



27 ก.ค. 2535

การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
PAIN PERCEPTION AND PAIN RELIEF MEASURES IN POSTOPERATIVE
PATIENTS WITH ABDOMINAL SURGERY

ถินันทนากการ

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
/

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2535

ISBN 974-587-369-1

(สงวนลิขสิทธิ์)

22951

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

.....

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์

ผู้วิจัย

.....

สุภาณี วคีนอมร, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

เขาวลัชนี เล่าพะจินดา, วท.บ. (พยาบาล), ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

สมจิต หงเจริญกุล, วท.บ. (พยาบาล), M.S., Ph.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 1 เมษายน 2535

.....
.....

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์

ผู้วิจัย

.....
.....

สุภาณี วัฒนอมร, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

.....
.....

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ. (พยาบาล), เยาวลักษณ์ เล้าพะจินดา, วท.บ. (พยาบาล), ค.ม.

M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวนิโรบล กนกสุนทรรัตน์
วันเดือนปีเกิด	1 กรกฎาคม 2497
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2517-2521 วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2533-2535 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ทุนวิจัย	ทุนอุดหนุนการวิจัยรายได้คณะฯ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2521-ปัจจุบัน : พยาบาลประจำการ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ สุภาณี วคินอมร ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ และรองศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ แก่ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของงานวิจัย พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์สมจิต หนูเจริญกุล ที่ได้กรุณาให้แนวคิดเริ่มแรกในการทำวิจัย ตลอดจนช่วยแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบแก้ไข ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารการพยาบาล ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อและได้ทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่มอบทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่ได้ให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณเพื่อน ๆ นักศึกษาพยาบาลปริญญาโทรุ่นที่ 14 ทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษานพยาบาลปริญญาโทที่เป็นกำลังใจให้ความช่วยเหลือสนับสนุนมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา และขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ที่ได้ให้ความสนับสนุน เป็นกำลังใจในการศึกษาด้วยดีตลอดมา ความดีและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่ บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วย
 หลังผ่าตัดช่องท้อง
 ผู้วิจัย นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
 ปรึกษา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุภาณี วคินอมร, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, วท.บ. (พยาบาล), M.S.

เขาวลัักษณ์ เลาพะจินดา, วท.บ. (พยาบาล), ค.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 1 เมษายน พ.ศ. 2535

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเจ็บปวด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวดใน 3 วันแรกตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตุนของเมลแน็กกับบอวลส์เป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลรามาศิริ จำนวน 100 ราย ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความเจ็บปวด Brief Pain Inventory ของกลุ่มวิจัยความเจ็บปวดที่มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน-เมดิสัน และแบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงที่สุดในระยะวันที่ 1 หลังผ่าตัด การดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดที่ถูกรบกวนมาก 3 อันดับแรก คือ การเดิน การกระทำกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต ตำแหน่งของความเจ็บปวดบริเวณผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ที่ลิ้นร่วมกับที่ผิว ๆ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บปวดนอกบริเวณผ่าตัดด้วย ความเจ็บปวด 4 ลักษณะแรกที่พบมากคือ ปวดตึง เจ็บจี๊ด! ปวดตื้อ และปวดเมื่อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวด คือ การเปลี่ยนท่า การไอ และการนอนนาน ๆ และรับรู้ปัจจัยที่ลดความเจ็บปวดคือ ยาแก้ปวด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยใช้เกือบทุกคน คือ การพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย วิธีที่แพทย์ใช้มากที่สุด คือ การให้ความสนใจเอาใจใส่ในความเจ็บปวด ส่วนวิธีที่พยาบาล

ไข่มากที่สุด คือ การให้ความช่วยเหลือในการกระทำการระหว่างที่มีอาการปวด สำหรับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 96 ได้รับยาแก้ปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และส่วนใหญ่ได้รับ 1-3 ครั้ง ในวันที่ 2 มีผู้ป่วย ร้อยละ 58 ได้รับยาแก้ปวด และส่วนใหญ่ได้รับ 1-2 ครั้ง ส่วนในวันที่ 3 มีผู้ป่วยร้อยละ 47 ได้รับยาแก้ปวด และส่วนใหญ่ได้รับ 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ายาแก้ปวดมีฤทธิ์อยู่ได้นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดในแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุด คือ การได้รับยาแก้ปวด ได้รับการดูแลและคำแนะนำ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลในระดับปานกลางและมาก

Thesis Title Pain Perception and Pain Relief Measures in
 Postoperative Patients with Abdominal Surgery

Name Nirobol Kanogsunthornrat

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisor Committee

 Supanee Wasin-amorn, B.Sc.(Nursing), M.S.
 Suchin Vichitkan, B.Sc.(Nursing), M.S.
 Yauwaluk Lauhachinda, B.Sc.(Nursing), M.Ed.

Date of Graduation 1 April B.E. 2535 (1992)

Abstract

The purpose of this study was to describe pain perception and pain relief measures in the first three post-operative day. The Gate Control Theory was used as a theoretical framework to guide the study. The purposive sample was 100 patients undergoing major abdominal operations at Ramathibodi Hospital. The Brief Pain Inventory and the Pain Relief Measures Questionnaire were administered to the patients.

The study found that pain intensity was most severe in the first operative day. Daily life which was disturbed the most by pain during postoperative periods were walking, general activity and enjoyment. Pain in the operative site were most at both deep and superficial areas. Half of the samples reported pain sensation in other area outside the operative site. The first four most frequently described characteristics of pain were tender, shooting, throbbing and aching. Most patients perceived that the factors increasing the pain intensity were changing position, coughing and lying in bed for a long

time, and the factor decreasing pain was analgesic drugs. Measure to relieve pain reported used most often by the patients was repositioning for more comfortable. Whereas physicians often used pain relief measure by paying attention to patients' pain. For the nurses, helping the patients to perform activities of daily living while the patients were in pain was used most often as perceived by the patients. Ninety six percent (96%) of the patients in this study received analgesic drug on the first postoperative day with 1-3 doses, 58% on the second postoperative day with 1-2 doses and 47% on the third postoperative day with one dose. Duration of analgesic reaction was last within 4 hours, and the effectiveness of pain relief was at moderate level each day. The most satisfying measures to relieve pain as perceived by the patients were : receiving analgesic drugs; being cared for and receiving information from the health team. Patients reported moderately to highly satisfaction with postoperative pain care.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย

ก ข

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค ง

สารบัญเนื้อเรื่อง

จ ฉ

สารบัญตาราง

ซ

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบทฤษฎี

3

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8

คำถามการวิจัย

9

ขอบเขตของการวิจัย

9

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

9

นิยามตัวแปร

10

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

11

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

21

ความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวด

30

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

33

สถานที่ศึกษา

34

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

34

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

36

การเก็บรวบรวมข้อมูล

36

การวิเคราะห์ข้อมูล

37

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
	ผลการวิจัย	38
	การอภิปรายผล	59
	ข้อจำกัดในการวิจัย	77
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปการวิจัย	79
	ข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม		83
ภาคผนวก		
	ก. คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการนิทกษสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย	98
	ข. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	99
	ค. แบบประเมินความเจ็บปวด	100-101
	ง. แบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวด	102-104
	จ. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับ	105
	ฉ. ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ	106
	ช. ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	107-116

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	39-40
2	ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานตำแหน่งความเจ็บปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด	42
3	ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวด	44
4	ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่ลดความเจ็บปวด	45
5	เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดสูงสุด ต่ำสุด โดยเฉลี่ย และขณะประเมิน ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ	46
6	เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ	48
7	ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานวิธีบรรเทาความเจ็บปวด	50
8	ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานว่าได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ จากแพทย์	51
9	ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานว่าได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่พยาบาล	52-53
10	จำนวน ร้อยละของชนิดยาแก้ปวดตามจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ	54
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคำสั่งยาแก้ปวด ได้รับยาแก้ปวด และจำนวนครั้งของการได้รับ	55
12	จำนวน ร้อยละของฤทธิ์ยาแก้ปวดตามจำนวนครั้งที่ได้รับ	56
13	เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ	57
14	ร้อยละของวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	58

บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทมากน้อยตามชนิดและเทคนิคของการผ่าตัด (Bonica 1990:461) โบนิก้า (Bonica) ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดระดับรุนแรงร้อยละ 40-70 และมีความเจ็บปวดระดับปานกลางร้อยละ 25-40 (Bonica 1989 cited in Chapman 1985:22) ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในระดับรุนแรงและปานกลาง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย ได้แก่ ปอดแฟบ นิ่วโมเนีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน กระเพาะปัสสาวะโป่งพองถ่ายปัสสาวะไม่ออก และอื่น ๆ (Bonica 1978 cited in Bond 1979:1)

ด้วยเหตุที่แผลผ่าตัดมีความไวต่อการกระตุ้นมาก (Hyperaesthesia) (Bonica:1990:463) สิ่งกระตุ้นจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิดภาวะไขว่คว้าหาความเป็นกรด เกิดแรงดึงแรงเบียดจากการยืดขยายของอวัยวะภายในช่องท้อง และเกิดการไอจาม ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น (Sweeney 1977:337) เพราะมีการเร้าตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายมากยิ่งขึ้น ซึ่งคุกคามต่อสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วย (Bonica 1990:2; Portenoy 1990:72; Rines & Montag 1979:185)

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักรู้สึกว่า ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดและต้องการขจัดออกไป (Bonica 1990:461; Latham 1980:724) โดยคาดหวังว่า บุคคลที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและดูแลให้ได้รับความสุขสบายในระยะหลังผ่าตัด คือ แพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงเป็นบุคคลที่อยู่ในความคาดหวังมากที่สุด (Hedlin & Dostrovsky 1978:28)

การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล บนรากฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพที่เชื่อมั่นว่า การบรรเทาความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ไม่ได้กระทำเพียงเพื่อเหตุผลทางด้านมนุษยธรรมและขวัญของผู้ป่วยเท่านั้น แต่เพื่อ

สวัสดิภาพของผู้ป่วยด้านสรีรวิทยาและด้านจิตใจด้วย (Mc Caffery & Hart 1976: 1586) ซึ่งเป็นการดูแลบุคคลแบบองค์รวมตามปรัชญาของวิชาชีพ แมคแคฟเฟอร์รี่ (Mc Caffery) ได้ให้ความเห็นว่า การบรรเทาความเจ็บปวดในความรับผิดชอบของพยาบาล เป็นบทบาทอิสระที่ประกอบด้วย การประเมิน การป้องกันและการบรรเทาความเจ็บปวด ในขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาล และย้ำว่าพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่อยู่ในสถานะที่จะประเมินความเจ็บปวดและประเมินผลการบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีที่สุด (Mc Caffery 1979: 6-7)

การประเมินความเจ็บปวดมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน (สุพร พลขำนันท์ 2528: 17; Foroloro 1988: 27) มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับหลายอย่างนอกเหนือจากการผ่าตัด ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ศาสนา สังคมวัฒนธรรม บุคลิกภาพ สภาพร่างกาย อารมณ์ ประสบการณ์อดีต และอื่น ๆ (Jacox 1977: 65-71; Chapman 1985: 25) ทำให้พบเสมอว่า ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ (Cohen 1980 cited in Chapman 1985: 22; Bonica 1990: 461; Charap 1978, Tayler et al 1984 cited in Camp 1988: 238) เป็นการสะท้อนให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่ไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย และ/หรือเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะในการบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสม

การศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วย ได้รับการสนใจทั้งทางด้านการแพทย์และการพยาบาล ด้านการแพทย์จะเน้นศึกษาในเรื่องชนิดยา และวิธีการให้ยาแบบต่าง ๆ เพื่อลดความเจ็บปวด ด้านการพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นศึกษาวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดแบบต่าง ๆ นอกเหนือจากการให้ยา ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้ (จวี มากพุ่ม 2530; สมพร ชินโนรส 2525; Schmitt & Wooldridge 1979) เทคนิคการผ่อนคลาย (รุ่งทิพย์ จามรมาน 2532; Flaherty & Fitzpatrick 1978) การประคบแผลด้วยความร้อน ความเย็น (สุจินตนา พันธุ์กล้า 2532) การเบี่ยงเบนความสนใจ (ศิริกัญญา ฤทธิแปลก 2529; Locsin 1981) การให้ข้อมูลความรู้ร่วมกับการแลกเปลี่ยนการรับรู้ (Vinya-nguag 1989) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาในประเทศไทย เรื่องระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด การรบกวนของความเจ็บปวดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และวิธีการที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติจริงในการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ผู้วิจัยเชื่อตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem) ที่ว่า บุคคลจะดูแลตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยการขอความช่วยเหลือเป็นวิธีหนึ่ง

ในหลาย ๆ วิธีของการดูแลตนเอง (Orem 1991:120) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดอื่น ๆ ให้กับตนเองด้วยนอกเหนือจากการขอความช่วยเหลือจากบุคลากร ตามความรู้ ความเชื่อและประสบการณ์เดิมของตน ผู้วิจัยคาดว่า การศึกษาตำแหน่ง ลักษณะ ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตที่เกิดจากความเจ็บปวด และประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจความเป็นไปของความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ชัดเจนขึ้น และช่วยสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ความสามารถ และทักษะในการประเมินและการให้การบรรเทาความเจ็บปวดของแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งจะเป็แนวทางช่วยในการพัฒนาการศึกษา การบริการ และการจัดการกับปัญหาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

กรอบทฤษฎี

ทฤษฎีความเจ็บปวดของเมลแซ็คกับวอลล์ (Melzack and Wall) หรือที่เรียกว่าทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ได้สร้างขึ้นภายใต้หลักการที่เชื่อ มั่นว่า ความเจ็บปวดไม่ใช่เป็นเพียงความรู้สึกแต่เป็นกลไกที่ซับซ้อนผสมผสานกันระหว่าง สรีรวิทยาและจิตวิทยาสังคมซึ่งไม่สามารถแยกจากกันได้ (Melzack cited in Jacox 1977:57) การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บปวดและหลักการบรรเทาความเจ็บปวดของ ทฤษฎีจึงมีความสมบูรณ์ในทุกด้าน ให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวดแบบองค์รวม สอดคล้องกับปรัชญาการพยาบาล ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีความเจ็บปวดของ เมลแซ็คกับวอลล์เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งทฤษฎีได้อธิบายไว้ดังนี้ (Melzack & Wall 1982:222-232)

สัญญาณความรู้สึกเจ็บปวดจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะถูกเปลี่ยนเป็นสัญญาณประสาท สำหรับความเจ็บปวดที่เกิดจากการผ่าตัดจะมีสัญญาณประสาทจากบริเวณเนื้อเยื่อ อวัยวะและเซลล์ประสาทที่ถูกทำลายหรือได้รับความบอบช้ำ (Bonica 1990:461) ส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็ก หรือเอส (small or s) ไปสู่ไขสันหลัง แล้วส่งต่อไปยังสมอง ซึ่งที่ไขสันหลังและที่สมองมีกลไกควบคุมความเจ็บปวด ทำหน้าที่ปรับสัญญาณประสาทที่ส่งเข้ามา สัญญาณประสาทจะถูกปรับที่กลไกควบคุมความเจ็บปวดของไขสันหลัง

และ/หรือที่กลไกควบคุมความเจ็บปวดของสมอง ก่อนจะไปสู่ระบบเคลื่อนไหวของร่างกาย (Action system) แล้วตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น

โดยปกติ สัญญาณประสาทนำเข้าทางไขประสาทขนาดเล็ก (เอส) ซึ่งนำความรู้สึกเจ็บปวดและทางไขประสาทขนาดใหญ่หรือแอล (Large or L) ซึ่งนำความรู้สึกสัมผัส แรงกด การสัมผัส เทียน ความร้อน ความเย็น จะเข้าสู่ไขสันหลังทางส่วนหลัง (Dorsal horn) เมื่อเข้าสู่ไขสันหลังแล้ว ต่างจะแยกเป็น 2 ทาง คือ สัญญาณส่วนหนึ่งจะส่งต่อไปยังเซลล์ส่งต่อ หรือ (ที) (Transmission cell or T) เพื่อนำสัญญาณส่งต่อไปยังสมอง สัญญาณอีกส่วนหนึ่งจะส่งไปที่ซีสแตนเทีย จิลาดิโนซ่า หรือ เอสจี (Substantia gelatinosa or SG)

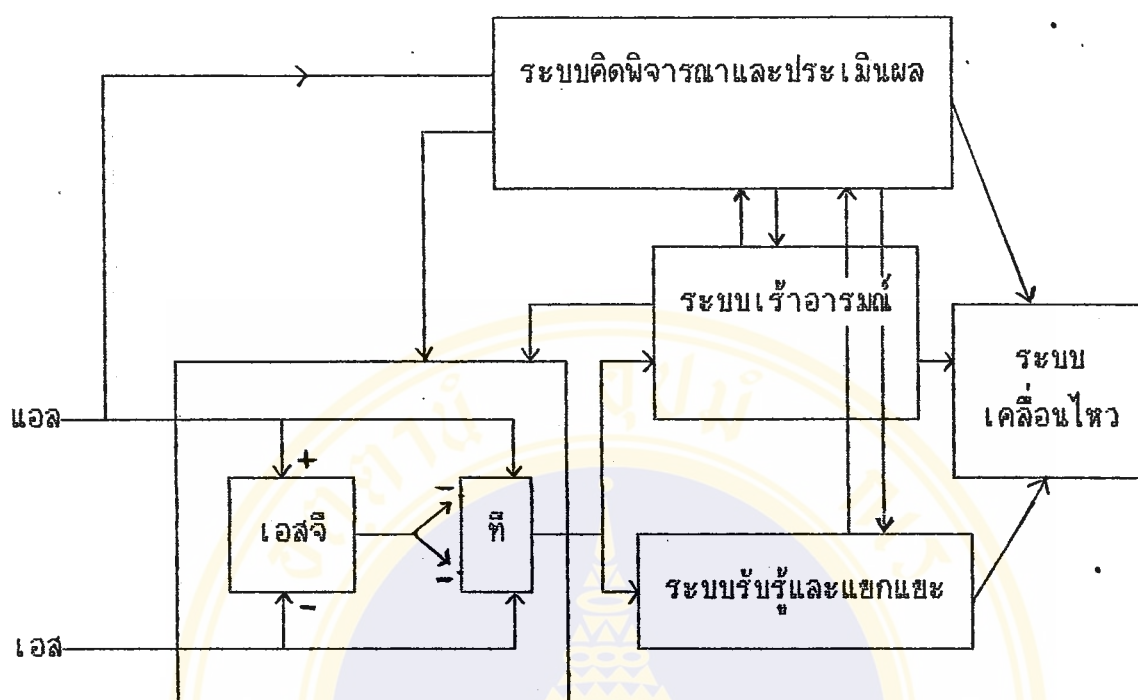
ซีสแตนเทีย จิลาดิโนซ่า (เอสจี) เป็นกลุ่มเซลล์ประสาทที่อัดกันแน่นอยู่ที่บริเวณไขสันหลังส่วนหลัง และมีอยู่ตลอดแนวความยาวของไขสันหลัง เป็นบริเวณที่มีไขประสาทจากส่วนต่างๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของรากประสาทสันหลังระดับ (Segment) นั้นมาบรรจบ ได้แก่ ไขประสาทขนาดเล็ก (เอส) และขนาดใหญ่ (แอล) ที่มาจากบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ อวัยวะภายใน ระบบประสาทอัตโนมัติ และที่มาจากไขประสาทในไขสันหลังส่วนที่อยู่ระดับเหนือขึ้นไป ซีสแตนเทีย จิลาดิโนซ่า (เอสจี) เป็นเซลล์ประสาทยับยั้ง (Inhibitory neurone) (จรัส สวรรณเวลา 2523:108) ทำหน้าที่ปรับสัญญาณประสาทที่ผ่านเข้ามาสู่ไขสันหลัง โดยจะหลังการสื่อประสาทชนิดยับยั้ง (Inhibitory neurotransmitter) ห้ามหรือยับยั้งการนำประสาทที่ไปยังเซลล์ส่งต่อ (ที) เมื่อมีการกระตุ้นที่ไขประสาทขนาดใหญ่ (แอล) ทั้งที่มาจากระบบประสาทส่วนปลายและจากระบบประสาทส่วนกลาง (คือสมอง) เป็นผลให้สัญญาณประสาทในเซลล์ส่งต่อ (ที) อ่อนกำลังลง มีพลังสัญญาณประสาทไม่สูงพอที่จะส่งสัญญาณต่อไปยังสมองได้ จึงไม่เกิดการรับรู้ต่อความเจ็บปวด ส่วนการกระตุ้นที่ไขประสาทขนาดเล็ก (เอส) จะให้ผลในทางตรงกันข้าม สัญญาณประสาทที่ผ่านกลไกควบคุมความเจ็บปวดของไขสันหลังแล้ว จะถูกส่งผ่านไปได้ 2 ทาง คือ (1) ไปสู่ระบบเคลื่อนไหวของร่างกาย ตอบสนองเป็นรีเฟล็กซ์ (Segmental reflex) และ (2) ไปสู่เซลล์ส่งต่อ (ที) เพื่อไปสู่สมอง

ที่สมองมีศูนย์ควบคุมความเจ็บปวด รับสัญญาณประสาทที่ผ่านขึ้นมาโดยตรงจากระบบนำประสาทเร็วทางคอรัซอล คอลัมน์ (Dorsal column) ซึ่งเป็นไขประสาทขนาดใหญ่ (แอล) ของระบบประสาทส่วนปลายที่ไม่ผ่านกลไกควบคุมความเจ็บปวดของไขสันหลัง

และรับสัญญาณประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก(เอส)และขนาดใหญ่(แอล) ที่ผ่านกลไกควบคุมความเจ็บปวดของไขสันหลังมาแล้ว ศูนย์นี้สามารถกระตุ้นและยับยั้งการทำงานของกลไกควบคุมความเจ็บปวดของไขสันหลัง และการทำงานของระบบเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยภายในศูนย์ควบคุมแบ่งการทำงานเป็น 3 ระบบ ดังนี้ (Melzack & Casey 1968 cited in Melzack & Wall 1982:242)

1. ระบบรับรู้และแยกแยะ ทำหน้าที่รับรู้และแยกลักษณะ ความรุนแรงและตำแหน่งของความเจ็บปวด
2. ระบบเร้าทางอารมณ์ ทำหน้าที่เร้าอารมณ์ตอบสนองต่อความเจ็บปวด เช่น หงุดหงิด โกรธ ไม่พอใจ ไม่สุขสบาย
3. ระบบคิดพิจารณาและประเมินผล ทำหน้าที่ประเมินสัญญาณประสาทที่เข้ามาตามความรู้ ค่านิยม ความสนใจ ประสพการณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความจำ

ทุกระบบภายในศูนย์ควบคุมความเจ็บปวดสามารถกระตุ้นและยับยั้งระบบเคลื่อนไหวของร่างกายโดยตรง นอกจากนี้ทั้ง 3 ระบบจะทำงานประสานกันและ/หรือกระตุ้นและยับยั้งซึ่งกันและกัน แล้วส่งสัญญาณประสาทลงมาควบคุมกลไกควบคุมความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง และหรือควบคุมระบบเคลื่อนไหวของร่างกาย นอกจากนี้ระบบเร้าทางอารมณ์และระบบคิดพิจารณาและประเมินผล สามารถกระตุ้นและยับยั้งการทำงานของกลไกควบคุมความเจ็บปวดที่ไขสันหลังได้โดยตรงด้วย ดังรูป



ดัดแปลงจาก Melzack & Wall 1965 และ Melzack & Casey 1968 อ้าง
ใน Melzack & Wall 1982 : 226,241

ทฤษฎีความเจ็บปวดของเมลซัคกับวอลล์ ได้อธิบายสาเหตุของความเจ็บปวด
ไว้ 4 ประการ คือ

1. มีการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กของระบบประสาทส่วนปลาย จากการ
บาดเจ็บของน้ำการทำลายของเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาท ซึ่งทั้ง 3 ประการนี้พบได้
ในการผ่าตัดเกือบทุกชนิด มากน้อยตามชนิดของการผ่าตัด (Bonica 1990:461)

2. มีการเร้าหรือกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กของระบบประสาทส่วนปลายอยู่
เป็นเวลานาน ทำให้สัญญาณประสาทมีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่นที่มีไขประสาทเชื่อมถึง
ซีสแตนเทีย จีลาตินโนซ่า (เอสจี) เกิดอาการปวดร้าว (Refer pain) (Melzack &
Wall 1982:249) และสัญญาณประสาทจากอวัยวะที่เชื่อมถึงกันเหล่านี้ สามารถรวมกัน
(Convergence and summation) ที่ซีสแตนเทีย จีลาตินโนซ่า (เอสจี) (Melzack &
Wall 1982:245) ทำให้สัญญาณประสาทมีพลังสูงอยู่อย่างต่อเนื่อง เกิดอาการเจ็บปวด
รุนแรง (Hyperalgesia)

นอกจากนี้ ในขณะที่มีความเจ็บปวดขึ้นที่เนื้อเยื่อใด ๆ จะเกิดภาวะความเป็น
กรดเฉพาะที่ที่เนื้อเยื่อนั้น ๆ เพราะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดเฉพาะที่
ความเป็นกรดจะทำให้เนื้อเยื่อถูกเร้าให้เกิดความเจ็บปวดได้ง่ายขึ้น (Hyperaesthesia)
(Bonica 1990:463; Guyton 1971:577) ซึ่งทั้งหมดนี้ สามารถพบได้ในผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัด เพราะมีการหลังของสารสื่อสัญญาณความเจ็บปวดอยู่เป็นเวลานาน (Bonica 1990:463)

3. มีการเร้าหรือกระตุ้นระบบเร้าทางอารมณ์มากเกินไป ทำให้เกิดความเจ็บปวดรุนแรง และเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดทางจิตใจ (Melzack & Wall 1982: 247) เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความวิตกกังวล กลัวต่อความเจ็บปวด ความพิการ สูญเสียภาพลักษณ์ ฯลฯ จะมีการเจ็บปวดรุนแรงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่มีภาวะดังกล่าว

4. มีความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของไขประสาทขนาดใหญ่และของศูนย์ควบคุมความเจ็บปวดที่สมอง ทำให้ความสามารถในการยับยั้งความเจ็บปวดพร่องไปหรือเสียไป เป็นผลให้เกิดอาการเจ็บปวดง่าย เจ็บปวดรุนแรง และกลุ่มอาการเจ็บปวดโดยไม่มีสิ่งเร้าปรากฏ(spontaneous pain) (Mendell & Wall 1965 cited in Melzack & Wall 1982:246)

จากสาเหตุของความเจ็บปวดตามทฤษฎีความเจ็บปวดของเมลซัคกับวอลล์ สามารถนำมาเป็นหลักในการบรรเทาความเจ็บปวดได้ 3 วิธี ดังนี้(Melzack & Wall 1977:20-23)

1. การให้ยา โดยเลือกใช้ชนิดยา วิธีการให้ยา เพื่อให้ออกฤทธิ์ยับยั้งความเจ็บปวดที่ระบบประสาทส่วนปลาย ไขสันหลังและ/หรือที่สมองแล้วแต่กรณี ได้แก่ ยาบรรเทาปวด ยาแก้อักเสบ ยากล่อมประสาท เป็นต้น

2. การกระตุ้นหรือยับยั้งด้วยความรู้สึกร โดยกระตุ้นให้มีการส่งสัญญาณไปตามไขประสาทขนาดใหญ่ (แอล) ได้แก่ การลูบสัมผัส การนวด การประคบด้วยความร้อน ความเย็นซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของซัสแตนต์เทีย จิลาดิโนซ่า (เอสจี) ให้หลังสารยับยั้งการนำประสาทหรือการไม่เคลื่อนไหว การจัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในที่สงบ และมีแสงสว่างพอเหมาะ เพื่อลดการเร้าของไขประสาทขนาดเล็ก (เอส) เป็นการลดระดับของพลังประสาทในเซลล์ส่งต่อ (ที)

3. การควบคุมทางจิตใจ เป็นการจัดการกับระบบควบคุมความเจ็บปวดที่สมอง โดยลดการเร้าทางอารมณ์ และกระตุ้นให้เกิดความคิดพิจารณา ประเมินความเจ็บปวดอย่างถูกต้อง ได้แก่ การลดความวิตกกังวล ความกลัว ด้วยการให้ข้อมูลความรู้ ให้การดูแลเอาใจใส่ การสร้างบรรยากาศให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย การผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การสะกดจิต การทำสมาธิ รวมทั้งวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ ก็เป็นวิธีการลดการเร้าของระบบประสาทที่ควบคุมความเจ็บปวดเช่นกัน

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีความเจ็บปวดของเมลแชนด์กับวอลล์นี้ บางวิธีผู้ป่วยสามารถจัดกระทำเองได้ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การบิบนวด การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ การพูดคุยระบายความรู้สึกกับผู้อื่น เป็นต้น โดยผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความสามารถในการปฏิบัติไม่เท่ากันและอาจปฏิบัติแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดจากเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งมักจะมีความเจ็บปวดรุนแรง (Bonica 1990:461) และถ้าเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถให้การบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ความไม่สบาย ก่อให้เกิดความพึงพอใจ เพราะการบรรเทาความเจ็บปวดเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่อยู่ในความคาดหวังสูงสุดของผู้ป่วยที่หวังว่าจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ (Do11 1979:114)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาตำแหน่งและลักษณะของความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง รวมทั้งปัจจัยที่มีส่วนเพิ่มหรือลดความเจ็บปวด
2. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ผลรบกวนต่อชีวิตความเป็นอยู่ที่เกิดจากความเจ็บปวด ในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาวิธีการลดความเจ็บปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และวิธีการที่แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ให้การดูแลใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย
4. เพื่อศึกษาวิธีการและประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยา รวมถึงประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดโดยรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วย
5. เพื่อศึกษาแบบวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุด และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระบบหรืออธิบายตำแหน่งและลักษณะความเจ็บปวดเป็นอย่างไร มีสาเหตุหรือปัจจัยอะไรบ้างที่เพิ่มและลดความเจ็บปวด
2. ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความเจ็บปวดแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ความเจ็บปวดรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอะไรบ้าง
3. ผู้ป่วย แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดแบบใดบ้าง
4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับยาแก้ปวดบ่อเพียงใด ในปริมาณยาที่ได้รับสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้นานเท่าใด และผู้ป่วยรับรู้ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดที่ระดับใด
5. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความพึงพอใจวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดแบบใดมากที่สุด และมีความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับใด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ ไต ท่อนไต ตับ ตับอ่อน ถุงน้ำดี ทางเดินน้ำดี ม้าม ต่อมหมวกไต กระเพาะอาหาร และลำไส้ ในโรงพยาบาลรามาศินติ ระหว่างเดือนตุลาคม 2534 ถึงเดือนมกราคม 2535 จำนวน 100 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นข้อมูลช่วยเสริมความเข้าใจความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเป็นข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาความเจ็บปวดของแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามาศินติ
2. เป็นแนวทางในการประเมิน และการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้มีประสิทธิภาพ

3. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับวิธีการพยาบาล เพื่อให้สามารถบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และในผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

การรับรู้ความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องท้องในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด ประกอบด้วยตำแหน่ง ลักษณะ ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ผลของความเจ็บปวดที่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ ผลต่อการกระทำการกิจวัตรประจำวัน การเดิน การนอนหลับ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อารมณ์และความรู้สึกเป็นสุขของชีวิต รวมทั้งประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยาและประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดโดยรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด Brief Pain Inventory ของ Pain research group, Department of Neurology, University of Wisconsin Madison ฉบับแปลและดัดแปลงโดยผู้วิจัยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องท้องคนไทย

วิธีบรรเทาความเจ็บปวด หมายถึง วิธีที่ผู้ป่วย แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล กระทำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งได้สร้างขึ้นโดยอาศัยหลักพื้นฐานตามทฤษฎีความคุมประตุนองเมลและซีกกับวอลล์ (Melzack and Wall)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวด หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องท้อง ที่มีต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามเดียวให้ผู้ผู้ป่วยเลือกตอบตามมาตรอันดับ 4 อันดับ คือ 1. ไม่พึงพอใจเลย 2. พึงพอใจเล็กน้อย 3. พึงพอใจปานกลาง และ 4. พึงพอใจมาก

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้ คือ

1. ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
2. วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบรรเทาความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ความหมาย

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด คือ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดเป็นสาเหตุต้น(Bonica 1990:463)และอาจเกิดเนื่องจากผลของการรักษา เช่น การฉีดยา การทำแผล เป็นต้น ความเจ็บปวดเป็นเรื่องซับซ้อนและมีความเป็นเอกกัตตบุคคล จึงถูกให้ความหมายต่าง ๆ ไว้มากมาย ซึ่งผู้ให้ความหมายมักรวมเอาความรู้สึกส่วนตัวและประสบการณ์ของบุคคลเข้าไว้ด้วยเสมอ ผู้วิจัยเลือกเฉพาะที่ให้ความหมายไว้ค่อนข้างชัดเจนดังนี้

บิลลาร์ กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์ของการรับรู้ คุณภาพและความรุนแรงของความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับประสบการณ์อดีต การให้ความหมายต่อสถานการณ์ และขึ้นอยู่กับตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด (Billars 1970:2143)

สมิทและเจอร์แมน ให้ความหมายว่า ความเจ็บปวดเป็นปรากฏการณ์จำเพาะและมีความซับซ้อนในทางชีวจิตสังคมและวัฒนธรรม เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมและความรู้สึกไม่พึงปรารถนาที่แสดงออกมา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันตนเอง (Smith & Germain 1975:134)

แมคเคฟเฟอรี ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า คือ สิ่งที่ผู้ป่วยบอก หรือแสดงออกว่าเจ็บปวดและยังคงอยู่ตราบนานเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี (Mc Caffery 1980:26)

ไพรัช กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์รวมหลายอย่างที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล ความรู้สึกนี้สามารถถ่ายทอดให้รู้ได้ด้วยการพูดและการแสดงกริยาท่าทาง การที่จะรับรู้และเข้าใจความเจ็บปวดของบุคคลใด จะต้องทราบปัจจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น (Price 1990:43)

สมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวด(International Association for the Study of Pain) ให้นิยามความเจ็บปวดว่า เป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการถูกทำลายหรือมีศักยภาพในการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ หรือถูกบรรยายประหนึ่งว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย (สิระนุญชรรัตน์ 1991:2)

สรุปได้ว่า ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ความไม่สุขสบายทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ เนื่องจากมีการทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด จากการรักษาร่วม และอาจร่วมกับภาวะที่มีศักยภาพเสมือนว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล โดยมีปัจจัยทางด้านสรีรและจิตสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง ความไม่สุขสบายนี้จะคงอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วยนอกกว่ามี

กลไกการเกิดความเจ็บปวด

การศึกษาทางสรีรของระบบประสาท พบว่า กลไกการเกิดและการตอบสนองต่อความเจ็บปวด มีความสอดคล้องกับทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแชนก์กับวอลล์ กล่าวคือ การผ่าตัด มีการทำลายเนื้อเยื่อ อันเป็นผลจากการบาดเจ็บของชั้นเยื่อเมือกที่ตัด ทั้งที่เกิดจากแรงกล(Mechanical) ความร้อนเย็น(Thermal) สารเคมี(Chemical)และอาจร่วมกับการอักเสบของเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นผิวหนัง กล้ามเนื้อ อวัยวะภายในและเซลล์ประสาท เนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการบาดเจ็บของชั้นเยื่อเมือกจะหลั่งสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ได้แก่ โปตัสเซียม ไอออน(Potassium Ion) แบรดิคินิน(Bradykinin) ฮิสโตรามีน (Serotonin) ฮิสตามีน(Histamine)และนิวโรไคนิน(Neurokinin) สารเหล่านี้จะกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก (Nociceptors) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้าที่ผิวเซลล์ประสาท(Membrane potential)ให้มีประจุไฟฟ้าลบ ถ่ายทอดเป็นสัญญาณประสาทส่งไปตามเส้นประสาท เข้าสู่ไขสันหลังและสมองตามลำดับ เพื่อให้รับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวด ขณะเดียวกันทั้งเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายและที่มีการอักเสบจะหลั่งสารชีวเคมีบางอย่างที่ทำให้เซลล์ประสาทรับความรู้สึกไวต่อการกระตุ้นคือ พรอสตา

แกลนดิน(Prostaglandin)ซัสแตน พี(Substance P)ลิวโคทรินส์(Leukotrienes) และกรดแลคติก(Lactic acid)เป็นผลให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดง่ายขึ้น (จรัส สุวรรณเวลา 2523:101; อำนวย ถิฐาพันธ์ 1991:3; Bonica 1990:463)

ลักษณะความเจ็บปวด

เนื่องจากการผ่าตัดมีการทำลายเนื้อเยื่อได้ในหลายตำแหน่งขึ้นตั้งแต่ผิวหนัง ไปจนถึงอวัยวะภายในตามแต่ชนิดของการผ่าตัด ซึ่งแต่ละตำแหน่งชั้นของเนื้อเยื่อมีการกระจายของเซลล์ประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ กันและให้ลักษณะความรู้สึกเจ็บปวดที่แตกต่างกันด้วย ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงลักษณะความเจ็บปวดตามที่เกิดขึ้นในแต่ละตำแหน่งชั้นของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ดังนี้

1. ความเจ็บปวดบริเวณผิวหนัง (Superficial pain)

เนื้อเยื่อชั้นผิวหนังจะถูกทำลายได้จากการผ่าตัดเกือบทุกชนิด ความเจ็บปวดในชั้นนี้จะมีลักษณะเฉพาะที่ (Localize) และมีความรู้สึกได้หลายแบบ ได้แก่ เจ็บแบบแหลมคม(Sharp pain) เหมือนเข็มแทง(Pricky pain) และแบบปวดแสบปวดร้อน (Burning pain) (สุพร พลยานันท์ 2528:55 ; เอื้อมพร ทองกระจาย 2533:26; Bonica 1990:463)

2. ความเจ็บปวดบริเวณที่อยู่ลึกกว่าชั้นใต้ผิวหนัง (Deep somatic pain)

เนื้อเยื่อชั้นนี้ ได้แก่ เอ็น ฟังซีต ข้อต่อต่าง ๆ เยื่อหุ้มกระดูก เยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มท้อง หลอดเลือด และเส้นประสาท (สุพร พลยานันท์ 2528:55; เอื้อมพร ทองกระจาย 2533:27) ลักษณะความเจ็บปวดจะเป็นแบบปวดเมื่อย(Aching) อาจมีลักษณะเฉพาะที่ หรือร่วมกับมีการกระจายไปสู่ผิวหนัง (Bonica 1990:463)

3. ความเจ็บปวดบริเวณอวัยวะภายใน (Visceral pain)

การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในชั้นนี้ จะมีการหลั่งสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด และสารที่กระตุ้นให้ปลายประสาทไวต่อการกระตุ้นเป็นเวลานาน(Persistent nociceptive input)(Bonica 1990:463)ลักษณะความเจ็บปวด จะเป็นแบบปวดตื้อ ๆ (Dull pain) ปวดเมื่อย (Aching) นอกตำแหน่งไม่ได้ชัดเจน และอาจมีอาการปวดร้าว (สุพร พลยานันท์ 2528:57, Bonica 1990:463)

การตอบสนองต่อความเจ็บปวด

เนื้อเยื่อ เซลล์ประสาทเมื่อถูกทำลายและหรือบอบช้ำจากการผ่าตัด จะมีการหลั่งสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดส่งไปตามเซลล์ประสาทไปสู่ไขสันหลังและสมอง ก่อให้เกิดการตอบสนอง ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่ที่เนื้อเยื่อนั้น ๆ จนถึงที่สมองเป็นไปตามทฤษฎีควบคุมประตุ ดังนี้

1. ปฏิกริยาเฉพาะที่ มีการปล่อยสารหลายชนิดที่เร้าให้ปลายประสาทรับความรู้สึกไวต่อการกระตุ้น เช่น พรอสตาแกลนดิน และอื่น ๆ ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความเจ็บปวดง่ายขึ้น (สุมร พลขานันท์ 2528:46 ; Bonica 1990:463)

2. ปฏิกริยาระดับไขสันหลัง ที่ระดับนี้จะมีปฏิกริยาสะท้อนกลับ(Reflex) ทำให้กล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดหดตัว เป็นผลให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณกล้ามเนื้อลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) เกิดกรดแลคติก และเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดที่กล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวดที่กล้ามเนื้อจะส่งสัญญาณต่อไปยังสมอง เป็นผลให้เกิดการรับรู้ต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ขณะเดียวกันความเจ็บปวดที่กล้ามเนื้อบริเวณบาดแผลผ่าตัดจะไปเพิ่มปฏิกริยาสะท้อนกลับที่ระดับไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงยิ่งขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (สุมร พลขานันท์ 2528 : 43; Bonica 1990 : 463)

3. ปฏิกริยาระดับเหนือไขสันหลัง เป็นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เกิดขึ้นเมื่อสัญญาณความเจ็บปวด ถูกส่งขึ้นไปสู่ศูนย์ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติในไฮโปทาลามัส ซึ่งจะไปเร่งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และอื่น ๆ (สุมร พลขานันท์ 2528:43) และมีการหลั่งคาตาบอลิควอร์โมนเพิ่มขึ้น เช่น คอร์ติซอล แคทีโคลามีนและอื่น ๆ ขณะเดียวกันก็มีการลดการหลั่งอนาบอลิควอร์โมน เช่น อินซูลิน การเปลี่ยนแปลงของปริมาณฮอร์โมนเหล่านี้ มีผลต่อกระบวนการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ซึ่งจะคงอยู่นานหลายวัน (Bessman & Renner 1982 cited in Bonica 1990: 463-464) และถ้าความเจ็บปวดรุนแรงมาก หรือคงอยู่นาน ๆ จะไปเร่งการทำงานของประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตลดลง เป็นต้น

4. ระดับเปลือกสมอง สัญญาณความเจ็บปวดเมื่อเข้าสู่สมอง จะมีการรับรู้ความเจ็บปวด และเกิดปฏิกริยาทางจิตสรีระ คือ

4.1 การเร้าทางอารมณ์ สมองส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับอารมณ์ จิตสำนึกและระบบประสาทอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นเกิดเป็นความรู้สึกไม่พึงปรารถนา เกิดแรง

ขั้นตอนการที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามขจัดออกไป โดยแสดงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย วิตกกังวล กลัว เป็นต้น (Smith & Covino 1985:24-25)

4.2 การแสดงพฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น ร้องคราง ร้องไห้ เสียงสั่น

4.3 การแสดงพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว เช่น หยุดการเคลื่อนไหว บริเวณที่เจ็บปวด ลุกคลานบริเวณที่เจ็บปวด บิดตัวไปมา ถอยหนีเมื่อถูกสัมผัส เป็นต้น (สุพร พลยานันท์ 2528:47 ; เอื้อมพร ทองกระจาย 2533:39 ; Keane 1986:179; Long 1985:181)

ผลรบกวนที่เกิดจากความเจ็บปวด

จากปฏิกริยาการตอบสนองของร่างกายต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างผสมผสานทางจิตสรีระ ทั้งในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด และที่ได้รับการบรรเทาแต่ไม่เพียงพอ (Tyler & Krane 1989:157-158) ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจะรบกวนทำให้ผู้ป่วยเกิดความหงุดหงิด กระสับกระส่าย ไม่สบายใจ ไม่อยากพูดคุยกับใคร ซึ่งจะกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อีกทั้งปฏิกริยาที่เกิดจากความเจ็บปวดจะเพิ่มการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในขณะนั้น เนื้อเยื่อบางส่วนมีภาวะพร่องออกซิเจน พลังงานสะสมจะถูกนำไปใช้ ผู้ป่วยจึงมักเกิดภาวะอ่อนล้า ทั้งภาวะอ่อนล้าและความทุกข์ทรมานเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และรบกวนการนอนหลับด้วย (Thompson 1986:2101; McIntosh 1989:44-45) จากการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของศรีวัฒนกุล และคณะ (Sriwatanakul et al 1983:926-929) พบว่า ความเจ็บปวดรบกวนผู้ป่วยทั้งในด้านการเดินร้อยละ 90.1 การนอนหลับร้อยละ 56.7 สมาธิร้อยละ 34.5 การพูดคุยร้อยละ 30.8 และการรับประทานอาหารร้อยละ 18.4 มาร์คและซาคา (Mark & Sachar 1973:172-181) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยอายุครรภ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันทุกรายมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเศร้า วิตกกังวล กระสับกระส่ายและร้องไห้ โดโนแวน และคณะ (Donovan et al 1987:69-78) สัมภาษณ์ผู้ป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 353 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 61 ต้องตื่นขึ้นระหว่างการนอนหลับเพราะความเจ็บปวด และในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการปวด ก็มีปัญหานอนเช่นเดียวกัน (Donovan & Dillon 1987:88)

ระดับความเจ็บปวดและการประเมิน

ความเจ็บปวดสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการตอบสนองทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม ดังนี้

1. ความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย
2. ความเจ็บปวดระดับปานกลาง
3. ความเจ็บปวดระดับรุนแรง

ความเจ็บปวดระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะมีการตอบสนองทางระบบซิมพาเทติก ส่วนความเจ็บปวดระดับรุนแรง จะมีการตอบสนองทางระบบพาราซิมพาเทติก ซึ่งถ้ารุนแรงมาก อาจเป็นลมหมดสติได้ (เอื้อมพร ทองกระจาข 2533:39; Keane 1986: 178)

นอกจากอาการแสดงทางระบบประสาทอัตโนมัติแล้ว จะพบอาการแสดงทางพฤติกรรมมากน้อยตามระดับความรุนแรง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบุคคลมีความสามารถในการปรับตัวได้ต่าง ๆ กัน ปฏิกริยาและการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลจึงอาจไม่แปรไปตามความรุนแรงของความเจ็บปวดเสมอไป (สุนทร พลขำนันท์ 2528:48)

สำหรับระดับความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในการศึกษาที่ผ่านมาได้ผลสอดคล้องกันว่า ระดับความเจ็บปวดมีค่าสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (พรจันทร์ พงษ์พรหม 2534:40; อรชร มาลาหอม 2534:43; Khun et al 1990:1687-1690; Oberle et al 1990:745-752)

ส่วนการประเมินเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเท่าที่ผ่านมา มีวิธีการประเมินได้ 4 วิธี

1. ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม หรืออาจให้การสัมภาษณ์ ซึ่งมีอยู่มากมายหลายแบบ ได้แก่

- 1.1 Simple Descriptive Scale (SDS)
- 1.2 Verbal Rating Scale (VRS)
- 1.3 Numeric Scale
- 1.4 Visual Analogue หรือ Graphic Rating Scale
- 1.5 Stewart's Pain Colour Scale ฯลฯ

2. ประเมินโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น สีหน้าท่าทาง การร้องคราง เป็นต้น

3. ประเมินโดยวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การทำงานของปอด ระดับสารเคมีต่าง ๆ เช่น เอ็นดอร์ฟินส์ (Endorphins) คอร์ติซอล (Cortisol) เป็นต้น (Smith & Covino 1985:114-125 ; Stewart 1977:103-108)

4. ประเมินโดยการดูจากปริมาณยาแก้ปวดที่ใช้ (Oden 1989:3)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ระดับขีดเริ่มรับรู้ความเจ็บปวด (Pain threshold) ความอดทนต่อความเจ็บปวด (Pain tolerance) การรับรู้ต่อความเจ็บปวด (Pain perception) และการแสดงออก (Pain expression) แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1. ชนิดของการผ่าตัด

การผ่าตัดต่างชนิดกัน มีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทแตกต่างกัน เนื้อเยื่อที่ตำแหน่งต่างกัน มีสรีรวิทยาต่างกัน มีการกระจายของประสาทรับความรู้สึกแตกต่างกัน จึงมีความไว (Pain sensitivity) และความรุนแรง (Pain intensity) ของความเจ็บปวดแตกต่างกัน ตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัดจึงเป็นตัวบ่งชี้ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีที่สุด (Bonica & Bendett 1980 cited in Smith & Covino 1985:22) โบนิกา (Bonica) ได้รวบรวมรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดตั้งแต่ปี 1949-1984 พบว่าการผ่าตัดเกี่ยวกับไต มีความเจ็บปวดระดับรุนแรงร้อยละ 70-85 การผ่าตัดเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะและต่อมลูกหมาก มีความเจ็บปวดระดับรุนแรงร้อยละ 65-75 และการผ่าตัดในช่องท้องส่วนบน มีความเจ็บปวดระดับรุนแรงร้อยละ 45-65 (Bonica 1990:462)

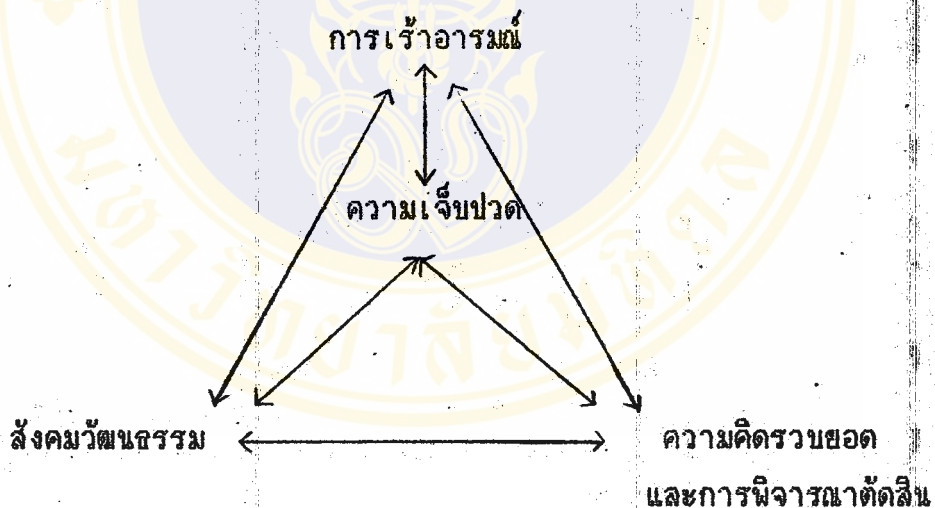
2. เทคนิคของการผ่าตัด

ความชำนาญของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด และเทคนิคของการทำผ่าตัด มีผลต่อระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด แพทย์ที่มีความชำนาญ ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย จะมีการขอบฟ้าของเนื้อเยื่อบริเวณที่ทำการผ่าตัดน้อยกว่าแพทย์ที่ขาดความชำนาญ เทคนิคการลงมิดก็มีผลต่อระดับความเจ็บปวดเช่นกัน ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การผ่าตัดหน้าท้องที่ใช้เทคนิคการลงมิดไปตามแนวชายโครง (subcostal incision) จะเกิดความเจ็บ

ปวดน้อยกว่าการลงมิตตามแนวกลางหน้าท้อง(Midline) การผ่าตัดทางขวางของหน้าท้อง จะมีการทำลายใยประสาทของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อและผิวหนังหน้าท้อง(Cutaneous nerve and subcostal nerve)น้อยกว่า ทำให้เกิดความเจ็บปวดน้อยกว่า (Vollicer 1978 cited in Bonica 1990:441)

3. พื้นฐานทางสรีระและจิตสังคมของผู้ป่วย

อุบัติการณ์และความรุนแรงของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านสรีระและจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยหลายสิ่งมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกโกรธ กลัว เศร้า วิตกกังวล ฯลฯ ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด(สุพร พลขานนท์ 2528:5; Bonica 1990:462; Smith Covino 1985: 23) แพทย์มน ได้้นำปัจจัยทางสรีระและจิตสังคม เขียนรวมเป็นโครงสร้าง 3 มิติ ดังนี้ (Chapman cited in Smith & Covino 1985:24)



(Chapman 1977 cited in Smith & Covino 1985:24)

การเร้าอารมณ์ แรงขับทางอารมณ์จะมีมากขึ้น ถ้ามีการเร้าอารมณ์ให้ตื่นตัวอยู่ก่อน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด จะมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในระดับรุนแรง (Scott et al 1983:283-293 ; Taenzer et al 1986:331-342) และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงหลังผ่าตัด ก็ให้ผลเช่นเดียวกัน (Oberele et al 1990:745-752)

ความคิดรวบยอดและการพิจารณาตัดสิน ประกอบด้วยความคิด ความจำ ความสนใจ ความคาดหวัง การพิจารณาตัดสินและการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ได้แก่ การผ่าตัดและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในแง่ต่าง ๆ จากการศึกษาของคิง และคณะ (King et al 1987:145-150) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ควบคุมการให้ยาแก้ปวดด้วยตนเอง จะให้ยาในปริมาณที่มากกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ได้ยาแก้ปวดจากพยาบาลใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยให้ความสนใจจดจ่ออยู่กับความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวดซึ่งต้องจัดการด้วยตนเอง เว็บบ์และบาร์เน็ตต์ (Webb & Barnett) ให้ความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก และให้ความหมายของการผ่าตัดว่าเป็นการสูญเสีย หรือสามมิตมีความรู้สึกว่าเป็นการสูญเสีย จะมีความรู้สึกวิตกกังวลและไม่สุขสบายสูง (Webb & Barnett 1983:98) ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้ความเจ็บปวดมีความรุนแรงมากขึ้น

สังคมและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อการรับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการปลูกฝังค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติ และแนวคิดจากสังคม วัฒนธรรมที่ตนเติบโตมา (Smith & Covino 1985:22-25)

ภายใต้องค์ประกอบในทั้ง 3 มิติดังนี้ จะพบว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์และอื่น ๆ ซึ่งจะมีผลให้การรับรู้ความเจ็บปวด และการแสดงออกของบุคคลเมื่อได้รับความเจ็บปวดจากการผ่าตัดแตกต่างกันไป

4. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีผลต่อระดับความเจ็บปวด การปรับตัว และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Bonica 1990:461) ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรง ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ มีความวิตกกังวลในระดับที่พอเหมาะ จะเผชิญกับการผ่าตัดและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ดี โดยเฉพาะในเรื่องของความเจ็บปวด และใช้เวลาในการฟื้นสภาพน้อย (Oostdam & Dulvenvoorden 1983:273-281) จากการศึกษาของหลายท่านต่างได้ผลสอดคล้องกันว่า การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปรับตัวได้ดี (Forth & Kirouae 1976 cited in Lindeman 1988:40-4; Lindeman & Aerman 1971:319-332; Ziemer 1983:282-287) และลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (จวี มากพุ่ม 2530; สมพร ชินโนรส 2525; สุนันทา คำพอง 2524; Fortin & Kirouace 1976 cited in Lindeman 1988:41; Wallace 1985:363-373)

5. เทคนิคการรับรู้ความรู้สึกขณะผ่าตัด

จุดประสงค์ของการรับรู้ความรู้สึกขณะผ่าตัด คือ เพื่อให้ผู้ป่วยหมดความ

เจ็บปวดและมึนงงเนื้อหยาบเนียนพอที่จะให้สามารถทำการผ่าตัดได้สะดวก (สุนิต เภาสุวรรณ 2527:36) ซึ่งกระทำได้ 2 วิธีคือ การระงับความรู้สึกเฉพาะที่โดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthesia) หรือฉีดเข้าไปในเส้นหลัง (Regional anesthesia) และการทำให้หมดความรู้สึกโดยใช้ยาสลบทั่วไป (General anesthesia) แต่ละวิธีมีการใช้ชนิดยา และมีเทคนิควิธีการที่แตกต่างกัน และเนื่องจากยาที่ใช้ระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดทุกตัว มีฤทธิ์ในการระงับความรู้สึกและในการทำให้กล้ามเนื้อเนื้อหยาบเนียนได้ต่าง ๆ กัน อีกทั้งมีผลข้างเคียงและอาการแพ้ ในทางปฏิบัติจึงต้องใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน (สมศรี เผ่าสวัสดิ์ 2531:23) ความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการใช้ยาและเทคนิคในการปฏิบัติจึงมีความสำคัญต่อระดับความไม่สุขสบายและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Bonica 1990:464) เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาเข้าไปในเส้นหลัง อาจเกิดปัญหาไม่สุขสบายมาก ซึ่งจะมีผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อาทิเช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชา ปัสสาวะไม่ออก เนื่องจากได้ยาเกินขนาด หรือให้ยาขณะที่ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะต่ำ มีการบอบช้ำจากการแทงเข็มหรือจากการใช้เข็มขนาดใหญ่เกินไป เป็นต้น (อรทัย ดันติศิรินทร์ 2527:371-372) ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกโดยใช้ยาสลบทั่วไป ถ้าได้รับยาหยาบเกินไปจะไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดความยากลำบากในการทำการผ่าตัด เป็นผลให้เกิดการบอบช้ำของเนื้อเยื่อมาก แต่ถ้าได้รับยาหยาบเกินไปในขนาดที่มากเกินไป หรือได้ยาแก้ฤทธิ์ก่อนหยุดการผ่าตัดน้อยเกินไป จะเกิดปัญหากล้ามเนื้อเกร็ง ซึ่งจะเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด (Bonica 1990:463)

6. การดูแลหลังผ่าตัด

การดูแลหลังผ่าตัดในทุก ๆ ด้าน มีผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการดูแลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย การบรรเทาความเจ็บปวด การให้ความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เป็นปัจจัยสำคัญต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับกลวิธีที่แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวด แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีการใด ขั้นตอนแรกที่สำคัญและจะนำไปสู่หนทางการบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพคือ การประเมินความเจ็บปวด ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลกระทำได้โดยอิสระ พยาบาลอยู่ใกล้ชิดและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงมีโอกาที่จะประเมินอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และจะสามารถประเมินความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพถ้ามีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุและปัจจัยการเกิดความเจ็บปวดรวมทั้งมีความสามารถที่จะรวบรวมข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ได้ถูกต้อง ซึ่งหมายถึงจะต้องมองหาความเจ็บปวดในผู้ป่วยแบบองค์รวม พร้อมทั้งยึดหลักองค์รวม

ในการประเมินและแก้ไขปัญหา (Mc Caffery 1979:43) โดยปราศจากการใช้ทัศนคติส่วนตัว โดโนแวน (Donovan) ได้รวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ผ่าน ๆ มา พบว่า พยาบาลมักใช้ทัศนคติส่วนตัวในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย (Brandt 1984, Cleeland 1984, Foley 1985, Hackett 1971 cited in Donovan 1987:646) และแม้ว่าจะมีการพัฒนาเครื่องมือ ช่วยให้การประเมินความเจ็บปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแต่พยาบาลส่วนใหญ่รวมทั้งแพทย์ไม่นิยมใช้ (Fishman et al 1987:1151) นักวิจัยหลาย ๆ ท่านให้ความเห็นว่าพยาบาลขาดความรู้ในการประเมินความเจ็บปวด และมักใช้ประสบการณ์ส่วนตัวในการประเมินและจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย (Charap 1978, Fox 1982 cited in Camp 1988:238, Heidrich & Perry 1982:1828; Myers 1985:62-66) โดยจัดการกับปัญหาให้ในลักษณะเหมือน ๆ กัน (Stereotype) มากกว่าจะมุ่งสนใจแก้ไขให้เป็นเฉพาะบุคคล (Davitz & Davitz 1981 cited in Muhlenkamp & Joyner 1986:25) อีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทุกฝ่ายทั้งแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญของการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินอาการและการบรรเทาความเจ็บปวดที่ให้กับผู้ป่วย (Camp 1988:237-243; Donovan & Dillon 1987:89) เป็นผลให้พบเสมอ ๆ ว่า ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ (จริยาเลิศอรชรขมณี และคณะ 2531:143-154; Carr 1990:89-100; Dilworth & Mackellar 1987:264-266; Donovan & Dillon 1987:85-92; Nimmo & Duthine 1987:68-71; Mather & Makie 1983 cited in Donovan 1987:645)

