธีร่วมกันจะมีความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018-0.000$) และมีความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มใช้เทคนิคผ่อนคลาย jaw relaxation และกลุ่มใช้ดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.022 - 0.000$) การศึกษาของกู๊ดและคณะ (Good et al., 2001) ซึ่งได้ศึกษาถึงการใช้นิเทศผ่อนคลายและการใช้ดนตรีร่วมกันในการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความปวดและความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันของความปวดในแต่ละกลุ่มทดลอง นอกจากนี้กู๊ดและคณะ (Good et al., 2005) ยังศึกษาการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ ผลการศึกษาพบว่าความปวดแผลผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมในระยะพักมีความปวดทุกข์ทรมานหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p=0.024-0.001$) ส่วนขวัญจิต โอชุม (2549) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดรวมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดที่เน้นการฟังดนตรีน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนความปวดภายหลังการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

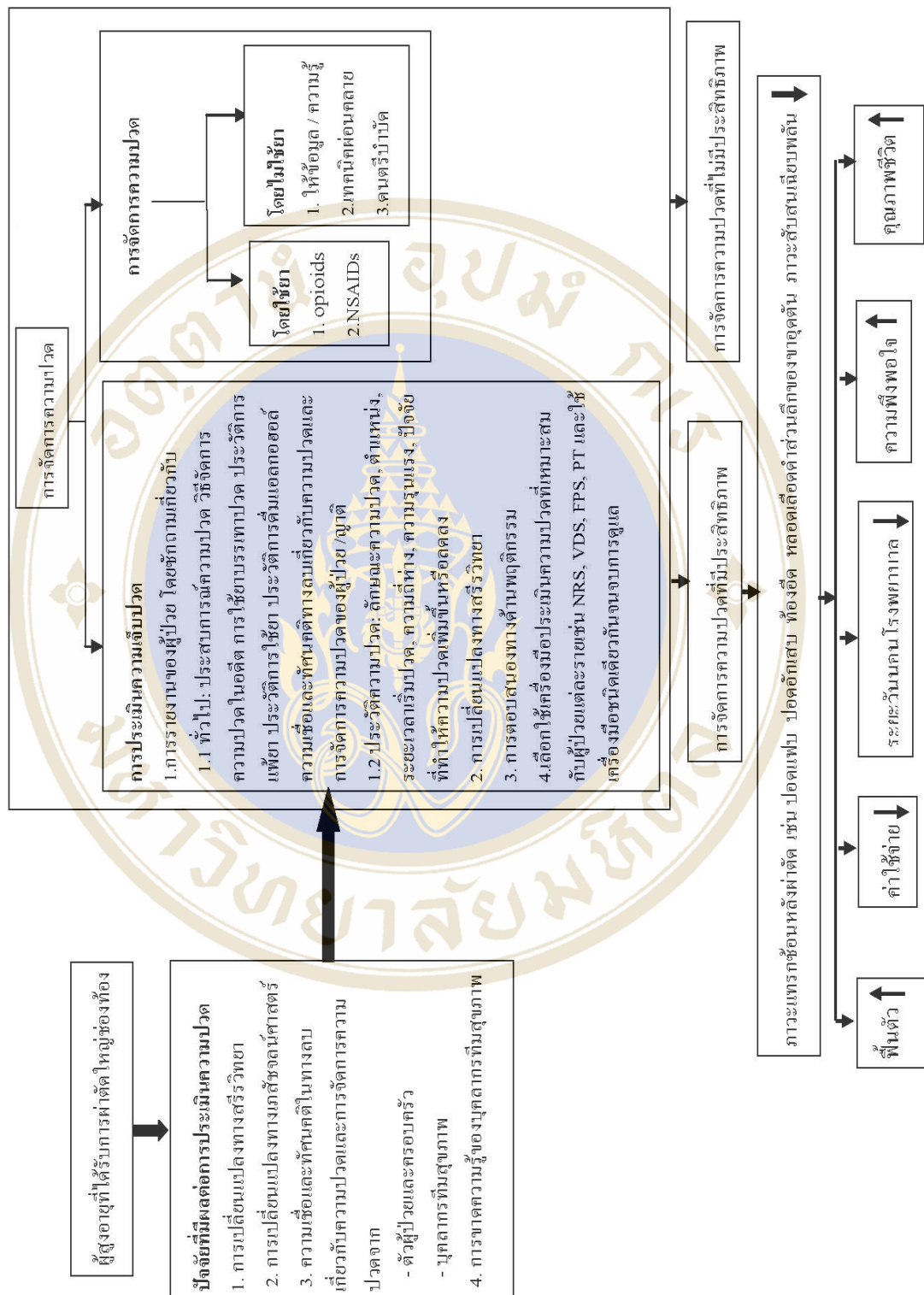
สรุปได้ว่าวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาขอเสนอว่าควรใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้ดนตรี หรือใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับดนตรี ซึ่งการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับดนตรีจะให้ผลการลดความปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการใช้เพียงวิธีเดียว แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสนใจของผู้ป่วย และการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ความสามารถของบุคลากรพยาบาล โดยนำมาใช้ร่วมกับวิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยา เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. กรอบแนวคิดของการศึกษา

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและยากในการประเมินและการจัดการความปวด ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรค เช่น ความเสื่อมของร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามกระบวนการ

การชรา การมีโรคเรื้อรังเกิดขึ้น ทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา การเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ ความเชื่อและทัศนคติทางลบเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยและญาติ บุคลากรทีมสุขภาพ รวมถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ปัจจัยดังกล่าวทำให้การประเมินและการจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย เช่น ท้องอืด ปอดแฟบ ปอดอักเสบ เส้นเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ฯลฯ มีผลให้ระยะวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เกิดความไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และมีคุณภาพชีวิตลดลง

ดังนั้นการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้ ถ้ามีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ ที่ประกอบด้วยการประเมินความปวดแผลผ่าตัดอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ โดยประเมินจากการบอกถึงความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบด้วยตำแหน่ง ลักษณะความปวด เวลาที่เริ่มปวด ช่วงเวลาที่ปวด ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มหรือลดลง การประเมินจากการแสดงออกทางพฤติกรรม และการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยที่การประเมินความปวดต้องมีการเลือกใช้วิธีและเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข มาตรวัดความปวดด้วยวาจา มาตรวัดความปวดรูปหน้า และใช้เครื่องมือประเมินความปวดชนิดเดียวกันจนจบการรักษา และให้เวลาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและให้ความร่วมมือในการจัดการความปวด ส่วนการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยการบรรเทาปวดโดยวิธีใช้ยา เช่น ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) กลุ่มนอนโอปิออยด์ (non-opioids) และการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้เทคนิคผ่อนคลายและการใช้ดนตรีในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และควรมีการบันทึกความปวดและการรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ผลของการให้การจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็ว ลดระยะวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ดังรูปที่ 5)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของห้อง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการดำเนินการ

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของ ซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนดำเนินงาน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ มีการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษา ทั้ง Systematic research review ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ Spiral model ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นรูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเกลียวไม่หยุดนิ่ง (Dynamic with a spiraling movement) และขั้นตอนในการพัฒนาจะมีความสัมพันธ์กันทั้งในกระบวนการคิดและสังเคราะห์ รวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนวิธีการปฏิบัติพยาบาลทุกขั้นตอน สามารถที่จะมีการพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุดและต่อเนื่องสำหรับผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) โดยเป็นปัญหาที่พบบ่อยจากประสบการณ์ในการทำงาน

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered) ได้จากการศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน

ข้อมูลจากทั้ง 2 แหล่งนี้ สามารถนำมารวบรวมกันเป็นประเด็นปัญหาเพื่อนำมาสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

2. ระยะการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence supported phase) ทั้งจากงานวิจัย ประสบการณ์ ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติที่มีผู้สร้างไว้ เพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีและเหมาะสมที่สุดนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาที่มีอยู่จริงได้

3. ให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (Evidence observed phase)

เป็นระยะของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ และประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ นำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

4. ระยะเวลาการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

เป็นระยะของการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ จากข้อมูลที่ได้ในระยะเวลาการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) และระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติ และวางแผนดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติรูปแบบใหม่ มีการประเมินผลเป็นระยะๆ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลขึ้น จากนั้นนำไปผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้งหมด 5 ท่าน เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน แต่ไม่ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (try out) ในหน่วยงาน แต่มีการวางแผนที่จะนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 และวางแผนดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติในรูปแบบใหม่ในระยะที่ 4

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้ศึกษาเลือกใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของซูกัพ (Soukup, 2000) ซึ่งมีขั้นตอนทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหา (Evidence triggered phase)

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered)

1.1.1 จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางคลินิก พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องมากขึ้น แต่ในหน่วยงานยังไม่ได้ตระหนักถึงความแตกต่างในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องกับผู้ป่วยวัยอื่นที่ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกันหรือได้รับการผ่าตัดอื่นๆ โดยที่การปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามความรู้และความชำนาญตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคลซึ่งไม่เป็นทิศทางเดียวกัน โดยรูปแบบการจัดการความปวดที่ปฏิบัติอยู่นั้น ด้านการประเมินความปวดแผลผ่าตัด พยาบาลใช้วิธีประเมินความปวดเช่นเดียวกับผู้ป่วยวัยอื่นๆ ทั่วไป คือไม่ได้สอนการใช้เครื่องมือประเมินความ

ปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ไม่มีการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่มีการให้ข้อมูลต่าง ๆ เช่น ความปวดที่เกิดจากการผ่าตัด วิธีการจัดการความปวด การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานมาก ประกอบกับ ยังขาดความรู้เกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวดแผลผ่าตัด ตลอดจนการจัดการความปวดแผลผ่าตัด สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จึงยังพบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบและท้องอืดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และเกิดความไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ปัญหาการดูแลที่เกิดขึ้นรวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยการใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน คำนึงถึงคุณค่าและต้นทุน และเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลอีกด้วย

1.1.2 จากการสังเกตการณ์บนหอผู้ป่วย พบผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จำนวน 3 ราย จากการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย พยาบาล และสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล สรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องและความเชื่อกันของพยาบาล

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
เพศ / อายุ(ปี)	ชาย / 78	หญิง / 66	หญิง / 70
การวินิจฉัยโรค	CA Sigmoid colon	CA Sigmoid colon	CA Sigmoid colon
การผ่าตัดที่ได้รับ	Lt. half colectomy	Lt. half colectomy	Lt. half colectomy
ระยะเวลาผ่าตัด	2 ชั่วโมง 20 นาที	1 ชั่วโมง 30 นาที	1 ชั่วโมง 30 นาที
โรคร่วม	DM , HT	HT	DM , HT
เวลาที่สอนเครื่องมือประเมินความปวด	หลังผ่าตัดและตื่นดี	หลังผ่าตัดและตื่นดี	หลังผ่าตัดและตื่นดี
ชนิดเครื่องมือประเมินความปวด	NRS	NRS	FPS
คะแนนความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1-3	6 – 8	6 – 7	6 – 8

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องและความเชื่อทัศนคติของพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
ชนิดและขนาดยาบรรเทาปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด	Morphine 3 mg iv q 3 hr. PRN 3-4 ครั้ง/วัน	Morphine 3 mg iv q 3 hr. PRN 4-5 ครั้ง/วัน	Morphine 3 mg iv q 3 hr. PRN 3-4 ครั้ง / วัน
ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวด	คลื่นไส้ อาเจียน หลังได้รับยา 2 ครั้งแรก	-	-
ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง
การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่ได้รับ	- จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา - เปลี่ยนท่านอน	- จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา - เปลี่ยนท่านอน	- จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา - เปลี่ยนท่านอน
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	14	13	13
ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดแผลผ่าตัด	- ปวดแผลผ่าตัดเป็นเรื่องปกติต้องยอมรับ - ไม่ขอยาบรรเทาปวด เพราะเกรงใจพยาบาล - พยาบาลต้องทราบว่าผู้ป่วยต้องได้รับยาเมื่อไร - กลัวว่าถ้าได้ยามากๆ จะทำให้ซึม กลับ	- หลังผ่าตัดต้องนอนนิ่งๆ - ไม่ขอยาบรรเทาปวด เพราะกลัวพยาบาลไม่พอใจ - พยาบาลเป็นผู้ทราบว่าปวดเมื่อไรและควรได้รับยาเมื่อไร	- ไม่ขอยาบรรเทาปวด เพราะเกรงใจพยาบาล - กลัวว่าจะเป็นผู้ป่วยเรื่องมาก - พยาบาลต้องเป็นผู้ประเมินความปวดและทราบว่าควรได้รับยาเมื่อไร

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องและความเชื่อทัศนคติของพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผู้ป่วยรายที่ 3
ความเชื่อและทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด	1.เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเพราะมีความอดทนต่อความปวดมากขึ้น 2. กลัวและกังวลต่อผลข้างเคียงของยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น ง่วงซึม กดการหายใจ และการติดเชื้อ ถ้าใช้มากๆ จึงพยายามให้ผู้ป่วยอดทนจนกระทั่งครบเวลาหรือเลขช่วงเวลาออกไปนาน ๆ 3. เก็บยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ ไว้ใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดมาก		

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความปวด เมื่อตื่นหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่เหมาะสมสำหรับการรับรู้ข้อมูล ส่วนการฟื้นฟูสภาพร่างกายจะได้รับการสอนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และพบว่าผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม เนื่องจากมีอาการปวดจากแผลผ่าตัด ซึ่งความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (คะแนนความปวดอยู่ระหว่าง 6-8) ในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด สำหรับการประเมินความปวดได้มาจากการที่พยาบาลซักถามอาการมากกว่าที่ผู้ป่วยจะเป็นผู้รายงานอาการปวดเอง เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการผ่าตัด มีความเกรงใจพยาบาล และคิดว่าเป็นหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการความปวด จึงทำให้ได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่าความปวดที่เกิดขึ้น ส่วนวิธีบรรเทาความปวดพยาบาลใช้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและจัดทำอนให้เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ ส่วนกิจกรรมที่ช่วยในการฟื้นฟูผู้ป่วยยังไม่ได้มีการกระตุ้นให้ปฏิบัติ แม้ว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง 3 รายนี้จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่ก็มีระยะวันนอนโรงพยาบาล 13 – 14 วัน ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าที่ได้รับการผ่าตัดเดียวกันซึ่งมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเพียง 8 – 10 วัน ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความปวดแผลผ่าตัดและไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้า ระยะวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอีกด้วย

สำหรับการวิเคราะห์ห้วงค์กร (SWOT) เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามานagementความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง มีดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)

1. ทีมดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม (PCT ศัลยกรรม) มีเป้าหมายที่จะพัฒนาคุณภาพในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้ป่วยทุกกลุ่ม ซึ่งครอบคลุมถึงกลุ่มผู้สูงอายุนี้ด้วย

2. พยาบาลในหน่วยงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 15 คน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องตั้งแต่ 5 – 19 ปี

จุดอ่อน (Weakness)

1. พยาบาลยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
2. ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นการจัดแบบทีมจริงแต่การบริหารจัดการงานส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะการปฏิบัติตามหน้าที่ (functional) ซึ่งพยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน เช่น การแจกยา การรับผู้ป่วยใหม่ การจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งต้องทำให้ทันต่อความต้องการของผู้ป่วย การจัดการเกี่ยวกับข้อร้องเรียนของผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้มีเวลาลดลงในการให้หรืออธิบายข้อมูลที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยยังเป็นการหมุนเวียนผู้ป่วย ทำให้ขาดความดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. ยังไม่มีหน่วยงานบริการด้านความปวด (Acute Pain Service) ในโรงพยาบาล ที่จะให้คำปรึกษา เมื่อหน่วยงานไม่สามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้

โอกาสพัฒนา (Opportunities)

1. จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องมีจำนวนเพิ่มขึ้น
2. โรงพยาบาลต้องการได้รับการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
3. โรงพยาบาลเป็นกลุ่มโรงพยาบาลประกอบการ โดยไม่หวังผลกำไร (non profit hospital) มีวิสัยทัศน์ (vision) “ให้บริการด้วยความรักของพระเจ้า” ร่วมกับมีค่านิยมหลัก (core value) และสมรรถนะหลักในการดูแลรักษาและให้บริการตามแบบอย่างความรักของพระเจ้า ซึ่งประกอบด้วย การให้บริการโดยเอาใจใส่ เข้าใจ เสียสละ และคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ซึ่งในการพัฒนาครั้งนี้จะทำให้เกิดความสอดคล้องตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลได้

อุปสรรค (Threats)

- มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงและมีผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาล รวมทั้งยังมีเครื่องมือที่ทันสมัยในการดูแลด้านการจัดการความปวดแผลผ่าตัดตั้งอยู่ใกล้โรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์หน่วยงานโดยใช้ SWOT analysis เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ทำให้เห็นว่าหน่วยงานมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในทุกกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร แต่ยังคงขาดแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered)

จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า การประเมินและการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ มักเกิดปัญหาในการประเมิน ซึ่งโดยส่วนใหญ่ทีมสุขภาพจะประเมินความรุนแรงความปวดมากหรือน้อยเกินความเป็นจริง และให้การจัดการต่อความปวดได้ไม่เพียงพอกับความปวดที่เกิดขึ้น (Arderly et al., 2003; Brown, 2004; Rakle & Herr, 2004) ความปวดหลังผ่าตัดที่มีระดับปานกลาง - รุนแรงจะทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้า ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัดได้ มีผลให้ระยะวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นระยะเวลานาน และส่งผลให้กลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ (Rakle & Herr, 2004) ปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดในผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพ คือ

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุต่อความปวดแผลผ่าตัดช่องท้อง

