

การจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด
Multimodal Pain Management: Goal setting for Postoperative Pain

บทความวิชาการ (Academic article)

Corresponding author E-mail: jutarut@bcnsprnw.ac.th

(Received: March 5, 2019; Revised: June 3, 2019;

Accepted: July 25, 2019)

จตุรรัตน์ สว่างชัย พย.ม. (Jutarut Saeangchai, MNS)¹

ชุลีพร ปิยสุทธิ พย.ด. (Chuleeporn Piyasut, Ph.D.)²

ศิริพร แก้วกุลพัฒน์ พย.ม. (SiripornKaewkulpat, MNS)³

บทคัดย่อ

บทความนี้ มุ่งเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบผสมผสานเพราะความปวดหลังผ่าตัด เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน ความปวดหลังผ่าตัดเคยถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นแน่นอนและต้องอดทน แต่ปัจจุบันทัศนคติในเรื่องนี้ได้เปลี่ยนไปโดยมองว่าความปวดหลังผ่าตัดเป็นเรื่องจัดการได้และเป็นสิ่งที่ควรทำเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล วิธีการจัดการความปวดที่นิยมในปัจจุบันคือการจัดการความปวดแบบผสมผสานโดยใช้ยาควบคุมความปวดร่วมกันหลายชนิด รวมทั้งใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อเสริมฤทธิ์การระงับปวด ลดปริมาณการใช้ยาและลดผลข้างเคียงของยา การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการจัดการความปวด ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมวางแผนและมีพันธะสัญญาในการจัดการความปวดร่วมกัน โดยการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการคิดที่ผู้ป่วยกำหนดขึ้น เพื่อช่วยให้สามารถนำความคิดของตนมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดให้อยู่ระดับที่ตนเองยอมรับได้และเกิดผลลัพธ์ดีหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ: ความปวดหลังผ่าตัด, การจัดการความปวดแบบผสมผสาน, การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด

ABSTARCT

The aim of this article is to present a concept of multimodal pain management. Pain causes discomfort and suffering that requires the proper steps to be monitored and treated.

1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

อีเมล: jutarut@bcnsprnw.ac.th

E-mail: jutarut@bcnsprnw.ac.th

อีเมล: chuleeporn@bcnsprnw.ac.th

E-mail: chuleeporn@bcnsprnw.ac.th

อีเมล: siriporn@bcnsprnw.ac.th

E-mail: siriporn@bcnsprnw.ac.th

However, in traditional Thai culture, it was believed that post-operative pain was an inevitable symptom which everyone had to be patient and wait until the pain subsided. Nowadays, the concept of pain management has been changed. Pain is a very important symptom that should be concerned and properly managed to promote a patient's quality of life, prevent complications, and reduce the length of stay in the hospital. In a multimodal pain managing approach, multiple drug use, integrated with other non-pharmacology treatments, is one of the most preferable protocols for effectively managing pain and reducing unpleasant side effects. A goal setting for postoperative pain, a non-pharmacological approach would be a patient managing their expectations for the pain through setting individual goals for the pain management process. This means that the patient can effectively pre-determine their mental state to self-manage their post-operative pain levels. This activity shows nursing autonomy to provide the best care for the patients since each patient is unique in his or her own perception of pain, as well as different in dealing with pain. Therefore, individual goal setting will direct how the patient will be responsible for preferable and acceptable pain management toward the ultimate outcome.

Keywords: Postoperative Pain, Multimodal Pain Management, Goal Setting for Postoperative Pain

