

การพยาบาลผ่าตัดและการจัดการกับความปวด

รุจิรา บางกุลธรรม * วทบ.(พยาบาล), วทม. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)

บทคัดย่อ : ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดแม้จะสามารถลดความรุนแรงและให้การรักษาป้องกันได้ แต่ยังพบผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการปวดอยู่ การแปลและวิเคราะห์บทความนี้เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบของการบำบัดความปวดไม่เพียงพอ บทบาทและปัญหาของพยาบาลผ่าตัดในการจัดการความปวดเริ่มจากการประเมิน การให้การพยาบาล และการบริหารจัดการในองค์กร รวมทั้งการพัฒนาส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลผ่าตัด, ความปวดหลังผ่าตัด, การจัดการความปวด, ควบคุมปวดไม่เพียงพอ

* พยาบาลประจำการห้องผ่าตัดอวอร์โธปิดิกส์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

การพยาบาลผ่าตัดและการจัดการกับความปวด

บทนำ

ความปวดเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการแต่เป็นประสบการณ์ที่เกิดภายหลังการผ่าตัดเสมอปัจจุบันแม้มีความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีในการควบคุมความปวดแต่ผู้ป่วยยังมีอาการปวดหลังผ่าตัดเสมอ (Middleton, 2004) การศึกษาของคัสซิน (Cousins, 1994) พบว่า 50-70% ของผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ได้รับการบรรเทาปวดไม่เพียงพอ ในปี 1989 ประมาณว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 23.3 ล้านคน ได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอและ 80% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง (Williams, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากในช่วง 2-3 ปีก่อนปี 2000 พบว่ามีผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากกว่า 40% ยังทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านที่มีอิทธิพล ต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยลับชับขึ้น (Hernández, et al., 2000) ดังนั้นการจัดการความปวดจึงต้องการความร่วมมือช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ หลายฝ่าย แม้พยาบาลทุกคน มีบทบาทนำบัดและบรรเทาอาการปวดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์ ทรมาน และแม้หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล ห้องผ่าตัดจะมีความลับชับช้อนและท้าทายมากอยู่แล้ว แต่การพัฒนาบทพยาบาลผ่าตัดในเรื่องการจัดการ กับความปวดจะช่วยพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การทบทวนและแปลบทความของ เอิร์นสไตน์ (Arnstien, 2002) เรื่อง Optimizing perioperative pain management เพื่อให้ทราบถึง ความสำคัญของการพยาบาล ผ่าตัดในการดูแลและ ป้องกันความเจ็บปวดเฉียบพลันรุนแรงของผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัด อันตรายที่เกิดลืบเนื่องจากความเจ็บปวด และปัญหาต่าง ๆ ในการจัดการความปวด

อันตรายต่อผู้ป่วยจากการปวด (Arnstien, 2002)

เมื่อเกิดความปวดจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจจากการนำกระแสรงร่างกายไป กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางที่ไขสันหลังและสมอง การเปลี่ยนแปลงที่ระบบประสาಥอตโนมัติซึ่มพาเตติก ทำให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟрин เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง (อรพรรณ ทองแดง, 2538) และมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อ หัวใจ ปอด และระบบหอรับโนน ความต้านทานในหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้นกล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น หายใจตื้น ปอดแฟบ การเผาผลาญในร่างกายผิดปกติ และระดับหอรับโนน ไม่คงที่ เป็นต้น ปัจจุบันมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงภาวะรุนแรงจากการบำบัดความปวดไม่เพียงพอ พบว่าเกิดภาวะ Deep vein thrombosis การติดเชื้อ รวมถึง การติดเชื้อในกระแสโลหิต เกิด Paralytic ileus และได้รับการจัดการด้วยการห้องผ่าตัดความปวดยังกระทบต่อจิตใจ ซึ่งขึ้นกับสาเหตุของการปวดระยะเวลา สภาพสิ่งแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรม ความจำ ประสบการณ์ ฯลฯ ซึ่งจะแสดงออกมากในรูปอารมณ์ป่วนแปรปีติกังวล โกรธโมโหร้าย ขาดสมาธิ เก็บตัว กระสับกระส่าย เป็นผลให้ รบกวนการนอนหลับ ภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ และ คุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของเมลแซ็กค์ Melzack (อ้างใน ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี, 2534) พบว่า ประสบการณ์ ความรู้สึกและ พฤติกรรมตอบสนองต่าง ๆ จะถูกบันทึกและควบคุมโดยสมองบริเวณนิวโร แมกทริกส์ (ใน thalamus limbic & cortex) จึงพบผลกระทบภัยหลังแพลตต์ตัดหายสนิทแล้วคือ 1) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดระดับรุนแรงถ้าไม่ได้รับการดูแลภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อาการปวดจะเพิ่ม