ผู้สูงอายุมีเนื้อเยื่อสมองฝ่อลง จำนวนเซลล์ประสาทลดลง มีการสะสมสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) มาปกคลุมมากขึ้น ทำให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง จึงเป็นสาเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Ebersole & Herr, 2001) กล่าวคือการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสที่ปลายมือปลายเท้าลดลง การรับรู้สัมผัสความรู้สึกอื่น เช่น และความรู้สึกปวดลดลง (รัชนิกรณ์ ภูกร, 2542) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบโดปามีนอร์จิกและโคลิเนอร์จิก (dopaminergic and cholinergic system) จึงมีการสื่อสารสื่อสัญญาณประสาทลดลง ทำให้เกิดการเสื่อมของระบบการรับรู้สติ ความจำ รวมถึงส่งผลให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมของการมองเห็น โดยมีลักษณะตามัวมองเห็นไม่ชัด จากไขมันของลูกตาลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของเลนส์ตาลดลง ปฏิกิริยาตอบสนองของแสงต่อม่านตาลดลง ทำให้การปรับตัวในการมองเห็นไม่ดี และยังมีความบกพร่องด้านการได้ยิน ซึ่งเกิดจากความเสื่อมของออร์แกนออฟคอร์ตี (organ of corti) และมีการสูญเสียเซลล์ (hair cell) ในคลอเคลีย (cochlear) ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสาร (รัชนิกรณ์ ภูกร, 2542; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Ebersole & Herr, 2001) ต่อนुकครอบข้างและทีมสุขภาพ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการประเมินความปวด และส่งผลให้การจัดการความปวดไม่เพียงพอต่อระดับความปวดที่เกิดขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากระบบการการชราที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้มีผลต่อการตอบสนองของยาต่อความเข้มข้นของยาในร่างกายทางเภสัชจลนศาสตร์

(pharmacokinetics) ที่เกี่ยวกับการดูดซึมยา การกระจายยา การทำลายยา และการขับถ่ายยา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความไวของยาต่ออวัยวะเป้าหมาย (Timiras & Luxenberg, 2003) ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่ต้องทราบถึงการใช้ยาในผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงยาบรรเทาปวดต่าง ๆ รวมทั้งยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ด้วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการบริหารยาในผู้สูงอายุ และสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดต้นทุนในการบริหารยา

1.2.2 ความเชื่อและทัศนคติในทางลบที่เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1.2.2.1 ด้านผู้ป่วยและครอบครัว มีความสำคัญมากต่อการประเมินความปวด เนื่องจากมีความไม่เข้าใจที่ไม่ถูกต้องและมีทัศนคติทางลบ ซึ่งเกิดจากความกลัวและความวิตกกังวล เช่น เชื่อว่าความปวดจากการผ่าตัดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องการเป็นผู้ป่วยที่ดีจึงไม่บ่นถึงความปวด กังวลว่าเป็นการรบกวนหรือทำให้แพทย์ / พยาบาลไม่พอใจ เมื่อขอยาบรรเทาปวด เชื่อว่าพยาบาล / แพทย์ ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดอยู่และพยายามรักษาอาการปวดอยู่โดยที่ไม่จำเป็นต้องบอก และยังมีความกลัวต่อผลข้างเคียงและการติดยาบรรเทาปวดอีกด้วย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2550; Golgstein & Morrison, 2005; Hofland, 1992; McCaffery & Pasero, 1996; McCaffery & Pasero, 1999; Moddeman, 1995; Tarzian & Hoffman, 2004)

ดังนั้นการประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ต้องให้ความสำคัญ โดยมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุย และให้ความรู้ เพื่อปรับแก้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2547)

1.2.2.2 ด้านบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการประเมินและการจัดการความปวด ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีการได้รับข้อมูลการประเมินความปวดไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยประเมิน โดยมักประเมินความรุนแรงของความปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน (จอณพะจง เพ็งจาด, รัชนี อยู่ศิริ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2546; Prowse, 2006) ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจาก

ก) ขาดความรู้ แม้ในปัจจุบันจะมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและความก้าวหน้าในเรื่องของยาบรรเทาปวด ตลอดจนวิธีการบริหารยาที่ได้มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก (ชาญฤทธิ์ ล้อสวัสดิ์, 2547) แต่ก็มีหลายงานวิจัยที่พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวด (Brunier et al., 1995; Clark et al., 1996; McCaffery & Ferrell, 1997) ทั้งนี้เป็นผลจากการศึกษาของพยาบาล / แพทย์ ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบว่าการสอนในหลักสูตรพยาบาลยังไม่ครอบคลุมเรื่องการประเมินและการจัดการกับ

ความปวด (Coyne et al., 1999) รวมทั้งบุคลากรพยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาของผู้สูงอายุ เภสัชวิทยาของยาบรรเทาปวด

ข) ทศนคติและความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับ / ได้รับการช่วยเหลือเรื่องยาบรรเทาปวดน้อยกว่าที่ควรเป็นจากการที่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมักเชื่อว่า 1. การรับรู้ความรู้สึกปวดจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น 2. เชื่อว่าถ้าผู้ป่วยไม่แสดงออกว่ามีอาการปวดแสดงว่าไม่ปวด และจะให้ยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยขอเท่านั้น 3. เชื่อว่าผู้สูงอายุไม่สามารถทนต่อการได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) 4. ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมและความบกพร่องของกระบวนการรู้คิดไม่มีความรู้สึกปวดและการบอกถึงความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้เชื่อถือไม่ได้

(เนาวรัตน์ บุญยดา, 2547; วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2550; McCaffery & Pasero, 1999)

จะเห็นได้ว่าการที่บุคลากรทีมสุขภาพมีความเชื่อและทัศนคติในทางลบจะทำให้หลีกเลี่ยงในการปฏิบัติ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด เพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติในทางบวก เพื่อให้มีการปฏิบัติในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องยังไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความไม่สบายและทุกข์ทรมาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ด้านปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติทางลบของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ การขาดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทีมสุขภาพทั้งในเรื่องของสรีรวิทยาของความปวด การประเมินความปวดแล การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการความปวดทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายผู้สูงอายุทั้งในด้านสรีรวิทยา เภสัชจลนศาสตร์ รวมถึงวิธีบริหารยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ความปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวลดลง หายใจตื้น เกิดปอดแฟบ ปอดอักเสบได้และยังลดการทำงานของกระเพาะอาหารลำไส้และระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะค้าง และยังไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (ความดันโลหิตสูง, ชีพจรเต้นเร็ว, หายใจเร็ว, ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น) ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีผลต่อทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ผลดังกล่าวทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก

ที่สุด จึงควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของท้องที่มีประสิทธิภาพและมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความปวด ความทุกข์ทรมาน เพิ่มความสุขสบาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้เข้าใจถึงปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพ และมีงานวิจัยเพียงพอที่จะสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้ และสามารถใช้ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (Evidence supported phase)

เป็นการสืบค้นองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ที่ได้จากการศึกษารวบรวมทั้งงานวิจัย บทความและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาใช้สนับสนุนและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหามากที่สุด เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำมาสู่การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดังขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของท้อง มีการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์อื่นๆ สรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นได้ โดยใช้กรอบของ PICO (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) มีรายละเอียดดังนี้

P (Population) = ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของท้องระบบทางเดินอาหาร

I (Intervention) = การประเมินความปวด

การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา

C (Comparison) = -

O (Outcome) = อาการปวดแผลผ่าตัดช่องท้องลดลง

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของท้อง ได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 - 2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับ

2.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น

- Pain assessment and elderly
- Pain instrument and geriatric

- Postoperative pain management and elderly
- Postoperative pain and relaxation and elderly
- Postoperative pain management and colorectal surgery
- Pain management and abdominal surgery and elderly
- Pain management and music therapy and elderly
- Pain management and complementary therapy and elderly patient

2.3 กำหนดแหล่งในการสืบค้น

- สืบค้นจากฐานข้อมูลที่ให้งานวิจัยเดียวจาก Blackwell Synergy, OVID, Science direct, PubMed, HireWire
- สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงจากงานวิจัย
- สืบค้นด้วยมือจากวารสารในประเทศ วารสารต่างประเทศและวิทยานิพนธ์
- สืบค้นจากฐานข้อมูลที่ให้ Guidelines จาก [www. Guideline. gov](http://www.Guideline.gov).

2.4 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของเมลนิกและไฟน์เอ้าท์-โอเวอร์โฮลต์ (Melnik & Fineout – Overholt, 2005) (ตารางที่ 3) ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

ตารางที่ 3 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับความน่าเชื่อถือ	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับที่ 1	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม หรือหลักฐานจากแนวปฏิบัติที่มาจากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (clinical practice guidelines based on systematic reviews of RCTs)
ระดับที่ 2	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial : RCTs)
ระดับที่ 3	หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่ม (non-randomized controlled trial)

ตารางที่ 3 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (ต่อ)

ระดับความน่าเชื่อถือ	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับที่ 4	หลักฐานจากงานวิจัยที่มีการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) หรือการวิจัยกรณีศึกษา (case-control) ที่มีคุณภาพดี
ระดับที่ 5	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย หรือเชิงคุณภาพ (systematic review of descriptive and qualitative studies)
ระดับที่ 6	หลักฐานจากงานวิจัยเดี่ยวเชิงบรรยายหรือเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative studies)
ระดับที่ 7	หลักฐานจากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และ/หรือรายงานการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ (opinion of authorities and / or reports of expert committees)

2.5 ผลการสืบค้น

จากการสืบค้นข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ได้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 12 เรื่อง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4 และรูปที่ 6

ตารางที่ 4 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสืบค้นข้อมูลที่ได้

ฐานข้อมูล	ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย	ระดับ
1.BlackWell Synergy	Systematic relaxation to relieve postoperative pain	งานวิจัยเชิงทดลอง	2
2.BlackWell Synergy	Relaxation and music to reduce postsurgical pain	งานวิจัยเชิงทดลอง	2
3. สืบค้นด้วยมือและเอกสารอ้างอิง	A comparison of the effects of Jaw relaxation and music on postoperative pain	งานวิจัยเชิงทดลอง	2

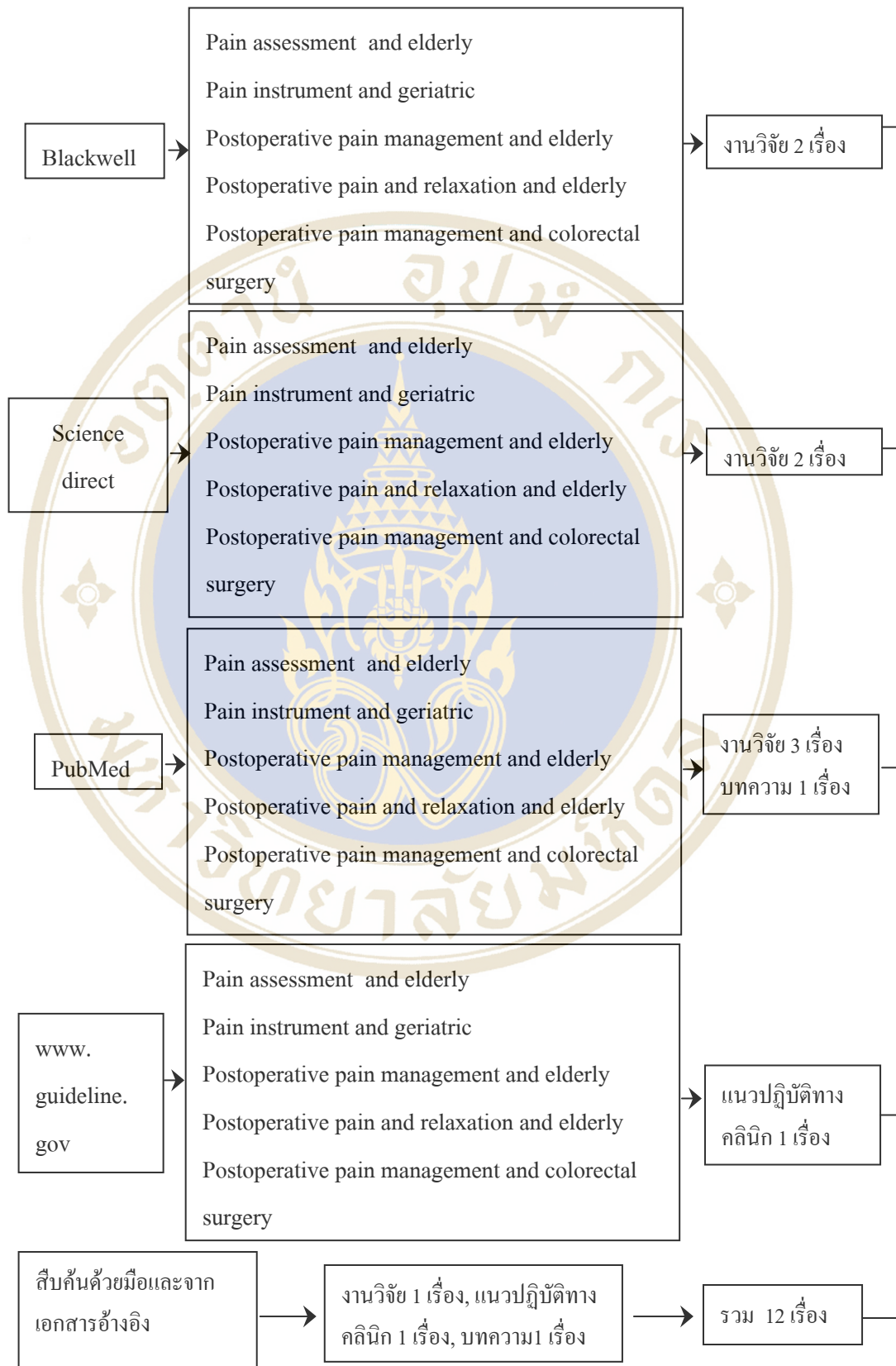
ตารางที่ 4 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสืบค้นข้อมูลที่ได้ (ต่อ)

ฐานข้อมูล	ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย	ระดับ
4. Sciencedirect	Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination	งานวิจัยเชิงทดลอง	2
5. PubMed	Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery	งานวิจัยเชิงทดลอง	2
6. Sciencedirect	Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention	งานวิจัยเชิงทดลอง	2
7. PubMed	Evaluation of the revised Face pain scale, Verbal descriptor scale, Numeric rating scale, and Iowa pain thermometer in older minority adult	งานวิจัยเชิงบรรยาย	6
8. PubMed	Pain intensity assessment: A comparision of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African America older adults	งานวิจัยเชิงบรรยาย	6
9. สืบค้นด้วยมือและเอกสารอ้างอิง	Acute pain management protocol	แนวปฏิบัติทางคลินิก	7
10. www.guideline.gov	Acute pain management in older adults	แนวปฏิบัติทางคลินิก	7

ตารางที่ 4 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสืบค้นข้อมูลที่ได้ (ต่อ)

ฐานข้อมูล	ชื่อเรื่อง	การออกแบบงานวิจัย	ระดับ
11. PubMed	Assessment and treatment of postoperative pain in older adults	บทความวิชาการ	7
12. สืบค้นด้วยมือและเอกสารอ้างอิง	Assessing and managing acute pain in older adults: A research base to guide practice	บทความวิชาการ	7





แผนภูมิที่ 2 ผลการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์

2.6 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ได้ใช้แนวคิดของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

1. ความสอดคล้องของปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance): ตรงกับปัญหาที่ต้องการศึกษา มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข

2. การมีความหมายเชิงศาสตร์ (Scientific merit): งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์มีหลายระดับ มีความหมาย ความน่าเชื่อถือ

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

3.1 การนำงานวิจัยไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (Transferability of the finding) งานวิจัยที่เลือกมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องนั้น เป็นงานวิจัยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความปวดจากแผลผ่าตัดช่องท้อง ผลของงานวิจัยในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดช่องท้อง ส่งผลถึงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย งานวิจัยที่นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ เนื่องจากลักษณะและกลุ่มของประชากรที่จะนำไปใช้มีความคล้ายคลึงกัน

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลมีสิทธิในการปฏิบัติซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล วิธีการไม่ยุ่งยากไม่น่าจะรบกวนวิธีการปฏิบัติงานตามรูปแบบเดิม

3.3 ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม อาจต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำเอกสารในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการเตรียมเครื่องเล่นแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) แต่จะมีความคุ้มค่าในด้านการลดความปวดแผลผ่าตัด เพิ่มความสุขสบาย และป้องกันหรือลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

1. งานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง

2. แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 เรื่อง

3. บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง

4. หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่มีความน่าเชื่อถือ

5. มีแนวโน้มในการนำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.7 สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 12 เรื่อง ได้ข้อสรุปในการจัดการความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ดังนี้

2.7.1 การประเมินความปวด จาก

- การสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยซักถามถึง ลักษณะความปวด ความรุนแรง ตำแหน่ง และช่วงเวลาที่เกิดความเจ็บปวด ประวัติความปวดในอดีต ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มหรือลดลง ผลของความปวดต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประสิทธิภาพและความรู้เกี่ยวกับความปวดและผลของการใช้ยาบรรเทาปวด วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ ประวัติการใช้ยา ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ทักษะและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความปวดและยาบรรเทาปวด รวมทั้งประเมินคำที่ผู้สูงอายุใช้หมายถึงความปวดให้เข้าใจตรงกัน (Ardery et al., 2003; Herr et al., 2006; Rakel & Herr, 2004; Yong, 1999)
- พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว การส่งเสียงร้อง (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004)
- การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ เป็นต้น (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004)
- เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวด เช่น VAS, NRS, VDS, FPS, PT ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Taylor & Herr, 2003; Ware, Epps, Herr, & Packard, 2006; Yong, 1999)

2.7.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การดมยาสลบ สาเหตุของความปวด แก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามเอกสารให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดซึ่งเกี่ยวกับ ความปวด อันตรายจากความปวดหลังผ่าตัด ความสำคัญของการรายงานความปวด ตั้งเป้าหมายการลดความปวดที่สามารถยอมรับและปฏิบัติกิจกรรมได้ การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและผลข้างเคียงของยา บรรเทาปวด การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ประโยชน์ของการฟื้นตัวเร็ว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยขอยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อเริ่มรู้สึกปวด และกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Lin & Wang, 2005)

2.7.3 การเฝ้าระวังความปวดแผลผ่าตัด

ประเมินความปวดแผลผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ประเมินความปวดแผลผ่าตัดทุก 4 – 8 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถ้าสามารถควบคุมความปวดได้

การประเมินความปวดแผลผ่าตัดควรประเมินทั้งในขณะพัก ขณะปฏิบัติกิจกรรม และเวลานอน และมีการบันทึกความปวดที่เกิดขึ้น และวิธีการรักษาพยาบาลลงในแบบบันทึกให้ชัดเจนพร้อมทั้งสัญญาณชีพ (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