บทนำ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างแน่นอน (Hinkle & Cheever, 2018) ความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลาผ่าตัดนาน เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายและการหายใจ ความปวดที่เกิดขึ้นนับเป็นขั้นตอนปกติของการรักษาและเป็นสิ่งที่ต้องอดทน สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain) กำหนดให้ปี พ.ศ.2560 เป็นปีสากลแห่งการต่อต้านความปวดหลังการผ่าตัด (Global year

against pain after surgery) โดยมีแนวคิดที่ว่าความปวดหลังผ่าตัดสามารถจัดการได้ และควรมีการวางแผนล่วงหน้าโดยใช้การจัดการความปวดแบบผสมผสาน (Multimodal Pain Management) เป็นการจัดการความเจ็บปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ควบคุมความปวดด้วยการใช้ยาหลายๆ กลุ่มร่วมกัน (multimodal analgesia) ร่วมกับวิธีการไม่ใช้ยา (IASP, 2017) ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีการควบคุมความปวดอย่างหลากหลาย เช่น การฝังเข็ม (Acupuncture) การระงับความปวดจากการกระตุ้นปลายประสาท (Transcutaneous electric nerve stimulation: TENS) การกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การกำหนดลมหายใจ การใช้สมาธิ

บำบัด การใช้ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ เพื่อเสริมฤทธิ์ในการระงับปวด ลดปริมาณยาแก้ปวด และลดผลข้างเคียงของยาแก้ปวด (Rao, 2006)

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบผสมผสานพัฒนาขึ้นมาเนื่องจากความปวดมีความเกี่ยวข้องกับทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และกระบวนการคิดร่วมด้วยเสมอ (Kumar & Elavarasi, 2016; McGuire, 1992) ในประเทศไทยมีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบผสมผสานไม่ใช่น้อยหลายเรื่อง ซึ่งลดความปวดหลังผ่าตัดได้ เช่น ผลการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด (Utsahapanich & Tudpinij, 2011) ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (Damrongrucktham, Kimpee, Toskukao & Asdomwised, 2009) การตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในระดับกระบวนการคิดช่วยให้บุคคลสามารถนำความคิดของตนสู่การกระทำ จนสำเร็จผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Locke & Latham, 2006; Soonsawad, 2015) การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด (goal setting of post-operative pain) คือการที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันกำหนดระดับความปวดหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยยอมรับได้ และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง โดยพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้บุคคลตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดและร่วมวางแผนในการจัดการความปวดที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด และกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติได้เร็วที่สุด บทความนี้กล่าวถึงความหมาย และความปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด: ในรูปแบบที่ไม่ใช่ยา การตั้งเป้าหมาย

ระดับความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดแบบผสมผสานร่วมกับการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด

ความหมายและความปวดหลังผ่าตัด

ความหมาย

ความปวดเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลที่มีความปวดจึงหาทางรักษาและการจัดการกับความปวด ความปวดมีความหมายแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล มีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้ดังนี้ สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (IASP Terminology) กล่าวว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ซึ่งเกิดจากการทำลายเนื้อเยื่ออย่างเฉียบพลัน หรือจากการที่เนื้อเยื่อได้รับความเสียหาย ดังนั้นความปวดจึงเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งบุคคลที่มีความปวดเท่านั้นที่จะบอกได้ว่าความปวดนั้นมีลักษณะแบบใด (McGuire, 2010)

ความปวดหลังผ่าตัด

การผ่าตัดทำให้มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด (Nociceptive pain) สามารถใช้แนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (McGuire, 2010; Reddi, Curran, & Stephens, 2013) อธิบายได้ ดังนี้ ความปวดถูกกระตุ้นจากระบบประสาทส่วนปลายมีการส่งสัญญาณไปที่ไขสันหลัง แล้วจึงส่งไปที่สมอง ถ้าสัญญาณความปวดไม่ส่งไปที่สมองบุคคลจะไม่รู้สึกปวด ระบบประสาทส่วนปลายมีเส้นประสาท 2 ชนิดคือ

- ไยประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ ไยประสาทเอเดลต้า (A delta fibers) เป็นใยประสาทขนาดเล็กมีมัยอีลินหุ้ม พบที่ผิวหนัง และกล้ามเนื้อรับรู้ความรู้สึกเร็ว รับความรู้สึกปวดแหลม (sharp)

