

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลการใช้รูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดต่อการรับรู้ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. คุณภาพการพยาบาล

1.1 ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

1.2 ความสำคัญของการควบคุมคุณภาพ

1.3 การประเมินคุณภาพการบริการ

1.4 ความเจ็บปวด

1.4.1 ความหมายของความเจ็บปวด

1.4.2 กลไกที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด

1.4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด

1.4.4 ชนิดของความเจ็บปวด

1.4.5 การประเมินความเจ็บปวด

1.4.6 วิธีบำบัดรักษาความเจ็บปวด

1.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความเจ็บปวด

2. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด

2.1 บทบาทอิสระ

2.2 บทบาทที่ไม่เป็นอิสระ

2.3 วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้บทบาทอิสระทางการพยาบาล

2.3.1 แนวคิดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด

2.3.2 การจัดการกับความเจ็บปวดในการปฏิบัติการพยาบาล

คุณภาพการพยาบาล

ความหมายของคุณภาพการพยาบาล

ปัจจุบันการพยาบาลต้องการความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อความเป็นวิชาชีพที่อิสระอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งต้องคำนึงถึงการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน ได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพ พอสรุปลได้ดังนี้

สภาพยาบาลเป็นองค์กรวิชาชีพ มีพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 คุ้มครองการปฏิบัติงานและมีจรรยาบรรณวิชาชีพที่สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดให้พยาบาลทุกคนถือปฏิบัติ เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการได้ว่าพยาบาลทุกคนได้ตั้งใจที่จะให้บริการที่ดีที่สุดแก่เขาคือบริการที่เขาได้รับมีคุณภาพนั่นเอง แต่ในความรู้สึกของแต่ละคน คำว่า “คุณภาพ” มีความแตกต่างกันสิ่งที่จะช่วยได้คือการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งสามารถใช้ตัดสินหรือประเมินคุณภาพของการพยาบาลได้ แต่มาตรฐานนั้นต้องวางไว้อย่างมีระบบระเบียบเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537, หน้า 171) ให้ความหมายว่า คุณภาพการบริการคือความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ และประเมินว่าบริการนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ได้แบ่งบริการตามความต้องการได้ดังนี้

1. บริการหลักที่ต้องการจริง ๆ (core services) หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการต้องการมากจนกระทั่งก่อให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้น ๆ
2. บริการที่เกี่ยวข้อง (peripheral services) หมายถึง บริการที่ไม่ใช่บริการหลักที่ต้องการจริงๆ แต่เป็นบริการอื่นที่ผู้ให้บริการร่วมกับบริการหลัก ซึ่งจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพการบริการได้ แบ่งเป็น

2.1 บริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ (expected services) หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักที่ต้องการจริง ซึ่งผู้รับบริการคาดหวังล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ และการได้รับบริการตามที่คาดหวังไว้ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ หากไม่ได้รับบริการดังคาดหวัง บริการนั้นย่อมด้อยลง

2.2 บริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย (augmented services) หมายถึง การบริการที่ผู้รับบริการอยากได้รับแต่ไม่ได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐบาลอาจคาดหวังว่าต้องนั่งรอเป็นเวลานาน แต่การได้รับบริการที่รวดเร็ว ทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ อันเป็นความรู้สึกที่มากกว่าความพอใจ ส่งผลให้ประเมินว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพเยี่ยม ซึ่งผู้รับบริการไม่ได้รับบริการประเภทนี้ก็มีได้เกิดความไม่พอใจแต่ประการใด

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2538) ได้กล่าวถึงความหมายของการพยาบาลที่มีคุณภาพว่า อาจมองได้เป็น 3 แนว

1. ตามแนวการตอบสนองของประชาชน หมายถึง การให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคลและชุมชน ซึ่งอาจปรากฏในรูปของปริมาณบริการที่ให้เพียงพอ และความรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์

2. ตามแนวการตอบสนองต่อนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของประเทศ หมายถึง ความคาดหวังของประเทศ ในการบริการต้องเป็นไปตามลักษณะของการผสมผสาน ทั้งการดูแล การรักษา การป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ และเน้นการรักษาเบื้องต้นในชุมชนที่ห่างไกล

3. ตามแนวทางวิชาชีพ หมายถึง การรักษาความเป็นวิชาชีพของพยาบาลโดยต้องปรากฏในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การใช้กระบวนการพยาบาล การประสานการดูแลในทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการบันทึกรายงานที่คงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการดูแล โดยตลอด