2.7.4 การจัดการความปวดโดยใช้ยา (ตามแผนการรักษาของแพทย์)

1) ยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์ (Non-opioid) เช่น อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) เอนเซด (NSAID) คอก-ทู ซีเลเตด (COX-2 selected) ใช้ในรายที่มีระดับความเจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง และสามารถใช้ร่วมกับยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ในการบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

2) ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เป็นยาบรรเทาปวดที่ใช้ได้ผลดีในผู้สูงอายุ ในการบรรเทาความปวดระดับปานกลาง - รุนแรง และต้องมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น ท้องผูก คื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะคั่ง รวมถึงการกดการหายใจและง่วงซึม ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่สำคัญ โดยต้องประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ทุก 1 – 2 ชั่วโมง อย่างน้อยใน 24 ชั่วโมงแรกของการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999) โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994) (Herr et al., 2006) ดังนี้

S = หลับ ปลุกตื่นง่าย

1 = ตื่น รู้สึกตัวดี

2 = ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย

3 = ง่วงซึมมาก หลับขณะสนทนา

4 = ง่วงหลับ มีการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นน้อยหรือไม่มีเลย

2.7.5 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามที่สนใจ และฝึกปฏิบัติ ก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด วิธีจัดการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามีดังนี้ (Good, 1995; Good et al., 2001; Good, Anderson, Stanton-Hicks, Grass, & Makii, 2002; Good, Anderson, Ahn, Cong, & Stanton-Hicks, 2005; Rakel & Herr, 2004; Roykulcharoen & Good, 2004; Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

1) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) โดยให้ผู้ป่วยฟังและปฏิบัติตามเครื่องเล่นแผ่นบันทึกข้อมูลหรือเครื่องเล่นเทปการใช้เทคนิคผ่อนคลาย โดยฟังครั้งละ 15 - 20 นาที แล้วจึงประเมินความปวดแผลผ่าตัดซ้ำ

2) การใช้ดนตรี (music) โดยให้ผู้ป่วยเลือกดนตรีที่ชอบ และให้ฟังครั้งละ 20 นาที

3) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับดนตรี โดยให้ผู้ป่วยฟังและปฏิบัติตามเครื่องเล่นแผ่นบันทึกข้อมูลหรือเครื่องเล่นเทป โดยฟังครั้งละ 15 - 20 นาที แล้วจึงประเมินความปวดแผลผ่าตัดซ้ำ

2.7.6 การประเมินความปวดแผลผ่าตัดซ้ำภายหลังให้การช่วยเหลือ โดย

1) การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการฉีด ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 30 นาที (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

2) การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการรับประทาน ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 60 นาที (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

3) การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินภายหลังการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย / ดนตรี หรือใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับดนตรี ครบตามเวลา (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004)

4) ถ้าความปวดไม่ลดลงรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาเลือกหรือปรับขนาดของยาที่เหมาะสม (Herr et al., 2006)

2.7.7 การวางแผนจำหน่าย (Herr et al., 2006; Young, 1999)

1) มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2) การจัดการความปวดที่บ้านต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว

3) ให้คำแนะนำและจัดทำเอกสารให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดแผลผ่าตัดให้กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ยอมรับและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างสุขสบาย ยาบรรเทาปวดที่ใช้ ขนาด และความถี่ ในการรับประทานยา การจัดการกับผลข้างเคียงของยา ปฏิกริยาต่อยาตัวอื่นๆ ที่ได้รับ วิธีการฟื้นฟูสภาพข้อปฏิบัติที่ควรหลีกเลี่ยงขณะใช้ยา การกลับมาตรวจซ้ำเมื่อเกิดปัญหา ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือแหล่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด หรือปัญหาอื่น ๆ และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Herr et al., 2006; Young, 1999)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมด 12 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

ภายหลังจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง จึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ไปผ่านการตรวจสอบความเที่ยง และความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

- | | |
|--|--------|
| - ศัลยแพทย์ | 1 ท่าน |
| - พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร | 1 ท่าน |
| - ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร | 1 ท่าน |
| - อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ | 2 ท่าน |

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องมีความครอบคลุม แต่ขาดความชัดเจนในเรื่องของระยะเวลาในการประเมินความปวดแผลผ่าตัดที่แน่นอน ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการประเมินให้ชัดเจนและปรับให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน

2. ภาคผนวกที่ 2 การประเมินความปวดเบื้องต้นในผู้สูงอายุ ในข้อที่ 1 ตำแหน่งที่ปวดควรใช้รูปเฉพาะช่องท้อง จะมีความเหมาะสมและสามารถลงตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจนมากขึ้น

3. ภาคผนวกที่ 3 เอกสารเรื่องการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ควรมีเนื้อหากระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ควรบอกถึงข้อดีของการใช้ยาแต่ละตัวมากกว่าผลข้างเคียงของยา ส่วนการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดควรมีการแบ่งคำอธิบายให้สัมพันธ์กับรูปภาพจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจได้ชัดเจนมากขึ้น

4. ภาคผนวกที่ 6 การจัดการความปวดแผลผ่าตัดด้วยตนเอง ในส่วนของการใช้ดนตรีบำบัดความปวด ควรมีการเลือกเนื้อเพลงที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เพลงสุนทราภรณ์

5. ภาคผนวกที่ 7 แบบบันทึกการประเมินความปวดและการรักษาความปวด ควรมีการกำหนดรายละเอียดเป็นข้อๆ ในส่วนของผลข้างเคียงจากการใช้ยา กิจกรรมบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาเพื่อสะดวกในการบันทึกในแบบประเมิน

หลังจากนั้นจึงนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะจนในที่สุดได้สร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัด ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

คำจำกัดความ

ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง หมายถึง ผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

การจัดการความปวดแผลผ่าตัด หมายถึง การให้กิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เพื่อลดอาการปวดหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องในผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินความปวดเบื้องต้น การประเมินความปวดแผลผ่าตัด การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การใช้วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น เทคนิคผ่อนคลาย การใช้ดนตรี ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง.....
2. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีระยะเวลา.....
3. มีการรับรู้.....
4. สามารถ.....
5. ไม่เกิด.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องได้รับ.....
2. พยาบาลมี.....
3. หน่วยงานมี.....

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้สูงอายุมีระดับความปวดแผลผ่าตัด.....
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว..... (ภาคผนวก 8 และ ภาคผนวกที่ 9)
3. ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล..... (ภาคผนวก 10)

แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจพยาบาล
2. ชักประวัติเกี่ยวกับความปวดตามแบบประเมินความปวดเบื้องต้น (ภาคผนวกที่ 2)(Ardery et al., 2003; Herr et al., 2006; Rakle & Herr, 2004; Young, 1999 / งานวิจัยระดับ 7) ดังนั้น ตำแหน่งที่ปวด ระดับความปวด ลักษณะความปวด.....
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับ..... (ภาคผนวกที่ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว..... ส่งผลให้ความปวดและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงได้ (Lin & Wang, 2005 / งานวิจัยระดับ 2)
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้..... (Herr et al., 2006; Yong, 1999 / งานวิจัยระดับ 7)
5. สอนวิธีการใช้..... (ภาคผนวกที่ 4) แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ..... (ภาคผนวกที่ 5) พร้อมทั้งประเมิน.....และให้ใช้เครื่องมือชนิดเดียวกันตลอดช่วงเวลาของการดูแล (Taylor, & Herr, 2003; Ware, Epps, Herr, & Packard, 2006 / งานวิจัยระดับ 6) โดย
 - ถ้าผู้ป่วยมีระดับคะแนนความปวดอยู่ในช่วง.....(ภาคผนวกที่ 6)
 - ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดตั้งแต่(Herr, et al., 2006 / งานวิจัยระดับ 7)
6. ก่อนผ่าตัด 1 วัน..... (ภาคผนวกที่ 6) ตามที่สนใจ และดูแลให้ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (Good, 1995; Good, Anderson, Ahn, Cong, & Stanton-Hicks, 2005; Good et al., 1999; Roykulcharoen & Good, 2004 / งานวิจัยระดับ 2)

7. สอนและสาธิตวิธีการ..... (ภาคผนวกที่ 3) ซึ่งประกอบ ด้วย และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตาม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติอย่างถูกต้องด้วย (Herr, et al., 2006 / งานวิจัยระดับ 7)
8. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ..... เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้ และ..... (Lin & Wang, 2005 / งานวิจัยระดับ 2)
9. บันทึกการประเมินความปวดลงในแบบประเมินความปวดเบื้องต้น (ภาคผนวกที่ 2) ให้ชัดเจน และสามารถสื่อสารข้อมูลดังกล่าวให้แก่ทีมสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง (Herr et al., 2006 / งานวิจัยระดับ 7)

ระยะหลังผ่าตัด

1. เมื่อผู้ป่วยกลับถึงหอผู้ป่วยพยาบาลประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (sedation score)(Herr et al., 2006 / งานวิจัยระดับ 7) ดังนี้

ระดับคะแนน S หมายถึง	.....
ระดับคะแนน 1 หมายถึง	.....
ระดับคะแนน 2 หมายถึง	.....
ระดับคะแนน 3 หมายถึง	.....
ระดับคะแนน 4 หมายถึง	.....

ถ้าการประเมินระดับความรู้สึกตัวคะแนนอยู่.....

ถ้าการประเมินระดับความรู้สึกตัวคะแนน >2

2. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใน

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด.....

48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด.....

(Ardery et al., 2003; Herr et al., 2006; Rakle & Herr, 2004 / งานวิจัยระดับ 7)

3. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัดทั้งในขณะที่พักและเคลื่อนไหวร่างกาย..... หรือ.....ตามความเหมาะสม ร่วมกับการประเมินความปวดจาก..... และ..... (Ardery et al., 2003; Herr et al., 2006; Rakle & Herr, 2004, Young, 1999 / งานวิจัยระดับ 7)

- ถ้าประเมินระดับความปวด.....(ภาคผนวกที่ 6)

- ถ้าประเมินระดับความปวด.....จัดการความปวดแผลผ่าตัดด้วย

ตนเอง

4. เฝ้าระวังผลข้างเคียงภายหลังให้ยาบรรเทาปวดโดยเฉพาะกลุ่มโอปิออยด์ (Ardery et al., 2003; Herr et al., 2006; Rakle & Herr, 2004 / งานวิจัยระดับ 7) ดังนี้

4.1 เฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวและการกดการหายใจ.....

ถ้าพบว่าคะแนนระดับความรู้สึกตัว..... รายงานแพทย์ทันที
เพื่อพิจารณาให้..... หลังให้การช่วยเหลือ พยาบาลประเมิน
..... รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับขนาดของยาให้เหมาะสม

4.2 ประเมินการทำงานของ.....

4.3 ประเมินภาวะ..... เพื่อประเมิน.....

5. หลังให้ยาบรรเทาปวดนาน เพื่อ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และช่วยให้ฟื้นหายได้เร็วขึ้น (Herr et al., 2006; Young, 1999 /
งานวิจัยระดับ 7)

6. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัด..... (Ardery et al., 2003;
Young, 1999 / ระดับ 7) โดย

- หลังบริหารยาบรรเทาปวดโดย.....
- หลังบริหารยาโดย.....
- หลังการใช้วิธีบรรเทาปวดโดย.....
- หากอาการปวดแผลผ่าตัดไม่ดีขึ้น.....

7. บันทึกการประเมิน..... (ภาคผนวกที่ 7) (Herr et al., 2006; Young, 1999 / งานวิจัยระดับ 7) เพื่อประเมินประสิทธิภาพ.....

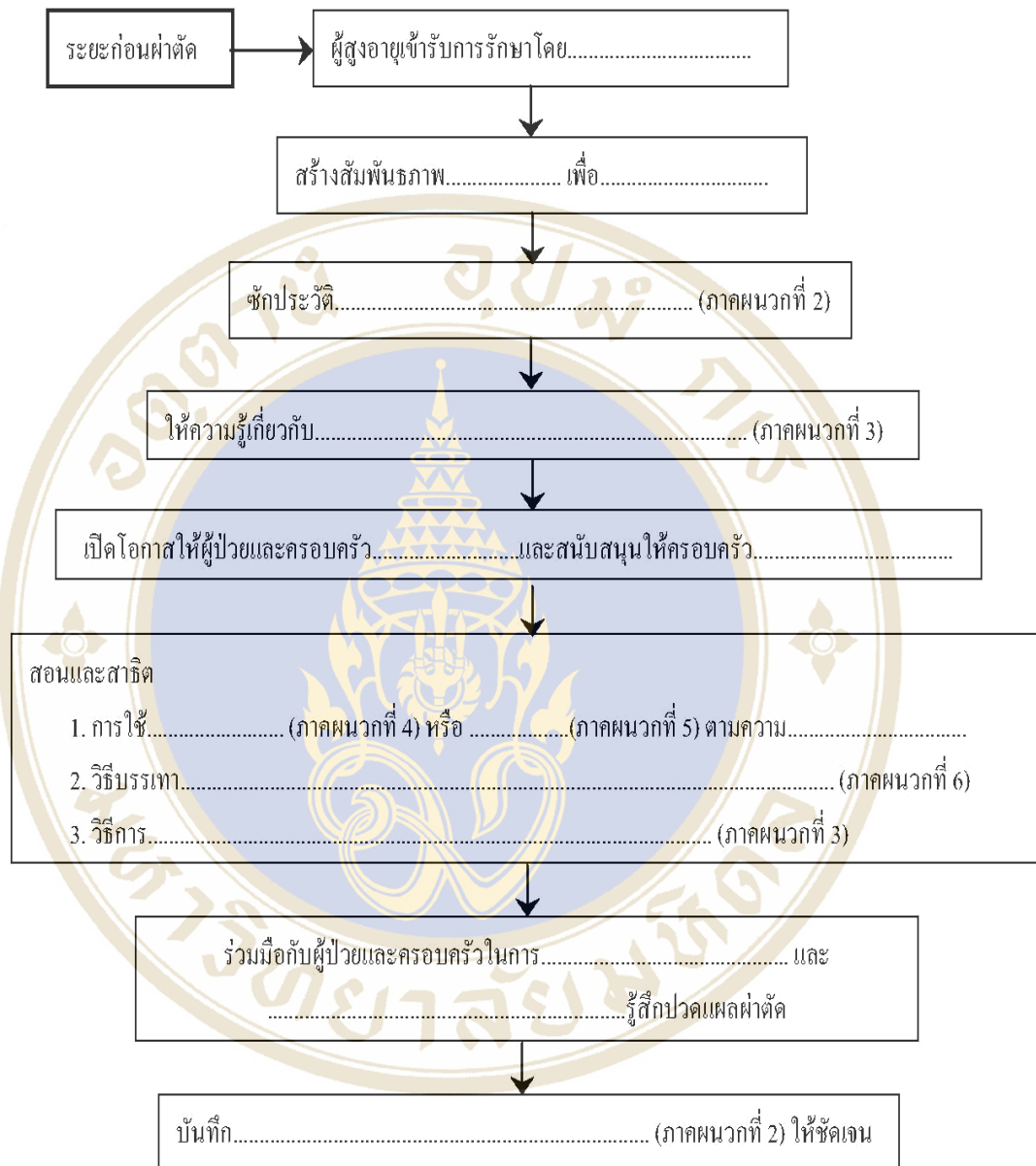
8. พยาบาลประสานงาน..... แก่ผู้ป่วย
และครอบครัวอีกครั้งก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Herr et al., 2006; Young, 1999 / งานวิจัย
ระดับ 7)

9. อธิบาย..... ให้ชัดเจนแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออก
จากโรงพยาบาลเกี่ยวกับ(Herr et al., 2006; Young, 1999 / งานวิจัยระดับ 7)

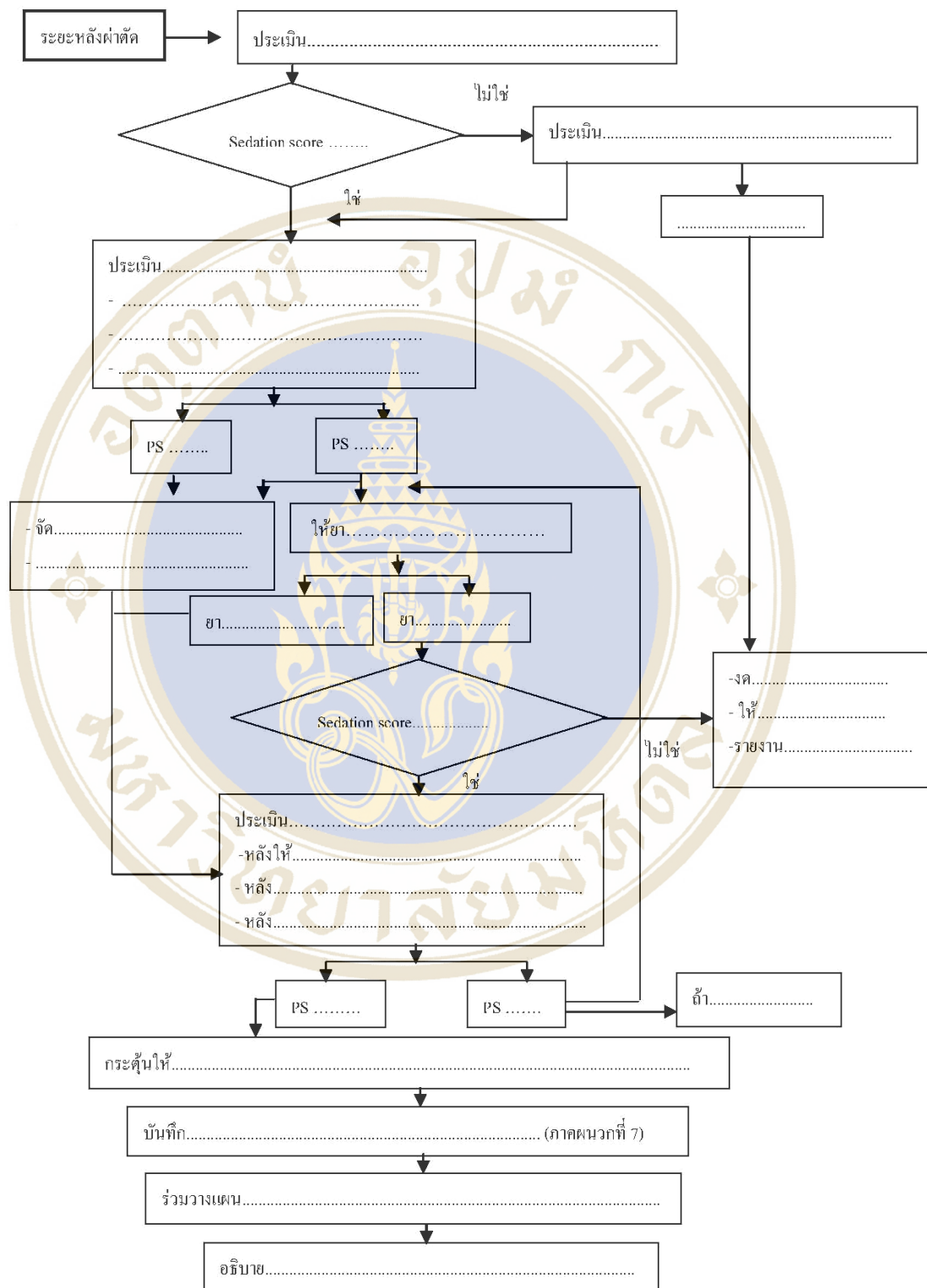
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการ
การผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง.....คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดและ
แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด โดยเริ่มที่ระยะก่อนผ่าตัดเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด้วย
การผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ไว้ว่างใจต่อพยาบาล จากนั้นพยาบาลประเมิน
.....ให้ความรู้เกี่ยวกับ.....สอน