เหมือนถูกเข็มแทงบอกตำแหน่งที่เจ็บปวดได้ชัดเจนและใยประสาทซี (C fiber) เป็นใยประสาทขนาดเล็กไม่มีมายอีลินหุ้ม พบที่ กล้ามเนื้อเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) และอวัยวะภายใน (viscera) รับรู้ความรู้สึกช้า รับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับอุณหภูมิ สารเคมี แรงกด บอกตำแหน่งที่เจ็บปวดได้ไม่ชัดเจน

- ใยประสาทขนาดใหญ่คือ ใยประสาทเอเบต้า (A beta fiber) ทำหน้าที่ปิดประตูการรับรู้ความปวดถูกกระตุ้นได้โดยการนวด

การผ่าตัดก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อไปกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก (A delta fibers, C fiber) ไปกระตุ้นการทำงานของ เซลล์เซลล์ (SG cell) ทำให้เกิดการหลั่งสารพี (substance P) ไปกระตุ้นทีเซลล์ (T cell) ให้ส่งกระแสประสาทไปที่สมองและระบบลิมบิก (limbic system) เป็นการเปิดประตูทำให้เกิดการรับรู้ความปวด เมื่อประตูปิดที่ไขสันหลังความปวดจะไม่ถูกส่งสัญญาณไปที่สมอง จึงทำให้ไม่ปวด การปิดเปิดประตูที่ไขสันหลังยังขึ้นอยู่กับระบบความคิด (Cognitive system) ด้วย เพราะกลไกความคิดส่วนกลาง (Central cognitive mechanism) สามารถควบคุมการทำงานของกลไกประตูได้ การสั่งให้ปิดประตูโดยผ่านสัญญาณจากใยประสาทขนาดใหญ่เอเบต้าให้ไปยังยังการทำงานของทีเซลล์ที่ไขสันหลัง ประตูปิดสัญญาณความปวดจึงไม่ส่งไปยังสมอง อีกปัจจัยที่มีผลต่อการปิดเปิดประตูได้แก่ความสามารถของสมองในการหลั่งสารสื่อประสาทคือ เอนโดจีนีนส์ มอร์ฟีน (endogenous morphine) เอนโดจีนีนส์ มอร์ฟีนมีลักษณะคล้ายสับสแตนซ์ (substances) ที่เรียกว่า เอนโดฟิน (endorphine) ซึ่งถูกสร้างและเก็บไว้ที่ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า (pituitary gland) และ ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งจะถูกล่อยออกมา

เมื่อร่างกายเผชิญความเครียด เช่น ความปวดระยะหลังผ่าตัด มีการอักเสบ การออกกำลังกายและการผ่อนคลาย (Sprouse-Blum, Smith, Sugai, & Parsa, 2010) หรือเมื่อเส้นประสาทขนาดใหญ่ (A beta fiber) ถูกกระตุ้น โดยการนวดหรือ การสัมผัส จึงไปปิดประตูทำให้ลดความปวด ซึ่งช่วยอธิบายเกี่ยวกับเทคนิคผ่อนคลาย และการนวดที่ลดความปวดโดยไม่ต้องใช้ยา เอนโดฟินจะถูกกระตุ้นและส่งสัญญาณไปที่สมอง การทำงานของเส้นประสาทที่ส่งสัญญาณมาจากสมองส่วนทาลามัสและซีรีบรัม คอร์เทค คล้ายกับระบบประตู เนื่องจากสมองส่วนนี้รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ เมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นและบุคคลใช้ความคิดและอารมณ์เพื่อประยุกต์กับการรับรู้กับเหตุการณ์ต่าง ๆ จะทำให้ผ่อนคลายและลดความเจ็บปวดได้ (Kaada, Torsteinb, 1989; Sprouse Blum, Smith, Sugai & Parsa, 2010)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัดเกิดได้ทั่วไป ระยะหลังผ่าตัดสามารถเกิดผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายได้ ดังนี้ (Hinkle, & Cheever, 2018; Ignatavicius, & Workman, 2010; Paiboonworachart, 2015) ระบบหายใจทำให้เกิดปอดแฟบหรือปอดบวม เพราะความปวดจากการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น ปริมาตรความจุปอดลดลงและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในถุงลมลดลง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดจากการผ่าตัดทำให้กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความต้านทานปลายทาง (peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้นและการ