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2544) ให้นิยามคุณภาพบริการไว้ว่า หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งนี้ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ

พาราซูราแมน (Parasuraman, 1985) เสนอว่าคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้บริโภค (consumer perception) นั่นคือ คุณภาพของบริการในสายตาของผู้บริโภคเกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังในบริการ และสิ่งที่ผู้รับบริการคิดว่าได้รับจากบริการนั้น บริการจะมีคุณภาพเมื่อผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่คาดหวังไว้

สมาคมแพทย์ในสหรัฐอเมริกา (American Medical Association, 1986 อ้างถึงใน จิรุตม์ ศิริรัตนบัลล์, 2543) ให้คำนิยามการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงว่า “เป็นการช่วยเหลือที่กระทำอย่าง ต่อเนื่องเพื่อยกระดับและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ ผู้ป่วยอายุยืนยาวขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม รับทราบข้อมูลต่าง ๆ การนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ” และระบอบองค์ประกอบของการดูแลรักษาที่มีคุณภาพไว้ 8 ประการ คือ

1. ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเหมาะสมที่สุด
2. เน้นถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
3. ให้บริการในเวลาทันต่อเหตุการณ์

4. พยายามให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง
5. อยู่บนพื้นฐานของหลักการวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ
6. คำนึงถึงความรู้สึกมีสุขของผู้ป่วย
7. ใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรในระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ
8. มีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างเพียงพอสำหรับการรักษาที่ต่อเนื่องและทบทวนตรวจสอบภายหลังได้

เจเกอร์ และคณะ (Jaeger et al., 1993 อ้างถึงใน กองการพยาบาล, 2544) ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่าเมื่อพิจารณา “คุณภาพ” ให้เชื่อมโยงกับความคาดหวังของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการอาจนิยาม “คุณภาพ” ได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. คุณภาพขั้นพอใช้ได้ คุณภาพในระดับนี้ หมายถึง การผลิตสินค้า หรือบริการให้ได้ผลผลิตตามที่กำหนดรายละเอียด (specifications) หรือมาตรฐาน (standard) ไว้ล่วงหน้า หรือเรียกว่าเป็น conformance quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้ยา และวิธีการรักษาที่เป็นที่ยอมรับว่าถูกต้องตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น

2. คุณภาพขั้นพอใจ คุณภาพในระดับนี้ หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการที่ให้บริการตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้เกิดความพึงพอใจ (satisfaction) หรือเรียกว่าเป็น คุณภาพตามความต้องการ (requirements quality) ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ อาจคาดหวังว่าแพทย์จะใช้เวลาพูดคุยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้นอกจากการให้การรักษาแต่อย่างเดียว และแพทย์ก็ให้ความสนใจและให้เวลากับผู้ป่วยได้ปรึกษา เป็นการรักษามองผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจและมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายมากขึ้น เป็นต้น

3. คุณภาพขั้นประทับใจ คุณภาพในระดับนี้ หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการนั้นยอดเยี่ยมมากถึงขนาดที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ป่วยเกิดความประทับใจ (delighted) นั่นคือสิ่งที่ได้นั้นมีคุณค่า (value) มากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังเอาไว้มาก หรือเรียกว่า “quality of king” ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น แพทย์ให้ความสนใจติดตามอาการเจ็บป่วยโดยการโทรศัพท์ไปถาม และช่วยอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยรวมทั้งญาติไม่เข้าใจในอาการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดเป็นเวลานาน โดยผู้ป่วยและญาติไม่เคยคาดหวังมาก่อนว่าจะได้พบแพทย์เช่นนี้ เป็นต้น

สรุปได้ว่าคุณภาพการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะความดีของบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผลที่เกิดกับผู้ป่วยมีเกณฑ์ลักษณะดี สามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการและเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ความสำคัญของการควบคุมคุณภาพ

ในการเข้าสู่ระบบการบริการ พยาบาลวิชาชีพทุกคนจำเป็นต้องทราบขอบเขตของวิชาชีพอย่างแม่นยำ เพื่อมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและสามารถแสดงบทบาทได้เหมาะสมและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ไม่เกิดข้อบกพร่องในการให้บริการวิชาชีพ ทั้งจะไม่ก้าวล่วงเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ของวิชาชีพอื่นหรือวิชาชีพข้างเคียง โดยที่ตนไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะมาโดยตรง ซึ่งกฎหมายวิชาชีพคุ้มครองไม่ถึง เป็นการละเมิดสิทธิทางกฎหมายของวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ และอาจจะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ อันเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาและข้อขัดแย้งทางกฎหมายและทางจริยธรรมตามมา ทำให้บรรยากาศในการทำงานเป็นทีม เกิดความไม่ราบรื่นซึ่งอาจมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการและคุณภาพของผลงานได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยนำมาตราฐานหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในระบบบริการวิชาชีพอย่างจริงจัง