..... ให้ผู้สูงอายุเลือก..... สอน..... โดยครอบครัว
..... และร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว..... เมื่อผู้ป่วยกลับ
จากห้องผ่าตัดจึงใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด โดย..... โดยใช้วิธี
เครื่องมือ..... แล้วจึงให้..... การประเมิน.....
หลังจากจัดการ..... พยาบาลกระตุ้น..... เมื่อผู้ป่วย
สามารถ..... ผู้ป่วยและครอบครัว โดยนำเสนอเป็นแผนภูมิที่ 3 แนว
ปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (ระยะ
ก่อนผ่าตัด) และแผนภูมิที่ 4 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่
ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (ระยะหลังผ่าตัด) ดังนี้





แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง (ระยะก่อนผ่าตัด)



แผนภูมิที่ 4 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของท้อง (ระยะหลังผ่าตัด)

การประเมินแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Implementation potential)

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน โดยใช้แนวคิดของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ดังนี้

1. การนำผลงานวิจัยไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (Transferability of the finding) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่สร้างขึ้น พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความปวดแผลผ่าตัดช่องท้อง ที่เกี่ยวกับการประเมินความปวดแผลผ่าตัด การจัดการความปวดแผลผ่าตัด ซึ่งรวมทั้งการจัดการความปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา และการวางแผนจำหน่ายเกี่ยวกับความปวด ซึ่งมีความเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงกับหน่วยงาน

2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลสามารถการปฏิบัติได้โดยชอบ และยังเป็นบทบาทอิสระ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องน่าจะให้ความร่วมมือ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีวิธีการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ไม่น่าจะรบกวนวิธีการปฏิบัติงานตามรูปแบบเดิม

3. ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) การนำไปใช้ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสดึงประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม อาจต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำเอกสารหรือแผ่นบันทึกข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว แผ่นบันทึกการใช้เทคนิคผ่อนคลายและแผ่นบันทึกดนตรีประเภทต่างๆ รวมถึงเครื่องเล่นแผ่นบันทึกข้อมูล (CD) แต่จะมีความคุ้มค่าในด้านการลดความปวดแผลผ่าตัด เพิ่มความสุขสบาย และป้องกันหรือลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ระยะที่3 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence observed phase)

เป็นระยะของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ และประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ นำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการมาถึงระยะนี้ แต่ยังไม่ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ เนื่องจากมีระยะเวลาในการศึกษาที่จำกัด ผู้ศึกษาจึงได้มีการวางแผนในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ ดังนี้

1. เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อนำเสนอแนวคิด และขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเสนอในที่ประชุมของหน่วยงาน และให้ร่วมทำประชาพิจารณ์ เพื่อลดแรงต้านในการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาล

นี้ไปใช้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับหน่วยงานมากขึ้น

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการและให้ความรู้แก่พยาบาลในหน่วยงาน ในเรื่องความปวดที่เกิดจากการผ่าตัด ผลเสียของความปวดต่อร่างกาย การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดในผู้สูงอายุ การจัดการความปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาในผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัด ตลอดจนการใช้แบบประเมินความปวดเบื้องต้น และแบบบันทึกความปวดและการรักษา และมีการติดตามประเมินผลเจ้าหน้าที่เป็นประจำทุก 1 เดือน เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

4. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (try out) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระบบทางเดินอาหารจำนวน 10 ราย ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน และประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติ การพยาบาลไปทดลองใช้ ดังนี้

4.1 ด้านกระบวนการ โดยประเมินจากความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน ภาระงานเพิ่มขึ้น ปัญหาอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน โดยผสมผสานเข้ากับงานประจำ

4.2 ด้านผลลัพธ์ โดยการประเมินผลหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เช่น ระดับความปวดแผลผ่าตัด การฟื้นฟูหาย ซึ่งได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับ รวมทั้งความพึงพอใจของบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ด้วย

ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase)

เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ จากข้อมูลในระยะ evidence-supported phase กับระยะ evidence-observed phase เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติ และวางแผนดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติรูปแบบใหม่ มีการประเมินผลเป็นระยะๆ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้

1. นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้ว และผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ไปทดลองใช้ ในที่ประชุมผู้บริหารทางการพยาบาล และทีมดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม (patient care team: PCT) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร โดยผสมผสานแนวปฏิบัติการพยาบาลเข้ากับการทำงานที่เป็นอยู่ และจัดทำเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในการดูแลด้านการจัดการความ

ปอดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

2. จัดประชุมเพื่อประเมินผลการทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ทุก 1 เดือน 3 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 3 เดือน

3. ทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome research) เพื่อดูประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล และนำมาปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความเหมาะสม ทันสมัย เพื่อเพิ่มคุณภาพ และมาตรฐานในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ มีการจัดบอร์ดให้ความรู้แก่หน่วยงาน และเว็บไซต์ของโรงพยาบาล



บทที่ 4

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงด้านการทำงานของอวัยวะต่างๆ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าวัยอื่นๆ และยังมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น อีกด้วย

จากความเสื่อมของร่างกายทำให้การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับรู้ต่อความรู้สึกปวดลดลง ความบกพร่องของการมองเห็น การได้ยิน การรู้คิด จึงเป็นปัญหาสำคัญในการสื่อสารถึงความปวดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด รวมทั้งปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติทางลบของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทำให้การประเมินและการจัดการความปวดแผลผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความไม่สบายและทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่ายโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางปอด ทำให้ฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพได้ ถ้ามีวิธีการประเมินและการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง มีการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ร่วมกับการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการรักษาพยาบาลเพื่อประเมินประสิทธิภาพของยา และการรักษาพยาบาล ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับประสบการณ์ทางคลินิก และความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมทั้งคำนึงถึงความเหมาะสมกับระบบการให้บริการในหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล จะช่วยลดความปวดแผลผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และหน่วยงานยังมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องอีกด้วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence – based practice) ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหา ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ปัญหาที่พบในขณะปฏิบัติงาน และจากแหล่งความรู้ที่สัมพันธ์กับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน จากนั้นนำข้อมูลทั้ง 2 แหล่งมาสรุปเป็นประเด็นปัญหา เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ เมื่อได้ปัญหาทางคลินิกแล้วจึงค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนทั้งหมด 12 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยเชิงทดลอง ระดับงานวิจัย ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับของงานวิจัย ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง บทความ ระดับงานวิจัย ระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก ระดับงานวิจัยระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง ผลการสังเคราะห์และสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย ในระยะก่อนผ่าตัด มีการประเมินความปวดเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง การให้ความรู้โดยมีเอกสารประกอบคำอธิบายเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การสอนและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความปวด การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด การเลือกและฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาตามที่ผู้ป่วยสนใจ ส่วนในระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา การประเมินความปวดซ้ำหลังให้การบรรเทาปวด การเตรียมจำหน่ายและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ไปผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ 2 ท่าน เมื่อได้คำแนะนำและข้อเสนอแนะจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องครั้งนี้ ยังไม่ได้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในการศึกษานำร่อง (pilot study) ในกลุ่มเป้าหมาย จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการประเมินความรู้และทักษะในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาล เพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการใช้ดนตรี ในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติ สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกใช้วิธี บรรเทาปวดด้วยตนเอง
3. ควรมีการจัดทำแผ่นบันทึกข้อมูลภาพและเสียง (video compact disks: VCD, dual video disk: DVD) เรื่องการให้ข้อมูลการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในการปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถทบทวนเนื้อหาได้ซ้ำๆ
4. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ (try out) และประเมินผลทั้งทางด้านการบวนการ และผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง
5. ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องด้วยวิธีไม่ใช้ยาอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อนำผลงานวิจัยมาสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล
6. แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของการให้บริการของหน่วยงาน และผลงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น
7. แนวปฏิบัติการพยาบาล ควรได้รับการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง เช่น โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น
8. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น การศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดแผลผ่าตัด การฟื้นหาย ซึ่งได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ
9. ควรมีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบอื่นๆ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และสร้างเครือข่ายในการดูแล แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดไป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง (THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR PAIN MANAGEMENT IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING MAJOR ABDOMINAL SURGERY)

ศิริพร ศิริบุรณนท์ 4937367 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ประค., วรณี สัตยวิวัฒน์, ก.ม.

บทสรุปแบบสมบรูณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม(วันดี โภคะกุล, 2548) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยร่างกายจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้ช้า ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (กฤษณกมล วิจิตร และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546; Aubrun et al., 2002) จากความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุพบว่าในระบบประสาทส่วนกลาง สมอมีขนาดและน้ำหนักรลดลง จากเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง มีการสะสมของสารบางชนิดในเซลล์ประสาท ได้แก่ สารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) เมลานิน (melanin) และอไมลอยด์ โปรตีน (amyloid protein) ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ผู้สูงอายุจึงมีขีดความทนต่อการรับรู้ความรู้สึกปวดต่ำสุด (pain threshold) สูงขึ้น และมีความอดทนต่อความปวดเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทโคลิเนอร์จิกในการสร้าง / หลั่งสารสื่อประสาท ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด (กฤษณกมล วิจิตร และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2542; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542; สมบรูณ์ เทียนทอง, 2550; Ebersole & Hess, 2001) และยังมีความพร่องด้านการมองเห็น การได้ยิน ซึ่งพรอส (Prowse, 2006) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะมีความพร่องด้านการมองเห็นถึงร้อยละ 80 ด้านการได้ยินร้อยละ 75 และมีความพร่องทั้ง 2 ด้านร่วมกันร้อยละ 22 นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเกิด

โรคเรื้อรัง โดยเฉลี่ยพบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง 1.96 โรคต่อคน (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2540 อ้างใน กษพนิต ขันทีจิตร, 2550) ส่วนการสำรวจโดยการตรวจร่างกายผู้สูงอายุของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (2541) พบว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ทำให้ต้องรับประทานยาหลายชนิด และมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาดูแลการผ่าตัดมากขึ้น ซึ่งมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการผ่าตัด การวางยาสลบ และการให้ยาบรรเทาปวดสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, 2548; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550)

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ทำให้เกิดความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (สุติกรณ ณะชัย, 2547; Good et al., 2001; McDonald, 2006) ซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากกระบวนการรักษาที่ต้องใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อต่างๆ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดนาน ส่งผลให้เนื้อเยื่อเกิดความชอกช้ำ (มยุลี สำราญญาติ และนันทา เล็กสวัสดิ์, 2541; Carr & Goudas, 1999; Sloman et al., 2006, & Venkateswaran, 2006) และมีการตอบสนองโดยการหลั่งสารเคมีต่างๆ (mediators) เช่น ไซโตไคน์ (cytokines) พรอสตานอยด์ (prostanoids) โมโนเอมีน (monoamine) เปปไทด์ (peptides) สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด ทำให้เกิดความปวดขึ้น (Carr & Goudas, 1999)

ความปวดหลังผ่าตัดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น และความต้องการการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Aubrun & Marmion, 2007) ความปวดทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง จึงไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้การไหลเวียนกลับของเลือดดำลดลง เกิดการตกตะกอนเป็นลิ่มเลือด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และความปวดยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจหรือไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้หายใจตื้น และเกิดการคั่งค้างของเสมหะในปอด นำมาสู่การเกิดภาวะปอดแฟบ และปอดอักเสบตามมาได้ (ธรา ตรีตระกูล, 2544; อรพรรณ ไชยชาติ และคณะ, 2549; Aubrun & Marmion, 2007; Venkateswaran, 2006) ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยของ Shea, Brooks, Dayhoff, & Keck, (2002) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดจะมีระดับความปวดแผลผ่าตัดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอด และความปวดยังทำให้การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด รวมถึงมีผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ (ธรา ตรีตระกูล, 2544; Aubrun et al., 2002; Aubrun & Marmion, 2007; Venkateswaran, 2006) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อทางด้านจิตใจทำให้เกิดความกลัว เครียด และวิตกกังวล ก่อให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และรบกวน

แบบแผนการนอนหลับ ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (derilium) หลังผ่าตัดได้ (วัชรภรณ์ หอมดอกและคณะ, 2548; Carr & Goudas, 1999; Venkateswaran, 2006; Lynch et al., 1998) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (เอมอร อุดลโกธา, 2543; Rakel & Herr, 2004)

การจัดการความปวดแผลผ่าตัดควรเริ่มจากการประเมินความปวด เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในการประเมินความปวดจึงต้องอาศัยข้อมูลจากการรายงานความปวดของผู้ป่วย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2550; สหทยา ไพบูลย์ วรชาติ, 2547; Brown, 2004; Prowse, 2006; Sloman et al., 2006) แต่การประเมินความปวดในผู้สูงอายุทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้สูงอายุมิมีปัญหาในการรับรู้ ความเข้าใจ และการสื่อสาร บุคลากรทีมสุขภาพจึงมักประเมินความปวดในผู้สูงอายุได้มากหรือน้อยกว่าความปวดที่เกิดขึ้นจริง (สมบูรณ์ เทียนทอง, 2550; Cavalieri, 2005) ส่วนการจัดการความปวดนั้น แม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและความก้าวหน้าในเรื่องของยาบรรเทาปวด ตลอดจนวิธีการบริหารยาที่ได้รับ แต่คุณภาพการบรรเทาปวดยังไม่ดีเท่าที่ควร (ชาญฤทธิ์ ลือทวีศักดิ์, 2547; Prowse, 2006) เนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องสรีรวิทยาของความปวด การจัดการความปวด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (สุติภรณ์ ณะช้อย, 2547; Manias, Botti, & Bucknall, 2002; Watt-Wattson, Steven, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2001) ผู้สูงอายุจึงได้รับการจัดการความปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่าความปวดที่เกิดขึ้นจริง (Rakel & Herr, 2004; Prowse, 2006; McDonald, 2006) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากขึ้น (Aubrun et al., 2002)

จากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ยังไม่มีรูปแบบการประเมินความปวดที่ชัดเจน การประเมินความปวดใช้การถามอาการจากผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และเริ่มมีการนำเครื่องมือประเมินความปวดชนิดมาตรวัดความปวดแบบตัวเลขมาใช้กับผู้ป่วยบางราย ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลแต่ละคน ส่วนการจัดการความปวดจะใช้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยวัยอื่นที่ได้รับการผ่าตัด และยังขาดระบบการบันทึกเกี่ยวกับความปวด และวิธีการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถให้การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาร่วมกับการจัดการความปวดโดยไม่

ใช้ยาแก่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ในปัจจุบันมีการพัฒนาคุณภาพด้านบริการสุขภาพมากขึ้น เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาล การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และคุ้มค่าใช้จ่าย เพิ่มการพัฒนาและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการทางคลินิกและอยู่บนพื้นฐานการพัฒนาคำถามความรู้อย่างต่อเนื่อง จึงตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลด้านการประเมินและการจัดการความปวดแผลผ่าตัดใหญ่ช่องท้องให้มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย ปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจในคุณภาพการพยาบาล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ มีการประสานงานและส่งเสริมร่วมกับทีมสุขภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความคุ้มค่าใช้จ่าย ผลลัพธ์ของการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องอย่างมีคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติใช้ไปในทิศทางเดียวกัน เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ส่งผลให้การพยาบาลได้มาตรฐานและมีความเป็นเลิศในคุณภาพการดูแล

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการปฏิบัติงาน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ และเน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers)

1.2 จากแหล่งความรู้ (Knowledge triggers)

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและเสียชีวิตได้ง่าย ส่วนปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติทางลบของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ การขาดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทีมสุขภาพทั้งในเรื่องของสรีรวิทยาของความปวด การประเมินความปวด การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการความปวดทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ การกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด และยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุทั้งในด้านสรีรวิทยา เกสชันจลน์ศาสตร์ รวมถึงวิธีบริหารยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ความปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวลดลง หายใจตื้น เกิดปอดแฟบ ปอดอักเสบได้ ซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุ ความปวดแผลผ่าตัดยังลดการทำงานของกระเพาะอาหารลำไส้และระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะคั่ง ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ลดลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ความปวดยังเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความดันโลหิตสูง, ชีพจรเต้นเร็ว, หายใจเร็ว, ความตึงเครียด การใช้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ผลดังกล่าวทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพและมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความปวด ความทุกข์ทรมาน เพิ่มความสุขสบาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase)

เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำมาสู่สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาสืบค้นตามกรอบของ PICO (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) โดยกำหนดขอบเขตและเกณฑ์
 2. เป็นงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995-2006 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 3. แหล่งในการสืบค้นและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น
 - 3.1 สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics database) โดยเข้าฐานข้อมูล Blackwell Synergy, OVID, Science direct, PubMed, HireWire
 - 3.2 กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น
 - Pain assessment and elderly
 - Pain instrument and geriatric
 - Postoperative pain management and elderly
 - Postoperative pain and relaxation and elderly
 - Postoperative pain management and colorectal surgery
 - Pain management and abdominal surgery and elderly
 - Pain management and music therapy and elderly
 - Pain management and complementary therapy and elderly patient
 - 3.3 การสืบค้นด้วยมือจากวารสารในประเทศ วารสารต่างประเทศและวิทยานิพนธ์
 - 3.4 เอกสารอ้างอิงจากงานวิจัย
 4. การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของเมลนิกและไฟน์เอท์ (Melnyk & Fineout – Overholt, 2005)
 5. ผลการสืบค้น

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง บทความ ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 7 จำนวน 2 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 เรื่อง รวมทั้งหมด 12 เรื่อง
 6. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ได้ใช้แนวคิดของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ซึ่งประกอบด้วย
 - 6.1 ความสอดคล้องของปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance)
 - 6.2 การมีความหมายเชิงศาสตร์ (Scientific merit)
 - 6.3 แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implementation potential)

6.3.1 การนำผลงานวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (Transferability of the finding)

6.3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation)

6.3.3 ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio)

7. สรุปสาระหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

7.1 การประเมินความปวด จาก

- การสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยซักถามถึง ลักษณะความปวด ความรุนแรง ตำแหน่ง และช่วงเวลาที่เกิดความเจ็บปวด ประวัติความปวดในอดีต ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มหรือลดลง ผลของความปวดต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับความปวดและผลของการใช้ยาบรรเทาปวด วิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ ประวัติการใช้ยา ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ทศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความปวดและยาบรรเทาปวด รวมทั้งประเมินคำที่ผู้สูงอายุใช้หมายถึงความปวดให้เข้าใจตรงกัน (Ardery et al., 2003; Herr et al., 2006; Rakel & Herr, 2004; Yong, 1999)

- พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหว การส่งเสียงร้อง (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004)

- การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ เป็นต้น (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004)

- เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวด เช่น VAS, NRS, VDS, FPS, PT ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Taylor & Herr, 2003; Ware, Epps, Herr, & Packard, 2006; Yong, 1999)

7.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การดมยาสลบ สาเหตุของความปวด แก่ผู้ป่วย และครอบครัวตามเอกสารให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดซึ่งเกี่ยวกับ ความปวด อันตรายจากความปวดหลังผ่าตัด ความสำคัญของการรายงานความปวด ตั้งเป้าหมายการลดความปวดที่สามารถยอมรับและปฏิบัติกิจกรรมได้ การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและผลข้างเคียงของยา บรรเทาปวด การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ประโยชน์ของการฟื้นตัวเร็ว และสนับสนุนให้ผู้ป่วย ขอบยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อเริ่มรู้สึกปวด และกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Lin & Wang, 2005)

7.3 การเฝ้าระวังความปวดแผลผ่าตัด

ประเมินความปวดแผลผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

ประเมินความปวดแผลผ่าตัดทุก 4 – 8 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถ้าสามารถควบคุมความปวดได้

การประเมินความปวดแผลผ่าตัดควรประเมินทั้งในขณะที่พัก ขณะปฏิบัติกิจกรรม และเวลานอน และมีการบันทึกความปวดที่เกิดขึ้น และวิธีการรักษาพยาบาลลงในแบบบันทึกให้ชัดเจนพร้อมทั้งสัญญาณชีพ (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

7.4 การจัดการความปวดโดยใช้ยา (ตามแผนการรักษาของแพทย์)

1) ยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์ (Non-opioid) เช่น อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) เอนเซด (NSAID) คอก-ทู ซีเลคเตด (COX-2 selected) ใช้ในรายที่มีระดับความเจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง และสามารถใช้ร่วมกับยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ในการบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

2) ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เป็นยาบรรเทาปวดที่ใช้ได้ผลดีในผู้สูงอายุ ในการบรรเทาความปวดระดับปานกลาง - รุนแรง และต้องมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น ท้องผูก คื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะคั่ง รวมถึงการกดการหายใจและง่วงซึม ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่สำคัญ โดยต้องประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ทุก 1 – 2 ชั่วโมง อย่างน้อย 24 ชั่วโมงแรกของการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999) โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994) (Herr, et al., 2006) ดังนี้

S = กลับ ปลุกตื่นง่าย

1 = ตื่น รู้สึกตัวดี

2 = ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย

3 = ง่วงซึมมาก กลับขณะสนทนา

4 = ง่วงหลับ มีการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นน้อยหรือไม่มีเลย

7.5 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

โดยให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามที่สนใจ และฝึกปฏิบัติก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด วิธีจัดการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยามีดังนี้ (Good, 1995; Good et al, 2001; Good, Anderson, Stanton-Hicks, Grass, & Makii, 2002; Good, Anderson, Ahn, Cong, & Stanton-Hicks, 2005; Rakel & Herr, 2004; Roykulcharoen & Good, 2004; Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

1) การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation technique) โดยให้ผู้ป่วยฟังและปฏิบัติตามเครื่องเล่นแผ่นบันทึกข้อมูลหรือเครื่องเล่นเทปการใช้เทคนิคผ่อนคลาย โดยฟังครั้งละ 15 - 20 นาที แล้วจึงประเมินความปวดแผลผ่าตัดซ้ำ

2) การใช้ดนตรี (music) โดยให้ผู้ป่วยเลือกดนตรีที่ชอบ และให้ฟังครั้งละ 20 นาที

3) การใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับดนตรี โดยให้ผู้ป่วยฟังและปฏิบัติตามเครื่องเล่นแผ่นบันทึกข้อมูลหรือเครื่องเล่นเทป โดยฟังครั้งละ 15 - 20 นาที แล้วจึงประเมินความปวดแผลผ่าตัดซ้ำ

7.6 การประเมินความปวดแผลผ่าตัดซ้ำภายหลังให้การช่วยเหลือ โดย

1) การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการฉีด ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 30 นาที (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

2) การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการรับประทาน ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 60 นาที (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Yong, 1999)

3) การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินภายหลังการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย / ดนตรี หรือใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับดนตรี ครบตามเวลา (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004)

4) ถ้าความปวดไม่ลดลงรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาเลือกหรือปรับขนาดของยาที่เหมาะสม (Herr et al., 2006)

7.7 การวางแผนจำหน่าย (Herr et al., 2006; Young, 1999)

1) มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

2) การจัดการความปวดที่บ้านต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถของ ผู้ป่วยและครอบครัว

3) ให้คำแนะนำและจัดทำเอกสารให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดแผลผ่าตัดให้กับผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ยอมรับและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างสุขสบาย ยาบรรเทาปวดที่ใช้ ขนาด และความถี่ ในการรับประทานยา การจัดการกับผลข้างเคียงของยา ปฏิกริยาต่อยาตัวอื่นๆ ที่ได้รับ วิธีการฟื้นฟูสภาพข้อปฏิบัติที่ควรหลีกเลี่ยงขณะใช้ยา การกลับมาตรวจซ้ำเมื่อเกิดปัญหา ชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของแพทย์หรือแหล่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด หรือปัญหาอื่นๆ และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Herr et al., 2006; Young, 1999)

นำสาระที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 12 เรื่อง มาสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นลำดับต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะการนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นระยะของการนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น สามารถนำมาใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ยังไม่ได้นำไปทดลองใช้จริง (try out) ในหน่วยงาน แต่ผู้ศึกษาได้มีการวางแผนงานในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน จำนวน 10 ราย และมีการประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งในด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) เป็นระยะที่มีการผสมผสานแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับการปรับปรุงอย่างเหมาะสมแล้วเข้าสู่การทำงานที่เป็นอยู่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร มีการประเมินผลเป็นระยะๆ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุป

ปัจจุบันประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเป็นวัยที่มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จึงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย รวมทั้งยังมีแนวโน้มเข้ารับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องมากขึ้นด้วย การผ่าตัดทำให้เกิดอาการปวดซึ่งเป็นอาการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงต้องได้รับการจัดการความปวดแผลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็ว แต่จากประสบการณ์ทางคลินิกและการทบทวนวรรณกรรม นั้นพบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดและยาบรรเทาปวดได้มีการพัฒนาไปอย่างมาก แต่ในการจัดการความปวดนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีปัจจัยที่สำคัญ คือ การขาดความรู้ของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างจากวัยที่มีอายุน้อยกว่า รวมทั้งความรู้ด้านสรีรวิทยาของความปวด การจัดการความปวด และปัจจัย

ด้านความเชื่อและทัศนคติทางลบเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ ที่มีผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการจัดการความปวดแผลผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้องทรมานจากความทุกข์ทรมาน ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางปอด เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบ และยังมีผลต่อทางด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ เกิดการแยกตัว และรบกวนแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขึ้นได้ง่าย ส่งผลให้ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และยังกระทบถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติ- การพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการใหญ่ผ่าตัดช่องท้องที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีอิสระในการปฏิบัติ เพื่อช่วยบรรเทาความปวดแผลผ่าตัดให้กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ส่งผลให้สามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหน่วยงานมีรูปแบบการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องที่มีมาตรฐานและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความคุ้มค่า กลุ่มทุน และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และใช้ในการประกันคุณภาพการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินความรู้และทักษะในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาล เพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลาย หรือการใช้ดนตรี ในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติ สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกวิธี บรรเทาปวดด้วยตนเอง
3. ควรมีการจัดทำแผ่นบันทึกข้อมูลภาพและเสียง (video compact disks: VCD, dual video disk: DVD) เรื่องการให้ข้อมูลการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในการปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถทบทวนเนื้อหาได้ซ้ำ ๆ

4. ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ (try out) และประเมินผลทั้งทางด้านการกระบวนการ และผลลัพธ์ พร้อมทั้งปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง

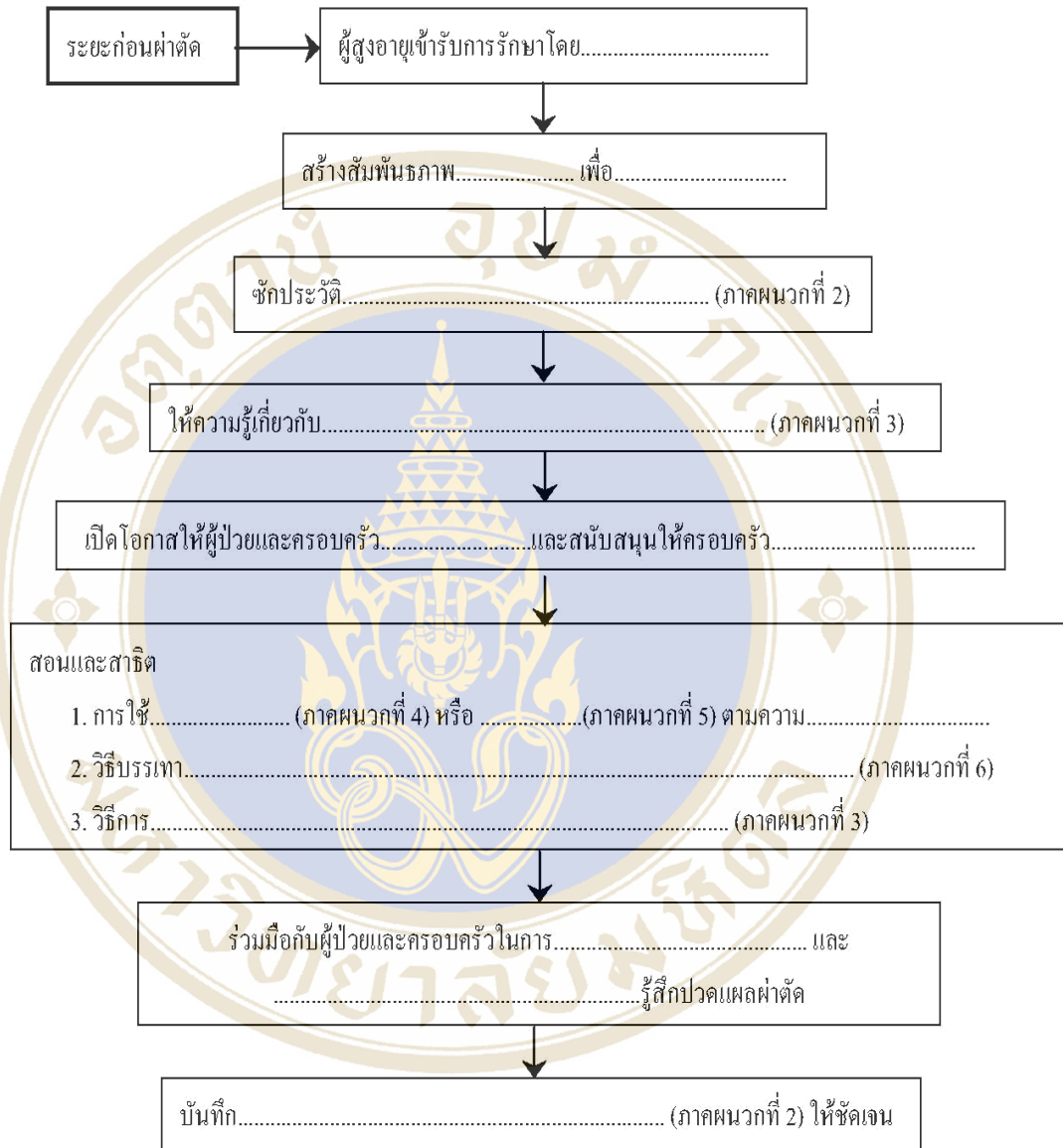
5. ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้องด้วยวิธีไม่ใช้ยาอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อนำผลงานวิจัยมาสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล

6. แนวปฏิบัติการพยาบาลควรได้รับการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบทของการให้บริการของหน่วยงาน และผลงานวิจัยใหม่ที่เกิดขึ้น

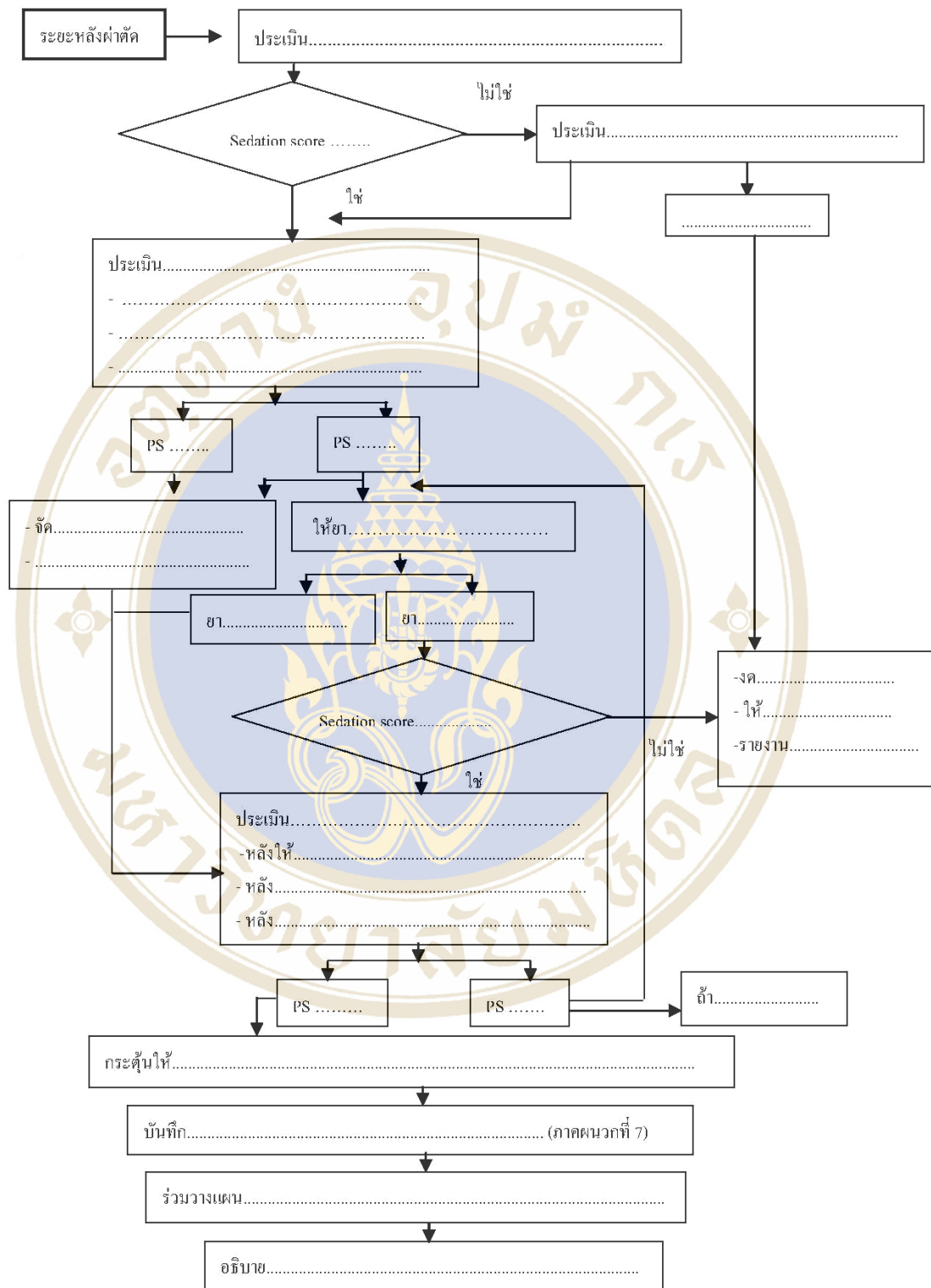
7. แนวปฏิบัติการพยาบาล ควรได้รับการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เช่น โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ และ โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

8. ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์ (Outcome research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น การศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดแผลผ่าตัด การฟื้นฟู ซึ่งได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ

9. ควรมีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบอื่น ๆ เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และสร้างเครือข่ายในการดูแล แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดไป



แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ของท้อง (ระยะก่อนผ่าตัด)



แผนภูมิที่ 4 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง (ระยะหลังผ่าตัด)

THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE
GUIDELINE FOR PAIN MANAGEMENT IN ELDERLY PATIENTS
UNDERGOING MAJOR ABDOMINAL SURGERY

SIRIPORN SIRIBURANONTA 4937367 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : TIPA TOSKULKAO, Ph.D.
(NEUROSCIENCE), WANNEE SATAYAWIWAT, M. Ed.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Elderly patients have deterioration of physical, mental, emotion, and social (Pokakul, 2005). When they are sick, it takes longer for the body to recover, and they require longer hospitalization (Vichit & Katepitchayawattana, 2003; Auburn et al., 2002). When considering the physiological deterioration of the elderly, it has been found that in their central nervous system, both brain size and weight are reduce, the number of neurons decreases, and there is an accumulation of certain substances in the neurons such as lipofuscin, melanin, and amyloid protein, which affect the functioning of the brain and the autonomous nervous system and the speed of neurotransmission. Therefore, the pain threshold of elderly patients and their pain tolerance increase, while their sensitivity and responses to different reactions decrease. In addition, there is also change in the production and secretion of the neurotransmitters of the cholinergic nervous system, hence a defect in the cognitive process (Vichit & Katepitchayawattana, 2003; Thongcharoen, 1999; Jittapankul, 1999; Tienthong, 2007; Ebersole & Hess, 2001). Elderly patients also experience impairment in vision and hearing, which, according to Prowse, 2006, affects approximately 80% and 75% of elderly patients aged older than 65 years, respectively, and about 22% of elderly patients aged 65 or older suffer from both impairments. Moreover, elderly patients tend to suffer from a chronic illness. It has been reported that elderly patients suffer

from 1.96 chronic illnesses per person on average (Jittapankul, 1997 cited in Khanteejit, 2008). The Public Health Research Institute of Thailand (1998) conducted a physical examination of elderly patients and found that 70.8% of the elderly patients suffered from as many as six chronic illnesses at the same time (Chooprapawan, 2000). Therefore, they have to take various medications and tend to undergo a surgery, which puts them at risk of surgical complications, anesthesia, and use of analgesics than patients in other age groups (Sanansilp, 2003; Tienthong, 2007).