เสียเลือดจากการผ่าตัด อาจทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ และการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงได้ อาจเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis) เนื่องการได้รับยาสลบทำให้หลอดเลือดขยายและคั่งค้างอยู่ที่ขาได้ระบบทางเดินอาหาร การได้รับยาระงับความรู้สึกไปยับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้และกระเพาะอาหาร อาจทำให้อาการ คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาการท้องอืด ระบบทางเดินปัสสาวะ เพิ่มการทำงานของหูรูด (sphincter tone) แต่ลดการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้อาการปัสสาวะคั่ง ด้านจิตใจ ความปวดจากการผ่าตัดอาจทำให้วิตกกังวล ไม่สบายใจนอนไม่หลับ

ซึ่งถ้าความปวดหลังผ่าตัดได้รับการดูแลที่พอเพียงจะทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับความสุขสบาย นอนหลับได้ดี พ้นตัวเร็ว อยู่โรงพยาบาลน้อย และเสียค่าใช้จ่ายลดลง

การจัดการความปวดหลังผ่าตัด : ในรูปแบบที่ไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดเป็นความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ต้องอาศัยความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมในการมองปัญหาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบองค์รวม จึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนำดนตรีบรรเลงมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ในระยะหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง พบว่า ระดับความปวดลดลง (Im-erb, Kongchoom, Rimsueb, & et al, 2013) ซึ่งดนตรีจะมีผลต่อระบบประสาท

อัตโนมัติ กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี ให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน และยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจทำให้เกิดความผ่อนคลาย สงบ สบายใจ ส่งผลต่อการปวดให้ลดลง การนำสมาธิบำบัดมาใช้ก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกหรือเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้มีระยะห่างระหว่างเวลาปวดถึงหายปวดได้เร็วกว่ากลุ่มให้การพยาบาลปกติและจำนวนครั้งของการให้ยาแก้ปวดลดลง (Dhamakawinwong & Yaiyaung, 2012) โดยที่การทำสมาธิบำบัดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีภายในร่างกาย ทำให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญในร่างกาย การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และสารเคมีในสมอง เพิ่มการทำงานของเซลล์เอสจีปิดกระตุ้นสัญญาณความปวดไม่ให้ไปที่ระบบควบคุมส่วนกลาง และมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความปวดลดลง การใช้จินตภาพกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด ที่มีความปวดในระดับปานกลาง จะทำให้ความปวดลดลงเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อย (Utsahapanich & Tudpinij, 2012) อธิบายได้ว่าการสร้างจินตภาพเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวา เปลี่ยนแปลงการรับรู้ความปวดโดยการรับรู้ภาพที่พึงพอใจแทน ลดการเร้าทางอารมณ์ ส่งผลให้ลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก เมื่อร่างกายผ่อนคลายจะทำให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน การหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลงทำให้อาการปวด อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ร่วมกับการกำหนดลมหายใจเป็นระยะเวลา 15 นาที วันละครั้ง จำนวน 3 วัน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ทำให้มีอาการปวดน้อยลงกว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำ (Sritan, 2017) ซึ่ง อธิบายได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการกระตุ้นการทำงานของ

