

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติที่เกิดกับอวัยวะในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้ห้อวัยวะเหล่านั้นกลับสู่ภาวะปกติและสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้มากที่สุด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Potter & Perry, 2003) ดังเช่น การผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการผ่าตัดใส่สตั๊ดตรึงกระดูกหัก จำนวน 1,658 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ข้อตะโพก จำนวน 153 ราย จากผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ทั้งหมด 2,026 ราย (สถิติแผนกห้องผ่าตัดและพักฟื้น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2548)

การผ่าตัดดังกล่าวเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการผ่าตัด มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยถ่วงกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน บาดแผลจากการผ่าตัดจะมีขนาดใหญ่ ยาวและลึก เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้น (Berry, 2000; Sekhon, 2005) เนื่องจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับกัมมันตรังสีจากการที่ศัลยแพทย์ใช้มีดกรีดผ่านผิวหนัง กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ดังเช่น พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) ฮิสตามีน (histamine) แบรดคิไคนิน (bradykinin) และสารพี (substance P) ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น (มยุลี สารัญญาดี และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541; Craven & Hirnle, 2003; Kitcatt, 2000) โดยความเจ็บปวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ประมาณร้อยละ 90 จะมีความเจ็บปวดอยู่ในระดับรุนแรง หลังจากนั้นความเจ็บปวดจะค่อยๆ ลดลงในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Avidan, Harvey, Ponte, Wendon, & Ginsburg, 2003; Huang, Cunningham, Laurito, & Chen, 2001) ถ้าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่ได้รับการจัดการอย่างเพียงพอและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Ekman & Koman, 2004)

ผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัด จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วและแรง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้นและความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อ

หัวใจวาย และอาจทำให้เกิดเลือดคั่งในหลอดเลือดดำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา (deep vein thrombosis) จากการที่ผู้ป่วยไม่ขยับขาเป็นเวลานานๆ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดยังทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้นๆ ไม่กล้าไอ เพิ่มการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ไม่สามารถไอและขับเสมหะได้ ทำให้มีเสมหะคั่งค้างในปอด เกิดถุงลมปอดแฟบ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบและภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด และยังทำให้อวัยวะในระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดช้า มีการคั่งค้างของแก๊ส ทำให้เกิดอาการท้องอืดและปวดท้องตามมา (Ashburn & Resdy, 2001; Breivik, 2002; Coda & Bonica, 2001; Yuan, Booth, & Albert, 2005)

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงอาจมีผลทำให้แผลหายช้า เนื่องจากมีการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมามากกว่าปกติ ซึ่งจะยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจนที่เป็นสารสำคัญในการสมานเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย (นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, และ พิชานี แสนมโนวงศ์, 2542; Berry, 2000; Christensen, 2003) นอกจากนี้ยังทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ไม่ว่าจะเป็นการนั่ง ยืนและเดิน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างน้อยลง หลีกเลี่ยงการสนทนา ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับและกระสับกระส่าย จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Bonica & Loeser, 2001; Rosenberg, 2001; Sherwood, McNeill, Strack, Neito, & Thomson, 2003) จะเห็นได้ว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยมีการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดผลกระทบที่เป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (American Academic Physician Assistant, 2005; Peeters-Asdourian, 2002)

การจัดการความเจ็บปวดมีทั้งวิธีการใช้ยาและวิธีการไม่ใช้ยา (Ersek & Poe, 2004) ซึ่งความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน ที่มีความรุนแรงปานกลางไปจนถึงรุนแรงมาก ดังนั้นการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยาในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จึงเป็นวิธีที่สามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (opioid drug) เป็นหลักในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (วรรณ ศรีโรจนกุล, 2544; Potter & Perry, 2003) จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การใช้ยาในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Christensen, 2003; McGuire, 1999) เช่นเดียวกับทางสมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่งออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ได้ประยุกต์หลักการบริหารยาขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในการจัดการความเจ็บปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด โดยเริ่มจากบันไดขั้นที่