Abdominal surgery is a major surgery which causes moderate to severe pain (Nachoi, 2004; Good et al., 2001; McDonald, 2006). The surgery takes a long time, and it causes injuries to the tissues which are cut and wounded (Samranyart & Leksawad, 1998; Carr & Goudas, 1999; Sloman et al., 2006; Venkateswaran, 2006). The body responds by secreting different mediators such as cytokines, prostanoids, monoamine, and peptides, which stimulate the pain receivers and cause pain sensation (Carr & Goudas, 1999).

Postoperative pain stimulates the functioning of the sympathetic nervous system which increases the heart rate, blood pressure, muscular functioning, and oxygen expenditure, which put the patients at risk of coronary artery disease (Auburn & Marmion, 2007). Pain constricts the muscles, so the patients do not want to move their body. When this happens, the circulation of the blood in the veins will be reduced and blood clots may take place, putting the patients at risk of deep vein thrombosis. Furthermore, pain prevents patients to breathe or cough effectively, and shallow breathing can result in accumulation of phlegm in the lungs, which can lead to collapsed lungs or pneumonia (Tritrakarn, 2001; Chiayachart et al., 2006; Auburn & Marmion, 2007; Venkateswaran, 2006). Shea, Brooks, Dayhoff, & Keck (2002) found that patients undergoing abdominal surgery and having complications with the lungs experienced more pain than those who also underwent abdominal surgery but did not have complications with the lungs. Also, pain affects the functioning of the gastrointestinal system, and the patients may suffer from nausea, vomiting, and bloating. It also affects the urinary tract system, resulting in an accumulation of urine (Tritrakarn, 2001; Auburn et al., 2002; Auburn & Marmion, 2007; Venkateswaran, 2006). In addition to physiological effects, pain also has psychological effects. Pain causes fear, stress, and anxiety, and it affects patients' interactions with surrounding

persons, daily living activities, and sleep patterns, and it may bring about a sudden delirium after surgery (Homdok et al., 2003; Carr & Goudas, 1999; Venkateswaran, 2006; Lynch et al., 1998). Such complications make patients recover later than usual, need a longer hospital stay, and bear more financial expenses (Adulpokathorn, 2000; Rakel & Herr, 2004).

Pain management should start from assessment of pain. As pain is a direct experience of patients, when conducting pain assessment, the information should be directly reported by the patients (Petchpichetchien, 2007; Paiboonvorachart, 2004; Brown, 2004; Prowse, 2006; Sloman et al., 2006). However, pain assessment in elderly patients is more difficult because elderly patients may have problems with their perception, understanding, and communication. For this reason, healthcare team members tend to assess pain less effectively, either too high or too low than the actual pain they are experiencing, in elderly patients (Tienthong, 2008; Cavalieri, 2005). As regards pain management, even though the healthcare team members having knowledge and understanding of pain and advancement of pain medications and medication management, the quality of pain management at present is not as good as it should be (Lortaweesak, 2004; Prowse, 2006). This is because healthcare team members lack sufficient knowledge about the physiology of pain, pain management, and physiological changes in elderly patients which make them physically different from patients who are younger (Nochoi, 2003; Manias, Botti, & Bucknall, 2002; Watt-Wattson, Steven, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2001). Thus, elderly patients receive postoperative pain management less than they should (Rakel & Herr, 2004; Prowse, 2006; McDonald, 2006), which puts them at higher risks of postoperative complications and mortality (Auburn et al., 2002).

Based on the researcher's experience working in a surgical ward, it has been found that postoperative pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery still lacks a clear-cut pain assessment. Most of the pain assessment is conducted by asking the patients how painful they feel, and an analog pain assessment scale has begun to be used with some of the patients depending on the background knowledge and experience of individual nurses. As regards pain management, pain is managed with medications as prescribed in the treatment plan of physicians, and elderly patients receive similar treatment to patients in other age

groups. Moreover, there is lack of systematic records of pain and pain management methods, nor is there a clear-cut clinical nursing practice guideline to manage pain in elderly patients undergoing major abdominal surgery. Thus, nurses who offer care to elderly patients undergoing major abdominal surgery play a significant role in selecting appropriate instruments to assess pain and assist patients in pain management utilizing both pharmaceutical and non-pharmaceutical methods to ensure comfort of elderly patients, reduce postoperative complications, shorten length of hospital stay, decrease medical expenses, and increase quality of life.

At present, the quality of healthcare has been improved. Hospitals have paid attention to quality assurance and emphasized provision of services which are of high quality, standardized, and have a good cost-benefit ratio. The research evidence has been widely utilized in clinical practice and an existing body of knowledge has been continuously and consistently developed. For this reason, it is deemed necessary that nursing practice regarding effective assessment and management of pain of elderly patients undergoing major abdominal surgery be improved to prevent postoperative complications and ensure safety, comfort, and satisfaction with nursing care of elderly patients. Such development should be carried out based on research evidence with coordination among the healthcare team members and with consideration of cost-benefit ratio and nursing care outcomes to derive at effective nursing care provided to elderly patients undergoing major abdominal surgery. Therefore, the researcher was interested in developing a clinical nursing practice guideline to promote pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery using research evidence to ensure uniformed practices to create satisfaction of patients and their family and to achieve the highest possible standard of nursing care.

Objectives of the Study

To develop a clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery

Research Methodology

In developing a clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery, Soukup's (2000) model of

research utilization was employed as the conceptual framework of the study. This is because the model is clear, comprehensive, and practically effective. It also emphasizes development which leads to changes in the organizational level, and it involves a guideline for consistent and continuous development. The model of research utilization proposed by Soukup consists of the following four phases:

Phase 1: Evidence-triggered phase

The evidence comes from two sources:

1.1 Practice triggers

1.2 Knowledge triggers

Based on the researcher's professional experience and an extensive review of literature, it has been concluded that pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery is still ineffective, causing patients discomfort and suffering, as well as postoperative complications and mortality. The factors which make pain management ineffective include negative beliefs and attitudes of patients, families, and healthcare team members; as well as lack of knowledge and understanding of healthcare team members about physiology of pain, pain assessment, use of pain assessment instruments appropriate for each of the patients, pharmaceutical and non-pharmaceutical pain management, and physical rehabilitation after undergoing abdominal surgery. Furthermore, healthcare team members also lack knowledge about physiological changes in elderly patients as well as suitable analgesics administration in elderly patients. In general, surgical wound pain may lower body movement and cause shallow breathing, collapsed lungs, and pneumonia, especially in elderly patients. Also, surgical wound pain also reduces functioning of the gastrointestinal system and urinary tract system, leading to bloating, nausea, and vomiting. When this happens, the functioning of the immunity system will be affected, and the patients are more prone to infections. Furthermore, pain also increases the functioning of the autonomous nervous system, resulting in increase blood pressure, and heart rate, and respiratory rate, and demand more oxygen, etc. Pain also has psychological effects on postoperative patients, making them experience stress, anxiety, insomnia, and delirium. When these happen, it takes longer for the patients to recover, and they have to spend more time in the hospital and pay more medical expenses. As a result, nurses who are healthcare team members who are closest to the patients should have a

clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery to ensure uniformed and effective nursing care that can reduce patients' pain and suffering and postoperative complications while increasing their comfort and satisfaction with nursing care.

Phase 2: Evidence-supported phase

This phase involves the search for evidence related to the problem under study to analyze, synthesize, and develop an effective clinical nursing practice guideline. The steps involved in this phase are as follows:

1. Determining the selection criteria based on the PICO framework of Melnyk and Fineout-Overhold (2005)
2. Selecting the research evidence published in Thai and English between 1995 and 2006
3. Selecting the sources and determining the keywords for the search
 - 3.1 The electronic databases used in the search included Blackwell, Synergy, OVID, Science direct, PubMed, and HireWire.
 - 3.2 The keywords used in the search included the following:
 - Pain assessment and elderly
 - Pain instrument and geriatric
 - Postoperative pain management and elderly
 - Postoperative pain management and colorectal surgery
 - Pain management and abdominal surgery and elderly
 - Pain management and music therapy and elderly
 - Pain management and complementary therapy and elderly patient
 - 3.3 Manual search was done with journals published in Thailand and overseas as well as master's theses and doctoral dissertations.
 - 3.4 References from research were also included in the search.
4. Assessing the level of the research evidence using the criteria proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005).
5. The search outcomes

Based on the selection criteria previously set, there were six experimental studies (evidence level 2), two descriptive studies (evidence level 6), two articles (evidence level 7), and two clinical practice guidelines, totaling 12 pieces of research evidence.

6. Assessment of feasibility of implementation to develop a clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery was carried out based on the framework proposed by Polit and Beck (2004) which consists of the following:

- 6.1 Clinical relevance
- 6.2 Scientific merit
- 6.3 Implementation potential
 - 6.3.1 Transferability of findings
 - 6.3.2 Feasibility of implementation
 - 6.3.3 Cost-benefit ratio

7. Summary of the research evidence

7.1 Pain assessment: Pain assessment can be done as follows:

- Interviewing the patients: Nurses ask patients about their type of pain, intensity of pain, location of pain, and duration of pain. They also ask patients about history of pain, factors which increase or decrease pain, effects of pain on ability to carry out daily living activities, experience and knowledge about pain and effects of pain medications, previous use of non-pharmaceutical pain management, history of use of pain medication, history of alcohol and substance abuse, and beliefs and attitudes of patients and families toward pain and pain medication. Finally, nurses assess the wording elderly patients use to describe pain to ensure mutual understanding (Ardery et al., 2003; Herr et al., 2006; Rakel & Herr, 2004; Young, 1999).
- Behavioral expressions: Behaviors of patients such as facial expression, gestures, body movement, and cry can also indicate pain (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004).
- Physiological changes: Physiological changes which reflect pain include heart rate, blood pressure, and breathing (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004).

- Pain instruments: Instruments which can be used to assess pain include VAS, NRS, VDS, FPS, and PT which can be chosen to proper individual patients (Arderly et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Taylor & Herr, 2003; Ware, Epps, Herr, & Packard, 2006; Young, 1999).

7.2 Dissemination of knowledge: Knowledge about disease, surgery, anesthesia, and causes of pain is disseminated to patients and their families according to documents on pain management which cover topics such as pain, danger of postoperative pain, importance of report of postoperative pain, acceptable goal of pain reduction, pharmaceutical pain management and its side effects, non-pharmaceutical pain management, benefits of rapid recovery, and promotion of immediate pain management, as well as stimulation of family participation in pain management (Lin & Wang, 2005).

7.3 Monitoring of postoperative wound pain

- Postoperative wound pain is assessed every two hours during the first 24 hours after the surgery.
- Postoperative wound pain is assessed every four to eight hours or as appropriate during the first 48 hours after the surgery if pain can be controlled.
- Postoperative wound pain should be assessed during rest, activity, and sleep, and the level of pain intensity and pain management methods should be clearly recorded in the form together with patients' vital signs (Arderly et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Young, 1999).

7.4 Pharmaceutical pain management (as prescribed in the physician's treatment plan)

1. Medications in the non-opioid group: Acetaminophen, NSAID, and COX-2 selected can be used in patients with mild to moderate pain, and it can be used with medications in the opioid group to relieve moderate to severe pain (Arderly et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Young, 1999).

2. Medications in the opioid group: These medications are very effective in elderly patients to relieve moderate to severe pain. However, the side effects of the medications need to be monitored such as constipation, itching, nausea, vomiting, as well as suppressed breathing and drowsiness, which are major side effects and which require constant sedation monitoring every one to two hours at least during

the first 24 hours after opioid mediations are first administered (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., Young, 1999). The sedation scores of Pasero (1994 cited in Herr, 2006) can be used with the following interpretation:

S = Sleep, easy to arouse

1 = Awake and alert

2 = Slight drowsy, easily arouse

3 = Frequently drowsy, arousable, drifts off to sleep during conversation

4 = Somnolent, minimal or no response to physical stimulation

7.5 Non-pharmaceutical pain management

The patients can choose not to use medications as they desire. The non-pharmaceutical pain management method can be practiced one day prior to the surgery to ensure correct understanding and practice. Non-pharmaceutical pain management methods are as follows (Good, 1995; Good et al., 2001; Good, Anderson, Stanton-Hicks, Grass, & Makii, 2002; Good, Anderson, Ahn, Cong, & Stanton-Hicks, 2005; Rakel & Herr, 2004; Roykulcharoen & Good, 2004; Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Young, 1999).

1) Relaxation technique: Patients are told to listen to and follow the recorded tape for 15 to 20 minutes before the postoperative pain is reassessed.

2) Music: Patients are asked to choose the music they like and listen to it for 20 minutes at a time.

3) Relaxation technique with music: Patients are asked to listen to and follow the instructions on the recorded tape for 15 to 20 minutes before the postoperative pain is reassessed.

7.6 Reassessment of postoperative pain after provision of assistance

1) Pharmaceutical pain management with injection: Pain is reassessed about 30 minutes after the injection (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Young, 1999).

2) Pharmaceutical pain management with oral medications: Pain is reassessed about 60 minutes after the intake (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004; Herr et al., 2006; Young, 1999).

3) Non-pharmaceutical pain management: Pain is reassessed after the use of relaxation techniques or music or both (Ardery et al., 2003; Rakel & Herr, 2004).

4) If the pain persists, the physicians should be reported to adjust the dosage of the medications (Herr et al., 2006).

7.7 Plan for hospital discharge (Herr et al., 2006; Young, 1999)

1) The plan for hospital discharge should be devised as soon as the patients are admitted into the hospital.

2) The pain management at home has to be within the capacity of the patients and their family caregivers to carry out by themselves.

3) Advice should be given, and a manual to disseminate knowledge on postoperative pain management should be distributed to patients. The content should include setting the pain scores which are acceptable and enable the patients to carry out activities comfortably, medication intake including dosages and frequency, management of side effects of medications, reactions to other medications prescribed to patients, rehabilitation, what to avoid during medication intake, re-examination when there is trouble, contact information of physicians or others who can be a resource of information on pain, other problems, and non-pharmaceutical pain management techniques (Herr et al., 2006; Young, 1999).

The data derived from all 12 pieces of evidence were used to develop a clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery. The developed guideline was validated by a panel of five experts to ensure content validity and language appropriateness before it was revised and improved according to the experts' comments and suggestions.

Phase 3: Evidence-observed phase

This phase is the phase in which the developed guideline should be tried out and the feasibility of implementation should be assessed to confirm that the developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery can be used with the patients under study.

However, in this study, the developed guideline was not tried out in the actual clinical setting, but the researcher has a plan to try out the guideline to determine its

feasibility of implementation in ten elderly patients who undergo major abdominal surgery at the surgical ward, Bangkok Christian Hospital to assess both the process and outcomes of the developed guideline.

Phase 4: Evidence-based phase

During this phase, the developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery which has already been improved will be implemented in an actual clinical setting to lead to changes in the organization. Evaluations are periodically conducted, and the outcomes are utilized to further improve the nursing practice to ensure quality of care provided to elderly patients undergoing major abdominal surgery.

Summary

At present, the number of elderly population has increased. Elderly persons have to undergo different deteriorations of body systems, so they are prone to diseases including those that require abdominal surgery. After undergoing abdominal surgery, postoperative pain is unavoidable. Thus, elderly patients need effective pain management to ensure comfort, prevent complications, and increase recovery. However, according to the researcher's professional experience and an extensive review of literature, it has been found that knowledge about pain management and analgesics have greatly improved, but pain management remains ineffective due to healthcare team members' lack of knowledge related to physiological changes of elderly patients which render them different from younger patients. Healthcare team members also lack knowledge about physiology of pain, pain management, and related factors including negative beliefs and attitudes of pain and pain management of elderly patients and their families. For these reasons, pain management in elderly patients is not properly carried out, making elderly patients suffer and do not want to move their body, so they are more susceptible to postoperative complications including collapsed lungs and pneumonia. Elderly patients also have to suffer psychological effects of postoperative pain including stress, anxiety, desperation, isolation, and disrupted sleep, which in turn can result in delirium, longer hospital stay, higher medical expenses, dissatisfaction with nursing services, and decreased quality of life of elderly patients.

Therefore, nurses who are healthcare team members who are closest to patients should have a clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery. Such practice guideline should derive from research evidence, and nurses should have freedom of practice to relieve pain of elderly patients undergoing major abdominal surgery to rapid recovery, shorten hospital stay, decrease medical expenses, and ensure satisfaction of patients. Also, the organization should have a uniformed and standardized practice of pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery to ensure cost-benefit ratio and maximize the benefits of patients and their families while adhering to quality assurance of the hospital.