ต่อมพิทูฮาทารี ให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟินที่ต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ออกฤทธิ์คล้ายกับมอร์ฟิน และการทำสมาธิ เป็นวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด การใช้สุคนธบำบัดร่วมกับดนตรีบำบัด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา สูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ตามทฤษฎีการรับกลิ่นและกลไกการออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย ร่วมกับการฟังดนตรีบรรเลงชนิดเสียงธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้การปวด และการใช้ยาแก้ปวดลดลง (Jaipakdee, Nateetanasombat & Punthasee, 2016) การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม โดยใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย (concrete – objective information) ของ Johnson (1999) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือ ซึ่งใช้ทฤษฎีการควบคุมประตูและทฤษฎีการควบคุมความปวดภายใน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้อาการปวดลดลง (Pansup & Tantikosoom, 2018) ถ้าพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันเลือกวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแบบไม่ใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดด้วยยา ทำให้ลดขนาดการใช้ยาและลดผลข้างเคียงของยา โดยเฉพาะในระยะ 24 -72 ชม. แรกหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งต้องใช้ยาที่มีฤทธิ์ระงับปวดแรงและมีผลข้างเคียงมาก (Chaingarm, 2009) การควบคุมความปวดโดยไม่ใช้ยานั้น อาศัยหลักการในเรื่องการปิดหรือเปิดประตูที่บริเวณคอร์ซัลฮอร์น ของไขสันหลังโดยการควบคุมของเอสจีเซลล์ นอกจากการส่งสัญญาณจากเส้นใยประสาทขนาดเล็กที่รับสัญญาณความปวดจากระบบประสาทส่วนปลายมากกระตุ้นให้เปิดประตู และการส่งสัญญาณจากเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่

ได้รับการกระตุ้น เช่น การนวด การสัมผัส ทำให้ปิดประตูแล้วยังขึ้นอยู่กับระบบด้านการคิด (cognitive system) อีกด้วย เพราะกลไกการทำงานของความคิดส่วนกลาง (central cognitive mechanism) สามารถควบคุมกลไกการทำงานของประตูได้ โดยสามารถสั่งการให้ประตูปิดได้ โดยผ่านการส่งสัญญาณไปทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ (T cell) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สามารถเข้าใจได้ว่าเหตุใดเมื่อมีการทำงานของความคิด เช่น มีความเครียด หรือมีความสนใจต่อความปวดไม่ว่าจะเป็นความคิดด้านลบต่อความปวดหรือมีการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) บุคคลจะรู้สึกปวดมากขึ้นหรือลดลงได้

การที่ผู้ป่วยมีความคิด หรือการรับรู้ต่อระดับของความปวดหลังผ่าตัดตามสภาพจริงและในมุมมองที่ความปวดเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัวเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ โดยมีความรู้ในการจัดการความปวดอย่างถูกต้อง มีความเชื่อมั่นในแผนการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งของการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่น่าสนใจโดยพยาบาลและทีมสุขภาพต้องวางแผนร่วมกัน

การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด

เป้าหมาย (goal) เป็นสิ่งที่บุคคลกำหนดขึ้น เพื่อช่วยให้สามารถนำความคิดของตนสู่การกระทำ มีความจำเพาะเจาะจง วัดได้ ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (goal setting theory) มองว่าการกำหนดเป้าหมายเป็นเรื่องการจูงใจ (motivation) ที่ช่วยเพิ่มพลังความคิด และพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จได้ การตั้งเป้าหมาย (goal setting) จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยชี้ทิศทางให้รู้

ว่าจะเดินทางไปถึงจุดใด มองเห็นเป้าหมายของตนเอง (Goodcoach, 2012) ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) อันจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ตามต้องการ (Bakar, Yun, Keow & Li, 2014)

การตั้งเป้าหมายความปวดหลังผ่าตัด (goal setting for postoperative pain) เป็นความตั้งใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยองค์ประกอบและลักษณะของการตั้งเป้าหมายที่ดีควรมีความชัดเจน สามารถวัดได้ ประเมินได้ในช่วงเวลาหลังผ่าตัด มีความท้าทาย (Challenge) และสามารถปฏิบัติได้จริงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป้าหมายที่กำหนดเป็นพันธะสัญญาที่ต้องรับผิดชอบในการดำเนินการไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