โลเวอร์ (Loeser) ได้ให้หลักในการประเมินความเจ็บปวดไว้ 4 ขั้นตอน คือ 1. การหาสาเหตุ 2. การประเมินระดับความเจ็บปวดโดยสอบถามผู้ป่วยร่วมกับการสังเกตอาการ 3. การค้นหาปัจจัยพร้อม ๆ กับการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ และ 4. การประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก (Loeser 1982 in Olsson & Parker 1987:56) ซึ่งเป็นวิธีที่มีความสมบูรณ์และจะนำไปสู่การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมต่อไป

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

ทฤษฎีความเจ็บปวดของเมลแซคกับวอลล์ (Melzack and Wall) หรือทฤษฎีควบคุมประตู ให้หลักในการบรรเทาความเจ็บปวดไว้เป็น 3 ประเด็น ในแต่ละประเด็นมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวดหลายแบบ ในที่นี้ได้รวบรวมวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดใน

บทบาทอิสระของพยาบาลที่คาดว่าจะสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ และบางวิธีผู้ป่วยก็อาจสามารถกระทำเองได้ ส่วนวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในบทบาทร่วมกับแพทย์จะกล่าวถึงเฉพาะการใช้ยารับประทาน ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อและเข้าหลอดเลือดดำหลักในการบรรเทาความเจ็บปวดทั้ง 3 ประเด็นมีดังนี้ คือ

1. การควบคุมความเจ็บปวดด้วยยา (Pharmacological control)

ยาที่ใช้ในการควบคุมความเจ็บปวดมีหลายชนิด ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์แก้ปวด ยาที่ออกฤทธิ์ลดอาการอักเสบ และยาร่วม(Adjuvant drug) เช่น ยาคลายเครียด ยาลดความวิตกกังวล ยานอนหลับ เป็นต้น(สถาพร ลีลาเนตกิจ, พิมพ์ติด 2533:10-22; Mc Guire 1990:34)

ยาที่ออกฤทธิ์แก้ปวด แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ยากลุ่มเสพติด และกลุ่มไม่เสพติด ในกลุ่มเสพติดยังแบ่งออกเป็นชนิดออกฤทธิ์แรง ได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) เพ็ททีดีน (Pethedine) และชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง เช่น โคเดอีน (Codeine) ส่วนในกลุ่มที่ไม่เสพติด ได้แก่ แอสไพริน (Aspirin) พาราเซตามอล (Paracetamol) ไดไพโรน (Dyprone) เป็นต้น ยาทั้ง 2 กลุ่มมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด การใช้ยาทุกชนิด ไม่ว่าจะใช้แบบใดจะต้องทราบคุณสมบัติของยา ขนาดที่ใช้ กลไกการออกฤทธิ์ ระยะเวลาที่ออกฤทธิ์ และผลข้างเคียงของยา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ปลอดภัยจากผลข้างเคียงและเพียงพอในการบรรเทาความเจ็บปวด วิธีการให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดที่ดี ควรให้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวด เพื่อป้องกันอาการเจ็บปวดรุนแรง(Mc Caffery 1987:64)เนื่องจากความเจ็บปวดจากการผ่าตัดมีการหลั่งสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและสารกระตุ้นให้เนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทไวต่อการเร้าให้เกิดความเจ็บปวดเป็นจำนวนมากและต่อเนื่องเป็นเวลานานจนกว่าจะมีการสมานของบาดแผล (Bonica 1990:463) การให้ยาในขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงด้วยขนาดปกติที่ปลอดภัยต่อการให้ จึงมักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับความเจ็บปวดได้ ดังนั้น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความเจ็บปวดระดับรุนแรง และที่คาดว่าจะมีความเจ็บปวดในระดับรุนแรงจึงควรให้ยาแก้ปวดตามเวลา(Mc Caffery 1987:64; Rosmoff 1983:27) ซึ่งจะถูกกำหนดให้เหมาะสมตามฤทธิ์ของยานั้น ๆ

เนื่องจากการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องให้ยา

ที่ออกฤทธิ์แรง โดยเฉพาะในรอบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Lutz & Lamer 1990: 584) ยาที่ออกฤทธิ์แรงมักมีฤทธิ์เสพติดและมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย เช่น มอร์ฟีน (Morphine) ทำให้ความดันโลหิตตก และกดการหายใจ (Mc Guire 1990:37) การให้ยาจึงเป็นเสมือนดาบ 2 คม จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน พบว่า แพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนหนึ่งตระหนักในอันตรายของยา กลัวว่าผลแทรกซ้อนของยาแก้ปวดจะทำให้เกิดผลร้ายกับผู้ป่วยมากกว่าความเจ็บปวดที่มีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ความกังวลในเรื่องของการติดยาแก้ปวดในกลุ่มนาร์โคติก ทั้งมอร์ฟีนและเฟ้นตีดิน (Khun et al 1990:1687-1690; Sriwatanakul et al 1983:926-929; Weis et al 1983:70-74) แพทย์จึงนิยมสั่งยาแก้ปวดไว้เป็นคำสั่งให้เป็นครั้งคราวเมื่อต้องการ และพยาบาลก็มักจะลดจำนวนครั้งของการให้ยาลงไปอีก (Cohen: 1980:265-274) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ

ขาดอาการอักเสบ โดยแท้จริงยาเหล่านี้ไม่ได้มีฤทธิ์แก้ปวดโดยตรง แต่ออกฤทธิ์ลดการหลั่งสารที่กระตุ้นความไวของเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทต่อการร้าวของสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (อานวย ถิสาพันธ์ 1991:3) จึงช่วยเสริมฤทธิ์ยาแก้ปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ที่นิยมใช้ได้แก่ ยากลุ่มเอ็นเซดส์ (NSAIDs) ยาเหล่านี้มีผลข้างเคียง เช่น มีฤทธิ์เพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะ และทำให้ผนังลำไส้ไวต่อการระคายเคืองจากกรด จึงอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะลำไส้ได้ เป็นต้น (สถาพร ลีลำนันทกิจ, พิมพ์ดีด 2533:13)

ยาช่วย (Adjuvant drugs) ได้แก่ ขาลดความวิตกกังวล และอื่น ๆ ยาเหล่านี้ ช่วยตัดวงจรต่อเนื่องของความเจ็บปวดที่เกิดจากความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ จึงช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ข้างเคียงมากมาย เช่น ปากแห้ง ท้องผูก ปวดศีรษะ เป็นต้น (สถาพร ลีลำนันทกิจ, พิมพ์ดีด 2533:25) การใช้ยาจึงควรมีความระมัดระวังเช่นเดียวกัน

2. การควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับที่ความรู้สึก (Sensory control)

การจัดการกับความเจ็บปวดโดยปรับที่ความรู้สึก กระทำได้ใน 2 ลักษณะ คือ

2.1 ลดการร้าวไขประสาทขนาดเล็ก (เอส) ได้แก่ การไม่เคลื่อนไหวส่วนที่เจ็บปวด วิธีการนี้ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ทราบดีอยู่แล้ว นอกจากผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการ

รับรู้ การหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรืออิริยาบถที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น เช่น การเช็ดทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล การไม่ปิดแผลแน่นเกินไป การแนะนำวิธีเปลี่ยนอิริยาบถที่ช่วยให้เจ็บแผลน้อยที่สุด ซึ่งสมศรี รัตนปริยานุช ได้เสนอแนะท่าลูกนั่งที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โดยการให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวก่อนแล้วค่อยชันตัวลุกนั่งพร้อมกับใช้กล้ามเนื้อแขนและไหล่แทนกล้ามเนื้อหน้าท้อง (สมศรี รัตนปริยานุช 2525) เป็นต้น

2.2 การกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ (แอล) คือ การกระตุ้นความรู้สึกที่ผิวหนัง (Cutaneous stimulation) มีหลายวิธี ได้แก่ การนวด การลูบสัมผัส การประคบด้วยความร้อน การประคบด้วยความเย็น และการใช้ยาที่มีส่วนผสมของสารแก้ปวดทาหรือฉีดไว้

2.2.1 การนวด เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เป็นผลให้เกิดการยับยั้งการนำสัญญาณความเจ็บปวดที่ศูนย์ควบคุมความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง นอกจากนี้ ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการได้รับการนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และระหว่างนวดได้มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะกระตุ้นศูนย์ควบคุมความเจ็บปวดที่สมองให้หลั่งสารยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวด ทำให้สามารถลดความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นที่ลองเวิร์ท พบว่าการนวดหลังให้กับผู้ป่วย สามารถช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความเจ็บปวด (Longworth 1982 cited in Weiss 1988: 18) การนวดเป็นวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดแบบพื้นบ้านที่นิยมใช้กันมานานตั้งแต่ยังไม่มีทราบกลไกการออกฤทธิ์ (จรัส สุวรรณเวลา 2523:108) มีผู้ศึกษาพบว่าการนวดถูกนำมาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Dalton, Toomey & Workman 1988:322-328; Wikle et al 1988:723-731) ผู้ป่วยโรคปวดหลัง (Rosenthal & Keefe 1983:33-44) และผู้ป่วยแผลน้ำร้อนลวกไฟไหม้ (Hedlund 1987:198)

2.2.2 การลูบสัมผัส มีกลไกการออกฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวดเช่นเดียวกับการนวด นอกจากนี้การลูบสัมผัสยังให้ความหมายที่ช่วยเพิ่มความรู้สึกทางบวก เช่น ให้ความรู้สึกว่ามีคนเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ได้รับกำลังใจ มีคนเอาใจใส่ ฯลฯ (Farrah 1971 cited in Weiss 1988:4) ไวท์เชอร์และฟิชเชอร์ กล่าวว่า ผู้ป่วยนอกจากการได้สัมผัสกับพยาบาลขณะที่พูดคุยกัน จะรู้สึกว่ายานาลเข้าใจเขามากขึ้น (Whitcher & Fisher 1979 cited in Weiss 1988:21) แอนจิลา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะกลัวยุติระบายความรู้สึกมากขึ้นเมื่อมีการสัมผัสระหว่างพูดคุย (Angiller 1967:7) นักพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน คือ ไตรเป็ลท์และอาร์นิชัน กล่าวว่า การสัมผัสจะช่วยลดอารมณ์ทุกข์ได้ถ้ามีการใช้ร่วมกับการพูดคุยที่นุ่มนวลและเห็นอกเห็นใจ (Triplet &

Arneson 1979 cited in Weiss 1988:20) ไว้ว่า กล่าวว่า การสัมผัสเบา ๆ พร้อมกับพูดคุยด้วยเล็กน้อย เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความเจ็บปวด (Weiss 1988:3)

2.2.3 การประคบด้วยความร้อนเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่อีกวิธีหนึ่ง ความร้อนที่นิยมนำมาใช้ประคบเพื่อลดความเจ็บปวดเป็นความร้อนแห้ง ได้แก่ การใช้กระเป๋าน้ำร้อน และกระเป๋ไฟฟ้า ซึ่งเป็นการให้ความร้อนแบบต้นแก้วผิวหนัง บริเวณที่ต้องการจะลดความเจ็บปวด (Lehmann & DeLateur 1982:276) มีรายงานว่าความร้อนสามารถลดความเจ็บปวดได้โดยทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั้งคอลลาเจน เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เส้นเอ็น เยื่อหุ้มข้อมีการขยายตัว มีความยืดหยุ่นดีขึ้น (Lehmann & DeLateur 1982:277; Bengston & Warfield 1984:84 0) นอกจากนี้ การประคบด้วยความร้อนยังทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดฝอยเฉพาะที่ (Bengston & Warfield 1984:84 K) ช่วยลดการคั่งของของเสียต่าง ๆ รวมทั้งกรดแลคติก จึงช่วยลดความเจ็บปวดอีกทางหนึ่งด้วยการลดความไวของการตอบสนองต่อสารที่กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดของเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาท การประคบความร้อนอาจนำมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีปัญหาปวดเมื่อยตามตัว ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

2.2.4 การประคบด้วยความเย็นเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่เช่นเดียวกับการนวดและการประคบด้วยความร้อน ความเย็นที่นิยมใช้เพื่อลดความเจ็บปวดเป็นความเย็นแห้ง ได้แก่ การใช้กระเป๋าน้ำแข็ง และการใช้ถุงเซลล์แช่แข็ง มีรายงานว่าความเย็นช่วยลดความเจ็บปวดได้โดยทำให้เส้นเลือดหดตัว ลดการไหลเวียนโลหิต และลดอาการบวม (Lehmann, Warren & Scham 1974 cited in Mc Caffery 1979:121) ความเย็นลดอัตราการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดอัตราการทำงานของเซลล์ทุกชนิดรวมทั้งเซลล์ประสาท โดยจะมีผลต่อใยประสาทขนาดเล็ก (เอส) ก่อนเป็นอันดับแรก (DeLateur 1974, Everall 1976 cited in Mc Caffery 1979:121) ทำให้การนำและการส่งสัญญาณประสาทช้าลง และถ้าความเย็นจัดมากจะยับยั้งการนำประสาท (Smith 1972 cited in Mc Caffery 1979:121) ทำให้เกิดอาการชา การประคบด้วยความเย็นอาจนำมาใช้ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ในกรณีที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณที่บวมจากการแทงเข็มน้ำเกลือ เป็นต้น

2.2.5 ยาทาหรือยาปิดแก้ปวด ออกฤทธิ์ลดความเจ็บปวดเฉพาะที่ ยาเหล่านี้มีส่วนผสมของสารที่ทำให้เกิดความเย็น เช่น เมนทอล การบูร ซึ่งเป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ (แอล) และสารที่ออกฤทธิ์ระงับปวด เช่น เมทิลซาลิไซเลต (Methyl salicylate) แคปไซซิน (Capsicum) และอื่น ๆ ซึ่งเป็นการยับยั้งการรับรู้ใยประสาท

ขนาดเล็ก (เอส) รูปแบบของยาเหล่านี้ในปัจจุบันพบได้ในลักษณะที่เป็นยาหม่อง น้ำมันยา ยาครีม และพลาสเตอร์ปิดแก้ปวด จัดเป็นยาสามัญประจำบ้านที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ยาเหล่านี้เมื่อใช้ทาตามปกติ ฤทธิ์บรรเทาปวดจะเกิดจากความเย็นร่วมกับฤทธิ์ของยา ระงับปวด แต่ถ้าใช้รวมกับการนวด จะให้ความรู้สึกร้อน ทำให้ยาออกฤทธิ์แรงและนาน ขึ้น การนวดรวมกับการใช้ยา จึงเป็นการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกหลาย ๆ แบบ พร้อม ๆ กัน (Counter irritation)

3. การควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับความรู้สึกนึกคิด (Cortical control)

เป็นการควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับเปลี่ยนการรับรู้ในระดับสมอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ลดการเร้าทางอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลลงมาควบคุมความเจ็บปวดทั่วร่างกายทั้งที่ระดับไขสันหลังและที่สมองเองด้วย วิธีการควบคุมความเจ็บปวดโดยการปรับความรู้สึกนึกคิดที่พยาบาลสามารถกระทำได้ และผู้ป่วยก็อาจสามารถกระทำได้ด้วย ถ้าเคยมีประสบการณ์มาก่อน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกสมาธิ การจินตนาการทางบวก และเทคนิคการผ่อนคลาย

3.1 การสร้างสัมพันธภาพ สัมพันธภาพความช่วยเหลือ (Helping relationship) เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนได้รับการดูแล เอาใจใส่และเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล เมื่อนั้นผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกว่ ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษาก็จะได้รับความช่วยเหลือให้บรรเทา หรือขจัดออกไป ทำให้ปัญหาต่างๆ ทั้งในเรื่องความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้งอาการ (Symptom) ของผู้ป่วยลดลงด้วย (Knowlton 1984: 135; MC Caffery 1979: 43-56) ซึ่งต้องเริ่มด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี เพราะจะนำไปสู่การประเมินและการใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสม

แมคแคฟเฟอร์รี่ (Mc Caffery) ได้ให้หลักในการสร้างสัมพันธภาพไว้ดังนี้

1. แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเอื้ออาทรในตัวเขา
2. เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเกี่ยวกับความเจ็บปวดของเขา
3. ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยในขณะที่เจ็บปวด ไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย
4. ร่วมกับผู้ป่วยปรึกษาเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ยอมรับว่าผู้ป่วยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บปวดของเขา และอาจมีวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ดีที่เคยใช้ได้ผลมาก่อน
5. พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความหมายของความเจ็บปวดของเขา เพื่อลดภาวะอารมณ์ และช่วยให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการทุกข์โศกไปได้ด้วยดี
6. อยู่เคียงข้างผู้ป่วย แม้ว่าจะไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดลงได้ และ
7. ถ้าไม่

สามารถจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยด้วยตนเอง ก็พร้อมที่จะหาบุคคลอื่นที่เหมาะสมกว่ามาให้การช่วยเหลือ (Mc Caffery 1979:56)

ในอีกแง่หนึ่งผู้ป่วยอาจให้การสร้างสัมพันธภาพเป็นช่องทางเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ แมคแคฟเฟอรี (Mc Caffery) และโนวลตัน (Knowlton) มีความเห็นตรงกันว่า การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดอย่างอื่นให้ผลการบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีกว่าการใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างอื่นเพียงอย่างเดียว (Knowlton 1984:135; Mc Caffery 1979:43) พิกุล วิทยุแจก ได้ใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อแลกเปลี่ยนการรับรู้ร่วมกับการให้ข้อมูล พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในโต มีการปรับตัวดี ใช้ยาบรรเทาปวดลดลง และมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ (Vinya-nguas 1989)

3.2 การให้ข้อมูล นอกจากการสร้างสัมพันธภาพแล้ว การให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์เพื่อลดความวิตกกังวล เพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยคาดคะเนเหตุการณ์ได้ใกล้เคียงกับความจริง เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา และเพิ่มความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวด (Gross 1986:229-241) ในการนี้ข้อมูลความรู้ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ได้แก่ สาเหตุของความเจ็บปวด ระยะเวลาการเกิด ความรุนแรง และที่สำคัญคือ วิธีบรรเทาความเจ็บปวด (Mc Caffery 1979:57-65) ซึ่งควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ในรายงานจากหลาย ๆ การศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ (เจวี มากพุ่ม 2530; สมพร ชินโนรส 2525; Lindeman & Aerman 1971:319-332)

การให้ข้อมูลไม่ได้เจาะจงเฉพาะกับผู้ป่วยเท่านั้นแต่ต้องรวมญาติของผู้ป่วยด้วย เพราะญาติผู้ป่วยเป็นที่พึ่งทางใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (Raleigh, Lepczyk & Rowley 1990:941, Flor et al 1987 cited in Snelling 1990:771) ซึ่งถ้าญาติมีภาวะวิตกกังวลรุนแรง ญาตินอกจากจะไม่สามารถช่วยเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยแล้ว กลับทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลตามไปด้วย และอาจห่วงกังวลความรู้สึกของญาติ ทำให้มีความวิตกกังวลสูงขึ้นซึ่งมักจะพบในญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ดังเช่นที่เราได้พบ และคณะ พบว่าญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ มีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าตัวผู้ป่วย (Raleigh, Lepczyk & Rowley 1990:941-945) จากการศึกษาของซิลวา (Silva) พบว่าญาติผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล ความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลและการผ่าตัด (Silva cited in Raleigh,

Lepczyk & Rowley 1990:942)

3.3 การเบี่ยงเบนความสนใจ(Distractlon) หมายถึง การเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดไปสู่สิ่งอื่น(Mc Caffery 1979:92)ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจจะลดการรับรู้ต่อความเจ็บปวด ลดความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด(Chares & Barber 1947, Fuller 1971, Mulcaby & Janz 1973 cited in Mc Caffery 1974:94)ทางการศึกษาพบว่า การเบี่ยงเบนความสนใจเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวด(Kanfer & Goldfoot 1906, Scott & Barber 1979 cited in Mc Caffery 1979:94)

การเบี่ยงเบนความสนใจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การฟังนิทาน การนับเลข การท่องคัมภีร์ การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ การเข้ากลุ่ม การพูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น (สุพร พลยานันท์ 2528:16; Mc Caffery 1979:97) มีการศึกษาพบว่า การเบี่ยงเบนความสนใจสามารถลดความเจ็บปวดได้ดีในขณะทำแผลผู้ป่วยน้ำร้อนลวกไฟไหม้ (ศิริกัญญา ฤทธิแปลก 2529) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (บำเพ็ญจิต แสงชาติ 2528; Loscin 1981:19-25) และในผู้ป่วยมะเร็ง (Dalton, Toomey & Workman 1988:322-328)

จะเห็นได้ว่าวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นวิธีที่ง่าย ผู้ป่วยสามารถทำเองได้และเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้บ่อยโดยที่บางครั้งผู้ป่วยเองไม่ทราบว่า เป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวด(Wilke et al 1988:727)พยาบาลเองก็อาจไม่ทราบว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ เป็นการบรรเทาความเจ็บปวด และแปลความหมายของพฤติกรรมว่าผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวด วิธีเบี่ยงเบนความสนใจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยใช้บรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเอง ทั้งในผู้ป่วยมะเร็ง ข้ออักเสบและแผลน้ำร้อนลวกไฟไหม้ เช่นเดียวกับการนวด(Dalton, Toomey & Workman 1988: 322-328; Rosentilel & Keefe 1983: 33-44; Hedlund 1987:198)

3.4 การฝึกสมาธิ สามารถทำให้เกิดภาวะใหม่ของร่างกาย คล้ายกับการพักพิงและในระหว่างที่กำลังพักพิง ร่างกายก็สามารถคลายความตึงเครียด ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมองที่เปลี่ยนจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียดไปสู่ภาวะของการตื่นตัวรับรู้แบบที่พร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น(Rest al alterness)ทำให้ความวิตกกังวลลดลง ลดการเร้าทางอารมณ์ เช่น ความหงุดหงิด ฉุนเฉียว และมีการศึกษาพบว่า การทำสมาธิทำให้มีการลดระดับกรดแลคติก และระดับคอร์ติซอลในเลือด (ชัยนิจิ คชภักดี 2532:270-271)ซึ่งสารเคมีทั้ง 2 ชนิดนี้มีบทบาทสำคัญในการเร้าให้เกิดความเจ็บปวด (Bonica 1990:463)

การฝึกสมาธิมีวิธีปฏิบัติแบบง่าย ๆ คือ กำหนดความนึกคิดให้มุ่งสนใจจดจ่อลงบนสิ่งอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงอย่างเดียว เช่น กำหนดจิตให้หนึ่งจดจ่ออยู่ที่ลมหายใจเข้าออก หรืออยู่ที่การขบพองของหน้าท้อง หรืออยู่ที่คำพูดสองสามพยางค์ เช่น พุทโธ สัมมา อรหัง เรียกว่าสมาธิแบบเพ่ง (Concentrative meditation) (สมบัติ ตาปัญญา 2526 อ้างใน รุ่งทิพย์ จามรมาน 2532:29) ปัจจุบันมีผู้นิยมฝึกสมาธิเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เคยฝึกสมาธิมาก่อน จึงอาจจะทำสมาธิเพื่อระงับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดให้กับตนเอง

3.5 การจินตนาการในทางบวก เป็นการสร้างจินตนาการนึกคิดในเรื่องที่พึงพอใจ ผลของจินตนาการจะหันเหความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ (เอื้อมพร ทองกระจ่าย 2533:33; Mc Caffery 1979:159) นักวิชาการบางท่านจัดว่าการจินตนาการทางบวกเป็นส่วนหนึ่งของเทคนิคการผ่อนคลายและการเบี่ยงเบนความสนใจ (Mc Caffery 1979:160) แมคเคฟเฟอร์ีกล่าวว่า การจินตนาการทางบวกเป็นวิธีที่ผู้ป่วยนิยมใช้แต่พยาบาลมักไม่นิยม เพราะไม่เชื่อในความเป็นวิชาการ และมักมีอคติกับการใช้ (Mc Caffery 1979:183)

3.6 เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นกลวิธีระงับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง ประกอบด้วยเทคนิคหลาย ๆ แบบ (รุ่งทิพย์ จามรมาน 2532:29) แต่ละแบบจะเป็นการรวมเอาวิธีการควบคุมความเจ็บปวดหลายอย่างเข้าไว้ด้วยกัน เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การแนะนำ การลดความวิตกกังวล การมีความรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ (Flaherty & Fitzpatrick 1978:352) และวิธีสะกดจิตตนเอง (เอื้อมพร ทองกระจ่าย 2533:52; สุพร พลขานนท์ 2528:67; Mc Caffery 1979:137-139)

การฝึกการผ่อนคลาย เป็นการฝึกให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสงบปราศจากความตึงเครียด เป็นผลให้ลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเดติก ลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดความคิดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด และลดการเร้าทางอารมณ์ (Mc Caffery 1979:137) เทคนิคการผ่อนคลายสามารถลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่าง ๆ ได้ดี เช่น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี (รุ่งทิพย์ จามรมาน 2532; Flaherty & Fitzpatrick 1978:352-355) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้เลื่อนและริดสีดวงทวาร (Flaherty & Fitzpatrick 1978) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก (Mogan et al 1985:267-280) และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (Miller & Perry 1990:136-146)

การฝึกการผ่อนคลายแบบง่าย ๆ คือ การฝึกหายใจ เป็นการหายใจที่ใช้ผนังหน้าท้องและกระบังลม (Abdominal and diaphragmatic breathing) โดย

การหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ ให้ลมหายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้า และยุบลงเวลาหายใจออก ทำเช่นนี้อย่างช้า ๆ และสม่ำเสมอ (สมบัติ ตาปัญญา 2526 อ้างใน รุ่งทิพย์จามรมา 2532:29) ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการกำหนดให้มีสมาธิจดจ่ออยู่ที่การหายใจ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวด

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกสนใจ สมหวัง ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับจริงกับการดูแลที่คาดหวังไว้ว่าจะได้รับ (Risser 1975:46) ความพึงพอใจของผู้ป่วยใช้เป็นดัชนีในการประเมินประสิทธิภาพของการบริการทั้งในทางการแพทย์ (Timoney et al 1990:376-379) และการพยาบาล (Oberst 1984:2366) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดโดยตรง แต่พออ้างอิงถึงการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวัง การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการบรรเทาความเจ็บปวด คือ

อ่ำไผ่ ยุติธรรม ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของผู้ป่วยกับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการกระทำการกิจวัตรประจำวันและพยาบาลในโรงพยาบาลรามาศิริ จำนวน 50 คู่ พบว่า ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลให้ความสำคัญมากต่อกิจกรรมการเอาใจใส่ไต่ถามในเรื่องความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย และหาทางช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย และผู้ป่วยประเมินว่าคุณภาพของการพยาบาลในกิจกรรมนี้อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บปวด (อ่ำไผ่ ยุติธรรม 2526:74)

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล ศึกษาความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลตามความคาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลรามาศิริ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 400 คน และพยาบาล 195 คน พบว่า ผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดต่ำกว่าที่พยาบาลคาดหวังว่าจะปฏิบัติ แต่การปฏิบัติที่ผู้ป่วยได้รับจริงนั้นต่ำกว่าระดับที่คาดหวังไว้และต่ำกว่าที่พยาบาลได้ปฏิบัติจริง ซึ่งสรุปว่า ควรมี

การปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้ (กนกนุช, ชื่นเลิศสกุล 2528:112)

คุนและคณะ (Khun et al 1990:1689) ศึกษาความคิดเห็นและการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการบรรเทาความเจ็บปวด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 58 มีความคิดเห็นว่า การบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพควรทำให้ไม่รู้สึกไม่สุขสบาย ผู้ป่วยร้อยละ 36 มีความคิดเห็นว่าควรทำให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด และร้อยละ 5 มีความคิดเห็นว่า ควรควบคุมจนเหลือแค่พอรู้สึกเจ็บ และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดว่าเป็นไปตามที่คาดคิดไว้หรือไม่ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 43 รายงานว่า ความเจ็บปวดเป็นไปตามที่คาดคิดไว้ ร้อยละ 27 รายงานว่าความเจ็บปวดรุนแรงกว่าที่คาดคิดไว้และร้อยละ 31 รายงานว่าความเจ็บปวดรุนแรงน้อยกว่าที่คาดคิดไว้ คณะผู้วิจัยสรุปว่า การดูแลในปัญหาความเจ็บปวดยังไม่เป็นที่พึงพอใจ เนื่องจากพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมาก ร้อยละ 40 เจ็บปวดปานกลางร้อยละ 47 ที่เจ็บปวดน้อยและ/หรือไม่เจ็บปวดเลยพบเป็นส่วนน้อยเพียงร้อยละ 13

การวัดการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจโดยอ้อมนั้น อาจไม่ได้ผลเช่นเดียวกับการวัดความพึงพอใจโดยตรง (Oberst 1984:2366) และการประเมินความคาดหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจนั้นก็เป็วิธีประเมินความพึงพอใจโดยอ้อมเช่นกัน และเพราะความคาดหวังของผู้ป่วยมักไม่คงที่ แต่จะเปลี่ยนไปตามเวลาและสภาพความเจ็บป่วย (La Monica et al 1986:50) ผู้วิจัยคาดว่า การได้ทราบถึงระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นสภาพสุดท้ายของความรู้สึกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เกิดร่วมกับการได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Drever 1983:256) คือ การบรรเทาความเจ็บปวด เป็นวิธีหนึ่งในการประเมินคุณภาพของการให้การดูแลในปัญหาความเจ็บปวดของแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลได้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะเกิดความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย ซึ่งรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาล การบรรเทาความเจ็บปวดเป็นความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย และเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ควรสนองตอบต่อความต้องการนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยหลัง

ผ่าตัดได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดไม่เพียงพอหรือยังมีประสิทธิภาพไม่ดีพอ และการศึกษาเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวด ผลรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดจากความเจ็บปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดนั้น เกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากคนไทย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวด ผลรบกวนที่เกิดจากความเจ็บปวด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดทั้งของผู้ป่วย แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดพึงพอใจ ประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ช่วยให้เกิดความเข้าใจความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ชัดเจนขึ้น และเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้นต่อไป