Recommendations

1. Nurses' knowledge and skills to manage postoperative pain elderly patients undergoing major abdominal surgery should be assessed, and workshops should be organized to enable nurses to effectively implement the developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery.
2. Workshops should also be organized to equip nurses with knowledge and skills that will enable them to utilize relaxation techniques and music to relieve postoperative pain and to offer advice to patients and their families to select pain management methods by themselves.
3. Video compact disks (VCDs) and dual video disks (DVDs) should be produced to disseminate additional knowledge on pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery so that they can repeated review necessary information to more effectively manage their pain.
4. The developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery should be tried out in an actual clinical setting, and the implementation process and operational outcomes should be assessed before revising and improving the developed guideline to fit the context of each clinical setting.

5. Research on non-pharmaceutical pain management methods to manage postoperative pain in elderly patients undergoing major abdominal surgery should be carried out to generate further evidence to support nursing practice.

6. The developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery should be continuously and consistently revised and improved to suit the environment and context of the organization and to utilize findings from more recent research on the topic.

7. The developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery should be promoted in other organizations and agencies that also offer care to elderly patients undergoing abdominal surgery such as public and private hospitals, etc.

8. Outcome-based research should be conducted to determine the effectiveness of the developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery to compare the levels of pain, rate of recovery, rate of postoperative complications, level of ability to carry out daily living activities, length of hospital stay, and medical expenses of elderly patients who receive only routine nursing care and those who also receive pain management techniques based on the developed guideline.

9. The developed clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery should be implemented with other groups of elderly patients to increase quality of nursing care, to create a care network, to exchange knowledge, to promote professional development, and to continuously and consistently develop nursing care practice to ensure standard of nursing care.

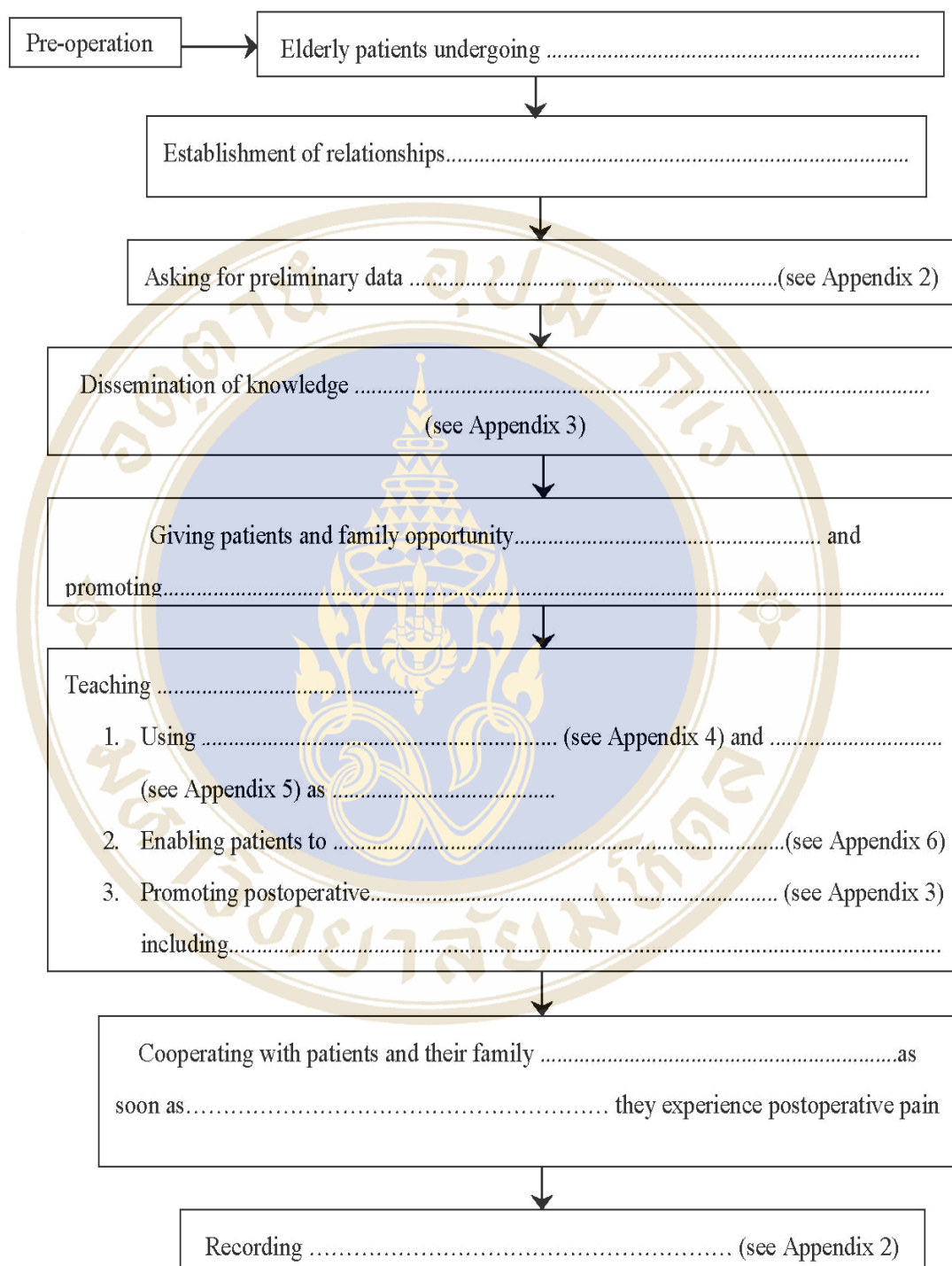


Figure 3 A clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery (before the surgery)

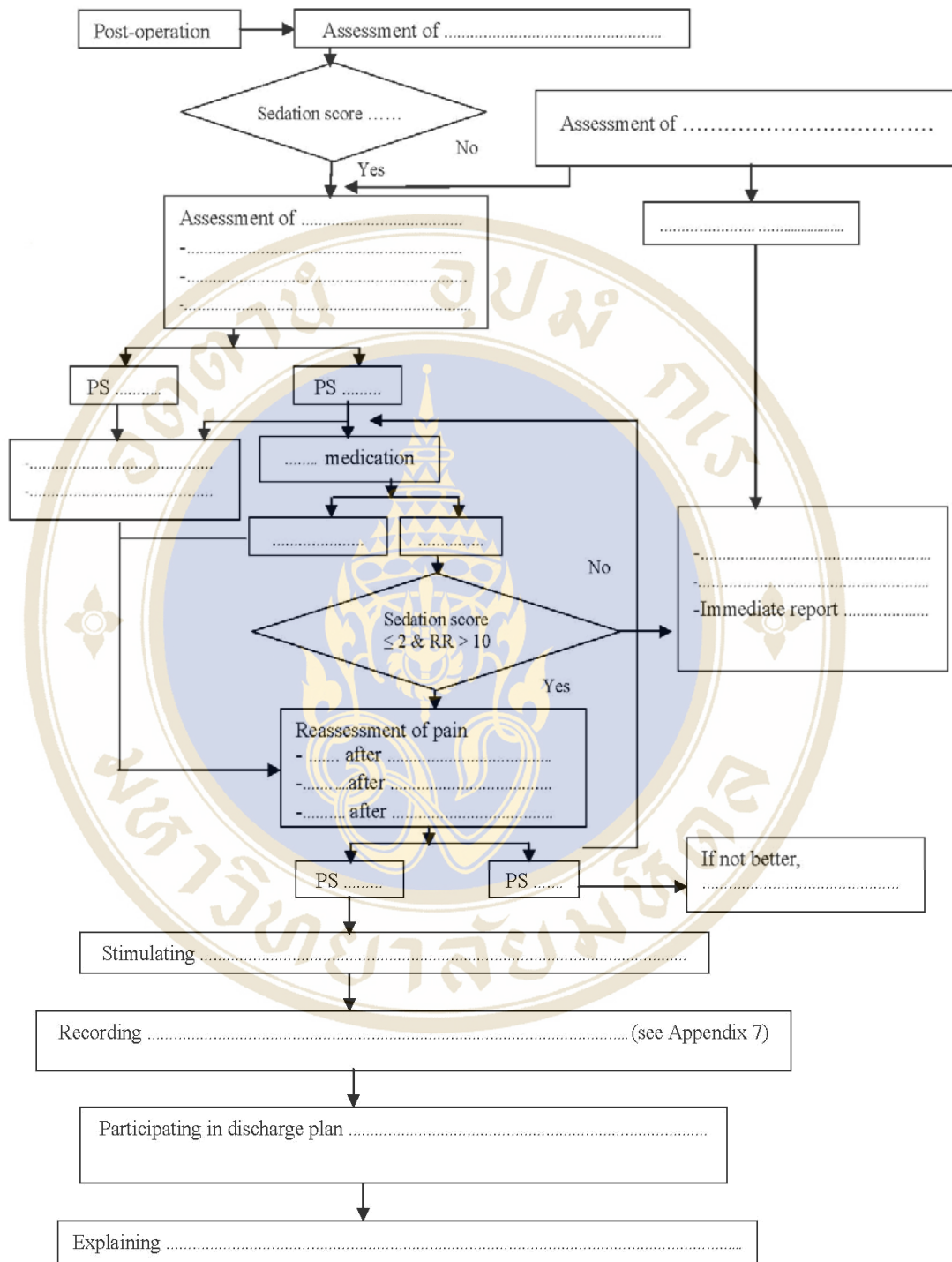


Figure 4 A clinical nursing practice guideline for pain management in elderly patients undergoing major abdominal surgery (after the surgery)

รายการอ้างอิง

- กษพนิต ชันดีจิตร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณกมล วิจิตร และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 4(3), 22-37.
- ก้องเกียรติ ฤทธิ์กันทรากกร. (2547). Pain mechanisms. ใน ประดิษฐ์ ประทีปะวนิช (บรรณาธิการ), *Brain, Pain, Memory & Management. The 15th annual scientific meeting of Thai Pain Society*. (หน้า 20-23). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ขวัญจิต โอชุม. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนพะจง เพ็งจาด, รัชนี อยู่ศิริ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2546). ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัย-สหประชาชาติไทย.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เจือกุล อโนธารมณ. (2545). บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด. *วารสารพยาบาล-ศาสตร์*, 20(3), 8-18.
- เจือกุล อโนธารมณ. (2546). การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 52(2), 73-82.
- ชัชชัย ปรีชาไวย. (2549). การรักษาความปวดหลังผ่าตัด. ใน ศศิกันต์ นิมนนรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไวย (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด* (หน้า 61-86). สงขลา: ชานเมือง.
- ชาญฤทธิ์ ถ้อยทวิสวัสดิ์. (2547). Acute pain (ความปวดชนิดเฉียบพลัน). ใน ประดิษฐ์ ประทีปะวนิช (บรรณาธิการ), *Brain, Pain, Memory & Management. The 15th annual scientific meeting of Thai Pain Society* (หน้า 32-39). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ครุณี ชุนหวัด. (2540). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด. ใน พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน (บรรณาธิการ), *การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 8 ชมรมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย* (หน้า 123-127). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงดาว ดุลยธรรม. (2543). ผลของดนตรีต่อการบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธรา ตรีตระการ. (2544). การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. ใน ธรา ตรีตระการ และคณะ (บรรณาธิการ), *หนังสือประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ Postoperative pain management* (หน้า 1-9) กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิสา สออารีย์. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด. สงขลา: แมกซ์ มีเดีย วาย เทู เพรส.
- เนาวรัตน์ บุญยดา. (2547). การดูแลความปวดในเด็กและผู้สูงอายุ. ใน เอกสารการอบรมวิชาการ เรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน " การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ " ครั้งที่ 2 วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หน้า 146-162). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญเลิศ คงคามิ. (2544). ประสิทธิภาพของยาระงับปวด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน. (2547). *Pain ความปวด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ทิมส์ (ประเทศไทย).
- มยุลี สำราญญาติ และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2541). รายงานการวิจัย เรื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิกรณ์ ภูกร. (2542). สุขภาพผู้สูงอายุ. โปรแกรมสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏภูเก็ต.
- ราตรี สุดทรง และวีระชัย สิงหนิยม. (2545). *ประสาทสรีรวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: แทกซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

- รุ่งทิพย์ จามรمان. (2532). ผลของการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดดา ไชยแก้ว. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความสามารถของพยาบาลในการจัดการกับ
ความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริ.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). การประเมินความปวด: ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข. ใน เอกสาร
การอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน " การประยุกต์องค์
ความรู้สู่การปฏิบัติ" ครั้งที่ 2 วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุด
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หน้า 47-61). สงขลา: มหาวิทยาลัย-
สงขลานครินทร์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2550). บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยสูงอายুর่วมกับ
ทีมสหวิทยาการหรือทีมร่วมวิทยาการ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสานนันทกิจและ
วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วย
ที่มีปัญหาพิเศษ (หน้า 101-110). สงขลา: ชานเมือง
- วัชรภรณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์ และวันชัย มั่งคู้. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
ด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสาร
สภาการพยาบาล, 20(3), 74-92.
- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2540). ยาระงับปวด. ในวัฒนา พันธุ์ศักดิ์และวิไลวรรณ ทองเจริญ.
(บรรณาธิการ), เกสัชวิทยาสำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่3, หน้า 215-237).
กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- วันดี โภคะกุล. (2548). มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. (2548). การระงับปวดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. ใน อังคาบ ปราการ
รัตน์ และ วรภา สุวรรณจินดา (บรรณาธิการ), ตำราวิสัญญีวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่3, หน้า
696-733). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2542). การชะลอความเสื่อมของผลกระทบบจากการเปลี่ยนวัย. ใน ถนนอมขวัญ
ทวีบุรณ์ และพัสมนต์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), การดูแลตนเองในวัยทอง (หน้า 1-31).
กรุงเทพมหานคร: ไพศาลศิลป์.

- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณ. ใน จันทนา รัตนวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 51-82). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริ.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. (2547). แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ทศวรรษที่ 21. ใน *เอกสารการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน "การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ" ครั้งที่ 2 วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์* (หน้า 47-61). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สถิติผู้สูงอายุผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระบบทางเดินอาหาร. (2550). ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน.
- สถิติข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (2550). เวชระเบียนและรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน.
- สถิติข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผ่าตัดใหญ่ช่องท้องระบบทางเดินอาหารโรงพยาบาลศิริราช. (2551). งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.
- สมบูรณ์ เทียนทอง. (2550). การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ (Geriatric considerations in pain management). ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสานนันทกิจ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), *ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ* (หน้า 87-100). สงขลา: ชานเมือง.
- สหทัย ไพบูลย์วรชาติ. (2547). Symptomatology and pain management. ใน ประดิษฐ์ ประทีปะวนิช (บรรณาธิการ), *Brain, Pain, Memory & Management. The 15th annual scientific meeting of Thai Pain Society* (หน้า 24-31). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สิระ บุณยะรัตเวช, (2534). คำแปลของ Pain. *International Association for the Study of Pain. (Thai chapter)*, (1-8).
- สุกัญญา พัทวี. (2541). *ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุคติศิริ หิรัญขุนหะ. (2549). Caregiver's perspective on pain and pain management. ใน ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ และชัชชัย ปรีชาไวย (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด* (หน้า 279-288). สงขลา: ชานเมือง.
- สุติภรณ์ ณะช้อย. (2547). *การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาดหวัง* หายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2541). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน วิทยา ศรีดามา. *ตำราอายุรศาสตร์ 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 186-202). กรุงเทพมหานคร: ชูนิตีพับลิเคชั่น.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 24-47). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). *ปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง.
- อนงค์ ประสานนันทกิจ. (2549). บทบาทพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด. ใน ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ และชัชชัย ปรีชาไวย (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด* (หน้า 87-98). สงขลา: ชานเมือง.
- อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ ศศิธร พุ่มดวง. (2549). ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของห้องของ تیمสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(2), 101-109.
- อรัญญา เชาวลิตร และ นิสา สออารีย์. (2545). หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด. ใน พัชรียา ไชยลังกา, ทิพนาส ชินวงศ์, และ นวลจันทร์ รมณารักษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราผู้ป่วยผู้ใหญ่ และ ผู้สูงอายุ เล่ม 1 (อายุรศาสตร์) ฉบับปรับปรุง* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 39-61). สงขลา: เอส. ซี. วี. บัสสิสส์.
- เอมอร อุดลโกคาธ. (2543). *ผลของดนตรีที่ตอบสนองต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Ardery, G., Herr, K., Titler, M. G., Sorofman, B. A., & Schmitt, M. B. (2003). Assessing and managing acute pain in older adults: A research base to guide practice. *Medical Surgical Nursing*, 12(1), 7-18.
- Aubrun, F., & Marmion, F. (2007). The elderly patient and postoperative pain treatment. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 21(1), 109-127.

- Aubrun, F., Monsel, S., Langeron, O., Coriat, P., & Riou, B. (2002). Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient. *Anesthesiology*, 96(1), 17-23.
- Balducci, L. (2003). Management of cancer pain in geriatric patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 1(3), 175-191.
- Barnett, S. R., & Cohen, R. I. (2003). Acute pain in the elderly surgical patient. *Clinical Geriatrics*, 1(9), 30-35.
- Bridenbaugh, P. O. (1997). Poor communication a barrier to good pain management. Retrived July 24, 2008, from <http://www.pslgroup.com/dg/2f882.htm>.
- Briggs, E. (2002). This nursing management of pain in older people. *Nursing Older Person*, 14(7), 23-29.
- Brown, D. (2004). A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of postoperative pain in older people. *International Journal of Older People Nursing in Association with Journal of Clinical Nursing*, 13(6b), 74-90.
- Brunier, G., Carson, G., & Harrison, D. E. (1995). What do nurses know and believe about patients with pain? Results of a hospital survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(6), 436-445.
- Carr, D. B., & Goudas, L. (1999). Acute pain. *The Lancet*, 353, 2051-2058.
- Cavalieri, T. A. (2005). Management of pain in older adult. *Journal of American Medial Directors Association Supplement*, 1,105(3), 512-517.
- Clark, E. B., French, B., Bilodeau, M. L., Capasso, V. C., Edwards, A., & Empoliti, J. (1996). Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: The impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(1), 18-31.