การตั้งเป้าหมายก่อนการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ (Sawangchai & Ngamkham, 2017) ดังนั้นการพยาบาลก่อนการผ่าตัด พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายว่า ความปวดหลังผ่าตัดควรอยู่ในระดับใด ถ้าผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้ว่าความปวดจะอยู่ในระดับสูง พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ความปวดหลังผ่าตัดจะไม่สูงตามที่ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้ เพราะว่าพยาบาลจะประเมินความปวดหลังผ่าตัดเป็นระยะ ๆ เพื่อดูแลให้าลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดแบบผสมผสานที่ได้สอนผู้ป่วยไว้แล้วในระยก่อนผ่าตัด เป็นเทคนิคการลดความปวดแบบไม่ใช้ยาให้ผู้ป่วยรับทราบ ได้แก่ สมานิบำบัด (Dhamakawinwong & Yaiyaung, 2012) ดนตรีบำบัด (Im-erb, Kongchoom & Rimsueb et al., 2013) เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกใช้ได้ตามความต้องการ

การจัดการความปวดแบบผสมผสานร่วมกับการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด

การประยุกต์ใช้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบบผสมผสานร่วมกับการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดสำหรับพยาบาล ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ควรวางแผนการจัดการความปวดทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีทัศนคติที่ดีต่อความปวด เชื่อว่าความปวดเป็นสิ่งที่จัดการได้ มีความรู้และให้ความสนใจในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่สอดคล้องกับชนิดของการผ่าตัด เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ตลอดจนธรรมชาติและระยะเวลาของความปวดที่อาจเกิดขึ้น มีการดูแลด้านโภชนาการและการได้รับสารน้ำ

การใช้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในปัจจุบันนิยมให้ยาหลายชนิดร่วมกันโดยที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้การจัดการความปวดดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีและมีความรู้ต่อการใช้ยาที่สอดคล้องกับการใช้ยาระงับปวดดังกล่าว เช่น การใช้ยาโอปิออยด์ร่วมกับยาด้านการอักเสบ (Non-selective and COX-2 selective NSAIDs) กลุ่ม Alpha - 2 - delta modulators (gabapentin, pregabalin) การใช้ยาเฉพาะที่เพื่ลดการใช้ยาตัวเดียวในขนาดสูง เช่น การใช้ยาโอปิออยด์ซึ่งมีผลข้างเคียงมาก (IASP, 2017) โดยมีวิธีการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่สร้างความเชื่อมั่น ไว้วางใจในแผนการรักษา ซึ่งการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยนั้นต้องใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย อาจมีเอกสารประกอบคำอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนได้ด้วยตนเอง พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ร่วมกับเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเพื่อ

ช่วยกันดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

นอกจากนี้ พยาบาลควรมีความรู้และสามารถนำการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวมที่ใช้ศาสตร์ทางเลือกหลายแบบ เช่น การกดจุด (Reflexology) การนวด (Therapeutic massage) การฝังเข็ม (Acupuncture) การเป็ยงเบนความสนใจโดยใช้จินตภาพ (Imaginary) ดนตรีบำบัด (Music therapy) การสะกดจิต (Hypnosis) และการทำสมาธิ (Meditation) (Nawai & Phongphanngam, 2019)

แนวทางการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแบบผสมผสานร่วมกับการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดซึ่งสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (IASP, 2017) กล่าวว่า การจัดการความปวดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับ และได้กำหนดให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางและสามารถจัดการได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดที่ดีที่สุดโดยเร็ว ดังนั้นในการที่พยาบาลจะร่วมกำหนดเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดได้ควรมีความสามารถดังนี้

1. ประเมินปัญหาความปวดของผู้ป่วยรายบุคคลซึ่งอาจจะมีประเด็นความแตกต่างทางเพศ อายุ วัฒนธรรม ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติ ประสบการณ์ความปวดในอดีตและการจัดการความปวด โดยมีทักษะการสังเกต และเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย

2. มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดต่างๆแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาที่หลากหลาย สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคล รวมทั้งผลกระทบจากการผ่าตัดแต่ละชนิด