3, 2, 1 ตามลำดับ ดังนี้ ขั้นที่ 3 ใช้ยาระงับปวดชนิดอนุพันธ์ฝิ่นในรายที่มีความเจ็บปวดระดับรุนแรง ขั้นที่ 2 ใช้ยาระงับปวดชนิดอนุพันธ์ฝิ่นเล็กน้อยในรายที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง และขั้นที่ 1 ใช้ยาระงับปวดชนิดไม่ใช่อนุพันธ์ฝิ่นในรายที่มีความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย (Heye & Reeves, 2003; Wilkie, 2000) ส่วนวิธีการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การให้ข้อมูล การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การจัดทำ เป็นต้น เป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวด ร่วมกับวิธีการใช้ยา ช่วยลดขนาดการใช้ยาระงับปวด ช่วยลดฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับปวด ทำให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลดลงได้ (Luskin et al., 2000; McCaffery, 2002) จากการศึกษาของคูเทิน (Kooten, 1999) พบว่า การจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาร่วมกับวิธีการใช้ยา เช่น การจัดท่านอน การผ่อนคลาย การนวดและการเบี่ยงเบนความสนใจ สามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยได้ดีกว่าการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยาอย่างเดียว โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและมีบทบาทสำคัญในการจัดการความเจ็บปวด สามารถให้การสังเกตและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003; JCAHO, 2001a)

จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่าง ค.ศ. 1998-1999 พบว่า ผู้ป่วยยังคงไม่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการดังกล่าวข้างต้นอย่างเหมาะสม (Gordon et al., 2002) ถึงแม้จะมีการปรับปรุงประสิทธิภาพในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยการให้ยาระงับปวดในปริมาณที่เพิ่มขึ้น แต่ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 แม้ได้รับการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธีการใช้ยา ก็ไม่เพียงพอในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยยังมีความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก (Apfelbaum et al., 2003; Ocitti & Adwoek, 2000) สาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ดังเช่น การสั่งยาของแพทย์ด้วยขนาดที่เท่ากันในผู้ป่วยทุกคน โดยเฉพาะยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ซึ่งผลของการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดจะมีความแตกต่างกัน เพราะระดับยาสูงสุดในเลือดจะแตกต่างกันได้ถึง 4-5 เท่าในผู้ป่วยแต่ละคน หรือปัจจัยจากทีมผู้ดูแลรักษาขาดความรู้ กล่าวคือผู้ป่วยติดยาหรือผลกระทบอื่นๆ จากยาระงับปวด และขาดการประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ทรงยศ วลัยถาษา, 2544; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2548; Schafheutle, Cantrill, & Noyce, 2001) ดังการศึกษาของคอลลินส์ (Collins, 1999) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีสาเหตุจากทีมผู้ดูแลรักษาขาดความรู้ ความเข้าใจในการประเมิน และการจัดการความเจ็บปวดโดยการเลือกให้ยาระงับปวดและวิธีการบริหารยาที่เหมาะสม

ในปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาการบริหารยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพิจารณาถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนต้องการและสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมปริมาณและระยะเวลาที่ต้องการยาระงับปวดเมื่อมีความเจ็บปวด รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดและผลกระทบที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับปวด วิธีการนี้เรียกว่าการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง (Patient Controlled Analgesia [PCA]) โดยอาศัยเครื่องมือที่สามารถควบคุมปริมาณยาในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยกดปุ่มควบคุมการจ่ายยา (Gilliam, George, & Salmon, 2002; Macintyre, 2001) เป็นการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่าการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำหรือทางกล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนัง เพราะสามารถรักษาปริมาณยาในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับที่ลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ดีและต่อเนื่อง (Phillips, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของวอลเดอร์, ชาร์เฟอร์, เฮนไซค์ และ ทราเมอร์ (Walder, Schafer, Henzi, & Tramer, 2001) ในการศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองกับการจัดการความเจ็บปวดแบบดั้งเดิม คือ การฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำและการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง มีการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำและกล้ามเนื้อ ส่วนการเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับปวด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึมและคัน พบว่า ไม่แตกต่างกัน ส่วนการกดศูนย์หายใจของยาระงับปวดพบว่า เกิดได้น้อย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) จากการศึกษาของซาปิโรว์ และคณะ (Shapiro et al., 2005) เกี่ยวกับการกดศูนย์หายใจจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับปวด ได้แก่ มอร์ฟีน จากจำนวนผู้ป่วย 1524 ราย ที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองพบว่า มีผู้ป่วยเพียง 18 ราย (1.2%) ที่มีอัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที จะเห็นได้ว่าการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น มีความปลอดภัยและสามารถควบคุมไม่ให้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเพิ่มความรุนแรงขึ้นจนกระทั่งควบคุมไม่ได้ ช่วยลดฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาขนาดสูง ช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรม และทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้น (Devine, 2002; Peeters-Asdourian, 2002)