ความรุนแรงและระยะเวลาป่วยจะยาวนานขึ้น 2) บริเวณร่างกายที่ป่วยจะกระจายกว้างขึ้นและเกิดอาการปวดแบบเรื้อรังแบบรักษาไม่หาย มีการศึกษาโดยฉีดยาชาบริเวณแหล่งปวดตัดจะช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ ยาวนานเป็นปี ขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดอยู่นานเป็นปีทำให้เกิดภาวะพร่องในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกิดภาวะซึมเศร้าและพยาบาลฝ่าตัวตายได้ ในสัตว์ทดลองพบว่าความปวดหลังผ่าตัดทำให้มะเร็งลุกลามและตายได้ (Arnstien, 2002) ดังนั้นความเจ็บปวดไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเท่านั้น ยังทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดผลเสียต่ออารมณ์ การทำงานของร่างกายจนกระทั่งทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ (วิมลรัตน์ กฤษณะประภากิจ, 2001)

บทบาทของพยาบาลในการบำบัดความปวด (Arnstien, 2002)

1. การวัดและประเมินความปวด เอิร์นสไตน์ได้เน้นความสำคัญในการประเมินและจัดการกับความปวดเพื่อให้พยาบาลทราบระดับความปวดว่ารุนแรงหรือไม่ และนำข้อมูลไปวางแผนให้การพยาบาลต่อไป การประเมินความปวดต้องทำกับผู้ป่วยทุกราย และประเมินชี้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเป็นระยะ ๆ พยาบาลในห้องผ่าตัดประเมินความปวดช้าเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น เมื่อเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจากการห้องทำผ่าตัด หรือเข้า-ออกจากการห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด (Post Anesthetic Care Unit: PACU) พยาบาลควรประเมินความปวดและบันทึกข้อมูล เพื่อความสะดวกในการบำบัดทางการพยาบาล และมีการประเมินผลช้าหลังการให้การพยาบาล การวัดระดับความปวดที่ถูกต้องແມ່ນยำที่สุด คือ วัดจากคำบอกเล่าอาการปวดของผู้ป่วย

ในการประเมินความปวดโดยการซักประวัติ ผู้เขียนบทความแน่เครื่องมือที่เป็นอักษรตัวแรกของคำว่า ‘COLDERR’ ซึ่งย่อมาจาก Character, Onset, Location, Duration, Exacerbation, Relief และ Radiation เพื่อให้ทราบลักษณะของปวด เวลาเริ่มมีอาการปวด ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปวด อะไรที่ทำให้อาการปวดมากขึ้นหรือน้อยลง และมีการปวดร้าวไปที่อื่นหรือไม่ แต่ละหน่วยงานในองค์กรควรใช้เครื่องมือวัดประเมินความปวดชนิดเดียวกันเพื่อให้เข้าใจระดับความปวดที่บันทึกได้ตรงกัน เช่นถ้าหน่วยงานในองค์กรใช้เครื่องมือวัดเป็นค่า 0-10 ค่าของ “0” หมายถึงไม่มีความปวดและค่า “10” หมายถึงรู้สึกปวดมากที่สุดผู้ป่วยในห้องผ่าตัดหากอยู่ในภาวะอ่อนเพลีย มึนงง ไม่รู้สึกตัว หรืออาจมีความบกพร่องในการสื่อสารบอกความปวด พยาบาลสามารถประเมินความปวดจากการแสดงออกทางสีหน้าและพฤติกรรม เช่น การเกร็งของมือ แขน ขา การร้องคราง หรือร้องไห้ เป็นต้น