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาตำแหน่ง ลักษณะ ระดับของความเจ็บปวด ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากความเจ็บปวด วิจัยบรรเทาความเจ็บปวดที่กระทำโดยผู้ป่วยและ/หรือญาติ และที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล รวมถึงประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบรรเทาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ลักษณะประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสามัญทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะภายในช่องท้อง ณ แผนกศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีคุณสมบัติที่คัดเลือกไว้ศึกษา ดังนี้

1. มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
2. รู้สึกตัวดี พูดคุยภาษาไทยได้รู้เรื่องดี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

คุณสมบัติที่ไม่นำมาศึกษา

1. มีประวัติเจ็บปวดเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวกับอวัยวะที่ได้รับการผ่าตัด
2. มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่จำเป็นต้องเข้าอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
3. มีอาการหนัก และใส่ท่อช่วยหายใจ
4. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้วันละ 3-5 คน เพื่อให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษารวมไม่เกินวันละ 8 คน ถ้ามีผู้ป่วยรวมเกิน 8 คน จะใช้วิธีจับสลากรายชื่อผู้ป่วยใหม่แบบไม่มีการแทนที่ จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามีทั้งสิ้น 100 คน

สถานศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กระทำ ณ หอผู้ป่วยสามัญ แผนกศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ มีศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนแพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาแพทย์ให้การรักษาในระยะก่อนและหลังผ่าตัด มีวิสัญญีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ประจำบ้านวิสัญญี พยาบาลวิสัญญี และนักศึกษาพยาบาลวิสัญญีให้การดูแลด้านวิสัญญีขณะทำการผ่าตัด สำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ให้การดูแลในหอผู้ป่วยประกอบด้วยพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และนักศึกษานพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ ตามปกติจะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของนักศึกษานพยาบาล อาจได้รับการดูแลเป็นรายบุคคล แนวทางในการปฏิบัติพยาบาลของแต่ละหอผู้ป่วยไม่มีแบบแผนที่แน่นอน การให้การพยาบาลจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละคน สถานการณ์ในหอผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองด้วย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายจะได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้นในห้องผ่าตัดเพื่อสังเกตอาการ และเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อันตรายแบบเฉียบพลัน จะถูกส่งกลับมารับการดูแลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยเดิม ที่พักอยู่ก่อนผ่าตัด แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเสร็จหลัง 16.00 น. และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันตรายอย่างเฉียบพลัน จะถูกส่งกลับมารับการดูแลที่หอผู้ป่วยเดิมโดยไม่ผ่านห้องพักฟื้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง ชื่อ Brief Pain Inventory ของ Pain Research group, Department of Neurology, University of Wisconsin Medison เป็นเครื่องมือที่ใช้ศึกษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความเจ็บปวด ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงเพิ่มเติมบางส่วน เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องคนไทย โดยแยกแบบวัดนี้ออกเป็น 2 ชุด คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดและอื่น ๆ รวม 20 ข้อ ข้อมูลเหล่านี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยศึกษาจากเวชระเบียนและจาก

การสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ข)

1.2 แบบประเมินความเจ็บปวด ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองในรายละเอียดเกี่ยวกับ

1.2.1 ตำแหน่งของความเจ็บปวด เป็นรูปภาพร่างกายทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ให้ผู้ป่วยแลเงาบนรูปภาพระบุตำแหน่งของร่างกายที่รู้สึกเจ็บปวด ระบุบริเวณที่รู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด หรือบริเวณที่เป็นจุดเริ่มแรกของความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องหมาย (☐) และมีคำถามอีก 2 ข้อ คำถามข้อแรก สอบถามตำแหน่งของความเจ็บปวดว่าอยู่ส่วนลึกหรือที่ผิว ๆ คำถามข้อที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณอื่นนอกเหนือจากบริเวณที่ทำผ่าตัด

1.2.2 ลักษณะของความเจ็บปวด เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบตัวเลือกเป็นลักษณะของความเจ็บปวด ให้ผู้ป่วยเลือกตอบเฉพาะลักษณะที่ตรงกับความรู้สึก

1.2.3 สิ่งที่ทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้นและลดลง เป็นคำถามปลายเปิดอย่างละ 1 ข้อ

1.2.4 ระดับความเจ็บปวด และผลรบกวนจากความเจ็บปวดการดำเนินชีวิตประจำวันในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด เป็นคำถามอย่างละ 5 ข้อ ให้เลือกตอบตามมาตรอันดับ ตั้งแต่ 0-10 คะแนน (0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวดหรือไม่ถูกรบกวนจากความเจ็บปวด 10 คะแนน หมายถึง มีความเจ็บปวดมากที่สุดหรือถูกรบกวนจากความเจ็บปวดมากที่สุด)

1.2.5 ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด เป็นคำถาม 2 ข้อ คำถามข้อแรก สอบถามเกี่ยวกับระดับของการได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยรวมตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีค่าตั้งแต่ 0% ถึง 100% (0% หมายถึง ความเจ็บปวดไม่ได้รับการบรรเทาหรือไม่ลดลงเลย และ 100% หมายถึง ความเจ็บปวดถูกบรรเทาหมดจนไม่รู้สึกเจ็บปวด) ข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด โดยให้เลือกตอบตามมาตรระดับ 9 อันดับ ตั้งแต่ 1. รู้สึกเจ็บปวดตลอดเวลา(ยาไม่สามารถระงับความเจ็บปวดได้) 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง เรื่อยไปจนถึง 9. ไม่ต้องการยาแก้ปวดซ้ำ ผู้ป่วยที่ตอบคำถามข้อนี้เป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเองได้รับยาแก้ปวด (ภาคผนวก ค)

2. แบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา วารสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่มีพื้นฐานตามหลักทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแลซคักกับวอลล์ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย

2.1 วิธีบรรเทาความเจ็บปวด ประกอบด้วยคำถามแบบให้เลือกตอบตาม

มาตราอันดับ 4 อันดับ ตั้งแต่ 0 ไม่เคยกระทำหรือไม่เคยได้รับเลย และ 3 กระทำหรือได้รับเกือบทุกครั้ง คำถามแบบมาตราอันดับมีจำนวน 41 ข้อ แบ่งเป็นบทบาทของผู้ป่วย 8 ข้อ บทบาทของแพทย์ 8 ข้อ และบทบาทของเจ้าหน้าที่พยาบาล 25 ข้อ ในคำถามวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในบทบาทของผู้ป่วย ได้เพิ่มเติมคำถามแบบให้เลือกตอบอีก 3 ข้อ เพื่อสอบถามอาการปวดเมื่อย ปวดศีรษะ และความช่วยเหลือที่ได้รับ และมีคำถามแบบปลายเปิดอีก 1 ข้อ เพื่อสอบถามวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยอาจให้หรือได้รับจากญาติเพิ่มเติมนอกเหนือจากวิธีในข้อคำถามแบบมาตราอันดับ และวิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยแพทย์และโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล ได้เพิ่มคำถามแบบปลายเปิดอีกอย่างละ 1 ข้อ เพื่อสอบถามวิธีการเพิ่มเติม ที่อาจมีนอกเหนือจากวิธีในข้อคำถามแบบมาตราอันดับ

2.2 ความพึงพอใจในวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ ข้อแรกเป็นคำถามปลายเปิด สอบถามเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยพึงพอใจที่สุดและผู้ที่ทำให้การบรรเทา นั้น ข้อที่ 2 เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบตามมาตราอันดับ 4 อันดับ ตั้งแต่ 1 ไม่พึงพอใจเลย จนถึง 4 พึงพอใจมาก (ภาคผนวก ง)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ Brief Pain Inventory ซึ่งไม่เคยมีการนำมาใช้ในประเทศไทย และแบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวดเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ผู้วิจัยจึงได้ขอความกรุณาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและโครงสร้างตามทฤษฎี หลังจากแก้ไขปรับปรุงจนเป็นที่ยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด 20 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงด้านภาษา หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้ว จึงนำไปใช้ในการศึกษา

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะในช่องท้องทุกวันอาทิตย์-พฤหัสบดี เวลา 15 ถึง 19 น. แล้วคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถ้าจำนวนผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ทำการศึกษาก่อน นั้นรวมแล้วมีเกินกว่า 8 คน จะใช้วิธีจับสลากเลือกผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งสิ้นไม่เกินวันละ 8 คน

2. แนะนำตัวเองพร้อมกับบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย (ภาคผนวก ก)

3. ทำการสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย หลังจากนั้นอธิบายแนววิธีประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองให้ผู้ป่วยเข้าใจ และแจ้งให้ทราบว่า จะทำการประเมิน 3 ครั้ง ในเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

4. เชิญผู้ป่วยพร้อมกับเก็บข้อมูลเพิ่มเติม และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองทุก 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

5. เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หลังจากที่ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองเสร็จแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวดแล้วจึงให้ผู้ป่วยตอบ

ในการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอิสระในการตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจดูความครบถ้วนของคำตอบ เมื่อพบว่ามีคำถามที่ผู้ป่วยตอบไม่ครบ ผู้วิจัยได้อธิบายจนผู้ป่วยเข้าใจและสามารถตอบคำถามในแบบสอบถามข้อนั้น ๆ ได้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านและหรือเขียนหนังสือไทยได้ ผู้วิจัยใช้วิธีอ่านให้ฟังแล้วให้ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เติมคำตอบในแบบสอบถามแทนให้ แล้วอ่านทวนให้ผู้ป่วยฟังอีกครั้ง เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเจ็บปวด และไม่สะดวกในการให้ผู้ป่วยนอนอ่านหรือเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่จึงได้จากการที่ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS *

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยด้วยลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และตอบคำถามการวิจัยแต่ละข้อ ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบและได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 126 ราย ไม่สามารถประเมินความเจ็บปวดเป็นคะแนนได้ 6 ราย ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม 10 ราย จำหน่ายกลับบ้านก่อน 3 วันหลังผ่าตัด 8 ราย ย้ายไปหผู้ป่วยหนัก 2 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบทั้ง 2 ชุด 100 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 56 มีอายุเฉลี่ย 47.8 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 76 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 71 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายร้อยละ 80 ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดมีร้อยละ 54 ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักระหว่าง 41-60.9 กิโลกรัม มีอาการเจ็บปวดก่อนเข้ารับการผ่าตัด ไม่ได้รับคำแนะนำก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ไม่ได้รับยาเตรียมก่อนผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร มีตำแหน่งแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องเป็นแนวขวางหรือแนวเฉียง และมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ที่พบค่อนข้างมากคือ อาการไข้ ปวดเวียนศีรษะ ท้องอืด ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดเฉลี่ยนาน 107.4 นาที ดังแสดงในตารางที่ 1 และทุกรายมีญาติมาเยี่ยมระหว่าง 3 วันแรกหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ		ร้อยละ	
เพศ		ประสบการณ์ผ่าตัด	
ชาย	44	มี	46
หญิง	56	ไม่มี	54
น้ำหนัก(ก.ก.)		อาการเจ็บปวดก่อนผ่าตัด	
33.0-40.9	10	มี	65
41.0-60.9	65	ไม่มี	30
61.0-76.5	25	ไม่แน่ใจ	5
สถานภาพสมรส		คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อ	
โสด	12	ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	
คู่	76	ได้รับ	36
หม้าย	7	ไม่ได้รับ	64
หย่า/แยก	5	ยาเตรียมก่อนผ่าตัด	
หย่า/แยก	5	ได้รับ	40
ระดับการศึกษา		ไม่ได้รับ	60
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	71	ประเภทของการผ่าตัด	
มัธยมศึกษา	20	อวัยวะในระบบทางเดินอาหาร	62
ประกาศนียบัตร	6	อวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ	36
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	อวัยวะในระบบทางเดินอาหาร	2
ปัญหาค่าใช้จ่าย		ร่วมกับต่อมไทรอยด์	
มีเล็กน้อย	14	ตำแหน่งแผลผ่าตัด	
มีปานกลาง	1	แนวขวางหรือแนวเฉียง	63
มีมาก	5	บริเวณหน้าท้อง	
ไม่มี	80	แนวยาวกลางหน้าท้อง	32
		บริเวณหน้าท้องร่วมกับบริเวณอื่น	5

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ร้อยละ		ร้อยละ	
ผู้ที่ได้รับแผลผ่าตัด ¹		ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	
ขานำสลับก่อนการผ่าตัด		ไม่มี	40
ขานาร์โคติก	41	มี ²	60
ขาห้อยนอกกล้ามเนื้อ	90	ไข้	31
ขาชา	2	ปวดเวียนศีรษะ	30
ขาคล่อมประสาธ	4	ท้องอืด	26
ขาอ่อนหลับ	5	คลื่นไส้อาเจียน	13
ขากระหว่างการผ่าตัด		ปัสสาวะไม่ออก	7
ขาห้อยนอกกล้ามเนื้อ	88	สะอึก	6
ขานาร์โคติก	23	ท้องเดิน	2
ขาอ่อนหลับ	4	ตกเลือด	1
ขาคล่อมประสาธ	3	โป๊ตัสเซียมสูง	1
ขาก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด		อายุ (ปี)	
ขาแก้ฤทธิ์ขาห้อยนอกกล้ามเนื้อ	89	เฉลี่ย	18-79
ขานาร์โคติก	9	ค่าเฉลี่ย	47.8
		ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.1
		เวลาในการทำผ่าตัด	
		เฉลี่ย	40-335
		ค่าเฉลี่ย	107.4
		ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	56

¹ ผู้ป่วยบางรายได้รับขาในแต่ละหมวดมากกว่า 1 อย่าง

² ผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า 1 อย่าง

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระบบหรืออวัยวะตำแหน่ง และลักษณะความเจ็บปวดเป็นอย่างไร มีสาเหตุและหรือปัจจัยอะไรบ้างที่เพิ่มและลด ความเจ็บปวด

ตำแหน่งของความเจ็บปวด การศึกษาครั้งนี้พบว่า ตำแหน่งของความ เจ็บปวดตามการรับรู้ของหลังผ่าตัดช่องท้องมีทั้งที่บริเวณผ่าตัดและนอกบริเวณผ่าตัด

ความเจ็บปวดบริเวณผ่าตัด ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 51 รู้สึกเจ็บปวดอยู่ที่ภายในส่วนลึกร่วมกับที่บริเวณผิว ๆ รองลงมาร้อยละ 39 รู้สึกเจ็บปวด อยู่ภายในส่วนลึก ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยร้อยละ 42 และ 44 ตาม ลำดับ รู้สึกเจ็บปวดอยู่ที่ภายในส่วนลึก รองลงมาร้อยละ 37 และ 31 ตามลำดับ รู้สึก เจ็บปวดที่ภายในส่วนลึกร่วมกับที่บริเวณผิว ๆ สำหรับความรู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณผิว ๆ พบได้เป็นส่วนน้อยในทั้ง 3 วันหลังผ่าตัด

ความเจ็บปวดนอกบริเวณผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังผ่าตัด 3 วันแรก ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยรายงานว่า มีอาการเจ็บปวดนอกบริเวณผ่าตัดด้วย และมักมี อาการเจ็บปวดมากกว่า 1 อย่าง ส่วนใหญ่เป็นอาการปวดเมื่อยตามตัว หลัง เอว และ แขนขา เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดร้าวไปถึงขาหนีบและ/หรือลูกอัณฑะข้างเดียวกับที่ผ่าตัด และอื่น ๆ อาการเหล่านี้พบมากในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และพบลดลงในระยะเวลาต่อมา ยกเว้นอาการปวดเมื่อย พบมากในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ส่วนอาการปวดศีรษะพบเท่ากัน ทั้ง 3 วัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานตำแหน่งความเจ็บปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด
(n =100)

	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3
ที่บริเวณผ่าตัด			
ที่ลิ้น ๑	39	42	44
ที่ผิว ๑	10	21	25
ที่ลิ้น ๑ และที่ผิว ๑	51	37	31
นอกบริเวณผ่าตัด			
ไม่มี	49	41	54
มี	51	59	46
ปวดเมื่อย (ตามตัว หลังเอว แขนขา)	17	32	17
เจ็บคอ	18	14	8
ปวดศีรษะ	10	10	10
ปวดร้าวไปถึงขาหนีบ/ลูกอ๊อดข้างเดียว	10	5	4
ก้นที่ทำผ่าตัด			
ปวดสีข้าง/สะโพกด้านตรงกันข้ามกับการผ่าตัด	4	3	2
ปวดแขนบริเวณที่ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ/ให้สารน้ำ	3	5	3
ปวดมวนท้อง	-	1	1

หมายเหตุ 1 อาการปวดนอกบริเวณผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า 1 ตำแหน่ง

ลักษณะของความเจ็บปวด การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทุกรายรายงานลักษณะความเจ็บปวดที่บริเวณผ่าตัดมากกว่า 1 ลักษณะ และพบว่าลักษณะความเจ็บปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยรายงานมากที่สุด คือ ปวดตึง ๑ ร้อยละ 81 ในวันที่ 1 และ 2 และร้อยละ 62 ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ที่รายงานรองลงมาตามลำดับ ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด คือ เจ็บจี๊ด! แปร๊บ! จู๊ด! กระตุก ร้อยละ 72, 69 และ 48 ปวดตื้อ ๆ ตลอด ๆ ร้อยละ 49, 43 และ 29 ปวดเมื่อย ๆ ร้อยละ 44, 28 และ 21 สำหรับลักษณะความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรายงานค่อนข้างน้อย ได้แก่ เจ็บเสียว ๆ ปวดหน่วง ๆ ถ่วง ๆ ปวดเกร็ง ปวดตื้อ ๆ ทื่อ ๆ ปวดเหมือนถูกบาดถูกแทง ปวดแสบ

ร้อน ๆ ชื้น ๆ ปวดแน่น ๆ จุก ๆ หิวน ๆ เป็นต้น โดยร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานลักษณะความเจ็บปวดทุก ๆ ลักษณะจะพบลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด

ปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวด การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องรับรู้ถึงปัจจัยที่มีส่วนเพิ่มความเจ็บปวดหลาย ๆ อย่าง ปัจจัยที่มีผู้ป่วยรับรู้มาก 3 ลำดับแรกในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดมีดังนี้คือ การเปลี่ยนท่า ร้อยละ 90,93 และ 91 การไอ ร้อยละ 90,85 และ 67 การนอนนาน ๆ ร้อยละ 51,38 และ 27 ส่วนปัจจัยที่มีผู้ป่วยรับรู้เป็นส่วนน้อย ได้แก่ การแพ้ยา การสะอึก การใส่สายยางลงสู่กระเพาะอาหาร และอื่น ๆ เช่น การมีประจำเดือน การดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารมากเกินไป ในมือแรกหลังงดอาหาร การไม่ได้รับประทานอาหาร และการที่ไต่ทำงานไม่ดี ผู้ป่วยรับรู้ปัจจัยต่าง ๆ ที่เพิ่มความเจ็บปวดเหล่านี้ลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ยกเว้น เสียงดัง ผู้ป่วยรับรู้มากขึ้นในวันที่ 2 หลังผ่าตัด และการเดิน อาการท้องอืด มีผู้ป่วยรับรู้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวด (n = 100)

	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3
การเปลี่ยนท่า	90	93	91
การไอ	90	85	67
การนอนนาน ๆ	51	38	27
การทำแผล	22	17	12
การฉีดยา	12	10	7
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	9	3	1
การขับเสมหะ	6	2	1
อาการท้องอืด	5	8	13
การปัสสาวะไม่ออก	5	1	1
การเดิน	9	12	30
การแพ้ยา	2	4	1
อาการระคายเคือง	2	2	2
ขณะใส่สายยางลงสู่กระเพาะอาหาร	2	0	0
เสียงดัง	0	10	5
อื่น ๆ (ไตทำงานไม่ดี การกลืนอาหาร...)	5	4	6

หมายเหตุ ผู้ป่วยตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ปัจจัยที่มีส่วนลดความเจ็บปวด การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ช่วยลดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย ที่ผู้ป่วยรับรู้ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดตามลำดับ มีดังนี้คือ ขาแก้ปวด ร้อยละ 54, 55 และ 18 รองลงมา คือ ขาทูกอย่างที่ได้รับ ร้อยละ 16, 10 และ 7 และการนอนนิ่ง ร้อยละ 14 เท่ากันทุกวัน ส่วนปัจจัยที่มีผู้ป่วยรับรู้เป็นส่วนน้อย ได้แก่ การเปลี่ยนท่าและ/หรือการเดิน การเช็ดตัว การนอนหลับ การล้างแผล กาลเวลา และอื่น ๆ ได้แก่ การเอาใจใส่ของแพทย์และพยาบาล การมีเพื่อนฝูงมาเยี่ยม การให้กำลังใจตนเอง และการได้ร้องครางออกมาบ้าง ปัจจัยที่ลดความเจ็บปวดต่าง ๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับรู้ลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ยกเว้น กาลเวลา มีผู้ป่วยรับรู้มากขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่ลดความเจ็บปวด (n=100)

	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3
ยาแก้ปวด	54	55	18
ยาทาก่อร่างที่ ได้รับ	16	10	7
การนอนนิ่ง ๆ	14	14	14
การเปลี่ยนท่า, เดิน	5	8	4
การเช็ดตัว	5	2	3
การนอนหลับ	2	3	2
การล้างแผล	1	2	4
กาลเวลา	3	7	15
อื่นๆ (กำลังใจจากแพทย์, เพื่อนฝูงมาเยี่ยม...) 6		5	2

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางราย ตอบมากกว่า 1 คำตอบ

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความเจ็บปวดแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ความเจ็บปวดรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอะไรบ้าง

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วยความเจ็บปวดสูงสุด ความเจ็บปวดต่ำสุด ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย และความเจ็บปวดในขณะประหม่น

ค่าพิสัยของคะแนนความเจ็บปวดสูงสุด ใน 3 วันหลังผ่าตัด มีค่าตั้งแต่ต่ำสุดจนถึงสูงสุดของค่าที่เป็นไปได้ คือ 0-10 ส่วนคะแนนความเจ็บปวดต่ำสุด โดยเฉลี่ยและขณะประหม่นมีค่าพิสัยแคบกว่า คือ 0-7, 0-9 และ 0-8 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดสูงสุด ต่ำสุด โดยเฉลี่ย และขณะประหม่น มีค่าสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และมีค่าต่ำสุดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดทั้ง 4 แบบ ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำพบว่า ระดับความเจ็บปวดทุกแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (ตารางที่ 5) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดทุกแบบเป็นรายคู่ด้วยวิธี

นิวแมนคูสส์พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดทุกแบบในวันที่ 1 สูงกว่าในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด และในวันที่ 2 สูงกว่าในวันที่ 3 หลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .01$ ยกเว้นค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดขณะประหมื่นในวันที่ 2 และ 3 แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 5 เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดสูงสุดต่ำสุด โดยเฉลี่ย และขณะประหมื่น ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($n = 100$)

ความเจ็บปวด	ระยะเวลา หลังผ่าตัด	RANGE	ระดับความเจ็บปวด		
			M	SD	F
ความเจ็บปวด สูงสุด	วันที่ 1	4-10	8.5	1.7	58.9***
	วันที่ 2	2-10	6.9	2.1	
	วันที่ 3	0-10	5.9	2.1	
ความเจ็บปวด ต่ำสุด	วันที่ 1	0-6	3.2	1.7	20.6***
	วันที่ 2	0-7	2.7	1.6	
	วันที่ 3	0-5	2.0	1.6	
ความเจ็บปวด โดยเฉลี่ย	วันที่ 1	2-9	5.2	1.5	41.3***
	วันที่ 2	0-8	4.4	1.7	
	วันที่ 3	0-8	3.6	1.6	
ความเจ็บปวด ขณะประหมื่น	วันที่ 1	0-8	3.7	1.8	9.6***
	วันที่ 2	0-7	3.1	1.8	
	วันที่ 3	0-8	2.9	2.0	

*** $p < .001$

ผลรวมก่อนการดำเนินชีวิตประจำวัน การศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนผลรวมก่อนการดำเนินชีวิตประจำวันทุกด้าน มีค่าสูงที่สุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดและมีค่าน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังผ่าตัด โดยในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยผลรวมต่าง ๆ ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมีการเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ รบกวนการเดิน การ

การกระทำจิตประจำวัน ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การนอนหลับ และรบกวนอารมณ์ ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลรบกวนทางด้าน มีการเรียงลำดับจากมากไปน้อยเหมือน ๆ กันคือ รบกวนการเดิน ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต การกระทำจิตประจำวัน อารมณ์ การนอนหลับ และรบกวนสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่า ผลรบกวนต่อการเดิน การกระทำจิตประจำวัน ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการนอนของแต่ละวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ส่วนผลรบกวนต่ออารมณ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (ตารางที่ 6) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลรบกวนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ พบว่า คะแนนผลรบกวนต่อการเดิน การกระทำจิตประจำวัน ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ในวันที่ 1 สูงกว่าในวันที่ 2, 3 และในวันที่ 2 สูงกว่าในวันที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นคะแนนผลรบกวนต่ออารมณ์ในวันที่ 2 และ 3 แตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (n = 100)

ผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	ระยะเวลาหลังผ่าตัด	RANGE	ระดับผลรบกวน		
			M	SD	F
รบกวนการเดิน	วันที่ 1	2-10	9.5	1.7	80.7***
	วันที่ 2	1-10	7.9	3.2	
	วันที่ 3	0-10	5.6	3.5	
รบกวนการกระทำกิจวัตรประจำวัน	วันที่ 1	2-10	7.7	2.4	108.0***
	วันที่ 2	0-10	5.4	2.8	
	วันที่ 3	0-10	3.6	2.8	
รบกวนความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต	วันที่ 1	0-10	6.8	3.2	16.3***
	วันที่ 2	0-10	5.9	3.4	
	วันที่ 3	0-10	4.7	3.4	
รบกวนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	วันที่ 1	0-10	5.8	3.4	33.2***
	วันที่ 2	0-10	3.9	3.1	
	วันที่ 3	0-10	3.0	3.2	
รบกวนการนอนหลับ	วันที่ 1	0-10	5.4	3.5	12.9***
	วันที่ 2	0-10	4.1	3.2	
	วันที่ 3	0-10	3.5	3.1	
รบกวนอารมณ์	วันที่ 1	0-10	5.1	3.1	5.2**
	วันที่ 2	0-10	4.4	3.2	
	วันที่ 3	0-10	4.0	3.2	

** p<.01 *** p<.001

คำถามการวิจัยข้อที่ 3 ผู้ป่วย แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดแบบใดบ้าง

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้พบว่า วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยใช้มากมี 3 วิธี คือ ร้อยละ 99 ใช้วิธีพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย ร้อยละ 85 ใช้วิธีหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ และร้อยละ 78 ใช้วิธีลูบเบา ๆ บริเวณผิวหนังใกล้ ๆ กับแผล ส่วนวิธีที่ผู้ป่วยใช้น้อยที่สุด คือ การทำสมาธิ พบว่ามีผู้ป่วยใช้เพียงร้อยละ 20 และส่วนใหญ่มีการใช้นาน ๆ ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 7

จากคำถามปลายเปิดพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 58 ได้ใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การพูดคุยปรับทุกข์กับผู้ป่วยข้างเตียง การถามหาของดีดี สิทธิให้ช่วยคุ้มครอง การร้องครางออกมา การฟังวิทยุ การพยายามทำใจอดทน นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รายงานว่า ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดจากญาติด้วย ได้แก่ การช่วยเหลือดูแลและทำกิจกรรม การนวด การพูดคุยเรื่องสนุก ๆ การพูดให้กำลังใจ การทำพิธีทางศาสนา จัดหาบรรเทาความเจ็บปวดและบรรเทาอาการไอ แนะนำวิธีปฏิบัติต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ บทสวดคาถา การลุกเดิน และแนะนำวิธีการลุกนั่ง เป็นต้น และจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่า คะแนนรวมของการบรรเทาความเจ็บปวดโดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยรวมกัน 3 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.18$ $p<.05$)

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ($n = 100$)

ข้อที่	วิธีบรรเทาความเจ็บปวด	%รวม	(1)	(2)	(3)
8	ทำนปลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย	99	19	44	36
2	ทำนหายใจลึก ๆ ช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ	85	33	37	15
5	ทำนлубเบา ๆ บริเวณผิวหนังใกล้ ๆ กับแผล	78	23	30	25
1	ทำนบอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกปวด	64	44	4	16
6	ทำนท่องบทสวดมนต์	53	19	25	9
3	ทำนคิดถึงสิ่งที่ทำให้สบายใจหรือเรื่องที่นำ ความสนใจมาให้	37	19	12	6
4	ทำนอ่านหนังสือหรือดูสมุดภาพหรือพูดคุยกับคนอื่น	35	25	7	3
7	ทำนทำสมาธิ	20	13	7	0

หมายเหตุ (1) = ทำนาน ๆ ครั้ง, (2) = ทำค่อนข้างบ่อย, (3) = ทำเกือบทุกครั้ง

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยแพทย์ การศึกษาครั้งนี้พบว่า วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าได้มาจากแพทย์มี 2 วิธี คือ ร้อยละ 90 ได้รับความสนใจและได้ถามอาการเจ็บปวด โดยมีผู้ป่วยที่รับรู้ว่าได้เกือบทุกครั้งร้อยละ 61 และร้อยละ 80 ได้รับความเข้าใจและเห็นใจในความเจ็บปวด ส่วนวิธีอื่น ๆ อีก 6 วิธี มีผู้ป่วยจำนวนปานกลาง รับรู้ว่าได้มาจากแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 8

จากคำถามปลายเปิดพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 30 รายงานว่าได้รับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดอย่างอื่นจากแพทย์ด้วย ได้แก่ การทำแผล การอธิบายข้อกังวลสงสัยเกี่ยวกับขนาดแผล การแนะนำวิธีปฏิบัติตน เช่น แนะนำวิธีการไอ แนะนำเกี่ยวกับการเริ่มรับประทานอาหารมื้อแรกหลังการงดอาหาร การเอาสายขางต่าง ๆ ออกจากร่างกาย การช่วยบอกพยาบาลให้มาดูแล

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานว่าได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ จากแพทย์ (n = 100)