- Cousins, M., & Power, I. (1999). Acute and postoperative pain. In P. D. Wall, & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (4th ed., pp. 447-491). Edinburg: Churchill Livingstone.
- Coyne, M. L., Reinert, B., Cater, K., Dubuisson, W., Smith, J. F. H., Parker, M. M., et al. (1999). Nurses' knowledge of pain assessment, pharmacologic and nonpharmacologic interventions. *Clinical Nursing Research*, 8(2), 153-165.
- Delgado-Guay, M. O., & Bruera, E. (2008). Management of pain in the older person with cancer. *Oncology (Williston Park)*, 22(1), 56-61.
- Drayer, R. A., Henderson, J., & Reidenberg, M. (1999). Barriers to better pain control in hospitalized patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(6), 434-440.
- Ebersole, P., & Hess, P. (2001). *Geriatric nursing & healthy aging*. (pp.88-105). Missouri: Mosby.
- Gagliese, L., Weizblit, N., Ellis, W., & Chan, V. W. S. (2005). The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and surgical patients. *Pain*, 117, 412-420.
- Golstein, N. E., & Morrison, R. S. (2005). Treatment of pain in older patient. *Critical Reviews in Oncology Hematology*. 54,157-164.
- Good, M. (1995). A comparison of the effects of Jaw relaxation and music on postoperative pain. *Nursing Research*, 44(1), 52-57.
- Good, M., Anderson, G. C., Ahn, S., Cong, X., & Stanton-Hicks, M. (2005). Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery. *Research in Nursing & Health*, 28, 240-251.
- Good, M., Anderson, G.C., Stanton-Hicks, M., Grass, J. A., & Makii, M. (2002). Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing*, 3(2), 61-70.

- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J. A., Anderson, G. C., Choi, C., Schoolmeesters, L. J., et al. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. *Pain*, 81, 163-172.
- Good, M., Stanten-Hicks, M., Grass, J. A., Anderson, G. C., Salman, A., & Dulber, C. (2001). Pain outcomes after intestinal surgery. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 5(1), 41-46.
- Gordon, D. B. (1999). Pain management in the elderly. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 14(8), 367-372.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (1999). Pain in older people. In K. I. Crombie, P. R. Croft, S. J. Linton, L. LeReshe, & M. V. Korff (Eds.), *Epidemiology of pain*. (pp.111-133). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Herr, K. A. (2005). Pain assessment in the older adult with verbal communication skills. In S. J. Gibson., & D. K. Wein (Eds.), *Pain in older persons, progress in pain research and management vol. 35*. (pp. 377-401). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Herr, K. A., Bjoro, K, Steffensmeier, J., & Rakle, B. (2006). Acute pain management in older adults. Retrieved February 10, 2008, from http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=10198&nbs=5382.
- Hofland, S. L. (1992). Elder beliefs: Blocks to pain management. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(6), 19-23.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1990). *Critical care nursing: A holistic Approach* (5th ed., pp. 41-55). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Inouye, S. K. (2003). Delirium. In C. K. Cassel (Ed.), *Geriatric medicine an evidence-based approach* (4th ed., pp 1113-1122). Newyork: Springer-Veriag.
- Larsen, P. D. (2000). Effective pain management in older patients. *Association of Operating Room Nurses*, 71(1), 205-208.

- Lin Y., & Wang, H., (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 252-260.
- Lynch, E. P., Lazor, M. A., Gellis, J. E., Orav, J., Goldman, L., & Marcantonio, E. R. (1998). The Impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesthesia Analgesia*, 8, 781-785.
- Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-733.
- McCaffery, M. (2001). Overcoming barriers to pain management. *Nursing*, Retrieved July 24, 2008, from http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3689/is_200104/ai_n8939173.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. R. (1997). Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3), 175-188.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.) St. Louis, MO: Mosby.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). Teaching patients to use a numerical pain rating scale. *American Journal of Nursing*, 99(12), 22.
- McDonald, D. D. (2006). Postoperative pain management for the aging patient. *Geriatric Aging*, 9(6), 395-398.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-base practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mobily, P., & Herr, K. A. (2001). Pain .In M. L. Mass., K. C. Buckwalter., M. D. Hardy, T. T. Reimer, M. G. Titler, & J. P. Specht (Eds.), *Nursing care in older adults: Diagnoses, outcomes and interventions* (pp. 455-471). St. Louis. MO: Mosby.

- Moddeman, G. (1995). Barriers to pain management in elderly surgical patients. *Association of Operating Room Nurses. Journal*, 61(6), 1073-1075.
- Pasero, C., Rakel, B., & McCaffery, M. (2005). Postoperative pain management in the older adult. In S. J. Gibson, & D. K. Wein (Eds.), *Pain in older persons, progress in pain research and management vol. 35* (pp. 377-401). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Pickering, G. (2005). Age differences in clinical pain states. In S. J. Gibson., & D. K. Wein (Eds.), *Pain in older persons, progress in pain research and management vol. 35* (pp. 67-85). Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Polit, F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prowse, M. (2006). Postoperative pain in older people: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 84-97.
- Puntillo, K. A., Miaskowski, C., & Summer, G. (2003). Pain. In V. Carrieri-Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West. (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness*. (3th ed, pp. 235-254). St. Louis: Saunders.
- Radcliffe, S. (1993). Preoperative information: The role of the ward nurse. *British Journal of Nursing*, 2(6), 305-309.
- Rakel, B., Herr, K. (2004). Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 194-208.
- Roykulcharoen, V., & Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 140-148.
- Shea, R. A., Brooks, J. A., Dayhoff, N. E., & Keck, J. (2002). Pain intensity and postoperative pulmonary complications among the elderly after abdominal surgery. *Heart & Lung*, 31(6), 440-449.

- Sloman, R., Wruble, W., Rosen, G., & Rom, M. (2006). Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 7(4), 153-158.
- Soukup, M. (2000). The center of advanced nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinical of North America*, 35(2), 301-309.
- Sringam, U. (2005). *The development of a clinical nursing practice guideline for pain management in patients with abdominal surgery*. Master of Nursing Science Degree Thematic Paper (Adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Stevensen, C. (1995). Non-pharmacological aspects of acute pain management. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 1, 77-84.
- Tarzian, A. J., & Hoffman, D. E. (2004). Barriers to managing pain in the nursing home: Finding from a statewide survey. *Journal of American Medical Directors Association*, 5, 82-88.
- Taylor, L. J., & Herr, K. (2003). Pain intensity assessment: A comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African America older adults. *Pain Management Nursing*, 4(2), 87-95.
- Timiras, M. L., & Luxenberg, J. (2003). Pharmacology and drug management in the elderly. In P. S. Timiras (Ed.), *Physiological basis of aging and geriatrics*. (3th ed, pp 407-431). Florida : CRC Press.
- Venkateswaran, .R. (2006). Management of postoperative pain. *Indian Journal of Anaesthesia*, 50(5), 345-354.
- Vutiso, P., (2007). *The effects of passive progressive muscle relaxation technique on postoperative abdominal surgery pain in the elderly patients*. Master of Nursing Science Degree Thesis (Adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

- Ward, S. E., Goldberg, N., Miller-McCauley, V., Mueller, C., Nolan, A., Pawlik – Plank, D., et al. (1993). Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain, 52*, 319-324.
- Ware, L. J., Epps, C. D., Herr, K., & Packard, A. (2006). Evaluation of the revised faces pain scale, verbal descriptor scale, numeric rating scale, and Iowa pain thermometer in older minority adults. *Pain Management Nursing, 7*(3), 117-125.
- Watt-Watson, J., Steven, B., Garfinkel, P., Streiner, D., & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative patients. *Journal of Advanced Nursing, 36*(4), 535-545.
- Wongdara, P. (2004). *The effects of local massage on the pain level of postoperative abdominal surgery patients*. Master of Nursing Science Degree Thesis (Adult nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Young, D. (1999). Acute pain management protocol. *Journal of Gerontological Nursing, 25*(4), 10-21.

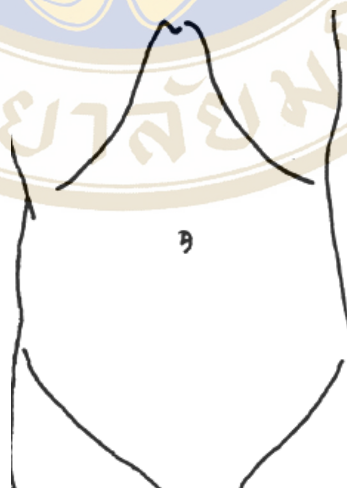


ภาคผนวกที่ 1
ตารางสรุปงานวิจัย

ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์/ เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	..... ..... .....
วัตถุประสงค์	..... ..... .....
กลุ่มตัวอย่าง/ แหล่งทำการวิจัย	..... .....
ระเบียบวิธีวิจัย/ ระดับงานวิจัย	..... .....
เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัย	..... .....
ผลการวิจัย	..... .....
คุณภาพหลักฐาน เชิงประจักษ์	..... .....
การประเมินความ เป็นไปได้ในการ นำไปใช้	1..... 2..... 3. 3.1การเทียบเคียงผลการวิจัย..... 3.2 การนำไปใช้..... 3.3 ความคุ้มค่า.....
การสรุปเพื่อ นำไปใช้	..... .....

ภาคผนวกที่ 2
แบบประเมินความปวดเบื้องต้นในผู้สูงอายุ
(ดัดแปลงจาก McCaffery, & Pasero, 1999)

ชื่อ..... อายุ.....ปี เพศ.....HN.....
AN..... ห้อง..... แพทย์เจ้าของไข้.....
วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล.....
การวินิจฉัยโรค.....
การผ่าตัดที่ได้รับ.....
วันที่เข้ารับการผ่าตัด..... ระยะเวลาในการผ่าตัด.....
1. ตำแหน่งที่ปวด.....



2. เครื่องมือ.....

☐

☐

3. ระดับ.....

3.1 มาตรฐานวัดความปวด.....

3.2 มาตรฐานวัดความปวด.....

3.3 ระดับ.....

4. ลักษณะ.....

☐ ปวด..... ☐ ปวด..... ☐ ปวด.....

☐ ปวด..... ☐ ปวด..... ☐ ปวด.....

☐ อื่น ๆ ระบุ

5. ระยะเวลา..... ระยะถี่ห่าง.....

6. การ.....

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ อื่น ระบุ.....

7. ปัจจัยที่.....

☐ ☐ ☐ ☐

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

8. ปัจจัยที่.....

☐ ใช้.....

☐ ใช้.....

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

9. ผลกระทบ.....

9.1 การ.....

☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

9.2 ความ.....

☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

9.3 การ.....

☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

9.4 สัมพันธภาพ.....

☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

9.5 สภาพ.....

☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

9.6 ความ.....

☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

10. ทักษะและความสำเร็จ.....

☐ ความปวด.....

☐ การจัดการ.....

☐ การบอกถึง.....

☐ กลัว.....

☐ วิดกกังวล.....

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

11. ประวัติ.....

.....

12. ประวัติ.....

☐ ไม่ใช่

☐ ใช่.....

13. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

☐ ไม่ดื่ม

☐ ดื่ม.....

14. แผนการให้ความช่วยเหลือ

.....
.....
.....

พยาบาลผู้ประเมิน.....

วันที่ประเมิน.....

ภาคผนวกที่ 3

เอกสารให้ความรู้ เรื่อง การจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



ภาคผนวกที่ 4

มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข

(Numerical rating scales: NRS)



.....

.....

.....

ภาคผนวกที่ 5

มาตรวัดความปวดรูปหน้า

(Face pain scales: FPS)

.....

.....

.....

ภาคผนวกที่ 6

การจัดการความปวดแผลผ่าตัดด้วยตนเอง

การจัดการความปวด..... โดยมีวิธีการ
ดังนี้

การใช้เทคนิคผ่อนคลายในการจัดการความปวด

คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลาย

1. จัด.....
2. จัด.....
3. นำวิทยุ.....ความต้องการของผู้ป่วยในครั้งแรก
ระยะเวลา.....ตลอดเวลาหลังผ่าตัด

อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วย

1. วิทยุเทปหรือเครื่องเล่น CD พร้อมหูฟัง
2. ตลับเทปหรือแผ่น CD บันทึกเสียงการใช้เทคนิคผ่อนคลาย

วิธีฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคผ่อนคลาย

การใช้เทคนิคผ่อนคลาย..... ซึ่งจะส่งผล
..... นอกจากนี้..... ((Sriringam, 2005) ซึ่งมี
รายละเอียดดังนี้ ดังนี้

ต่อไปนี้จะใช้..... เริ่มโดย..... ปลอ่ยให้น้ำหนักตัว
..... ถ้าคุณใส่แว่นตา ผ่อนคลาย
.....เช่นนี้อีก 3 ถึง 4 ครั้ง ช้า ๆ และสม่ำเสมอ และคิด
ว่า.....

ขณะที่คุณหายใจช้า ๆ สม่ำเสมอเช่นนี้ กล้ามเนื้อ..... กล้ามเนื้อของคุณ
กำลังคลายตัวลง

ขณะที่คุณปลอ่ยตัวให้ผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อย ๆ
ลมหายใจออก.....ของคุณผ่อนคลาย และหนักมากขึ้นเรื่อย ๆ คุณรู้สึก
สงบและ.....

เคลื่อนความสนใจของคุณมา..... ให้รู้สึกถึงความ
ผ่อนคลายนี้..... ร่างกายของคุณผ่อนคลายมากขึ้น
..... ขณะนี้ตัวคุณล่องลอยเข้าไปสู่ภาวะสงบ สบายมากขึ้น

เคลื่อนความสนใจไปที่..... ปลดปล่อยกล้ามเนื้อบริเวณนี้คลายออก และ
.....ผ่อนคลายมากขึ้น

เคลื่อนความสนใจของคุณมา..... คุณสามารถปล่อยให้กล้ามเนื้อของ
คุณ ให้ผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ให้คุณผ่อนคลาย..... หายใจเข้าช้า ๆ
สม่ำเสมอต่อไป

เคลื่อนความสนใจมาที่..... ปลดปล่อยให้กล้ามเนื้อเหล่านี้คลายออก
.....และผ่อนคลายมากขึ้นเรื่อยๆ

ขณะนี้คุณผ่อนคลายมากขึ้น.....และทุกส่วนของ
ร่างกายคุณ

การใช้ดนตรีบำบัดความปวด

ดนตรีที่ใช้ในการบำบัด.....มีระยะเวลาในการฟัง ครั้งละ 30 นาที
(Srिंगam, 2005)

คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ดนตรีบำบัด

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ
2. ให้ผู้ป่วยหลับตา นอนในท่าที่สบาย รวมทั้งปล่อยจิตใจให้ล่องลอย
ไปตาม.....
3. นำวิทยุเทป ตามความต้องการของผู้ป่วยในครั้ง
แรก
4. หลังจากสิ้นสุด..... จากนั้นจึงค่อย ๆ ลืมตาขึ้น
5. ผู้ป่วยสามารถ.....(Srिंगam, 2005)

อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วย

1. วิทยุเทปหรือ เครื่องเล่น CD พร้อมหูฟัง
2. ตลับเทป หรือแผ่น CD บันทึก.....

ตัวอย่างดนตรีที่ใช้ในการจัดการความปวด (ดวงดาว คุณธรรม, 2544)

ฉบับที่ 1 ดนตรีบรรเลงเพลงไทย ของฉัฐ ยন্ত্রรักษ์ และชัย

- | | |
|---------|----------------|
| 1. | 8. |
| 2. | 9. |
| 3. | 10. |
| 4. | 11. |
| 5. | 12. |
| 6. | 13. ปราสาททราย |
| 7. | |

ฉบับที่ 2 ดนตรีบรรเลงเพลงไทย ของวงใหม่ไทยและวงเชื้อไม้

- | | |
|---------|----------------------|
| 1. | 8. |
| 2. | 9. |
| 3. | 10. |
| 4. | 11. |
| 5. | 12. |
| 6. | 13. |
| 7. | 14. กลิ่นโคลนสาบควาย |

ฉบับที่ 3 ดนตรีที่มีการขับร้อง (เพลงลูกทุ่ง และ ลูกกรุง)

- | | |
|---------|---------------|
| 1. | 9. |
| 2. | 10. |
| 3. | 11. |
| 4. | 12. |
| 5. | 13. |
| 6. | 14. |
| 7. | 15. |
| 8. | 16. สุดเอื้อม |

ภาคผนวกที่ 7
แบบบันทึกการประเมินและรักษาความปวด

ชื่อ – สกุล อายุ ปี HN
AN..... วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....
การผ่าตัดที่ได้รับ.....
วันที่เข้ารับการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด.....

แบบบันทึกการประเมินและรักษาความปวด (ดัดแปลงจาก วงจันทร์ เพชรพิเชษฐ เชียร,
2547) มีรายละเอียด ดังนี้

ภาคผนวกที่ 8

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล
เพื่อลดความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิด.....			
2. ท่านคิดว่าการพยาบาล.....			
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจ.....			
4. ท่านคิดว่าการพยาบาล.....			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวกที่ 9

แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัว ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อลดความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าการพยาบาล.....			
2. ท่านคิดว่าการที่ท่าน.....			
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจ.....			
4. ท่านคิดว่าการพยาบาล.....			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวกที่ 10

แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ
ความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล.....			
2. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล.....			
3. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล.....			
4. ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจ.....			

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวกที่ 11

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาล

1. นายแพทย์ชูศักดิ์ วงศ์สุริย์
ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
2. นางสาวจินา บุญนาค พย.ม.
พยาบาลวิชาชีพ 7 ตึก 72 ปี ชั้น 7 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช
3. นางสาวจุฬาร ประสงค์
พยาบาลชำนาญการ 8 ตึก 72 ปี ชั้น 7 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช
วุฒิปดผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาศัลยศาสตร์
4. อาจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้
เลขานุการหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน
5. ผศ.ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์
อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวศิริพร ศิริบูรานนท์
วัน เดือน ปี เกิด	12 สิงหาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรปราการ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยคริสเตียน, พ.ศ.2535 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลวิชาชีพ
ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน 124 ถนนสีลม เขตบางรัก จ.กรุงเทพมหานคร 10500 โทรศัพท์ 02- 2336981 – 7 ต่อ 3010826
ที่อยู่	9 ถ.กายสิทธิ์ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทรศัพท์ 089 - 7784478 E-mail: hlim_siri@yahoo.com