3. ก่อนผ่าตัดพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายความปวดหลังผ่าตัดที่ยอมรับได้ ทั้งนี้จากการศึกษาของ นันทวรรณ อัมพันธ์ (Ampan, 1997) ในเรื่องการจัดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาลต่อความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของเด็กวัย 7 -15 ปี พบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองมีการลดลงของคะแนนความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ สว่างชัย และ ศรีสุตา งามขำ (Sawangchai & Ngamkham, 2017) ศึกษาความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรก พบว่า การตั้งเป้าหมายไว้ว่าความปวดควรอยู่ในระดับใดก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ

4. นำเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัดมาวางแผนร่วมกับ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยโดยระบุกิจกรรมและแนวทางการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาที่เป็นไปได้และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเสนอเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและถือเป็นพันธะสัญญาที่ต้องทำร่วมกัน

5. ดำเนินการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาโดยกระตุ้น ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้คุณค่าความสามารถของตนเอง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเต็มศักยภาพ โดยมีวิธีการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในแผนการรักษาพยาบาล เป็นการปรับระบบความคิดของผู้ป่วย

6. ติดตามประเมินแผนการรักษาการจัดการความปวด เพื่อให้ข้อมูลกับแพทย์ที่เกี่ยวข้องและประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดของผู้ป่วยและระดับความปวดตามที่ได้ร่วมกันวางแผน

7. ให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งด้านกระบวนการ และผลลัพธ์แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องว่าแผนการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพเพียงใด ทั้งนี้ในกรณีที่กระบวนการหรือกิจกรรมบางขั้นตอนยังไม่บรรลุผล หรือไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ พยาบาลต้องกระตุ้นช่วยเหลือ สนับสนุน หรือให้เวลาในการฝึกฝน และปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว หรือปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการความปวดให้บรรลุตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ (Bakar, Yun, Keow, & Li, 2014)

สรุป

การจัดการความปวดแบบผสมผสาน ร่วมกับการตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นที่มีความสอดคล้องกับค่านิยมร่วมของกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็น เป็นนายตนเอง (mastery) การเสริมสร้างให้บุคคล มีส่วนร่วม (people centered approach) และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ และเอื้ออำนวย (facilitator) เช่น การพยาบาลก่อนการผ่าตัด พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วย

ตั้งเป้าหมายว่า ความปวดหลังผ่าตัดควรอยู่ในระดับใด และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า พยาบาลจะประเมินความปวดหลังผ่าตัดเป็นระยะ ๆ เพื่อดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดแบบผสมผสานที่ได้สอนผู้ป่วยไว้แล้วในระยาะก่อนผ่าตัด เป็นเทคนิคการลดความปวดแบบไม่ใช้ยาให้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกใช้ได้ตามความต้องการ แนวทางการจัดการความปวดแบบผสมผสานนี้ เปิดโอกาสให้พยาบาลพัฒนาศักยภาพในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระ และนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยรายบุคคลซึ่งถ้าพยาบาลทำได้สำเร็จ นั้นแสดงว่าพยาบาลเข้าใจ เข้าถึงและนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพ ซึ่งเป็นการน้อมนำ วิธีการแห่งศาสตร์พระราชาสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การลดอาการปวดทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด และเป็นก้าวเล็กๆ สู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองที่ยั่งยืน ถ้าพยาบาลใช้โอกาสในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

References

- Ampan, N. (1997). *Effect of mutual goal setting among children, caregivers and nurses on adominal postoperative pain in 7 - 15 year old children. (Master's thesis)*. Mahidol University, Bangkok. (in Thai)
- Bakar, Z.A., Yun, L.M., Keow, N.S., & Li, T.H. (2014). Goal-setting learning principles. *Journal of Education and Learning*, 8(1), 41-50.
- Chaingarm, S. (2009). *A study of pain perception and pain management in persons with abdominal surgery. (Master's thesis)*, Rangsit University, Bangkok. (in Thai)
- Damrongrucktham,C., Kimpee, S., Toskukao, T., & Asdornwised, U. (2009). Effects of hand reflexology on level of pain in abdominal surgery patients. *Journal of Nursing Science*, 27 (2)Supplement, May-Aug, 49-58. (in Thai)