ข้อที่	วิธีบรรเทาความเจ็บปวด	%รวม	(1)	(2)	(3)
1	ให้ความสนใจและได้ถามอาการเจ็บปวด	90	15	14	61
4	แสดงความเข้าใจและเห็นใจในความเจ็บปวด	80	21	23	36
3	แนะนำให้พลิกตัว ลุกนั่ง	73	22	16	35
8	แนะนำให้หายใจลึก ๆ ช้า ๆ	66	27	20	19
7	พูดให้กำลังใจ ทำให้ท่านอดทนต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น	59	29	19	11
6	บอกให้ท่านขอยาแก้ปวดเมื่อรู้สึกปวด	49	27	13	9
5	ให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ทำให้สบายใจขึ้น	43	22	8	13
2	ในระหว่างที่มีอาการปวด แพทย์จัดการให้ยา	41	15	10	16

หมายเหตุ (1)=ได้รับนาน ๆ ครั้ง, (2)=ได้รับค่อนข้างบ่อย, (3)=ได้รับเกือบทุกครั้ง

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยพยาบาล การศึกษาครั้งนี้พบว่า วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่รับรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาลมี 6 วิธี คือ ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระหว่างที่มีอาการเจ็บปวด แนะนำว่าควรพลิกตัว ลุกนั่ง ไม่ควรนอนนานเกินไป ดูแลความสบาย ให้ความสนใจเอาใจใส่ความเจ็บปวด ให้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อบอกว่าปวด และแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความเจ็บปวด ในแต่ละวิธีมีจำนวนผู้ป่วยที่รับรู้ที่ได้รับคิดเป็นร้อยละ 95, 88, 88, 87, 80.4 และ 79 ตามลำดับ และวิธีที่มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่สุดรับรู้ที่ได้รับ คือ การแนะนำให้อ่านหนังสือและ/หรือพูดคุยกับคนอื่น ๆ และการแนะนำให้คิดถึงเรื่องที่ทำให้เพลิดเพลินเป็นสุขใจ พบว่ามีผู้ป่วยรับรู้ที่ได้รับเพียงร้อยละ 7 และ 8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 9

นอกจากนี้ ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยรายงานว่า ได้รับวิธีบรรเทาความเจ็บปวด

อย่างอื่นจากพยาบาล ได้แก่ การทำแผล การช่วยจัดวางสิ่งของให้ใกล้มือ การช่วยเหลือขณะไอ การเช็ดตัวทำให้สบาย การสวนปัสสาวะ การวัดอุณหภูมิและวัดความดันโลหิตทุกวัน การให้ความเป็นกันเอง และการให้คำแนะนำต่าง ๆ เช่น การกลั้วคอเพื่อบรรเทาอาการเจ็บคอ ให้เลือกดื่มน้ำอุ่น ช่วยละลายเสมหะแทนการรับประทานยา เป็นต้น

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานว่าได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่พยาบาล (n = 100)

ข้อที่	วิธีบรรเทาความเจ็บปวด	%รวม	(1)	(2)	(3)
7	ให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ในระหว่างที่ท่านมีอาการเจ็บปวด	95	36	41	18
10	แนะนำว่าควรพลิกตัว ลุกนั่ง ไม่ควร นอนเกินไป	88	30	37	21
6	ดูแลความสบาย	88	36	42	10
1	ให้ความสนใจเอาใจใส่ในความเจ็บปวด	87	13	42	32
20	ให้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อบอกว่าปวด	80.4	19.5	20.7	40.2
3	แสดงความเข้าใจและเห็นใจในความเจ็บปวด	79	26	30	23
2	พูดให้กำลังใจช่วยให้อดทนต่อความเจ็บปวดได้	73	29	28	16
23	บอกให้ทราบว่ายาที่ให้ เป็นยาแก้ปวด	71	10	8	53
5	เปิดโอกาสให้ญาติอยู่ได้นานขึ้น ในขณะที่มีอาการปวด	69.5	20.3	16.9	32.2
13	บอกให้ทราบว่าเมื่อรู้สึกปวดให้ขอยาแก้ปวดได้	66	39	23	4
25	ไต่ถามอาการเจ็บปวด	63	34	18	11
17	อธิบายและบอกเหตุผลในวิธีการต่าง ๆ ที่แนะนำให้ปฏิบัติ	62	41	10	11

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานว่าได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่พยาบาล (n = 100) ต่อ

ข้อที่	วิธีบรรเทาความเจ็บปวด	%รวม	(1)	(2)	(3)
19	สอบถามผลการลดความเจ็บปวด หลังให้การรักษา	46.5	20.2	6.1	20.2
16	แนะนำวิธีหายใจลึก ๆ ช้า ๆ	46	25	18	3
4	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ทำให้ สบายใจ	41	23	15	3
9	แนะนำวิธีไอโดยบอกให้หายใจลึก ๆ แล้วใช้มือของแผลไว้เหนือ	40	23	13	4
12	แนะนำให้บอกเมื่อเริ่มรู้สึกปวด ไม่ต้องรอให้ปวดมาก ๆ แล้วจึงบอก	37	23	13	1
11	อธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยให้คลาย ความกังวล	35	24	5	6
8	แนะนำวิธีเปลี่ยนอิริยาบถ	34	14	15	5
21	บอกให้อดทน การได้ยาถึงเกินไป เป็นอันตรายได้	33	18	9	6
18	ขณะที่มีอาการปวด บอกให้หายใจ ลึก ๆ ช้า ๆ	20	9	5	6
22	สอบถามความต้องการยาแก้ปวด	17	14	3	0
24	ให้ยาแก้ปวดก่อนที่จะรู้สึกปวดมาก	17	11	5	1
14	แนะนำให้คิดถึงเรื่องที่ทำให้ เพลิดเพลินเป็นสุขใจ	8	6	2	0
15	แนะนำให้อ่านหนังสือ/ดูภาพ /พูดคุยกับคนอื่น ๆ	7	6	1	0

หมายเหตุ (1)=ได้รับนาน ๆ ครั้ง, (2)=ได้รับค่อนข้างบ่อย, (3)=ได้รับเกือบทุกครั้ง
ข้อ 5, 20, 19 มีผู้ไม่ตอบ 41, 1, 13 ราย ตามลำดับ เนื่องจากไม่มี
สถานการณ์ในข้อเหล่านี้

คำถามการวิจัยข้อที่ 4 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้รับยาแก้ปวดบ่อยเพียงใด ในปริมาณยาที่ได้รับ สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้นานเท่าใด และผู้ป่วยรับรู้ ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดโดยรวมที่ระดับใด

จากการรวบรวมรายงานในบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเกือบทุกรายคือ ร้อยละ 99 ได้รับคำสั่งยาแก้ปวดตั้งแต่ในห้องผ่าตัด และ/หรือขณะมาตรวจเยี่ยม โดยมีร้อยละ 1 ได้รับคำสั่งยาแก้ปวดหลังจากที่พยาบาล โทรศัพท์รายงานอาการปวด ส่วนในวันที่ 2 หลังผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 76 ของผู้ป่วยได้รับคำสั่งยาแก้ปวดขณะแพทย์ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย โดยมีร้อยละ 4 ได้รับคำสั่งยาแก้ปวดหลังจากที่พยาบาลที่รายงานอาการปวด และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 69 ได้รับคำสั่งยาแก้ปวดขณะแพทย์มาตรวจเยี่ยม โดยมีร้อยละ 1 ได้รับคำสั่งยาแก้ปวดหลังจากที่พยาบาลรายงานอาการปวด ยาแก้ปวดที่แพทย์ใช้กับผู้ป่วยมากที่สุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด คือ เฟดิดีนร้อยละ 88.9 สำหรับชนิดอื่นมีการใช้น้อย ส่วนในวันที่ 2, 3 หลังผ่าตัด ยาแก้ปวดที่มีการใช้มากเป็นชนิดเดียวกันคือ พาราเซตามอลชนิดกิน ดังแสดงในตารางที่ 10 โดยมีการสั่งยาแก้ปวดให้ทุก 4-6 ชั่วโมงเมื่อปวดสำหรับยาแก้ปวดชนิดฉีด ทุก 6 ชั่วโมงเมื่อมีไข้สูงสำหรับยาเอ เอส เอ ชนิดเห็นบวาร์ ส่วนยาพาราเซตามอลชนิดรับประทาน พบว่า สั่งให้เป็นครั้งคราวและให้ตามเวลามีจำนวนพอ ๆ กัน

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละของชนิดยาแก้ปวดตามจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
เฟดิดีน	192	(88.9)	32	(30.5)	9	(12.9)
มอร์ฟีนชนิดฉีด	14	(6.5)	8	(7.6)	5	(7.1)
เอ เอส เอ ชนิดเห็นบวาร์	5	(2.3)	6	(5.7)	1	(1.4)
พาราเซตามอลชนิดฉีด	4	(1.9)	3	(2.9)	3	(4.3)
พาราเซตามอลชนิดรับประทาน	1	(0.5)	56	(53.3)	52	(74.3)
รวมจำนวนครั้งของยาแก้ปวดที่ได้	216	(100)	105	(100)	70	(100)

จากการรวบรวมรายงานในบันทึกทางการแพทย์พบว่า ผู้ป่วยเกือบทุกราย คือ ร้อยละ 96 ได้รับยาแก้ปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดมีประมาณครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 58 และ 47 ตามลำดับ สำหรับ จำนวนครั้งของการได้ยาแก้ปวด พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด 1, 2 และ 3 ครั้ง มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 27, 32 และ 26 ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ได้รับ 1 ถึง 2 ครั้ง และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ได้รับ 1 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 11 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่มีอาการไข้ ได้รับยาแก้ปวดลดไข้จากพยาบาลก่อนที่จะส่งยาแก้ปวดให้ และมีผู้ป่วยร้อยละ 12 ที่แพทย์สั่งให้ยาพาราเซตามอลตามเวลา แต่พยาบาลให้เป็นครั้งคราวเมื่อปวด

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับคำสั่งยาแก้ปวด ได้รับยาแก้ปวด และจำนวนครั้งของการได้รับ (n=100)

	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3
๑ มีคำสั่งยาแก้ปวดและแพทย์มาตรวจเยี่ยม	99	76	69
ไม่ได้รับยา	4	42	53
ได้รับยา	96	58	47
จำนวนยาที่ได้รับ (ต่อวัน)			
1 ครั้ง	27	27	31
2 ครั้ง	32	20	10
3 ครั้ง	26	7	5
4 ครั้ง	9	3	1
5 ครั้ง	1	1	0
6 ครั้ง	1	0	0

สำหรับฤทธิ์ของยาในการระงับความเจ็บปวดตามจำนวนครั้งของการได้รับยา จากคำตอบของผู้ที่ได้รับยาแก้ปวดและรับรู้่ว่าตนเองได้รับยาแก้ปวด พบว่า ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่ายากแก้ปวดมีฤทธิ์นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป โดยมีผู้ป่วยรับรู้เพิ่มขึ้นทุกวันคือ ร้อยละ 73.8, 84.8, 94.9 ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด

ตามลำดับ ส่วนฤทธิ์ของยาแก้ปวดที่ยู่นานน้อยกว่า 4 ชั่วโมงพบเป็นส่วนน้อย และพบลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาหลังผ่าตัดคือ ร้อยละ 26.2, 15.2, 5.1 ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของฤทธิ์ยาแก้ปวดในแต่ละวัน จะพบว่าการกระจายกันมาก ตั้งแต่ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดตลอดเวลา จนถึงไม่ต้องการยาแก้ปวดซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 12 และทุก ๆ วัน มีผู้ป่วยบางรายและ/หรือบางครั้งไม่ทราบว่าตนเองได้รับยาแก้ปวดด้วย คิดเป็นร้อยละ 8.3, 12.4 และ 15.7 ของจำนวนครั้งที่ได้รับยาแก้ปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละของฤทธิ์ยาแก้ปวดตามจำนวนครั้งที่รู้ว่าได้รับยาแก้ปวด

	วันที่ 1 n (%)	วันที่ 2 n (%)	วันที่ 3 n (%)
เจ็บปวดตลอดเวลา	5 (2.5)	2 (2.2)	1 (1.7)
ขามีฤทธิ์นาน 1 ชั่วโมง	3 (1.5)	0	0
ขามีฤทธิ์นาน 2 ชั่วโมง	19 (9.6)	9 (9.8)	0
ขามีฤทธิ์นาน 3 ชั่วโมง	25 (12.6)	3 (3.2)	2 (3.4)
รวม	<u>52 (26.2)</u>	<u>14 (15.2)</u>	<u>3 (5.1)</u>
ขามีฤทธิ์นาน 4 ชั่วโมง	43 (21.7)	10 (10.9)	5 (8.5)
ขามีฤทธิ์นาน 5 ชั่วโมง	18 (9.1)	14 (15.2)	9 (15.2)
ขามีฤทธิ์นาน 6 ชั่วโมง	31 (15.7)	15 (16.3)	7 (11.9)
ขามีฤทธิ์นาน > 6 ชั่วโมง	36 (18.2)	17 (18.5)	13 (22.0)
ไม่ต้องการยาแก้ปวดซ้ำ	18 (9.1)	22 (23.9)	22 (37.3)
รวม	<u>146 (73.8)</u>	<u>78 (84.8)</u>	<u>56 (94.9)</u>
รวมจำนวนครั้งที่รู้ว่าได้ยาแก้ปวด	<u>198 (100)</u>	<u>92 (100)</u>	<u>59 (100)</u>

การรับรู้ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด การศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด มีค่าตั้งแต่สูงสุดจนถึงต่ำสุดของค่าที่เป็นไปได้ คือ 0%-100% คะแนนประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดมีค่าสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด โดยมีค่าเฉลี่ย 41.6 (ความเบ้ = -.49) และมีค่าลดลงเล็กน้อยในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด คือ มีค่าเฉลี่ย 38.4 (ความเบ้ = -.21) และ 38.2 (ความเบ้ = .12) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมของประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดในแต่ละวัน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ($n = 100$)

ระยะเวลา หลังผ่าตัด	ระดับประสิทธิภาพ			
	RANGE	M	SD	F
วันที่ 1	0-90	41.6	19.8	0.9 ^{ns}
วันที่ 2	0-90	38.4	22.0	
วันที่ 3	0-100	38.2	27.5	

ns = non significant

คำถามการวิจัยข้อที่ 5 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องรู้สึกพึงพอใจต่อวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดแบบใดมากที่สุด และรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล มากน้อยเพียงใด

ความพึงพอใจในวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด การศึกษาครั้งนี้พบว่า วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ขาจิตแก้ปวด ร้อยละ 35 การดูแลและคำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 28

และวิธีการของตนเองร้อยละ 11 ส่วนวิธีการอื่น ๆ ได้แก่ ขาแก่ปวดร่วมกับการดูแล
ร่วมกับคำแนะนำ ร่วมกับการวิธีการของตนเอง ทุกอย่างที่ได้รับ การดูแลจากญาติ และการ
ทำแผล มีผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 3 ถึง 5 และ
มีผู้ป่วยที่ไม่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดแบบใดเลยร้อยละ 4
ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ร้อยละของผู้ป่วยที่รายงานวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด

วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด	ร้อยละ
ขาแก่ปวด	32
การดูแลและคำแนะนำ	28
วิธีการของตนเอง	11
ขาแก่ปวดและการดูแล	5
ขาแก่ปวดและคำแนะนำ	4
ขาแก่ปวดและวิธีการของตนเอง	4
ทุกอย่างที่ได้รับ	4
การดูแลจากญาติ	4
การทำแผล	3
การผ่าตัด	1
ไม่มีวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่รู้สึกพึงพอใจมากที่สุด	4

ความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล

การศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับปานกลางและมากต่อการ
ดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลใน 3 วันแรกหลัง
ผ่าตัดคือ มีความพึงพอใจปานกลางร้อยละ 47 และมีความพึงพอใจมากร้อยละ 45 ส่วน
ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจเล็กน้อย มีร้อยละ 7 และที่ไม่พึงพอใจเลย มีร้อยละ 1 ซึ่งผู้

ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดลำไส้ร่วมกับกระเพาะปัสสาวะ มีความรู้สึกเจ็บปวดมาก และมีไข้สูงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดทุก 4 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาติดต่อกัน 2 ครั้ง ในครั้งต่อ ๆ มา พยาบาลมักจะขอให้อดทนต่ออีกสักระยะ และในระหว่างที่ผู้ป่วยมีไข้สูง พยาบาลได้เช็ดตัวด้วยน้ำเย็นเพื่อลดไข้ให้ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเพราะรู้สึกหนาว ร่วมกับในคืนต่อมา ได้มีการรับผู้ป่วยหนักใกล้เคียงมานอนรักษาอยู่ที่เตียงข้าง ๆ กับเตียงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับทั้งคืนเนื่องจากมีความกลัวผู้ป่วยข้างเตียงรายนั้น

การอภิปรายผล

การศึกษาความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ตำแหน่ง ลักษณะความเจ็บปวด และปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด

การศึกษครั้งนี้พบว่า ตำแหน่งความเจ็บปวดที่บริเวณผ่าตัดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยส่วนใหญ่อยู่ที่ภายในส่วนลิกร่วมกันที่บริเวณผิว ๆ และในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ที่ภายในส่วนลึก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ความรู้สึกเจ็บปวดที่ภายในส่วนลึกนี้ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน รู้แต่ว่าอยู่ข้างในลึก ๆ ลักษณะความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยบอกกันว่ามีหลาย ๆ แบบร่วมกันคือ มีทั้งที่เป็นลักษณะความเจ็บปวดของอวัยวะส่วนนอกหรือกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดตึง เจ็บจี๊ด ! เป็นต้น และที่เป็นลักษณะของความเจ็บปวดของอวัยวะภายใน ได้แก่ ปวดเมื่อย ๆ ตื้อ ๆ แน่น ๆ และตื้อ ๆ สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของเอ็ดเวิร์ดและบริด ที่กล่าวว่า ความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและทรวงอก มักมีลักษณะความเจ็บปวดของอวัยวะภายในร่วมด้วย เสมอ (Edwards & Breed 1990:242) ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้อง นอกจากจะสร้างความบอบช้ำกับอวัยวะที่ทำการผ่าตัดแล้ว มักจะมีการทำลายและเกิดการบอบช้ำต่อโครงสร้างเนื้อเยื่อของอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง ได้แก่ เยื่อช่องท้อง กล้ามเนื้อ พังผืด และรวมถึงผิวหนังหน้าท้อง มีการหลังสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและสารที่กระตุ้นความไวต่อการรับความรู้สึกของตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดเป็นจำนวนมาก (Bonica 1990:463) ที่กระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดของอวัยวะภายใน (Visceral nociceptor) ซึ่งตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดของอวัยวะภายในนี้ มีความไวต่อการกระตุ้นมาก

(Haupt et al 1983, Cervero & Sann 1989 in Cervero 1991:552) ผู้ป่วยจึงรู้สึกเจ็บที่ภายในส่วนลึก ในขณะที่เดียวกัน ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดของอวัยวะภายนอก (Cutaneous nociceptor) ก็ได้รับการกระตุ้นด้วย สัญญาณประสาทจากตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดทั้ง 2 ชนิด จะวิ่งผ่านเข้าไปในไขสันหลังที่ระดับ T 2-3 ถึง L 2-3 (จรีชา เลิศอรรมขมณี 2534:55) แล้วจึงส่งต่อไปยังสมอง และมีการรับรู้ต่อความเจ็บปวด ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จึงรู้สึกเจ็บทั้งที่ภายในส่วนลึกพร้อมกับที่บริเวณผิว ๆ และรับรู้ลักษณะความเจ็บปวดทั้งที่เป็นลักษณะความเจ็บปวดของอวัยวะภายในและของอวัยวะภายนอก แต่เนื่องจากตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดของอวัยวะภายในช่องท้องมีการกระจายกันกว้างมาก (สุพร พลยานันท์ 2528:57) อีกทั้งใยประสาทนำเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณดังกล่าว ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 90 เป็นใยประสาทนำเข้าสู่จากอวัยวะภายนอก (Somatic afferent fiber) มีเพียงร้อยละ 10 ที่เป็นใยประสาทนำเข้าสู่จากอวัยวะภายใน (จรีชา เลิศอรรมขมณี 2534:55; Cervero 1991:554) จึงอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกตำแหน่งความเจ็บปวดที่ภายในส่วนลึกได้อย่างเฉพาะเจาะจง รวมทั้งไม่สามารถบอกลักษณะความเจ็บปวดที่เป็นแบบเดียวกัน นอกจากนี้ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดไม่ได้ขึ้นกับการนำสัญญาณประสาทเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับกลไกควบคุมความเจ็บปวดที่สมองด้วย (Melzack & Wall 1982:230-231) ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ประสบการณ์ ความเชื่อ การให้ความหมายของความเจ็บปวด และอื่น ๆ (Smith & Covino 1985:22-25) ลักษณะความเจ็บปวดจึงอาจแตกต่างกัน แม้ในผู้ที่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดด้วยสิ่งเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาบอกลักษณะความเจ็บปวดที่มีความเกี่ยวข้องสอดคล้องกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของโคปปี้ ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจำนวน 148 ราย จากโรงพยาบาล 5 แห่งในสหรัฐอเมริกา บอกลักษณะความเจ็บปวดที่แตกต่างกันถึง 35 ลักษณะ (Copp 1990: 35-39) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่โคปปี้ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บปวดจากพยาธิสภาพที่แตกต่างกันคือ เป็นผู้ป่วยมะเร็ง โรคหัวใจ โรคข้อ เป็นต้น

สำหรับความเจ็บปวดนอกบริเวณผ่าตัดซึ่งพบว่ามีหลายอย่างนั้น ส่วนใหญ่เป็นอาการปวดเมื่อย ซึ่งมีการเกิดได้จากหลาย ๆ ปัจจัย คือ จากการอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ขณะที่ทำการผ่าตัด (Edwards & Breed 1990:241) อาจเป็นปฏิกิริยาของกล้ามเนื้อเฉพาะที่ จากการที่ผู้ป่วยเกร็งไม่กล้าขยับตัว ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเปลี่ยนท่าเป็นปัจจัยเพิ่มความเจ็บปวด และผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่บอกว่า

เวลาชั้บตัวจะรู้สึกเหมือนเนื้อจะฉีกแยกจากกันโดยเฉพาะในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ซึ่งการเกร็งและไม่ค่อยขยับตัวนี้ ทำให้เกิดภาวะความเป็นกรดของกล้ามเนื้อเฉพาะที่ที่เร้าตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (Bonica 1990: 463) จึงอาจเป็นเหตุให้พบอาการปวดเมื่อยต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในวันที่ 2 หลังผ่าตัด อาจร่วมกับมีการกระจายของสัญญาณประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณไขสันหลัง จากผลรวมของสัญญาณประสาทนำเข้าจากอวัยวะภายในและภายนอก (Viscero-somatic convergence) ไปสู่ไขประสาทที่เลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อใกล้เคียง และเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อนั้น ๆ (Cervero 1991:554) ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดร้าวของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ร้อยละ 4-10) และอาจเป็นผลจากการใช้ยาทางวิสัญญี (Bonica:1990:464) นอกจากนี้ยังอาจเป็นผลจากอาการไข้ ซึ่งพบได้เสมอ ๆ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามิใช่ร้อยละ 31 อาการไข้นี้เป็นผลจากกระบวนการอักเสบของเนื้อเยื่อที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งจะหลั่งสารพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) สารนี้นอกจากจะกระตุ้นให้ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดไวต่อการกระตุ้นแล้ว (อำนาจ ถิฐานันท์ 1991:5) ยังมีคุณสมบัติในการปรับระดับอุณหภูมิของร่างกายให้สูงขึ้นด้วย (อนวัตร ลิ้มสุวรรณ 2532:71) การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการไข้มีระดับความเจ็บปวดไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีอาการไข้ แต่ได้รับยาแก้ปวดมากกว่า ($p < .01$) ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการไข้ มีระดับความเจ็บปวดสูงสุดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการไข้ ($p < .05$) โดยกลุ่มที่มีอาการไข้มีแนวโน้มว่าได้รับยาแก้ปวดมากกว่า ($p = .06$) (ตาราง 15 ในภาคผนวก ข) การที่ไม่พบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวดและจำนวนการได้รับยาในผู้ป่วยกลุ่มที่มีและไม่มีอาการไข้นี้ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด อาจเนื่องจากในวันที่ 1 หลังผ่าตัดเป็นระยะที่มีการหลั่งสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากในผู้ป่วยทุกราย (Bonica 1990:463) และเจ้าหน้าที่พยาบาลก็ให้ความสำคัญต่อการให้ยาแก้ปวดในวันที่ 1 มากกว่าวันอื่น ๆ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจึงมีอาการเจ็บปวดและได้รับยาที่ไม่แตกต่างกัน และการได้รับยาลดไข้ซึ่งมีฤทธิ์ในการระงับปวดด้วย ทำให้กลุ่มที่มีอาการไข้นี้มีระดับความเจ็บปวดเท่ากันและน้อยกว่าในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัด ตามลำดับ ส่วนอาการเจ็บคอและอาการปวดศีรษะ ซึ่งเป็นอาการเจ็บปวดนอกบริเวณผ่าตัดที่พบรองลงมา นั้น เป็นความเจ็บปวดที่มักพบได้เสมอ ๆ เพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากวิธีการที่ใช้ประกอบการผ่าตัดและการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้ยาขณะผ่าตัด (Capan et al 1983:253) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแคนโต้และคณะ (Kanto et al 1990:39-41) ซึ่งศึกษาถึงผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลในผู้ป่วยที่นัดเข้ารับการผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อน

ผ่าตัด จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความไม่สุขสบายทุกแบบเหมือน ๆ กัน คือ มีอาการปวดศีรษะร้อยละ 8.3 ปวดเมื่อยตามตัวและหลังร้อยละ 15 คลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 16.6 และปัสสาวะลำบากร้อยละ 16.6

ส่วนปัจจัยที่มีผลเพิ่มความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาโดยส่วนใหญ่รับรู้เป็นปัจจัยทางด้านกายภาพที่กระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัดโดยตรง ที่พบมากที่สุดคือ การเปลี่ยนท่า สอดคล้องกับการศึกษาของสังวาลย์ แก้วประเสริฐ (2532:40) ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องรับรู้ว่าการขยับตัวเคลื่อนไหวทำให้เกิดความเจ็บปวดค่อนข้างน้อย การเปลี่ยนท่าที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ การเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่งและการขึ้นเตียง เนื่องจากการเปลี่ยนท่าเหล่านี้ ต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องด้วย กำลังแรงพอที่จะกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก ให้ส่งสัญญาณประสาทไปสู่สมองได้ ปัจจัยที่พบมารองลงมาคือ การไอ ผู้ป่วยที่ศึกษาทุกรายที่มีอาการไอรับรู้ว่าอาการไอเป็นทั้งสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดพุ่งสูงขึ้นทันที ทั้งนี้เนื่องจากกลไกของการไอ จะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกล้ามเนื้อหายใจออก โดยการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องจากการไอจะเป็นไปอย่างแรงและรวดเร็ว จึงทำให้เจ็บแผลมากขึ้น ส่วนการนอนนาน ๆ พบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดรองลงมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกความรู้สึกว่า แม้การนอนนิ่ง ทำให้เจ็บแผลน้อยลง แต่การนอนนิ่ง ๆ นาน ๆ ก็ทำให้ปวดเมื่อย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่จะลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด แต่มีปัจจัยที่มีการรับรู้เพิ่มขึ้นในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัดคือ การเดินและอาการท้องอืด สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับการเดินนั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีการเดินมากขึ้นในวันที่ 2,3 ซึ่งถึงแม้ว่าจะเดินได้ไม่ถนัดและรับรู้ว่าการทำให้เจ็บปวดมากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้พยายามเดินเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามที่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่พยาบาล จากแพทย์ จากญาติ และจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ส่วนอาการท้องอืด ซึ่งมีผู้ป่วยรับรู้มากขึ้นในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัดนั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีอาการท้องอืดนั้น ส่วนใหญ่จะมีอาการเพิ่มขึ้นในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัดตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวในวันที่ 1,2 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับกระเพาะและลำไส้ จำเป็นต้องให้อวัยวะหยุดการเคลื่อนไหวมากที่สุดเพื่อสะดวกในการทำผ่าตัด และผู้ป่วยบางรายได้รับการผ่าตัดประสาทเวกัส จึงอาจมีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ในระยะหลังผ่าตัด (สมชัย

วงศ์วิริยะธรรม & บรรเทือง รัชตปิติ 2521:261;Herrington & Sawyers 1990: 702-703) ทั้งอาการท้องอืด และอาการท้องเดินซึ่งพบร้อยละ 2 ในการศึกษาครั้งนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ(ตาราง 16 ในภาคผนวก ข)พบว่า ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการท้องอืดมีระดับความเจ็บปวด (ทั้งความเจ็บปวดสูงสุดและโดยเฉลี่ย)มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ($p<.05$) และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการและเข้าใกล้นัยสำคัญทางสถิติ($p=.06$) ข้อมูลนี้สนับสนุนค่านอกเล่าของผู้ป่วยที่ว่าอาการท้องอืด ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น

ทั้งหมดที่กล่าวนี้เป็นปัจจัยทางด้านผู้ป่วย แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการดูแลของแพทย์พยาบาลด้วย โดยพบในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ตามลำดับดังนี้ คือ การทำแผลร้อยละ 22, 17 และ 12 การฉีดยาร้อยละ 12, 10 และ 7 ส่วนเสียงดัง พบว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวดในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดโดยพบร้อยละ 10 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยที่เกิดจากเสียงดังนี้ ได้มีการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบความไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในห้องพักรักษาที่มีระดับเสียงภายในห้องต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในห้องพักรักษาที่มีเสียงดังกว่า ใช้น้ำแก้ปวดมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในห้องพักรักษาที่เงียบกว่า (Minckley 1968:247-250) ผลจากการรับรู้ของผู้ป่วยเหล่านี้ ช่วยให้ออกคิดว่า ในภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ตัวรับการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดมีความไวต่อการกระตุ้นมาก โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ หลังผ่าตัด ซึ่งร่างกายมีการหลั่งสารที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด และสารที่กระตุ้นให้ตัวรับการกระตุ้นมีความไวของตัวกระตุ้นเป็นจำนวนมาก (อานวย ธิสุพันธ์ 1991:3; Bonica 1990:463) การปฏิบัติพยาบาลต่าง ๆ ควรมีการระมัดระวัง เพราะจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดไม่สบายเพิ่มมากขึ้น