ถึงแม้ว่าการจัดการความเจ็บปวดที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองจะมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แต่ก็มีการรายงานถึงความผิดพลาดที่เกิดจากวิธีการดังกล่าว (Macintyre, 2001) จากรายงานการศึกษาเชิงสำรวจตั้งแต่เดือนกันยายน ค.ศ. 1998 ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2003 ของโรงพยาบาลทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 6,069 ราย พบการเสียชีวิตจากการถูกกดศูนย์หายใจ

จำนวน 460 ราย (JCAHO, 2004) สาเหตุอาจเกิดได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่เข้าใจวิธีการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง ญาติผู้ป่วยกดดันควบคุมการจ่ายยาแทนผู้ป่วย การทำงานของเครื่องมือผิดปกติ ทีมผู้ดูแลรักษาขาดความรู้ความชำนาญและไม่มีการติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยามากเกินไป เป็นเหตุให้มีอาการง่วงซึมมาก หายใจช้าและหยุดหายใจ (Institute for Safe Medication Practices [ISMP], 2005a) อย่างไรก็ตามยังมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เป็นวิธีที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีเดิมๆ ได้รับการยอมรับจากทีมผู้ดูแลรักษาและมีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด (Chumbley, Hallg, & Salmon, 2002) ซึ่งการใช้ให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นอย่างเพียงพอและเหมาะสม (ISMP, 2005b) เนื่องจากการให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มระดับความทนต่อความเจ็บปวด สามารถช่วยลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร่วมกับวิธีการใช้ยาได้ (JCAHO, 2004; Sjoling, Nordall, Olofsson, & Asplund, 2003)

หน่วยระงับความเจ็บปวดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้นำวิธีการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองมาใช้ในปี พ.ศ. 2547 โดยใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในแผนก ออร์โธปิดิกส์เป็นแผนกแรก เนื่องจากการผ่าตัดที่มีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ในร่างกายของผู้ป่วย ดังเช่น การดามกระดูกที่หักด้วยเหล็กและมีการยึดตรึงด้วยสกรู หรือการเปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพกเทียม เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดในระดับรุนแรงมากขึ้น (Boden, 2004; Sekhon, 2005) และที่ผ่านมามีการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดด้วยวิธีการใช้ยา ยังมีหลักการที่แตกต่างกันตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การให้ยาระงับปวดตามเวลาทุก 4-6 ชั่วโมง หรือให้เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงหรือให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอ และการสั่งยาระงับปวดในขนาดที่เท่ากันในผู้ป่วยแต่ละคน ส่วนการบริหารยามีทั้งการฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อและทางหลอดเลือดดำ ทำให้ผลของการลดความเจ็บปวดมีความแตกต่างกันและไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ส่วนการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ และสามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและคำนึงถึงความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนต้องให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกและได้รับข้อมูลที่เพียงพอก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด (Goodman, 2003; RNAO, 2002) แต่ในทางปฏิบัติยังพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาน้อยหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย ดังการศึกษาของกายตัน-ซิมมอนส์ และเออร์มิน (Guyton-Simmons & Ehrmim, 1994) ที่พบว่า พยาบาลใช้การจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาร่วมกับวิธีการใช้ยาในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยมาก

จากสถิติของหน่วยระงับความเจ็บปวดในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง จำนวน 98 ราย และ 234 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยระงับปวดก่อนผ่าตัด 1 วัน และภายหลังผ่าตัดมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวันละครั้ง จนหยุดการใช้เครื่องควบคุมการจ่ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และจากการศึกษานำร่องของผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง หอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2549 จากจำนวนผู้ป่วย 10 ราย พบว่า มีผู้ป่วย 6 ราย ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ โดยมีคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่ประเมินด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลขมากกว่า 6 ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น แพทย์ต้องให้ยาระงับปวดในปริมาณที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย 1 ราย เกิดอาการง่วงซึม และผู้ป่วย 4 ราย เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับปวดที่ได้รับ สาเหตุดังกล่าวเกิดจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองไม่ครอบคลุมเพียงพอ และไม่เข้าใจวิธีการใช้เครื่องควบคุมการจ่ายยา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวลและความไม่มั่นใจในการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองเมื่อเกิดความเจ็บปวด ทำให้ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดยังอยู่ในระดับรุนแรง และยังไม่มีการนำวิธีการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดขณะได้รับควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยระงับปวด ที่ต้องให้การดูแล ติดตามและประเมินผลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง หอผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยเปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดตามปกติ

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดมีคะแนนความเจ็บปวดต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดตามปกติ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (two groups posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง การผ่าตัดไส้ติ่งด้วยวิธีส่องกล้องและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ข้อตะโพก ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2550 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 จำนวน 40 ราย

นิยามศัพท์

โปรแกรมการจัดการความเจ็บปวด หมายถึง แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลและการดูแลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง ที่ผู้ศึกษาและคณะกรรมการที่ปรึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 1 ช่วงบ่ายของวันก่อนผ่าตัด มีการสร้างสัมพันธภาพ ชักถามปัญหา การตอบข้อคำถาม ตลอดจนให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความไว้วางใจผู้ศึกษา มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นของการรักษาด้วยการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดและลักษณะบาดแผลหลังการผ่าตัด วิธีการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความ

เจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (numerical rating scale) การจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยาที่ได้รับ การควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง ฤทธิ์ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยาระงับปวดที่ได้รับและ วิธีการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองที่ไม่ถูกต้อง และการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการ ไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นจังหวะและครั้งที่ 2 ช่วงเย็นของวันก่อนผ่าตัด เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนและให้ข้อมูลเพิ่มเติม และ กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นจังหวะ 2) ระยะเวลาหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถโต้ตอบได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและความเชื่อมั่นในการ รักษาพยาบาลที่ได้รับ ให้ข้อมูลในส่วนที่ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการควบคุมการให้ยาระงับปวด ด้วยตนเอง มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นจังหวะ เพื่อเสริมประสิทธิภาพร่วมกับการใช้ยาในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย จนกระทั่งหยุดการใช้เครื่องควบคุมการจ่ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินผลการ จัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

การจัดการความเจ็บปวดตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการให้ข้อมูลและการดูแลเกี่ยวกับการ จัดการความเจ็บปวดตามปกติในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอ ผู้ป่วย และพยาบาลหน่วยระงับปวดให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องควบคุมการจ่ายยา

ความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดภายหลังการผ่าตัด ในระหว่างการ ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเองในระยะเวลา 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด รวมถึง ปริมาณยาและจำนวนครั้งของการกดปุ่มควบคุมการจ่ายยา ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด ชนิดที่เป็นตัวเลข และแบบบันทึกปริมาณยาและจำนวนครั้งของการกดปุ่มควบคุมการจ่ายยา

ผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการ ผ่าตัดใหญ่ในแผนกออร์โธปิดิกส์ ได้แก่ การผ่าตัดกระดูกสันหลัง การผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึง กระดูกหักและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ข้อตะโพก ที่ได้รับการควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องควบคุมการจ่ายยาที่ติดตั้งไมโครโปรเซสเซอร์ (microprocessor) เพื่อควบคุมการ ทำงาน โดยวิสัญญีแพทย์เป็นผู้กำหนดชนิดของยาระงับปวดและโปรแกรมการจ่ายยา และผู้ป่วย เป็นผู้ควบคุมปริมาณและระยะเวลาที่ต้องการยาระงับปวดเมื่อมีความเจ็บปวด โดยการกดปุ่ม ควบคุมการจ่ายยา เครื่องก็จะจ่ายยาเข้าสู่กระแสเลือดทางหลอดเลือดดำตามที่โปรแกรมกำหนดไว้