2. การใช้ยาบำบัดความปวด ยาแก้ปวด (Analgesic drug) ช่วยให้อาการปวดทุเลาทันที ส่งเสริมความสุขสบายให้ผู้ป่วย การบริหารการให้ยาเป็นบทบาทอิสระ พยาบาลสามารถเลือกใช้อุปกรณ์และเวลาที่เหมาะสมในการให้ยาแก้ปวดผู้ป่วย บทบาทอิสระนี้ต้องตั้งอยู่บนความเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยเพียงบางรายและขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลที่สามารถอำนวยอุปกรณ์ให้ได้เพียงใด ยาแก้ปวดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

2.1 ยาชาเฉพาะที่ การฉีดยาชาบริเวณแหล่งปวดตัดก่อนลงมือเป็นการลดปวดแบบครอบคลุมก่อนรู้สึกปวด และช่วยผู้ป่วยให้ตอบสนองต่อวิธีการควบคุมความปวดอื่น ๆ หลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Roberge, 1998)

การพยาบาลผ่าตัดและการจัดการกับความปวด

2.2 ยาแก้ปวดชนิดไม่สเปติด ที่สำคัญคือยากลุ่ม NSAIDs (Non-steroidal antiinflammatory drugs) ยาจะระงับปวดที่ตำแหน่งปวด และสามารถลดปวดหลัง ผ่าตัดที่มีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง กลไกการออกฤทธิ์ของ NSAIDs ทำให้รangs การสร้างสารพรอสตาแกลนดิน (สารพรอสตาแกลนดินจะไปเตรียมตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดตื่นตัว และมีความไวต่อการกระตุ้นปวด เชื่อกันว่าฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ไปป้องกันความไวของไข้ประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย) ข้อควรระวังตัวของยาแก้ปวดชนิดนี้คือ การให้ยา 2 ตัวในผู้ป่วยคนเดียวกันเป็นลิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงเนื่องจากกลไกออกฤทธิ์ของยาเป็นแบบเดียวกัน ประโยชน์ที่ได้ไม่มากกว่าการใช้ยาตัวเดียวที่ถูกขนาดและอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงมากกว่าได้ (สูตรคัดนิลกานุวงศ์, 2534) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการใช้ยา NSAIDs กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยที่มีแพ้ในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและแพ้ยาแอสเพริน

2.3 ยาแก้ปวดชนิดสเปติด ได้แก่ยากลุ่มมอร์ฟีนหรือโอลิปอยด์ (opioid) เป็นยาหลักที่ใช้ควบคุมความปวดในห้องผ่าตัดกระนั้นก็ตามยังพบว่า 50% ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้รับขนาดของยาที่สูงพอในช่วงเวลาที่พ่องจะทุเลาปวดลงได้ ความกลัวผู้ป่วยจะติดยาทำให้พยาบาลและแพทย์ลังเลใจที่จะให้ยาหรือลังยาเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด เอร์นสไตน์ได้อ้างถึงการศึกษาของ J. Porter ซึ่งพบว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะติดยากลุ่มมอร์ฟีนที่ใช้บำบัดความปวดชนิดเฉียบพลันมีน้อยกว่า 0.1% แต่ควรหลีกเลี่ยงใช้ยากลุ่มนี้เมื่อผลของฤทธิ์ยาต่ำ มีฤทธิ์ข้างเคียงมากและการให้ยาพอก agonist-antagonist เช่น Buprenorphine อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการถอนยาในผู้ป่วยที่รับยากลุ่มนี้เป็นประจำก่อนการผ่าตัด การทราบประวัติการใช้ยาแก้

ปวดก่อนการผ่าตัดจะทำให้พยาบาลผ่าตัดมีความรู้ มีส่วนร่วมวางแผนการให้ยาบำบัดความปวดในห้องผ่าตัด การตัดสินใจให้ยาขานานแรก ๆ จะผู้ป่วยทุเลาปวดและพอใจ จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านจากระยะระงับความรู้สึกเป็นระยะให้ยาแก้ปวดผ่านไปอย่างราบรื่น ซึ่งช่วยป้องกันการเกิดการปวดอย่างรุนแรงจากการรักษาไม่ถูกนานได้

3. การบำบัดความปวดชนิดไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล มีหลากหลายวิธีการ หลักแนวคิดคือ ขัดขวางกระเสประสาทน้ำปวดระดับส่วนปลายและระดับไขสันหลัง ซึ่งผู้เชียนบทความบอกร่างพยาบาลใช้เทคนิคนี้หลายวิธีพร้อมกัน เช่นผู้ป่วยหลังผ่าตัดพยาบาลใช้กระเป็น้ำแข็งประคบบริเวณเข่า จัดท่าให้แนวร่างกายถูกต้อง สุขสบาย พร้อมให้การใช้ดนตรีบำบัด

4. การเปลี่ยนระบบงาน ทุกฝ่ายควรตระหนักร่วมมือกันวางแผนมาตรฐานบริหารจัดการความปวดเปลี่ยนความคิดวัฒนธรรมขององค์กรที่ไม่ให้เกิดความปวดและความทรมานเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีระบบบริหารจัดการและการบริหารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดความปวด เช่น พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ร่วมกันสำรวจหากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เลี่ยงต่อการเกิดอาการปวดรุนแรงและศึกษาลึกซึ้งไปในผู้ป่วยที่ปราศภัยจากการปวดซัดเจนเพื่อพัฒนาความรู้ความชำนาญ ทัศนคติ และสร้างคุณมีอปภิบัติที่จำเป็นผู้เชียนบทความได้ยกตัวอย่างองค์กรที่ใช้ STICKER และ PAIN SHEET ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการปวด

ความคิดเห็นและเหตุผลอื่น ๆ

บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในการบำบัดความปวดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดเป็นบทบาทที่ท้าทายและประจักษ์ในการการดูแลผู้ป่วย ไม่ใช่การทำงานตามหน้าที่เด่านั้น ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเป็นกลุ่มคนที่ต้องประสบปัญหาเรื่องปวดและไม่สุขสบายจากโรคหรือการรักษาอย่างแน่นอน ห้องผ่าตัดจะเป็นห้องผู้ป่วย หนักมีลิ้งแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุณเคยมีอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์มากมายและมีเสียงดังเวลาใช้งาน เมื่อผู้ป่วยเข้ามาบริเวณห้องผ่าตัดจะเข้ามาได้เพียงคนเดียวไม่สามารถน้ำยາติหรือผู้ดูแลเข้ามาด้วย ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว มีความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้นซึ่งจะทำให้มีความปวดเพิ่มขึ้น (สุดกัญญา พัดทวี, 2541) พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดที่รับผิดชอบผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องทราบหนักถึงผลของความวิตกกังวลต่อการเพิ่มความรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดพยาบาลควรติดตามความรู้และวิธีการใหม่ ๆ ในการบรรเทาความเจ็บปวดเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

ผู้แปลเห็นด้วยกับผู้เขียนที่มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการดูแลหรือดูแลไม่เพียงพอในการบรรเทาอาการปวด เพราะแพทย์และพยาบาลมักให้ความสำคัญที่จะรักษาโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก การผ่าตัดและการให้ยาจะนับความรู้สึกทึบแบบรุนแรง และไม่รุนแรงมากกว่าให้ความสำคัญกับความทุกข์ทรมานจากความปวดซึ่งมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน เนื่องจากผลของยาจะนับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับขณะผ่าตัด