สำหรับปัจจัยที่ช่วยลดความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ในการศึกษานี้ คือ ยาแก้ปวด ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บปวดจากการผ่าตัดเป็นความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน มีการหลั่งสารหลายชนิด ดังได้กล่าวมาแล้ว ในระยะแรกหลังผ่าตัด จึงต้องยับยั้งการส่งสัญญาณความเจ็บปวดเหล่านี้ด้วยยาแก้ปวด ซึ่งได้มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความต้องการยาแก้ปวดเป็นอันดับแรก(สังวาลย์ แก้วประเสริฐ 2532 :44)

ส่วนปัจจัยทางด้านจิตสังคมซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าจะลดความเจ็บปวดนั้นมีน้อย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า การมาเยี่ยมของญาติหรือเพื่อนฝูงไม่ช่วยให้ความรู้สึก

เจ็บปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่ช่วยให้สบายใจขึ้น มีกำลังใจขึ้น และบางครั้งช่วยให้ไม่คิดถึงเรื่องที่เจ็บปวดอยู่ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด กับความรู้สึกไม่สบายซึ่งมักจะเกิดด้วยกันนั้นสามารถแยกจากกันได้ และการรับรู้ความรู้สึกไม่สบายซึ่งเป็นมิติหนึ่งของความเจ็บปวด (Melzack & Wall 1982:240) อาจลดลงได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ยาแก้ปวด แต่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อความรู้สึกเจ็บปวดได้ดีขึ้น

2. ระดับความเจ็บปวด และผลรบกวนต่อความเจ็บปวด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดสูงสุดต่ำสุด โดยเฉลี่ยและขณะประเมินในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับสูงที่สุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดและลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด เป็นไปตามกลไกของการเกิดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากการหลังสารต่าง ๆ ที่กระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กให้ส่งสัญญาณความเจ็บปวด มีปริมาณมากที่สุดในวันที่ 1 และลดลงในระยะต่อมา ระดับความเจ็บปวดจึงลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (Edwards & Breed 1990:263) สอดคล้องกับการศึกษาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เคยมีการศึกษาไว้ (พรจันทร์ พงษ์พรหม 2534:40; อรชร มาลาหอม 2534:43; Kuhn et al 1990:1687-1690; Oberle et al 1990:745-752) สำหรับค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดขณะประเมินพบว่า มีระดับต่ำ เนื่องจากมีความไม่สะดวกในการประเมินความเจ็บปวดในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก ต้องรอให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลงก่อนจึงทำการประเมิน การใช้เครื่องมือนี้ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยช่วยให้เข้าใจความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ชัดเจนขึ้นว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีความเจ็บปวดมากเป็นบางเวลา บางครั้งอาจเกิดขึ้นเองและบางครั้งอาจเกิดจากการมีสิ่งมากระตุ้น ความเจ็บปวดของผู้ป่วยในรอบวันส่วนใหญ่จะทรง ๆ อยู่ที่ระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย และเมื่อแยกวิเคราะห์ระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีตำแหน่งแผลผ่าตัดต่าง ๆ กัน (ตาราง 17 ในภาคผนวก ข) พบว่า ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มที่มีตำแหน่งแผลผ่าตัดแนวกลางหน้าท้องและแนวสีข้าง มีระดับความเจ็บปวดสูงที่สุดมากกว่ากลุ่มที่มีแผลผ่าตัดแนวชายโครง ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของโวลีเชอร์ (Volicer cite in Bonica 1990:441) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดในแนวชายโครง มีความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีแผลแนวกลางหน้าท้อง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก วันที่ 3 หลังผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการลุกเพื่อทำกิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้นซึ่งต้องใช้กล้ามเนื้อเรกตัส แอบโดมินัส (Rectus abdominus) ในการงอตัวเพื่อลุกขึ้น และใช้กล้ามเนื้อออบลิคส์ เอ็กเทอร์นัล

แอบโตมิแนส (Obliques externus abdominus) ร่วมกับกล้ามเนื้ออ้อบลิค อินเทอร์นัส แอบโตมิแนส (Obliques internus abdominus) ในการเอี้ยวตัวเพื่อช่วยในการลุก (สมศรี รัตนปริษาณช 2525:2) ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดแนวกลางและแนวสีข้างซึ่งอยู่บนกล้ามเนื้อเหล่านี้จึงมักมีความเจ็บปวดมากกว่า

สำหรับผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตใน 3 วันหลังผ่าตัดนั้นพบว่า ค่าเฉลี่ยของผลรบกวนทุกด้านคือ ด้านการเดิน การกระทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคล การนอนหลับและด้านอารมณ์ มีค่าสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดและลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวด เนื่องจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน และกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาไม่มีประวัติเจ็บปวดเรื้อรัง ดังนั้น เมื่อปริมาณสารที่กระตุ้นการส่งสัญญาณความเจ็บปวดน้อยลง การเร้าอารมณ์ให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ จึงลดลง สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (ตาราง 18 ในภาคผนวก ข) ที่พบว่า ในทุก ๆ วัน ระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับผลรบกวน ($r=.29, p<.01$; $r=.49, p<.001$; $r=.54, p<.001$)

การศึกษาค้างนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลรบกวนด้านการเดินและการกระทำกิจวัตรประจำวัน มีค่าสูงกว่าผลรบกวนด้านอื่น ๆ ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด โดยเฉพาะผลรบกวนด้านการเดินนั้นมีค่าสูงกว่าผลรบกวนด้านอื่น ๆ ตลอดทั้ง 3 วัน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของศรีวัฒนกุล และคณะ (Sriwatanakul et al 1983:926-929) และการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของอราทูซิค (Arathuzik 1991:714-729) เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก ซึ่งเป็นที่รับรู้ของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อีกที่ศึกษาได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด มีสายสวนคาต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสายสวนคาที่ใส่ไว้บริเวณแผลผ่าตัด เมื่อมีการเคลื่อนไหวมากจะยิ่งเจ็บมาก เพราะเป็นการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กที่แผลโดยตรง และบางรายต้องใส่สายทางจุกกลางสู่กระเพาะและคาไว้ ผู้ป่วยจึงพะวงกับสายต่าง ๆ เหล่านี้ และรู้สึกยุ่งยากในการเคลื่อนไหว ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีสายสวนคาต่าง ๆ แม้จะลุกเดินได้ก็รู้สึกว่าเดินไม่ถนัด ต้องใช้มือพยุงแผลไว้และค่อย ๆ เดิน สำหรับผลรบกวนด้านการกระทำกิจวัตรประจำวัน มีระดับลดลงเป็นรบกวนอันดับที่ 3 ในวันต่อมา เนื่องจากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลส่วนใหญ่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงได้โดยเร็วที่สุด โดยเริ่มให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการกระทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงใน

วันรุ่งขึ้น และให้ผู้ป่วยกระทำเองมากขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากการไม่เคลื่อนไหว

สำหรับผลรบกวนด้านความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต และด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยมีค่ามากที่สุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดแล้วลดลงในวันต่อมา เนื่องจากการเจ็บป่วยมาอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับความเครียดต่าง ๆ มากมายทั้งจากการที่ต้องจากครอบครัว จากการทำงาน มาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (ประครอง อินทรสมบัติ 2530:2) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ความเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวด ซึ่งลิสสัน (Lisson 1987:654) ได้กล่าวไว้ว่า ความเจ็บปวดเพียง 1 ชั่วโมงทำลายความสุขทั้งหมดที่มีอยู่ จากการสัมภาษณ์พบว่า นอกจากผู้ป่วยจะรู้สึกทรมานจากความเจ็บปวดแล้ว ยังรู้สึกอึดอัดใจที่ช่วยตนเองไม่ได้แม้ในสิ่งเล็กน้อยที่เคยทำได้เอง ต้องขยับเขยื้อนเตียง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่ประเมินว่าสภาวะเช่นนี้จะเป็นอย่างนี้เพียงชั่วคราวและแสดงความคิดเห็นว่า แม้จะไม่ค่อยมีความสุขก็ต้องพยายามปรับอารมณ์ ยอมรับสภาวะที่เป็นอยู่ จะเห็นได้ว่า ระบบเร้าอารมณ์ไม่ได้ตอบสนองต่อสัญญาณประสาทที่ส่งขึ้นมาโดยตรงเท่านั้น แต่มีความเกี่ยวข้องกับระบบคิดพิจารณาและตัดสินใจก่อนที่จะตอบสนองต่อความเจ็บปวดไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น

ส่วนผลรบกวนด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการนอนหลับใน 3 วันแรก หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยไม่สูง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของศรีวัฒนกุล และคณะ (Sriwatanakul et al 1983:926-929) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่าความเจ็บปวดรบกวนใน 2 ด้านนี้ไม่มาก การที่ผลรบกวนในวันที่ 1 มีระดับสูงกว่าวันอื่น ๆ เนื่องจากในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการง่วงซึมจากยาสลบ ร่วมกับได้รับยาแก้ปวดชนิดนาร์โคติก (Narcotic) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ง่วง (จุฑามณี จารุจินดา 1991:3) และเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง อ่อนเพลีย อยากพูดแต่ไม่มีแรง ไม่มีเสียง บางรายมีอาการวิงเวียน จึงต้องการพักผ่อน ส่วนในวันต่อมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดี ขณะที่เจ็บปวดไม่มากนักจะยินดีพูดคุยกับคนอื่น ๆ และมีความเห็นว่า การได้พูดคุยกับบุคคลอื่นบ้าง ทำให้เพลินลืมความเจ็บปวดได้ชั่วขณะ การคิดคำนึงเกี่ยวกับความเจ็บปวด หรือเกี่ยวกับตนเองน้อยลง ซึ่งตรงกับวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ (Mc Caffery 1979:97) สำหรับผลรบกวนการนอนนั้น แม้จะมีระดับไม่สูง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ารู้สึกว่อนหลับไม่ค่อยสนิท นอนหลับได้ไม่นาน นอนได้ประมาณครึ่งคืน และมีบางรายที่ต้องสะดุ้งตื่นจากความเจ็บปวดที่ทรมาน ! ขึ้นมาทันที

สอดคล้องกับการศึกษาของโคโนแวน และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดร้อยละ 61 ต้องตื่นขึ้นระหว่างการนอนเนื่องจากความเจ็บปวด (Donovan et al: 1987: 69-78)

3 วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยผู้ป่วย แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยใช้มากมี 3 วิธีคือ พลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย หายใจลึก ๆ ช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ และลูบเบา ๆ บริเวณผิวหนังใกล้ ๆ กับแผล เหตุที่ผู้ป่วยใช้วิธีพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย พบว่า ส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยรู้สึกเมื่อยจากการนอนท่าเดิมนาน ๆ และเรียนรู้ด้วยตนเองว่า การค่อย ๆ พลิกตัวไปมาอย่างช้า ๆ ช่วยให้อาการทุเลาลง และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะได้รับการกระตุ้นมากทั้งจากแพทย์ร้อยละ 73 และพยาบาลร้อยละ 88 ผู้ป่วยจึงใช้วิธีนี้มากที่สุด สำหรับการหายใจลึก ๆ ช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการใช้มากเนื่องจากได้รับการกระตุ้นจากแพทย์และพยาบาลเช่นเดียวกัน คือ ร้อยละ 66,46 ตามลำดับ แต่มีการใช้ไม่บ่อยนักเนื่องจากทั้งแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญของวิธีนี้ในแง่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด โดยอธิบายกับผู้ป่วยว่า เพื่อป้องกันปอดแฟบ และเจ้าหน้าที่พยาบาลจะบอกให้ผู้ป่วยใช้วิธีนี้ขณะปฏิบัติกรพยาบาลบางอย่าง แต่ไม่ได้บอกเหตุผล เช่น ขณะสวนปัสสาวะ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายบอกว่าการหายใจลึก ๆ บางครั้งทำให้เจ็บแผล แต่ก็พยายามทำตามคำแนะนำ เมื่ออาการดีขึ้นคิดว่าตนเองหายใจได้สะดวก ไม่มีอาการเหนื่อย จึงทำน้อยหรือไม่ได้ทำต่ออีก ส่วนวิธีลูบเบา ๆ บริเวณผิวหนังใกล้ ๆ กับแผล พบว่าผู้ป่วยใช้โดยไม่ทราบว่าเป็นวิธีช่วยลดความเจ็บปวดได้ แต่กระทำเพื่อประหม่นบาดแผลภายในช่องท้อง สร้างความสบายใจและมั่นใจให้กับตนเอง โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรใด ๆ พฤติกรรมนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโคปป์ (Copp 1991: 35-39) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมักจะลูบคลำสัมผัสเบา ๆ บริเวณที่มีความเจ็บปวด ส่วนวิธีที่ผู้ป่วยใช้น้อยที่สุด คือ การทำสมาธิ ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยใช้เพียงร้อยละ 20 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีการทำสมาธิ และผู้ที่สามารถทำสมาธิได้ส่วนหนึ่งบอกว่า ไม่สามารถกำหนดจิตให้เป็นสมาธิได้ในขณะเจ็บปวด จะทำได้บ้างถ้าไม่เจ็บปวดมาก และเป็นเพราะสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่เอื้อต่อการทำสมาธิด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดและ/หรือได้รับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดอย่างอื่นจากญาติด้วย เช่น การนวด การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการพูดคุยเรื่องสนุกและการฟังวิทยุ การให้ยา ซึ่งสอดคล้องกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในทฤษฎีควบคุมประตู และนอกจากนี้ ยังพบว่ามีการใช้วิธีลดความตึงเครียดทางอารมณ์ด้วยการร้องครางออกมา การขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้คุ้มครอง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบ

ว่า การบรรเทาความเจ็บปวดโดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย ($r = .18, p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยและ/ญาติได้ใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ตามความรู้ความเชื่อและประสบการณ์เดิมของตน เป็นไปตามแนวคิดของโอเร็มที่ว่า บุคคลจะดูแลตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ตามศักยภาพสูงสุดที่บุคคลนั้นมีอยู่ (Orem 1991:148)

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยแพทย์ ที่ใช้มากมี 2 วิธี คือ ให้ความสนใจและไต่ถามอาการเจ็บปวด และแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความเจ็บปวด โดยเฉพาะการให้ความสนใจและไต่ถามอาการเจ็บปวด มีผู้ป่วยรับรู้ที่ได้รับเกือบทุกครั้งถึงร้อยละ 61 จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยประเมินว่า การที่แพทย์มาเยี่ยมทุกวัน ๆ ละ 2 ครั้ง แสดงว่าแพทย์ให้ความสนใจเอาใจใส่ตน แม้ว่ามาแล้วแพทย์จะไม่ได้พูดอะไรและ/หรือทำอะไรให้ ก็รู้สึกอบอุ่นใจว่าอาการของตนอยู่ในสายตาของแพทย์ และรอคอยที่จะได้พบกับแพทย์ทุกวัน แสดงให้เห็นว่าการรับรู้และประเมินเช่นนี้จะ เป็นปฏิกริยาสะท้อนกลับจากสมองลงสู่กลไกควบคุมความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง ลดความรุนแรงของสัญญาณประสาทในเซลล์ส่งต่อ(ท)ที่จะส่งขึ้นมาสู่สมองได้ (Melzack & Wall 1977:23) และจากคำถามปลายเปิดพบว่า มีผู้ป่วยบางส่วนได้รับคำแนะนำ และได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนจากแพทย์ จึงช่วยลดความเจ็บปวดที่อาจเกิดจากความวิตกกังวลจากการขาดข้อมูลต่าง ๆ ด้วย (สุพร พลยานันท์ 2528:53)

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่พบว่ามีการใช้มากมี 6 วิธี คือ ให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ในระหว่างที่มีอาการเจ็บปวด แนะนำว่าควรพลิกตัว ลุกนั่ง ไม่ควรนอนนานเกินไป ดูแลความสบาย ให้ความสนใจเอาใจใส่ในอาการเจ็บปวด ให้ยาแก้ปวดทันทีที่เมื่อบอกว่าปวด และแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความเจ็บปวด ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นกิจกรรมพยาบาลอันดับแรก ๆ ที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการ (สังวาลย์ แก้วประเสริฐ 2532:44) แสดงว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลตระหนักถึงปัญหาความเจ็บปวด และข้อจำกัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในขณะที่มีความเจ็บปวด จึงได้ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อพิจารณาความบ่อยของการใช้ จะพบว่าวิธีที่มีการใช้น้อยที่สุดใน 6 วิธีนี้คือ ให้ยาทันทีเมื่อบอกว่าปวด โดยผู้ป่วยได้รับเกือบทุกครั้งร้อยละ 40.2 ส่วนวิธีอื่น ๆ มีความถี่ของการใช้น้อย ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น การช่วยเหลือในส่วนของการทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีความจำเป็นน้อยลง และในบางส่วนผู้ป่วยได้รับ

จากญาติด้วย สำหรับวิธีที่พยาบาลใช้น้อยที่สุด คือ การแนะนำให้อ่านหนังสือหรือพูดคุยกับคนอื่น ๆ และการแนะนำให้นึกคิดถึงเรื่องที่ทำให้เพลิดเพลินสบายใจ ซึ่งเป็นหลักวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ สอดคล้องกับการศึกษาความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (ทิพา ต่อสกุลแก้ว และคณะ 2535) ที่พบว่า วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่พยาบาลใช้น้อยคือ การเบี่ยงเบนความสนใจ และเทคนิคการผ่อนคลาย ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของแม็คแคฟเฟอร์ที่กล่าวว่า พยาบาลมักไม่นิยมใช้ เนื่องจากอาจไม่เชื่อในความเป็นวิชาการ (Mc Caffery 1979:183) นอกจากนี้ พยาบาลได้ใช้เทคนิคในการบรรเทาความเจ็บปวดแบบอื่นอีก ที่สอดคล้องกับหลักวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในทฤษฎีควบคุมประตุ คือ การลดการรุกรายประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ การทำแผลที่นุ่มนวล การสวนปัสสาวะ การช่วยเหลือหายใจ แนะนำให้กลั้วคอเพื่อลดอาการเจ็บคอ การจัดวางสิ่งของให้ใกล้มือ และการกระตุ้นความรู้สึกนึกคิดทางบวกด้วยการสร้างความเป็นกันเองกับผู้ป่วย

4. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยาและประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวด 1-3 ครั้ง ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ส่วนในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัด ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวด และในส่วนของผู้ที่ได้รับยาแก้ปวด ส่วนใหญ่ได้รับ 1-2 ครั้ง ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด และได้รับ 1 ครั้ง ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด แสดงว่าพยาบาลรับรู้และเข้าใจว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความเจ็บปวดมากที่สุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และอาจเข้าใจว่าวันอื่น ๆ มีความเจ็บปวดน้อยกว่า จึงให้ความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นของการให้ยาแก้ปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดมากกว่า เมื่อพิจารณาฤทธิ์ของยาแก้ปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมาก และได้รับยาแก้ปวดมากที่สุด โดยที่ยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 88.9 ได้รับคือ เฟนติดิน ซึ่งมีฤทธิ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดได้นาน 3-4 ชั่วโมง (Collins 1991:25) แล้ว จะพบว่าร้อยละ 73.8 ของยาตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับ มีฤทธิ์อยู่ได้นานใกล้เคียงกับช่วงที่ขามีฤทธิ์ในการระงับปวด แต่เมื่อพิจารณาร่วมกับจำนวนครั้งของการได้รับยาจะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวดต่อวันในปริมาณน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ ส่วนในวันอื่น ๆ ก็เป็นลักษณะเดียวกัน แม้ว่าร้อยละของยาที่มีฤทธิ์นานใกล้เคียงกับช่วงที่ขามีฤทธิ์ในการระงับปวดจะมีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.8 และ 94.9 ในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัด ตามลำดับก็ตาม แต่มีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้รับยาแก้ปวด เป็นผลให้ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดในแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้อง

กับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดของเจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพทั้งในและต่างประเทศ (จริยา เลิศอรธรรมณี และคณะ 2531:143-154; Mark & Sachar 1973:173-181; Sriwatanakul et al 1983:926-929; Weis et al 1983:70-74) เมื่อพิจารณา ข้อมูลจากวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดทั้งของผู้ป่วย ของแพทย์ และของเจ้าหน้าที่ พยาบาล ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต อาจพอสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลให้ ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางนั้น มีทั้งปัจจัยทางด้าน ผู้ป่วย และด้านการรักษาพยาบาลร่วมกัน

ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ การไม่บอกเจ้าหน้าที่ว่าปวดและหรือการไม่ขอยาแก้ปวด ผู้ป่วยร้อยละ 64 บอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกปวด ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 44 บอกนาน ๆ ครั้ง และมีผู้ป่วยร้อยละ 36 ที่ไม่บอกเจ้าหน้าที่ การที่ผู้ป่วยไม่บอก พยาบาลว่าปวดและ/หรือไม่ขอยาแก้ปวดนั้นพบว่า ส่วนหนึ่งเข้าใจว่าได้รับยาอยู่แล้วตาม เวลา คิดว่าต้องเป็นไปตามแผนการรักษาและเกรงใจพยาบาล เมื่อปวดจนทนไม่ได้จึง บอกเพื่อขอความช่วยเหลือ และมีบางรายที่บอกกับญาติเพื่อให้ญาติไปขอมาให้ ลักษณะ เช่นนี้ สอดคล้องกับข้อสังเกตของจริยา และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช (จริยา เลิศอรธรรมณี และคณะ 2531:153) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมักเกรงใจไม่กล้าบอก พยาบาล ร้องปวดมากจริง ๆ จึงบอก สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของมูคส์ นักสังคมศาสตร์ การแพทย์ (Mauksch 1975 in Oden 1989:11) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยมักคิดว่าทุกอย่าง ต้องเป็นไปตามแผนการรักษา และสอดคล้องกับข้อสังเกตของลิสสัน (Lisson 1987: 651) ที่พบว่า ผู้ป่วยมักไม่บอกความเจ็บปวดกับเจ้าหน้าที่ แต่บอกกับญาติ นอกจากนี้ยังพบ ว่า การที่ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดและ/หรือไม่บอกว่าปวดทั้ง ๆ ที่มีความเจ็บปวดแต่ พยายามอดทนไว้ เพราะได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลร้อยละ 33 บางรายได้รับ จากแพทย์ จากญาติที่มีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนว่า ยาแก้ปวดชนิดฉีดอาจมีอาการแพ้ ทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน คลื่นไส้อาเจียน อาจทำให้การหายใจไม่ดี และติดยาได้ซึ่งเป็นสิ่งที่ ผู้ป่วยหวาดกลัวมาก (Lisson 1987:655) ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างจำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับกับอาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการท้องอืด (ตาราง 19 ในภาคผนวก ข) และในผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับยาแก้ปวด 5 และ 6 ครั้งในวันที่ 1 หลัง ผ่าตัด ก็ไม่พบว่ามีอาการคลื่นไส้อาเจียนและท้องอืดเช่นกัน ส่วนความเชื่อของแพทย์และ พยาบาล ที่ว่ายาแก้ปวดนาร์โคติกในขนาดที่ใช้ในการรักษาทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดติดยาได้ นั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ในต่างประเทศพบว่า เจ้าหน้าที่ในหลาย ๆ ระดับที่ให้การดูแล ผู้ป่วยยังมีความเชื่อเช่นนี้อยู่ (Mark & Sachar 1973:172-181; Khun et 1990 :

1687-1690; Weis et al 1983:70-74)

เพศ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาในเวลาที่ต้องการ แม้ว่าจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนยาที่ผู้ป่วยเพศชายและหญิงได้รับจะไม่แตกต่างกัน (ตาราง 21 ในภาคผนวก ข) แต่จากการสัมภาษณ์และการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยเพศชายที่ขอยาแก้ปวดไปแล้วไม่ได้รับยาส่วนใหญ่จะไม่ขอซ้ำ บางรายบอกว่าการที่พยาบาลไม่นำยามาให้คงจะให้ลองอดทนต่อสักระยะ และบางรายบอกว่าการขอซ้ำเป็นการแสดงความอ่อนแอกับพยาบาลซึ่งเป็นเพศหญิง ผู้ป่วยบางรายรอจนมีการเปลี่ยนเวรพยาบาลจึงขอยาใหม่ บางรายขอให้ญาติมาช่วยขอซ้ำให้ และมีอยู่บ่อยครั้งที่ผู้วิจัยช่วยบอกพยาบาลแทนให้ และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดแยกกลุ่มผู้ป่วยตามเพศ (ตารางเดียวกัน) พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับความเจ็บปวดสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดสูงกว่าเพศชาย ($p < .05$) แต่มีระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทั้ง 3 วัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงมีความละเอียดอ่อนกว่า จึงรับรู้ความเจ็บปวดสูงสุดได้ไวกว่า แต่เมื่อมีการรับรู้ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้การใช้ยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khun et al 1990: 1687-1690) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์น และคณะ (Burns et al 1989: 2-6) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยาแก้ปวดชนิดที่ให้ผู้ป่วยควบคุมการใช้ยาด้วยตนเอง (Patient-controlled analgesia) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า ที่ระดับความเจ็บปวดเดียวกัน ผู้ป่วยเพศชายมีการใช้ยาแก้ปวดในปริมาณมากกว่า ($p < .05$)

ภาวะแทรกซ้อนจากการคลีนไส้อาเจียน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาแก้ปวดในขณะที่มีอาการปวด แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า ผู้ป่วยที่มีและไม่มีอาการคลีนไส้อาเจียนจะได้รับยาแก้ปวดไม่แตกต่างกัน (ตาราง 20 ในภาคผนวก ข) แต่จากการสังเกตพบว่า พยาบาลมักจะรอให้อาการนี้หมดไปก่อนจึงให้ยาแก้ปวดโดยอธิบายกับผู้ป่วยว่า ถ้าให้ยาแก้ปวดในขณะที่นี้อาจทำให้อาการคลีนไส้อาเจียนรุนแรงขึ้น และจะรายงานแพทย์ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เพราะในคำสั่งยาแก้ปวดของแพทย์ไม่ได้สั่งคูกับยาแก้คลีนไส้อาเจียน จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดล่าช้าออกไป

ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อผลการบรรเทาความเจ็บปวด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดของการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

นี้จะไม่พบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวดและจำนวนยาที่ได้รับในผู้ป่วยที่มีและไม่มีประสบการณ์ผ่าตัดและในผู้ป่วยที่มีและไม่มีความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดก็ตาม (ตาราง 22, 23 ในภาคผนวก ข) แต่จากการสังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน และที่มีความเจ็บปวดก่อนผ่าตัด มักใช้ประสบการณ์เดิมเป็นเกณฑ์ในการตัดสินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นว่าควรจะอดทนต่อไปหรือไม่ โดยจะยังไม่ขอยาแก้ปวดเมื่อพบว่าความเจ็บปวดในขณะนั้นไม่รุนแรงกว่าที่เคยประสบมา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเมื่อมีอาการปวดมากซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด

ระยะเวลาในการออกฤทธิ์อยู่นานของยาแก้ปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน แม้ในผู้ป่วยคนเดียวกันก็พบว่ายาแก้ปวดที่ได้รับแต่ละครั้งมีฤทธิ์อยู่นานไม่เท่ากัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าฤทธิ์ยาที่อยู่นานน้อยกว่า 4 ชั่วโมงมีร้อยละ 24.1, 13.4 ในระยวันที่ 1, 2 หลังผ่าตัด ตามลำดับ ด้วยความจำเป็นในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยถ้าได้รับยาเกินไป จึงต้องกำหนดให้ยาได้ตามเวลา ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดในการศึกษานี้ ทั้งนี้เนื่องจากเภสัชจลนศาสตร์ในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาทางเภสัชวิทยาของยาเฟนติดินในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่า การดูดซึมของยาหลังฉีดเข้ากล้ามเนื้อในผู้ป่วยแต่ละรายไม่แน่นอน ความเข้มข้นสูงสุดของยาในพลาสมา มีค่าแตกต่างกันถึง 5 เท่าในผู้ป่วย 9 คน ส่วนระยะเวลาที่ระดับความเข้มข้นของยาขึ้นถึงค่าสูงสุด มีความแตกต่างกันถึง 7 เท่าในระหว่างผู้ป่วย (Austin, Stapleton & Mather 1980:460-466) ฤทธิ์ของยาจึงมีความแตกต่างกันในระหว่างผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับระดับยาแก้ปวดนาร์โคติกในพลาสมา พบว่า ระดับยาสูงอยู่นานในผู้สูงอายุ (Austin, Stapleton & Mather 1980:460-466; Berkowitz et al 1975:629-635; Kaiko et al 1982 in Oden 1989:5) ขณะไม่มีกิจกรรมและในผู้ที่มีบุคลิกภาพเก็บตัว (Austin, Stapleton & Mather 1980:460-466; Berkowitz et al 1975:629-635) จากผลของฤทธิ์ยาแก้ปวดที่พบในการศึกษานี้พอจะตั้งข้อสังเกตได้ว่า ฤทธิ์ของยาแก้ปวดจะอยู่ได้นานขึ้นเมื่อให้ในขณะที่มีความเจ็บปวดไม่รุนแรงมากนัก โดยพบว่า ร้อยละของฤทธิ์ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์อยู่นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไปมีเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด

สำหรับปัจจัยทางด้านการรักษาพยาบาล จากข้อมูลวิธีบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยาของแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล พบว่า แพทย์สั่งยาแก้ปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 76, 69 ในวันที่ 2, 3 หลังผ่าตัด ตามลำดับ จึงมีผู้ป่วยอีกร้อยละ 24 และ 31