- Dhamakawinwong, A. & Yaiyaung, P. (2012). Effects of meditaion therapy for reducing pain among hip or knee replacement patient, Phichit Hospital. *Phichit Hospital Journal*, 27(2), 20-29. (in Thai)
- Goodcoach. (2012). Benefits of setting goals (Online). Retrieved (2016, November 10) from <http://oknation.nationtv.tv/blog/goodcoach/2012/01/05/entry-1>. (in Thai)
- Hinkle, J., & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's: Textbook of mediocl-surgical nursing. (14th)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ignatavicius, D. D., & Workmann, M. L. (2010). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care (volume 2) (6th)*. St.louis: Elsevier Saunder.
- Im-erb, P., Kongchoom, W., Rimsueb, K. & et al. (2013). *Journal of The Ministry of Public Health*, 23(3), 53-62. (in Thai)
- International Association for the Study of Pain: IASP. (2017). The 2017 IASP global year against pain after surgery. Retrieved (2016, November 10) from <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/AfterSurgery>.
- International Association for the study of pain: IASPTerminology: Pain Terms. Retrieved (2016, November 10) from <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>.
- Jaipakdee, K., Nateetanasombat, K., & Punthasee, P. (2016). The Effect of postoperative pain management program by using aromatherapy and music therapy in postoperative patients with open reduction internal fixation of leg. *Charoenkrung pracharak Hospital Journal*, 12(2), 54-68. (in Thai)
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing and Health*, 22, 435-448.
- Kaada, B., & Torsteinb, O.(1989). Increase of plasma β -endorphins in connective tissue massage. *The Vascular System*, 20, 487-489.
- Kumar, K.H., & Elavarasi, P. (2016). Definition of pain and classification of pain disorders. *Journal of Advanced Clinical & Research Insights*, 3, 87-90.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2006).New directions in goal-setting theory. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 265-268.
- McGuire, H.B. (1992). Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7, 312-319.
- McGuire, L. L. (2010). Pain: The fifth vital sign. In D. D. Ignatavicius.& M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care (6th ed.)* (p.35-61).St Louis: Saunders Elsevier.

- Nawai, A., & Phongphanngam,S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromrajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1),1-25.(in Thai)
- Paiboonworachart, S. (2015). *Pain and pain assessment*. Retrieved (2016, November 11) from <http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/BasicPain.pdf> (in Thai)
- Pansup, J., Ua-Kit, N., & Tanktikosoom, P. (2018). The Effect of concrete information program combined with hand reflexology on post operative pain in urological patients. *Journal of The Police Nurses*, 10(1), 51-60. (in Thai)
- Rao, M. (2006). Acute post operative pain. *Indian Journal of Anaesthesia*, 50(5), 340-344.
- Reddi, D., Curran, N., & Stephens, R. (2013). An introduction to pain pathways and mechanisms. *British Journal of Hospital Medicine*, 74 (12),188.
- Sawangchai, J. & Ngamkham, S. (2017). Postoperative pain in patients after abdominal surgery Sawanpracharak Hospital. *Journal of Health Science Research*,11, Supplement, July-December, 1-11. (in Thai)
- Soonsawad, n. (2015). Setting Goals of life and work. *Journal of information*, 14(2), 21-36. (in Thai)
- Sprouse-Blum, A.S. ,Smith, G., Sugai, D., & Parsa, F.D. (2010). Understanding endorphins and their importance in pain management. *Hawai'i Medical Journal*, 69(3), 70-71.
- Sritan, S. (2017). Effect of foot reflexology massage with breathing exercise on levels of pain in postoperative abdominal surgery patients. *Journal of The Police Nurses*, 9(1), 37-46. (in Thai)
- Utsahapanich, S., & Tudpinij, S. (2011). The effect of guided imagery on acute pain in post operative colorectal cancer patients. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(4), 36-45. (in Thai)
- Utsahapanich, S., &Tudpinij,S. (2011).The effect of guided imagery on acute pain in post operative colorectal cancer patients. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(4), 36-45. (in Thai)