การบริหารจัดการเพื่อวางแผนการพยาบาล มุ่งลดความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด รวมถึงการวางแผนกำหนดเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการดูแลระดับหนึ่งสู่การดูแลอีกระดับหนึ่ง เน้นการลดความเจ็บปวดโดยเริ่มตั้งแต่ห้องผ่าตัดได้รับตารางรายชื่อการผ่าตัด การเยี่ยมก่อนผ่าตัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้า-ออกบริเวณห้องผ่าตัด และลื้นสุดเมื่อยื่นผู้ป่วยวันสุดท้ายก่อนกลับบ้าน ทุกระยะของการพยาบาลผ่าตัด พยาบาลต้องแสวงหาข้อมูล ประเมินภาวะร่างกายให้การบำบัด ประเมินผลการประเมินช้ำ และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวอย่างถูกต้อง ให้เหมาะสมแต่ละสถานการณ์ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล งานวิจัยของ มหาวิทยาลัยกรุงษัช (2528) พบว่าการพยาบาลอย่างมีแบบแผน นับตั้งแต่ระยะแรกของการรักษาในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เป็นอยู่ การลดความเจ็บปวดช่วยให้ความเครียดลดลง และความเครียดหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนจะน้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

เนื่องจากความปวดเป็นปราภภารณ์ที่สับซับ ข้อนี้มีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้องการวัดและการประเมินความปวดควรใช้เครื่องมือวัดความปวดซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพ ว่ามีความเที่ยงตรง เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับแล้วจะช่วยให้พยาบาลประเมินอาการปวดของผู้ป่วยได้ครอบคลุมเป็นระบบ เป็นไป ทำให้ทราบถึงอาการปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อลดความปวดของ ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเหมาะสม (ชื่นฤทธิ์คงศักดิ์ตระกูล, 2539)

ผู้แปลเห็นด้วยอย่างยิ่งกับผู้เขียนบทความ การวัดระดับความปวดที่ถูกต้องแม่นยำที่สุดมาจาก การบอกเล่าของผู้ป่วยเอง เพื่อความเจ็บปวดหลัง

การพยาบาลผ่าตัดและการจัดการกับความปวด

การผ่าตัดเป็นแบบเฉียบพลันจะแตกต่างจากความปวดแบบเรื้อรัง เนื่องจากเป็นอาการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ โดยอาการจะทุเลาลงหลังพยาธิสภาพหายไป หรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดปวดได้รับการแก้ไข การประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้การประเมินระดับความรุนแรง (intensity) ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกได้ตรงความจริงมากที่สุดและความปวดเป็นประกายการณ์ซึ่งประกอบด้วย 1. เป็นความรู้สึกส่วนตัวเป็นจิตวิสัย 2. เป็นสัญญาณ หรือการบาดเจ็บหรือการทำลายเนื้อเยื่อมีอันตรายให้เห็นชัดเจน มีความล้มพ้นอันกับชนิดความเจ็บปวด และคาดคะเนความรุนแรงได้ 3. เป็นพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลเป็นความตั้งใจที่จะป้องกันตนเองจากอันตราย พยาบาลจึงไม่ควรตัดสินความรู้สึกของผู้ป่วยตามความเข้าใจของตนเองหรือนำไปเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีพยาธิสภาพ และได้รับการผ่าตัดแบบเดียวกัน (สุดกัญญา พัดทวี, 2541)

การใช้ยาบำบัดความปวด ถึงแม้พยาบาลไม่ได้เป็นผู้สั่งยาให้กับผู้ป่วย แต่พยาบาลในฐานะที่บริหารยา ต้องมีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ ในการบริหารจัดการการใช้ยาและให้ยาถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ผู้เปลี่ยนตัวยกับผู้เชี่ยวชาญบทความว่าังมีการกล่าวผู้ป่วยติดยาจึงลังเลการให้ยาและผู้ป่วยได้รับการบำบัดไม่เพียงพอ จอมใจ วิจิตรานนท์ (2538, หน้า18) กล่าวว่า “ผู้ป่วยที่มี acute pain เช่น ความปวดหลังการผ่าตัดจะมีความปวดรุนแรงในระยะเริ่มแรก ซึ่งจำเป็นต้องให้ยาที่มีประสิทธิภาพในการลดปวดสูงสุด ต่อเมื่อแล้วเริ่มหายความปวดจะบรรเทาลงจึงต้องการยาระงับปวดลดลงและต้องปรับขนาดยาและเวลาการให้ยาให้เหมาะสม เพื่อหวังประสิทธิภาพในการลดปวดอย่างเต็มที่ก่อนเปลี่ยนยาหรือสรุปว่ายาได้ใช้ไม่ได้ผล” ความปวดต่อเนื่องตลอดเวลาจำเป็นต้องได้รับยาลดปวดตลอดเวลาเช่นกัน