ที่ไม่มีคำสั่งยาแก้ปวด ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 4 และ 1 ที่พยาบาลต้องรายงานขอยาในวันที่ 2,3 หลังผ่าตัด ตามลำดับ เนื่องจากยังอยู่ในระยะที่ต้องใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีด และมีผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่พยาบาลจัดการให้ยาแก้ปวดลดไข้ที่ไม่อันตรายเองไปก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา และคณะ ที่พบว่า มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีความเจ็บปวดแต่แพทย์ไม่สั่งยาแก้ปวดให้ และจากการสอบถามพยาบาลถึงวิธีการแก้ปัญหาเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแต่ไม่มีคำสั่งยาแก้ปวด พบว่า พยาบาลร้อยละ 29 จะให้ยาแก้ปวดที่ปลอดภัยไปก่อน (จริยา เลิศอรธรรมขนิ และคณะ 2531:143-145, 205-210) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 12 ได้รับคำสั่งยาแก้ปวดพาราเซตามอลชนิดกินตามเวลา แต่พยาบาลให้เป็นครั้งคราวเมื่อปวด ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 49,66 ตามลำดับ) ได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลว่า เมื่อรู้สึกปวดให้ขอยาแก้ปวดได้ จึงมีผู้ป่วยอีกประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่ได้รับข้อมูลนี้ และแม้ว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลจะให้ยาแก้ปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวดร้อยละ 80.4 แต่เป็นการให้ทันทีเกือบทุกครั้งร้อยละ 40.2 . จึงมีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งต้องรอนาน ส่วนใหญ่จะเป็นช่วงเวลาปฏิบัติงานตามเวลา พยาบาลมักจะรอให้เสร็จงานก่อน จึงนำยามาให้และอาจลืมนำในบางครั้ง การแนะนำให้ผู้ป่วยบอกว่าปวดโดยไม่ต้องรอให้ปวดมากจึงบอก การสอบถามความต้องการยาแก้ปวด และการให้ยาแก้ปวดก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดมาก ซึ่งอาจช่วยให้การบรรเทาความเจ็บปวดในครั้งนั้น ๆ ได้ผลดี (Kamel & Geddes 1978:599-603) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีค่อนข้างน้อยคือร้อยละ 37,17 และ 17 ตามลำดับ การไต่ถามผู้ป่วยถึงความเจ็บปวดโดยเจาะจงมีความสำคัญยิ่ง (จริยา เลิศอรธรรมขนิ และคณะ 2531:150) จะช่วยให้ทราบปัญหาความเจ็บปวดของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพราะความเจ็บปวดคือ สิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกมาว่าเจ็บปวด และยังคงอยู่ตราบนานเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามี (Mc Caffery 1980:26) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 37 รับรู้ว่าไม่ได้รับการไต่ถามเกี่ยวกับอาการเจ็บปวด การบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าได้รับยาแก้ปวดเป็นวิธีหนึ่งที่กระตุ้นการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งอาจช่วยให้การบรรเทาความเจ็บปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั้น พบว่ามีบางครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบอก เป็นเหตุให้มีผู้ป่วยไม่ทราบว่าได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 8.3, 12.4, 15.7 ของจำนวนครั้งที่ได้รับยาในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ตามลำดับ ส่วนการสอบถามผลของยาหลังให้ ซึ่งเป็นการประเมินผลการบรรเทาความเจ็บปวดพบว่า มีเพียงร้อยละ 46.5 ซึ่งมีการสอบถามนาน ๆ ครั้งร้อยละ 20.2 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ได้รับยาแก้ปวดแล้วกลับไป พยาบาลจึงอาจประเมินโดยดูจากการที่ยาช่วยให้ผู้ป่วยหลับได้

เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดของการศึกษานี้ในเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับความเจ็บปวดกับจำนวนยาที่ได้รับ (ตาราง 18 ในภาคผนวก ข) พบว่า ระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนยาที่ได้รับในระดับต่ำทั้ง 3 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.17, p<.05$; $r=.28, p<.01$; $r=.25, p<.01$) แม้ว่าความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่ก็แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บปวดมากมีแนวโน้มว่าจะได้รับยาแก้ปวดมากขึ้น ข้อมูลนี้สนับสนุนว่า พยาบาลให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวดและ/หรือเมื่อผู้ป่วยขอยาแก้ปวด และเป็นการให้ตามระดับความเจ็บปวด คือให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากแล้ว ซึ่งการให้ยาในขนาดปกติเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมาก มักมีประสิทธิภาพไม่สูงพอที่จะระงับความเจ็บปวดได้ (Mc Caffery 1987:64; Rosmoff 1983:27)

การศึกษานี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการลดความเจ็บปวด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด ทั้งวิธีที่กระตุ้นการรับรู้ของสมองเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา ลดการเร้าอารมณ์ ให้รู้จักวิธีลดการกระตุ้นไขประสาทขนาดเล็กและปฏิบัติเองได้ถูกต้อง เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น การอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวล การแนะนำวิธีหายใจลึก ๆ ช้า ๆ วิธีไอ วิธีเปลี่ยนอิริยาบถ รวมทั้งการอธิบายและบอกเหตุผลในวิธีการต่าง ๆ ที่แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติ และพบว่าวิธีที่พยาบาลใช้น้อยที่สุด คือ วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดจากพยาบาลด้วยวิธีที่เบี่ยงเบนความสนใจส่วนใหญ่ได้รับจากพยาบาลที่มีความสามารถเฉพาะตัว โดยที่พยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะเหล่านี้

จุดมุ่งหมายในการบรรเทาความเจ็บปวดของแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดของการศึกษานี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมักได้รับกำลังใจจากแพทย์และพยาบาลว่าให้อดทน อีก 2-3 วันจะดีขึ้นเอง ถ้าปวดมากก็ขอยาได้ โดยแพทย์และพยาบาลอาจคิดว่า ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นเรื่องปกติ จะค่อย ๆ ดีขึ้นเองเมื่อเวลาผ่านไป (วรรณา ศรีโรจนกุล 2534:109) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของแพทย์และพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยทั้งในและต่างประเทศ พบว่าต่างมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน คือ ให้ความเจ็บปวดหมดไป ให้พอไม่ให้ทุกข์ทรมานให้

เหลือพอทนไหว และให้เมื่อปวดมากจริง ๆ (เจริยา เลิศอรรถขมณี และคณะ 2531:205-209; Khuh et al 1990:1687-1690; Weis et al 1983:70-74) ซึ่งอาจเป็นเหตุหนึ่งที่แพทย์ไม่สั่งยาแก้ปวด และพยาบาลไม่ให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวด และให้เป็นครั้งคราวแทนการให้ตามเวลา

จากปัจจัยทั้งทางด้านผู้ป่วยและด้านการรักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่าการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยามีความซับซ้อนทั้งในด้านของผู้ป่วยที่มีความเป็นปัจเจกบุคคล และในด้านการพยาบาลที่มีความห่วงกังวลต่อสวัสดิภาพของผู้ป่วยในความดูแล กล่าวว่าจะได้รับอันตรายจากยา และในช่วงที่ทำการศึกษานั้นเป็นช่วงที่มีพยาบาลในแผนกศัลยกรรมลาออกมาก การขาดกำลังคนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลต้องทำงานบริการมากขึ้น ต้องรีบเร่งให้เสร็จทันเวลาและเสร็จภายในเวร จึงอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และจากปัจจัยทั้งทางด้านผู้ป่วยและด้านการรักษาพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเชื่อว่า เจ้าหน้าที่พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินความเจ็บปวด การให้ยาแก้ปวด และการใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดอย่างอื่น ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งมีอยู่หลายวิธีที่มีรายงานว่าใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย(รุ่งทิพย์ จามรมาน 2532; Fitzpatrick & Flaherty 1978:352; Miller & Perry 1990:136-146; Mogan et al 1985:267-280) การเบี่ยงเบนความสนใจ (น้ำเพ็ญจิต แสงชาติ 2528 ; Loscin 1981:19-25) และการให้ข้อมูลความรู้ร่วมกับการแลกเปลี่ยนการรับรู้ (Vinya-nguag 1989) เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้างนี้ ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับจากผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างน้อย คือเป็นระดับประถมศึกษา และอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูงจากความเจ็บปวด จึงอาจมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในการจดจำเกี่ยวกับกิจกรรมพยาบาลที่ได้รับ และในภาวะเครียดอาจเป็นเหตุให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกอาการของตนกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง (Lisson 1987:655) ทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

- 5 วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล

การศึกษาค้างนี้พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 32 รู้สึกพึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับยา

แก้ปวด ทั้งนี้เนื่องจาก ยาแก้ปวดมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความเจ็บปวดได้ดีโดยเฉพาะในระยะที่มีอาการเจ็บปวดปานกลางและเจ็บปวดรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัดแต่ในผู้ป่วยบางรายอาจนานถึง 4 วัน (วรรณ ศิริโรจนกุล 2534:109) ซึ่งผู้ป่วยเองก็รับรู้ว่ายากแก้ปวดเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเจ็บปวด และเป็นสิ่ง que ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ต้องการเป็นอันดับแรก (สังวาลย์ แก้วประเสริฐ 2532:44) โดยผู้ป่วยบอกว่า ยาแก้ปวดช่วยลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้หลับได้ดีขึ้น และช่วยให้มีกำลังพอที่จะช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

การศึกษาค้นครั้งนี้ยังได้พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 28 ที่พึงพอใจต่อการดูแลและคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลมากที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มนี้บอกความรู้สึกว่า มีความประทับใจที่แพทย์พยาบาลให้การดูแลโดยไม่รังเกียจ ประทับใจในความช่วยเหลือที่ไม่คิดว่าได้รับจากคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติพี่น้อง และคำแนะนำต่าง ๆ ที่ให้ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังได้พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 11 รู้สึกพึงพอใจในวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดของตนเองมากที่สุด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับผลรบกวนจากความเจ็บปวดไม่มากและใช้ยาแก้ปวดน้อย ส่วนใหญ่ไม่ใช้ยาแก้ปวดเลยในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด (ตาราง 25 ในภาคผนวก ข) วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการทางบวก และบางรายใช้วิธีตามความเชื่อของตนและญาติ และพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 4-5 ที่พึงพอใจต่อการให้ยาแก้ปวดร่วมกับการดูแล ร่วมกับคำแนะนำ และร่วมกับวิธีของตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่า การดูแลในปัญหาความเจ็บปวดของผู้ป่วยนั้น แม้ยาแก้ปวดจะมีประสิทธิภาพในการระงับความเจ็บปวดโดยตรง แต่ยาแก้ปวดไม่ได้เป็นสิ่งเดียวที่ผู้ป่วยต้องการ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องการได้รับการดูแลอย่างอื่นมากกว่า และ/หรืออาจต้องการทั้งยาแก้ปวดร่วมกับการดูแล และผู้ป่วยบางรายและ/หรือในบางครั้งอาจพึงพอใจที่จะจัดการกับปัญหาความเจ็บปวดด้วยตนเอง การดูแลผู้ป่วยในปัญหาความเจ็บปวดจึงควรปรับให้เหมาะสมกับความต้องการเป็นราย ๆ ไป

การศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลที่ระดับปานกลางและมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับความเจ็บปวดลดลงเป็นไปตามความคาดหวัง ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่รับรู้แพทย์และ

เจ้าหน้าที่พยาบาลได้ให้ความสนใจเอาใจใส่ในความเจ็บปวดของตนร้อยละ 90 และ 87 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 ที่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการดูแล และคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อจำกัดด้านความตรงภายใน

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเสนอภาพรวมของวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เจ้าหน้าที่แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลรามาริบัติใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ไม่ได้มุ่งเน้นถึงวิธีการของเจ้าหน้าที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ระดับใดระดับหนึ่งโดยเฉพาะ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงผลการวิจัยว่าเป็นผลจากแพทย์และ/หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับใดอย่างเฉพาะเจาะจงได้

2. การศึกษาวิธีบรรเทาความเจ็บปวดของแพทย์และของเจ้าหน้าที่พยาบาลใช้วิธีการสอบถามจากผู้ป่วยฝ่ายเดียว อาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากในภาวะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีความเจ็บปวดอาจมีผลต่อการรับรู้และความจำได้

3. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความสม่ำเสมอและความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัยเองในการอ่านและอธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือ

4. อาจมีเจ้าหน้าที่พยาบาลทราบงานวิจัย ทำให้การศึกษาคำเป็นไปของวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่เจ้าหน้าที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้เป็นไปตามความเป็นจริงที่เคยปฏิบัติ

5. ผู้วิจัยอาจมีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบประเมินความพึงพอใจในวิธีบรรเทาความเจ็บปวด เพราะกลุ่มตัวอย่างทราบว่าผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจึงอาจทำให้ได้คำตอบที่เบี่ยงเบนไป

6. การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะต่าง ๆ กันดังแสดงในตารางภาคผนวก ข อาจได้ผลที่คลาดเคลื่อน เนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มที่แยกตามคุณลักษณะหนึ่ง ๆ อาจมีคุณลักษณะอื่นที่มีผลต่อระดับความเจ็บปวดปะปนอยู่ด้วย

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก

เนื่องจากการเลือกตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างจึงไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทั้งหมด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลไปอ้างอิงกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยทั่ว ๆ ไป ในโรงพยาบาลรามธิบดี ที่มีคุณสมบัตินอกเหนือจากที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ และการนำไปใช้อ้างอิงในที่อื่นๆ



สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาเรื่องความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตำแหน่ง ลักษณะของความเจ็บปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวดและผลรบกวนของความเจ็บปวดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ศึกษาวิธีบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหรือญาติ ของแพทย์และของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย วิธีบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยา ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุด และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตูดของเมลแซคกับวอลล์ (Melzack & Wall) เป็นแนวทาง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดทางช่องท้อง ที่แผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในช่วงเดือนตุลาคม 2534 ถึงเดือนมกราคม 2535 จำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง Brief Pain Inventory ของ Pain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเจ็บปวด ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงเพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสมกับการศึกษา และ 2) แบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วยวิธีบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้วิจัยหาคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและโครงสร้างตามทฤษฎี และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจำนวน 20 ราย เพื่อตรวจสอบความตรงด้านภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและ/หรือสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บปวดตามแบบประเมินความเจ็บปวดทุก 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และหลังจากที่ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความเจ็บปวดที่ 72 ชั่วโมงเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามวิธีบรรเทาความเจ็บปวดตามแบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีจัดหมวดหมู่ตามลักษณะที่คล้าย ๆ กัน การวิจัยได้ผลสรุป ดังนี้

1. ตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ตำแหน่งและลักษณะความเจ็บปวดมีทั้งที่เป็นความเจ็บปวดของอวัยวะภายในและอวัยวะภายนอกร่วมกัน คือ มีตำแหน่งความเจ็บปวดทั้งที่ภายในส่วนลึกและที่ผิว ๆ ส่วนใหญ่มีลักษณะความเจ็บปวดเป็นแบบปวดตึง เจ็บจี๊ด ปวดตื้อ และปวดเมื่อย และผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการเจ็บปวดนอกบริเวณผ่าตัดด้วย

2. ตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น คือ การเปลี่ยนท่า การไอ และการนอนนาน ๆ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ความเจ็บปวดลดลง คือ ยาแก้ปวด

3. ระดับความเจ็บปวดสูงสุดต่ำสุด โดยเฉลี่ย และขณะประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องจะมีค่าสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และระดับความเจ็บปวดลดลงทุกวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ยกเว้นระดับความเจ็บปวดขณะประเมินในวันที่ 2 กับ วันที่ 3 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ความเจ็บปวดรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในวันแรกหลังผ่าตัด เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้คือ รบกวนต่อการเดิน การกระทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การนอนหลับ และรบกวนต่ออารมณ์ ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ผลรบกวนเรียงลำดับจากมากไปน้อยเหมือนกันดังนี้คือ รบกวนต่อการเดิน ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต การกระทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ การนอนหลับ และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

5. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยใช้มาก คือ การพลิกตัวไปมาให้อยู่ในท่าที่สบาย การหายใจลึก ๆ ช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอ และการลูบเบา ๆ ที่บริเวณผิวหนังใกล้ ๆ กับแผล

6. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่แพทย์ใช้มาก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ ให้ความสนใจเอาใจใส่ในความเจ็บปวดและแสดงความเข้าใจและเห็นใจในความเจ็บปวด

7. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่เจ้าหน้าที่พยาบาลใช้มาก ตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมระหว่างที่มีอาการปวด และแนะนำให้พลิกตัว

ลูกนั่ง ดูแลความสุขสบาย ให้ความสนใจเอาใจใส่ในความเจ็บปวด ให้ยาแก้ปวดทันทีที่บอกว่าปวดและแสดงความเห็นใจในความเจ็บปวด

8. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่ได้รับยาแก้ปวด 1-3 ครั้งในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด พบว่ามีผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งที่ได้รับยาแก้ปวดโดยส่วนใหญ่ได้รับ 1-2 ครั้ง และ 1 ครั้ง ตามลำดับ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่รับรู้ฤทธิ์ของยาแก้ปวดว่าสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป

9. ในทุก ๆ วันของ 3 วันแรกหลังผ่าตัด ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีระดับปานกลาง

10. ยาแก้ปวด การดูแลและคำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความพึงพอใจมากที่สุด และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดที่ระดับปานกลางและระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

การนำไปใช้ในด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความไวมากต่อการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงควรลดสิ่งกระตุ้นที่เพิ่มความเจ็บปวดและผลรบกวนต่าง ๆ ทั้งที่เป็นผลจากการปฏิบัติการพยาบาลและจากสิ่งแวดล้อม

2. พยาบาลควรพิจารณาเพิ่มการใช้ยาแก้ปวดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากขึ้น การให้ยาแก้ปวดโดยรอให้ผู้ป่วยบอกว่าปวดและ/หรือขอยา นั้น ยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้การบรรเทาความเจ็บปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจมีความพึงพอใจต่อวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน การดูแลในปัญหาความเจ็บปวดจึงควรประเมินตามความต้องการโดยอาศัยข้อมูลจากตัวผู้ป่วยโดยตรง และปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใช้วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่สามารถกระทำเองได้ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การจินตนาการทางบวก การไอและการเปลี่ยนอิริยาบถที่ถูกวิธี รวมทั้งการปฏิบัติตามประสบการณ์และ/หรือความเชื่อที่ไม่ขัดต่อการรักษา

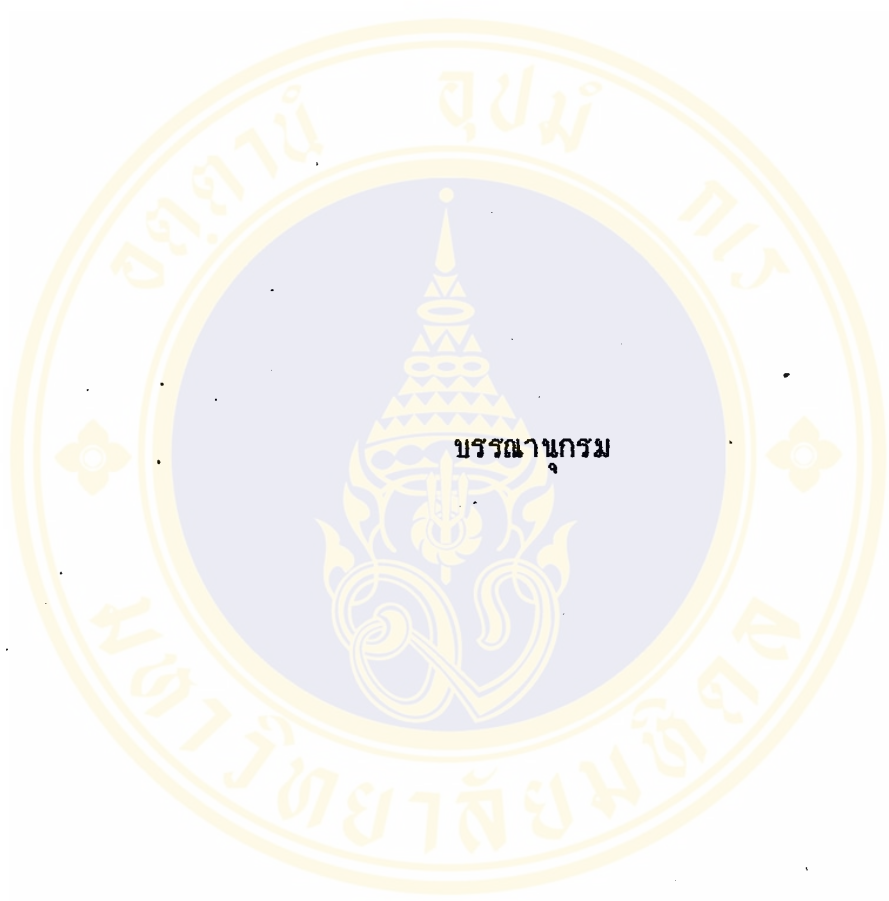
โดยให้การสนับสนุนและคำแนะนำวิธีปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด

การนำไปใช้ในการศึกษาพยาบาล

1. ควรจัดให้มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บปวด เพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บปวด การประเมินความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวด และการประเมินผลของการให้การบรรเทาความเจ็บปวดทั้งในด้านทฤษฎีและด้านการปฏิบัติ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด และลดการรื้ออารมณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และลดปัญหาการเกิดทัศนคติต่อการผ่าตัดในทางลบ
2. ควรเน้นให้นักศึกษานพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของความเจ็บปวดซึ่งเป็นความเครียดที่ก่อให้เกิดผลรบกวนต่าง ๆ ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิธีที่พยาบาลใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลจากพยาบาลร่วมกับการสังเกต ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดของพยาบาลที่ถูกต้องมากขึ้น เช่น ศึกษาในรายละเอียดของวิธีการประเมินความเจ็บปวด การใช้ยา การใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการบรรเทาความเจ็บปวดที่พยาบาลปฏิบัติจริง และรวมถึงวิธีการประเมินผลของการบรรเทาความเจ็บปวด
2. ศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เกี่ยวกับทัศนคติต่อการบรรเทาความเจ็บปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้สามารถปรับปรุงแก้ไขเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวด
3. ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเกี่ยวกับความคาดหวังต่อการบรรเทาความเจ็บปวดจากการผ่าตัด เพื่อช่วยให้การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. ศึกษาซ้ำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทั้งในผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บปวดอื่น ๆ ก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน และศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีความเจ็บปวดมาก เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวดที่ครอบคลุมผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งหมด



บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. ความคิดเห็นในกิจกรรมการพยาบาลที่คาดหวังกับความเป็นจริงของผู้ป่วยและพยาบาลในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จริยา เลิศอรธรรมณี. "Visceral Pain" หน้า 53-56 ใน The Principle of Pain: Diagnosis and Management. สรุศักดิ์ นิลกานวงศ์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์, 2534.
- จริยา เลิศอรธรรมณี, สุนิรัตน์ คงเสริวงศ์ และวราภรณ์ ทิพย์เนตร. "ความเจ็บปวดในโรงพยาบาลศิริราช: ข้อมูลจากผู้ป่วย." สารศิริราช. 40 (มีนาคม 2531) : 143-154.
- "การระงับความเจ็บปวดในโรงพยาบาลศิริราช : ข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล" สารศิริราช. 40 (มิถุนายน 2531): 205-210.
- จุฑามณี จารุจินดา. "Narcotic Analgesics & Opiate receptor subtypes." IASP (Thai Chapter) PAIN NEWS. 2 (July 1991): 3-4.
- จรัส สุวรรณเวลา. "ความเจ็บปวด." รามาธิบดีเวชสาร. 3 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2523): 100-111.
- ฉวี มากพุ่ม. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- นัยนิญ คชภักดี. "การทำสมาธิกับสุขภาพ" คลินิก. 5 (เมษายน 2532): 268-272.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- ประคอง อินทรสมบัติ. "ความเครียดของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" หน้า 1-10. ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : มิตรเจริญการพิมพ์, 2530.

- พรจันทร์ พงษ์พรหม. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้องและความพึงพอใจที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- ทิพา ต่อสกุลแก้ว, บรรจง คำหอมกุล และโสภา ทองพิมพ์. "การศึกษาความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรม." เอกสารประกอบการเสนอผลงานในการประชุมวิชาการเกี่ยวกับความเจ็บปวด สยามซิตีโฮเทล กรุงเทพฯ 9-11 มีนาคม 2535.
- รุ่งทิพย์ จามรมา. ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. แผนการรักษาและบำบัดเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งก่อนส่งคลินิกระงับปวด. พิมพ์ดีด 2533.
- สมพร ชินโนรส. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในโต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- สมศรี เผ่าสวัสดิ์ การให้ยาสลบในประสาทศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชูนิติ์ พับลิเคชั่น, 2531.
- สมศรี รัตนปรีชา. ศึกษาวิธีการลูกนั่งที่สัมพันธ์กับการเจ็บแผลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- สิระ บุญยรัตเวช " คำจำกัดความของศัพท์เกี่ยวกับ Pain." IASP (Thai Chapter) PAIN NEWS. 2(April 1991) : 2.
- สุจิตา พันธุ์กล้า. เปรียบเทียบผลการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังคลอดระหว่างวิธีประคบด้วยความเย็นและประคบด้วยความร้อน. วิทยานิพนธ์-วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุนิต เภาสุวรรณ " การเลือกใช้ยาห่อนกล้ามเนื้อในการดมยาสลบ." หน้า 36-49. ใน ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา เล่ม 3. เพลินจิตต์ ศิริวันสาณฑ์ และคณะบรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สุพรรณกิจ, 2527.
- สุพร พลขานนท์ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการความเจ็บปวด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แม็ค, 2528.

- สุนันทา คำพอ. เปรียบเทียบการสอนอย่างมีแบบแผนและการสอนตามปกติแก่ผู้ป่วยต่อ
กระจกที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาธิบดี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. นวัตกรรมวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บ
ปวดกับผลการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระหว่างผู้ป่วยและ
พยาบาล. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล-
ศาสตร์. นวัตกรรมวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ศิริกัญญา ฤทธิแปลก. ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังนิทานต่อความเจ็บ
ปวดชนิดเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. นวัตกรรมวิทยาลัย มหา-
วิทยาลัยมหิดล, 2529.
- วรรณ ศรีโรจนกุล. "Technique for post-operative pain control".
หน้า 109-113. ใน The Principle of Pain: Diagnosis and
Management. สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์, 2534.
- อนวัตร ลิ้มสุวรรณ. "ไข้ในแนวคิดแบบใหม่" รามาธิบดีเวชสาร. 12 (เมษายน-
มิถุนายน 2532) : 69-78.
- อรชร มาลาหอม. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟู
สภาพภายหลังผ่าตัดนี้ในโตและท่อนโต และความพึงพอใจที่ได้รับ วิทยา-
นิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. นวัตกรรมวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- อรรถัย ดันตติรีนทร์ "การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาชาเฉพาะที่โดยวิธี Spinal and Epi-
dural Anesthesia." หน้า 365-378. ใน ฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา
เล่ม 3. เพลินจิตต์ ศิริวันสาณฑ์ และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพ
มหานคร : สพรธุรกิจ, 2527.
- อำนวยการ ธิฐาพันธ์. "ชีวเคมีของการเกิดความปวด" IASP (Thai Chapter) PAIN
NEWS. (April 1991) : 3.
- อัมไพ ยุติธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการพยาบาลตามความคิดเห็นของ
ผู้ป่วย กับระดับความแตกต่างของการให้อันดับความสำคัญในกิจกรรมการ
พยาบาลของผู้ป่วยและพยาบาล. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. นวัตกรรมวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

เลื่อมพร ทองกระจาญ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บปวด เอกสารคำสอนวิชาการ
พยาบาลอาชีวศาสตร์และคัลยศาสตร์ชั้นสูง ภาควิชาพยาบาลอาชีวศาสตร์
และคัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2533.

Angiler, D.C. "Relationship between physical contact and verbal interaction between nurse and patients. " Journal of Psychiatric Nursing. 5 (1) 1967: 5-21.

Arathuzik , M.D. " The Appraisal of Pain and Coping in Cancer Patients." Western Journal of Nursing Research. 13 (December 1991):714-731.

Austin, K.I., Staple, J.V. & Mather, L.E. " Relationship between blood meperidine concentrations and analgesic response : a preliminary report." Anesthesiology. 53 (December 1980) : 460-466.

Bengston, R. & Warfield, Corol.A. " Physical Therapy for pain relief." Hospital Practice. 19 (August 1984):84 K,84 O

Berkowitz, B.A. & et al. "The disposition of morphine in surgical patients." Clin Phar Ther. 17(June 1975):629-635.

Billars, K.S. "You Have Pain ? I Think This Will Help," America Journal of Nursing. 70 (October 1970) : 2143-2145.

Bond Pain. Its Nature, Analysis and Treatment. Edinburg London : Churchill, Livingston. 1979.

Bonica, J.J. "Management in Postoperative Pain." The Management of Pain. 2nd ed. London : Lea & Febiger 1990: 461-467.

Burns, J.W. & et al. "The Influence of Patient Characteristics on the Requirement for Postoperative analgesia." Anaesthesia . 44(January 1989):2-6.

Camp, L.D. "A comparison of nurse recorded assessments of pain with perceptions of pain as described by cancer patients." Cancer Nursing. 11 (August 1988) :237-243.

Capan, L.M. & et al. "Succinylcholine -Induced Postoperative Sore throat." Anesth Analg. 62(January 1983):253.

- Carr, E.C. " Post operative pain : Patients' expectation and experience." Journal of Advance Nursing. 15 (January 1990): 89-100.
- Cervero, F. " Mechanism of acute visceral pain." British Medical Bulletin : A Series of expert reviews. 47(July 1991) : 549-560.
- Chapman, C.R. "Psychological factors in Post operative pain." In ACUTE PAIN . pp. 22-41. Edited by Smith, G. and Covino, B.G. London :Butterworth, 1985.
- Cohen, F.L. "Postsurgical pain relief:patients status and nurses medication choices." Pain. 9(October 1980):265-274.
- Collins, J.G. " Acute pain management. " International Anesthesiology Clinics. 29 (winter 1991) 23-35.
- Copp, L.A. "The Spectrum of Suffering." American Journal of Nursing. 90 (August 1990): 35-39.
- Dalton, J.A., Toomey, T. & Workman, M.R. " Pain relief for cancer patient." Cancer Nursing .11(October 1988) : 322-328.
- Dilworth, N.M. & Mackellar A. " Pain relief for the pediatric surgical patient." Journal of Pediatric Surgery. 22 (March 1987) : 264-266.
- Doll, A. "The things patients say about their nurse. " Nursing 79 7 (May 1979) : 113-120.
- Donovan, Marilee. " Pain control." The Nursing Clinics of North American 22 (September 1987) : 645-648.
- Donovan, M.I. & Dillon Paula. "Incidence and characteristics of pain in a sample of hospitalized cancer patients." Cancer Nursing. 10 (April 1987) : 85-92.
- Donovan, M., Dillon, P. & McGuire, L. "Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical in-patients. Pain 30 (1987) : 69-78.

- Dreyer, J. The Penguin Dictionary of Psychology. Great Britain: Hazell Watson & Viney Ltd., 1983.
- Edwards, W.T. & Breed, R.J. " Acute postoperative pain in Post anesthetic Care Unit. " Anesthesiology Clinics of North America. 8(June 1990):235-365.
- Fishman, B. & et al. " The Memorial Pain Assessment Card : A Valid Instrument for Evaluation of Cancer Pain." Cancer 1 (September 1987) : 1151-1156.
- Fitzpatrick, J.J. & Flaherty, G.G. " Relaxation Teachnique to Increase Comfort Level of Postoperative Patients : A Preliminary Study." Nursing Research. 27 (November-December 1978) :352-355.
- Foroforo, R. " Adolescent development and implication for pain management." Pediatric Nursing. 14 (January-February 1988) : 27-29.
- Gross, A.R. " The effect of coping strategies in the relief of pain following surgical-intervention for low back pain." Psychosomatic Medicine. 48(March-April 1986) : 229-241.
- Guyton, A.C. Text Book of medical Physiology. Philadelphia : W.B. Saunders. Co., 1971.
- Hedlin, A. & Dostrovsky, J. " Understanding the Physiology of Pain." The Canadian Nurses .75 (February 1978) : 28.
- Hedlund, L.N. "Burn Patient Coping Focus of UM Nursing Research. Nursing Research . 36(May-June 1987): 198.
- Heldrich, G. & Perry S. "Helping the patient in pain." American Journal of Nursing. 82 (October 1982) : 1828-1838.
- Herrington, J.L. & Sawyers, J.L. " Complications following Gastric Operations." In Maingot's Abdominal Operations. pp.701-730. Edited by Schwatz, S.I. and Ellis, H. London : Prentice Hall International Inc., 1990.

- Jacox, A.K. " Sociocultural and Psychological Aspect of pain." In PAIN : Source book for nurse and other health professionals . pp. 57-87. Edited by Jacox, A.K. Boston : Little Brown and Company, 1977.
- Kanto, J. & et al. " Pre-operative preparation." Nursing Times. 86 (May 1990) : 39-41.
- Keane, B.C. " The problem of pain. " Essential of Medical-Surgical Nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B.Saunders. Co., 1986:73-187.
- Khun, S. & et al. " Perception of pain relief after surgery." British Medical Journal. 300(June 1990): 1687-1690.
- King, K.B. & et al. "Patient Management of Pain Medication After Cardiac Surgery." Nursing Research. 36(May-June 1987): 145-150.
- Knowlton, W.P. " The understanding and management of acute pain in adult:The nursing contribution." Internal Journal of Nursing Studies 21 (3) 1984 : 131-143.
- Latham, P.M. "Therapeutic Approach to Pain." In Medical Surgical Nursing: A Psycho-physiological Approach. 2nd ed. pp. 724-756. Edited by Luckman, J. and Sorensen, K.C. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1980.
- La Monica, E.L. & et al. "Development of a Patient Satisfaction Scale." Research in Nursing & Health. 9(March 1986): 43-50.
- Lehmann, J.F. & De Lateur, B.J. " Diathermy and Superficial Heat and Cold Therapy." In Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation .3rd ed. pp.275-350. Edited by Kottle, F.J., Stillwell, O.K. & Lehman, J.f. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1982.

- Lindeman A Carol " Patient Education " in Annual Review of Nursing Research Vol.6 pp 31-52. Edited by Fitzpatrick, J.J. Taumton, R.L, and Benoleit J.Q. New York: Springer publishing Co., 1988.
- Lindeman, A.C. & Aernam, V.B. " Nursing Intervention with the Presurgical Patient: The Effect of Structured and Un-structured Preoperative Teaching. " Nursing Research. 20 (July-August 1971):319-332.
- Lisson, E.L. "Ethical issue related to pain control ." Nursing Clinic of North America. 22(September 1987): 649-659.
- Locsin, R.G. " The effect of music on the pain of selected post operative patient." Journal of Advance Nursing 6 (Janary 1981) : 19-25.
- Long, B. C. "Pain" In Essentials of Medical-Surgical Nursing : A Nursing process Approach. pp.174-188. Edited by Long, B.C and Philipps Wilma. St Louis: C.V. Mosby Co., 1985.
- Lutz, L.J. & Lamer, T.J. " Management of Post operative pain: review of current techniques and methods. Myo Clinic Processings. 65 (April 1990) 584-596.
- Marks, R.M. & Sachar, E.J. "Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics." Annual of Internal Medicine. 78 (February 1973): 172-181.
- Mc Caffery, M. Nursing management of the patient with pain. 2nd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1979
- "Understanding your patient's pain." Nursing 80. 10 (September 1980) : 26-31.
- " Giving meperidine for pain : Should it be so mechanical?" Nursing 87 . 17 (April 1987) : 61-64.

- Mc Caffery, M. & Hart, L.L. " Understanding of Acute Pain with Narcotic." American Journal of Nursing. 76(October 1976): 1586-1591.
- Mc Guire, Lora. " Administering analgesics : Which drugs are right for your patient." Nursing 90. 20 (April 1990) : 34-41.
- McIntosh, A. " Sleep deprivation in critically ill patients." Nursing. 3(March 1989) : 44-45.
- Melzack Ronald & Wall D Patrick. "Psychophysiology of pain" In PAIN : A Source Book for Nurse and other Health Profession. pp.3-22 . Edited by Jacox, K Ada. Boston : Little Brown and Company 1977.
- Melzack Ronald & Wall D Patrick. The Challenge of Pain. New York : Basic Book, Inc., Publishers Part III Theories of pain 1982.
- Miller, K.M. & Perry, P.A. "Relaxation technique and postoperative pain in patient undergoing cardiac surgery." Heart Lung . 19 (March 1990) : 136-146.
- Mogan Judith, Wells Nancy & Robertson Elizabeth. " Effect of preoperative teaching on postoperative pain : a replication and expansion. Internal Journal of Nursing Studies .22 (3) 1985 : 267-280.
- Moody, F.G. & Greevy, J.M. "Complication of Gastric Surgery." In Complications in Surgery and Trauma. pp.449-470. Edited by Greenfield, L.J. Philadelphia : J.B. Lippincott Company ,1990.
- Muhlenkamp, A.F. & Joyner, J.A. " Arthritis Patients' Self Reported Affective State and Their Caregivers' Perception .Nursing Research. 35 (January-February 1986) : 24-27.

- Myers, J.S. "Cancer pain : Assessment of nurses' knowledge and attitudes." Oncology Nursing Forum. 12 (January-February 1985) : 62-66.
- Nimmo, W.S. & Duthine, D.J. "Pain relief after surgery." Anaesthesia Intensive Care. 15 (February 1987). : 68-71.
- Oberele, K. & et al. " Environment, Anxiety and Postoperative Pain." Western Journal of Nursing Research. 12 (December 1990) : 745-752.
- Oberst, M.T. " Patients Perception of Care. Measurement of Quality and Satisfaction." Cancer. 53(May 1984 suppl): 2366-2375.
- Oden, Rollin V. "Acute Postoperative Pain: Incidence, Severity and the Etiology of Inadequate Treatment. " In Management of Post operative Pain. Anesthesiology Clinics of North America 7 (March 1989) : 1-15.
- Orem, Dorothea E. Nursing : concepts of practice. 4th ed. Mosby -Yene book. Inc., St Louis. 1991.
- Olsson, G. & Parker, G. "A model approach to pain assessment." Nursing 87. 17 (May 1987) : 52-57.
- Oostdam, E.M. & Duivenvoorden, H.J. " Predictability of the result of surgical intervention in patients with low back pain." Journal of psychosomatic research. 27(4) 1983 : 273-281.
- Price, S. "Pain : its experience, assessment and management in children" Nursing Times. 86 (February 1990) : 42-45.
- Portenoy, R.K. "Pain and Quality of life : Clinical issue and implication for research." Oncology. 4 (May 1990) : 172-178.
- Raleigh, H.E., Lepczyk, M.B & Rowley, C. "Significant others benefit from pre-operative information." Journal of advance Nursing. 15 (August 1990) : 941-945.

- Rines, A.R. & Montag, M.L. Nursing concepts and Nursing care.
New York :A Wiley Biomedical Publication John Wiley
and son, 1976.
- Risser, N.L. "Development of an Instrument to Measure Patient
Satisfaction with Nurses and Nursing Care in Primary
Care Settings." Nursing Research. 24 (January-
february 1975) : 45-52.
- Rosenthal, A. & Keefe, F. " The use of coping strategies in
chronic low back pain patient : Relationship to
patient characteristic and current adjustment." Pain.
17(1983):33-44.
- Rosmoff, H.L. "Surgical approach to pain control" Progress in
clinical Biological Research. 132 D (2) 1983 :27-32.
- Schmitt, E.F. & Wooldridge, J.P. "Psychological preparation of
surgical patients." Nursing Research. 22 (March-
April 1973) : 108-116.
- Scott, L.E., Clum, G.A. & People, J.B. "Preoperative predictors
of postoperative pain." Pain. 15 (1983) : 283-293.
- Sriwatanakul, K. & et al. "Analysis of Narcotic Analgesic Usage
in the Treatment of Postoperative Pain." JAMA. 250
(August 1983) : 926-929.
- Stewart, M.L. "Measurement of Clinical Pain." In Pain: a source
book for nurse and other health professionals. pp.103
-108. Edited by Jacox, A.K. Boston : Little, Brown and
Company, 1977.
- Smith, D.W. & Germain C.P.H. Care of the adult Patient: Medical
Surgical Nursing. 4th ed. Toronto : J.B. Lippincott
Company, 1975.
- Smith, G. & Covino, B.G. Acute Pain. London: Butterworths, 1985

- Snelling, J. "The role of the family in relation to chronic pain : Review of the literature." Journal of Advance Nursing.15 (July 1990) : 771-776.
- Sweeney, S.S. "Pain associated with surgery."In Pain: A source of book for nurse and other health professionals.pp. 329-347 . Edited by Jacox, A.K. Boston : Little, Brown and Company. 1977.
- Taenzer, P., Melzack, R. & Jeans, M.E."Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements." Pain 24 (1986) : 331-342.
- Thompson, J.M. & et al. Clinical Nursing. ST Louis : The C.V. Mosby Company, 1986.
- Timoney, J.M. & et al."Arthroscopy update #6.Arthroscopy in the Osteoarthritic Knee.Long-term follow up." Orthop-Rev. 19(April 1990) 371-373,376-379.
- Tyler, D.C. & Krane, E.J. " Postoperative pain management in children. " In management of postoperative pain. Anesthesiology Clinic of North America.7(March 1989) :155-170.
- Vinya-nguag, P. Effect of Application of King s Theory of Goal Attainment on Patient's Recovery from Surgery and Sattisfaction."A thesis for the degree of Master of Science (Nursing).Faculty of graduate studies.Mahidol University 1989
- Wallace, L.M. "Surgical patients' expectations of pain and discomfort:does accuracy of expectation minimise post surgical pain and distress?" Pain. 22 (August 1985): 363-373.
- Webb, C. & Barnett, J.W. " Self-Concept, social support and hysterectomy." Internal Journal of Nursing Studies . 20 (2) 1983 : 97-107.

- Weiss, O.F. & et al. " Attitudes of Patients, Housestaff, and Nurses Toward Postoperative Analgesic Care. ANESTH ANALG. (January 1983) : 70-74.
- Weiss, J.S. " Touch " In Annual Review of Nursing Research. Vol.6, pp. 3-27. Edited by Fitzpatrick, J.J., Taunton, R.L. & Benoliel, J.Q. New York : Springer publishing Company 1988.
- Well, S.N. " The effect of relaxation on postoperative muscle tension and pain." Nursing Research. 31(July-August 1982) : 236-238.
- Wilkie, D. et al. " Cancer Pain Control Behavior : Description and Correlation With Pain Intensity. " Oncology Nursing Forum. 15(November-December 1988) : 723-731.
- Ziemer, M.M. "Effects of information on postoperative coping." Nursing Research. 32(September-October 1983):282-287.



ภาคผนวก ก

การพัฒนาลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการขอความสมัครใจจากผู้ป่วยดังนี้

"สวัสดิ์ดีค่ะคุณ..... ดิฉัน นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ เป็นนักศึกษาพยาบาล
ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจจะศึกษาวิจัยในเรื่องความเจ็บปวด และ
วิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใครขอความร่วมมือและความยินยอมจากคุณ
เข้าร่วมโครงการวิจัย วิธีการวิจัยนี้จะเป็นการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ
ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับคุณ และเกี่ยวกับวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในระยะ 3 วัน
แรกหลังผ่าตัด โดยดิฉันจะมาสอบถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดของคุณทุกวัน ๆ ละครั้ง ติด
ต่อกันรวม 3 วัน และเริ่มสอบถามหลังจากที่คุณได้รับการผ่าตัดแล้วครบ 1 วัน ข้อมูล
ส่วนบุคคลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ คุณมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและการ
ที่คุณจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่คุณจะได้
รับจากเจ้าหน้าที่ คุณมีข้อสงสัยอะไรหรือไม่คะ ขอบคุณ คุณ.....ที่ให้
ความร่วมมือค่ะ "

ภาคผนวก ข
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยคนที่

HN.

วันที่.....เดือน.....พศ.

1. อายุ ปี

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. น้ำหนัก กิโลกรัม

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

10. เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนหรือไม่ () เคย (.....ผ่านาน.....)
() ไม่เคย

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

20. ขาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับจริงหลังผ่าตัด

ครั้งที่	ชื่อยา	ปริมาณ	วิธีการ	วัน/เวลาที่ได้รับ
1				
2				
3				
4				
5				

ภาคผนวก ค
แบบประเมินความเจ็บปวด

ผู้ป่วยคนที่

HN.

วันที่ เดือน พศ 253.....

ประเมินครั้งที่ ...

1. โปรดระบุตำแหน่งของความเจ็บปวด โดยแลเงาบริเวณที่ที่ท่านรู้สึกเจ็บปวดในรูปภาพข้างล่างนี้ และเขียนเครื่องหมาย ลงบนรูปภาพตรงตำแหน่งที่ท่านรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุด หรือตรงตำแหน่งที่เป็นจุดเริ่มต้นของความเจ็บปวด

รูปโครงร่างของร่างกายด้านหน้าและด้านหลัง

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่มีข้อความตรงกับความรู้สึกของท่าน และตอบคำถามในช่องว่าง

2. ความเจ็บปวดของท่านเป็นแบบใด

- () อยู่ภายในส่วนลึก
() อยู่ที่ยบริเวณตื้น ๆ หรือที่ผิว ๆ
() อยู่ทั้งภายในส่วนลึกและที่ยบริเวณตื้น ๆ หรือที่ผิว ๆ

โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวดของท่าน

ก.

ความรู้สึกเจ็บปวดสูงสุด ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่เจ็บปวด เจ็บปวดมากที่สุด

จ.

ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ความเจ็บปวดรบกวนต่อการทำกิจวัตรประจำวัน
เช่น การอาบน้ำ การกินอาหาร การขับถ่าย) มากน้อยเพียงใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวนเลย รบกวนมากที่สุด

ข.

ในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพดีเพียงใด

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

ความเจ็บปวด ไม่ลดน้อยลง ความเจ็บปวด ลดลงเหลือครึ่งหนึ่ง ความเจ็บปวด ถูกบรรเทา จนหมดไป

ภาคผนวก ง
แบบประเมินวิธีบรรเทาความเจ็บปวด

ผู้ป่วยคนที่.....

HN.....

วันที่.....เดือน.....พศ 253...

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่บรรเทาโดยผู้ป่วยและหรือญาติ

โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับวิธีที่ท่านและหรือญาติได้กระทำ
ในขณะที่ท่านมีความเจ็บปวด ตลอดระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด

กา ✓ ในช่อง | ไม่เคยเลย | เมื่อท่านและหรือญาติไม่เคยกระทำเลย

กา ✓ ในช่อง | นาน ๆ ครั้ง | เมื่อท่านและหรือญาติกระทำนาน ๆ ครั้ง

กา ✓ ในช่อง | ค่อนข้างบ่อย | เมื่อท่านและหรือญาติกระทำค่อนข้างบ่อย

กา ✓ ในช่อง | เกือบทุกครั้ง | เมื่อท่านและหรือญาติกระทำเกือบทุกครั้ง

ท่านใช้วิธีเหล่านี้ในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดหรือไม่ บ่อยเพียงใด

วิธีบรรเทาความเจ็บปวด	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบทุกครั้ง
1. ท่านบอกกับแพทย์หรือพยาบาลทันที เมื่อรู้สึกปวด				

8. ท่านพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย				
-----------------------------------	--	--	--	--

วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่ (แพทย์ พยาบาล)

โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดที่ท่านได้รับจากเจ้าหน้าที่(แพทย์ พยาบาล)ระหว่างที่ท่านมีอาการเจ็บปวดและหรือขณะที่แพทย์ พยาบาลมาตรวจเยี่ยมท่าน ตลอดระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด

กา / ในช่อง | ไม่เคยเลย | เมื่อท่านไม่เคยได้รับเลย

กา / ในช่อง | นาน ๆ ครั้ง | เมื่อท่านได้รับนาน ๆ ครั้ง

กา / ในช่อง | ค่อนข้างบ่อย | เมื่อท่านได้รับค่อนข้างบ่อย

กา / ในช่อง | เกือบทุกครั้ง | เมื่อท่านได้รับเกือบทุกครั้ง

ท่านได้รับความช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธีเหล่านี้จากแพทย์บ้างหรือไม่ บ่อยเพียงใด

วิธีบรรเทาความเจ็บปวด	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบทุกครั้ง
1. แพทย์ให้ความสนใจและไต่ถามอาการเจ็บปวดของท่าน				

8. แพทย์แนะนำให้หายใจลึก ๆ ซ้ำๆ				
---------------------------------	--	--	--	--

ท่านได้รับความช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธีเหล่านี้จากพยาบาลบ้างหรือไม่ บ่อยเพียงใด

วิธีบรรเทาความเจ็บปวด	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบทุกครั้ง
1.พยาบาลให้ความสนใจ เอาใจใส่ ในอาการเจ็บปวดของท่าน				

25.พยาบาลได้ถามอาการเจ็บปวด ของท่าน				
--	--	--	--	--

ภาคผนวก จ

ความพึงพอใจต่อการบรรเทาความเจ็บปวด

1. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อวิธีลดความเจ็บปวดแบบใดมากที่สุด.....

.....

วิธีการนี้ท่านได้รับจากใคร.....

2. ตลอดระยะเวลา 3 วันที่ผ่านมา ท่านพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล มากน้อยเพียงใด (ให้ตอบเพียง 1 คำตอบ)

() ไม่พึงพอใจเลย

() พึงพอใจเล็กน้อย

() พึงพอใจปานกลาง

() พึงพอใจมาก

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ฉวี มากพุ่ม
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ รุ่งทิพย์ จามรมาน
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ลายพร รัตนเรืองวัฒนา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

ตาราง 15 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด จำนวนยาที่ได้รับระหว่างผู้ป่วยที่มี
และไม่มีอาการไข้

	มีไข้		ไม่มีไข้		t	p
	M	SD	M	SD		
วันที่ 1	(n=25)		(n=75)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.6	1.6	8.1	1.9	1.2	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.2	1.4	5.2	1.5	0.2	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	2.2	1.5	2.1	1.0	0.3	>.05
วันที่ 2	(n=29)		(n=71)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	6.9	2.2	7.0	2.1	-0.1	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.2	1.8	4.5	1.6	-0.8	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.5	1.3	0.9	1.1	2.5	<.01
วันที่ 3	(n=17)		(n=83)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	5.1	1.5	6.0	2.1	-1.8	<.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	3.8	1.6	3.6	1.5	0.4	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.0	0.8	0.6	0.9	1.5	=.06

ตาราง 16 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด จำนวนยาที่ได้รับระหว่างผู้ป่วยที่มี
และไม่มีอาการท้องอืด

	ท้องอืด		ไม่ท้องอืด		t	p
	M	SD	M	SD		
วันที่ 1	(n=7)		(n=93)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.3	1.3	8.5	1.7	-0.3	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.3	1.3	5.2	1.5	0.2	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	2.0	0.8	2.2	1.6	-0.4	>.05
วันที่ 2	(n=11)		(n=89)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.2	1.8	6.8	2.1	2.1	<.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.2	1.3	4.3	1.7	1.7	<.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.3	1.1	1.0	1.2	0.7	>.05
วันที่ 3	(n=13)		(n=87)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	6.3	1.7	5.8	2.1	0.8	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.2	1.4	3.5	1.6	1.5	=.06
จำนวนยาที่ได้รับ	0.9	0.6	0.7	0.9	0.9	>.05

ตาราง 17 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดสูงสุดและโดยเฉลี่ยระหว่างผู้ป่วยที่มีตำแหน่งแผลผ่าตัดต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ตำแหน่งแผล	ความเจ็บปวดสูงสุด				ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย			
	n	range	M	SD	range	M	SD	
วันที่ 1								
1 แนวกลางหน้าท้อง	32	5-10	8.1	1.8	2-8	5.1	1.5	
2 แนวขวางหน้าท้อง	3	8-10	9.3	1.1	5	5.0	0.0	
3 แนวใต้ชายโครง	26	5-10	8.5	1.7	2-7	5.1	1.6	
4 แนวสีข้าง	35	4-10	8.8	1.6	2-9	5.5	1.4	
		F(3,92)=1.2 ,p>.05				F(3,92)=.41,p>.05		
วันที่ 2								
1 แนวกลางหน้าท้อง	32	2-10	6.9	2.1	1-7	4.3	1.5	
2 แนวขวางหน้าท้อง	3	5-8	6.7	1.5	2-5	3.7	1.5	
3 แนวใต้ชายโครง	26	2-10	6.4	2.1	0-8	4.4	1.9	
4 แนวสีข้าง	35	3-10	7.6	2.1	1-7	4.6	1.5	
		F(3,92)=1.7,p>.05				F(3,92)=.42,p>.05		
วันที่ 3								
1 แนวกลางหน้าท้อง	32	2-10	6.3	2.2	0-7	3.9	1.5	
2 แนวขวางหน้าท้อง	3	5-7	6.0	1.0	0-5	2.7	2.5	
3 แนวใต้ชายโครง	26	0-10	4.8	2.0	0-6	3.2	1.5	
4 แนวสีข้าง	35	3-10	6.2	1.8	1-8	3.9	1.5	
		F(3,92)=3.2, p<.05				F(3,92)=1.6,p>.05		
คู่ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ		1,2-3**						
SNK		3-4**						

** $p<0.01$

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเจ็บปวด ผลรวมคะแนน จำนวนยาที่ได้รับ
และประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดโดยรวม วันที่ 1, 2
และ 3 หลังผ่าตัด (n=100)

ตัวแปร	1	2	3	4
วันที่ 1				
1 ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	1.00			
2 ผลรวมคะแนน	.29 ^{**}	1.00		
3 จำนวนยา	.17 [*]	.23 ^{**}	1.00	
4 ประสิทธิภาพ	.01	-.06	.09	1.00
วันที่ 2				
1 ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	1.00			
2 ผลรวมคะแนน	.49 ^{***}	1.00		
3 จำนวนยา	.28 ^{**}	.41 ^{***}	1.00	
4 ประสิทธิภาพ	-.25 ^{**}	-.18 [*]	-.12	1.00
วันที่ 3				
1 ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	1.00			
2 ผลรวมคะแนน	.54 ^{***}	1.00		
3 จำนวนยา	.25 ^{**}	.28 ^{**}	1.00	
4 ประสิทธิภาพ	-.16 [*]	-.28 [*]	-.07	1.00

* p<.05 , ** p<.01 , *** p<.001

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยาที่ได้รับกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และกับอาการท้องอืด

จำนวนยาที่ได้รับ	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3
คลื่นไส้ อาเจียน (n= 28)	0.05	-0.01	-0.08
ท้องอืด (n= 13)	-0.04	0.07	0.09

ตาราง 20 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด จำนวนยาที่ได้รับระหว่างผู้ป่วยที่มี และไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

	คลื่นไส้ อาเจียน		ไม่คลื่นไส้ อาเจียน		t	p
	M	SD	M	SD		
วันที่ 1	(n=9)		(n=91)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.7	1.3	8.5	1.8	0.3	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.2	1.5	5.2	1.5	0.1	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	2.3	1.0	2.1	1.2	0.5	>.05
วันที่ 2	(n=3)		(n=97)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	6.5	2.1	6.9	2.1	-0.3	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.0	1.4	4.4	1.7	0.5	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.0	1.4	1.1	1.2	-0.1	>.05

หมายเหตุ ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนวันที่ 3 มี 1 ราย

ตาราง 21 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด จำนวนยาที่ได้รับระหว่างผู้ป่วยที่มี
เพศต่างกัน

	ชาย (n=44)		หญิง (n=56)			
	M	SD	M	SD	t	p
วันที่ 1						
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.0	1.8	8.8	1.6	-2.3	<.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.1	1.6	5.2	1.4	-0.7	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	2.0	1.1	2.3	1.2	-1.2	>.05
วันที่ 2						
ความเจ็บปวดสูงสุด	6.8	2.2	7.0	2.0	-0.3	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.6	1.7	4.2	1.6	1.3	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.0	1.1	1.1	1.2	-0.2	>.05
วันที่ 3						
ความเจ็บปวดสูงสุด	5.9	2.2	5.9	1.9	-0.0	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	3.7	1.8	3.6	1.3	0.2	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	0.7	0.9	0.7	0.9	0.0	>.05

ตาราง 22 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด จำนวนยาที่ได้รับระหว่างผู้ป่วยที่มี
และไม่มีประสบการณ์ผ่าตัด

	มี (n=46)		ไม่มี (n=54)		t	p
	M	SD	M	SD		
วันที่ 1						
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.5	1.8	8.5	1.6	-0.1	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.1	1.6	5.3	1.4	-0.8	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	2.3	1.3	2.0	1.0	1.4	>.05
วันที่ 2						
ความเจ็บปวดสูงสุด	6.6	2.0	7.2	2.2	-1.4	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.3	1.7	4.4	1.6	-0.5	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.0	1.2	1.1	1.1	-0.2	>.05
วันที่ 3						
ความเจ็บปวดสูงสุด	5.7	2.0	6.0	2.1	-0.7	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	3.5	1.5	3.7	1.6	-0.7	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	0.7	0.9	0.7	1.0	-0.3	>.05

ตาราง 23 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด จำนวนยาที่ได้รับระหว่างผู้ป่วยที่มี
และไม่มีอาการเจ็บปวดก่อนผ่าตัด

	มี (n=65)		ไม่มี(n=30)			
	M	SD	M	SD	t	p
วันที่ 1						
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.4	1.7	8.8	1.8	-0.9	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.3	1.5	5.1	1.5	0.5	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	2.1	1.1	2.2	1.2	-0.2	>.05
วันที่ 2						
ความเจ็บปวดสูงสุด	6.8	2.1	7.1	2.1	-0.6	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.4	1.6	4.3	1.7	0.3	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	0.9	1.2	1.1	1.2	-0.4	>.05
วันที่ 3						
ความเจ็บปวดสูงสุด	5.8	2.1	5.9	2.2	-0.1	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	3.4	1.5	3.3	1.7	1.2	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	0.6	0.9	0.8	1.0	-0.7	>.05

ตาราง 24 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด จำนวนยาที่ได้รับระหว่างผู้ป่วยที่มี
และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

	มีภาวะแทรกซ้อน		ไม่มีภาวะแทรกซ้อน		t	p
	M	SD	M	SD		
วันที่ 1	(n=44)		(n=56)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	8.3	1.6	8.6	1.8	-0.8	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	5.3	1.3	5.1	1.6	0.3	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	2.2	1.2	2.1	1.0	0.5	>.05
วันที่ 2	(n=43)		(n=57)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	7.0	2.0	6.9	2.1	0.2	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.5	1.7	4.2	1.7	0.8	>.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.3	1.3	0.9	1.0	1.6	>.05
วันที่ 3	(n=34)		(n=66)			
ความเจ็บปวดสูงสุด	5.9	1.9	5.8	2.1	0.1	>.05
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.0	1.5	3.4	1.6	1.9	<.05
จำนวนยาที่ได้รับ	1.0	1.0	0.6	0.9	2.2	<.05



ตาราง 25 ระดับความเจ็บปวด ผลรบกวนด้านจิตสังคม การได้รับยา ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อวิธีบริหารท่าความเจ็บปวดด้วยตนเอง (n=11)

	วันที่ 1		วันที่ 2		วันที่ 3	
	M	SD	M	SD	M	SD
ความเจ็บปวดสูงสุด	7.8	1.7	6.8	2.1	5.9	2.2
ความเจ็บปวดโดยเฉลี่ย	4.1	0.9	3.8	1.5	3.5	1.0
รบกวนความรู้สึกเป็นสุข	4.0	2.0	4.0	1.9	3.3	2.0
รบกวนอารมณ์	2.0	2.0	1.5	1.7	0.6	1.4
รบกวนสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	1.5	1.9	1.5	1.9	1.4	1.8
รบกวนการนอนหลับ	2.4	1.8	2.1	2.0	1.9	1.9
จำนวนยาที่ได้รับ	1.2	0.6	0.2	0.4	0.1	0.3