สรุป

บทบาทของพยาบาลผ่าตัดในเรื่องการจัดการความปวดเป็นบทบาทที่ท้าทาย และควรส่งเสริมการกระตุ้นศักยภาพพยาบาลผ่าตัดให้เป็นบุคลากรหลักในสหสาขาวิชาชีพจะประสานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง นอกรากนั้นนโยบายขององค์กรตั้งแต่ระดับบนจนถึงหน่วยงาน ระดับผู้ปฏิบัติงานควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก ๆ ในภารกิจจัย ประเมินและการรักษาพยาบาลเพื่อบรเทาปวด และการบริหารจัดการที่ควรเน้นเช่น การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรง จะช่วยผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ ทำให้ลดอัตราความเจ็บป่วยและความตายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบพระคุณอย่างสูง ผศ. วิชา ภูมิสิริกุล และ ผศ. สุจินดา ริมครีทอง ที่กรุณามาให้กำลังใจและตรวจสอบแก้ไขบทความแปลต้นฉบับด้วยความอาใจใส่อย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- จอมใจ วิจิตรานนท์. (2538). เอกสารหมายเลขอ 6 ยาที่ใช้บำบัดปวด. การประชุมวิชาการเรื่องความปวด: ทฤษฎี และการดูแลช่วยเหลือครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.
ชั่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2539). การประเมินความปวด: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2(1), 104-108.

- ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี. (2534). Current concepts of pain. ใน สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์. บรรณาธิการ. *The principle of pain: diagnosis and management* (หน้า 1-6) กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์มาริสา ไกรฤกษ์. (2528). ผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกขาและไดรับการดึงถ่วงกระดูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ. (2001). การประเมินและแนวทางการรักษาความปวดแบบเฉียบพลัน. *IASP*, 12(3), 2.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม1 (หน้า 272) กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุดกัญญา พัสดุทวี. (2541). ประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจและกรองออกนิติกรรมผ่ากล้ามกระดูกสันอက. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์. (2534). Non-narcotic analgesics. ใน *The principle of pain: Diagnosis and management*, (71-89) กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- อรพรรณ ทองแดง. (2538). เอกสารหมายเลขอ 17 Psychological and environmental factors in pain. ในการประชุมวิชาการเรื่องความปวด: ทฤษฎีและการดูแลช่วยเหลือครั้งที่ 3, (หน้า 1-18) กรุงเทพมหานคร, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Arnstien, P. (2002). Optimizing perioperative pain management. *AORN Journal*, 76(5), 812-818.
- Cousins, M. (1994). Acute and postoperative pain. In Patrick D. Wall and Ronald Melzack (Eds.). *Textbook of pain 3rd Edition*. (pp.357-384). New York: Churchill Linongstone.
- Hernández, P.C., et al. (2000). Epidural treatment of postoperative pain in the surgical ward. Invited Symposium: *Advances and Controversies in Acute Pain Management 6th Internet World Congress for Biomedical Sciences*, 12/01.
- Middleton, C. (2004). Barriers to the provision of effective pain management. *Nursing Times*, 100(3), 42-5.
- Roberge, C. W. (1998). The effects of local anesthetics on postoperative pain. *AORN Journal*, 68(6), 1003-1012.
- Williams, D. A. (1997). Acute procedural and postoperative pain: Patients-related factors in its undermanagement. In: Robert A. Gatchel (ed). *Research Update*, 7 (4), 1-3.

Perioperative Nursing and Pain Management

Rujira Bangkulthum * B.Sc.(Nursing), M.S. (Medical Science)

Abstract : Although intensity of postoperative pain can be predicted, treated and prevented, there are still postoperative patients suffered from pain. This review article aims to emphasize the effect of uncontrolled pain on surgical patient's health and problems in postoperative management of pain and perioperative nursing are discussed.

Keyword : Perioperative nursing, Postoperative pain, Pain management, Inadequate pain control, Uncontrolled pain

* Staff nurse in Orthopedic operating room, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University