การประเมินคุณภาพการบริการ

ครอสบี (Crosby, 1979 อ้างถึงใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) กล่าวว่า คุณภาพจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อทำให้ผลลัพธ์สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถวัดหรือประเมินคุณภาพได้วัดมีความสอดคล้องกับข้อกำหนดมากน้อยเพียงใด พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถให้บริการโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความสุขสบายของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ซึ่งโดนาเบเดียน (Donabedian, 1980 อ้างถึงใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543) ได้กล่าวว่าการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงเป็นการดูแลที่คาดหวังได้ว่าจะทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุข และความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินคุณภาพอย่างละเอียดถึงผลได้ผลเสีย อันเป็นผลติดตามมาจากการดูแลนั้น ควรประกอบด้วย 3 ด้านคือ

1. เปรียบเทียบ “ผลที่ได้” และ “ผลที่เสีย” หรือความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยผู้ให้การดูแลรักษาต้องให้คุณค่าของสิ่งนี้โดยไม่ต้องห่วงถึงเรื่องต้นทุนของค่ารักษา คำนึงถึงว่าการดูแลนั้นได้มีการกระจายทั่วไปในหมู่ประชาชน

2. “ความคาดหวัง” ถึงผลที่ได้ และผลที่เสียหาย รวมถึงผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะติดตามมา

3. “ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล” จะต่ำหรือสูงเปรียบเทียบกับบริการที่ได้รับ

สรุปได้ว่าการพัฒนาคุณภาพโดยเฉพาะในการประเมินคุณภาพ และสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพแล้ว คุณภาพสำหรับบริการพยาบาล หมายถึง คุณลักษณะของบริการพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และทำ

ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดให้มีคุณภาพ โดยการ
ปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยบรรเทาอาการปวดให้ลดลงได้มากที่สุด

ความเจ็บปวด

ความหมายของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน
(suffering) ต่อผู้ป่วย ความเจ็บปวดที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางกาย ทางจิตสังคม และ
จิตวิญญาณทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง สุขภาพจิตเสื่อมถอย
หงุดหงิด ท้อแท้และทุกข์ทรมานความรู้สึกเจ็บปวดมีความหมายแตกต่างกันในแต่ละบุคคล
แม้แต่ละบุคคลเดียวกันแต่ระยะเวลาต่างกัน ความหมายของความเจ็บปวดก็ไม่เหมือนกัน มีผู้ให้
ความหมายของความเจ็บปวดในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

แมคคาฟเฟอร์รี่ (McCaffery, 1983 อ้างถึงใน จุริย์ สุนสวัสดิ์, 2540) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ได้ให้ความหมายว่า “ความเจ็บปวด” หมายถึงความรู้สึกหรือ
ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่จะบอกได้ และยังคงมีอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วย
บอกว่ามี

สเทอร์นแบค (Sternbach, 1986) นักจิตวิทยา ได้กล่าวถึง ความเจ็บปวดว่า เป็นความ
รู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกทุกข์ทรมานเกิดเนื่องจากมีสิ่งไปกระตุ้นหรือไปทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ และ
ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบโต้เพื่อป้องกันอันตราย

วอลเลซ (Wallace, 1992 อ้างถึงใน จุริย์ สุนสวัสดิ์, 2540) กล่าวว่าความเจ็บปวดเป็น
ประสบการณ์ ซึ่งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของร่างกาย และจิตใจซึ่งเป็นตัวแทนของการผสมผสานใน
วิถีทางที่รวดเร็ว ความเจ็บปวดมีผลต่อบุคคลทุกคน ไม่ใช่มีผลเฉพาะปลายประสาทเท่านั้น

สมาคมเพื่อการศึกษาความเจ็บปวดนานาชาติ (IASP: International Association for the
Study of Pain cited อ้างถึงใน จุริย์ สุนสวัสดิ์, 2540) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเจ็บปวดเป็น
ประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย
โดยตรงหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

บอสส์ (Boss, 1992) ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่า เป็นประสบการณ์ การรับรู้ของ
แต่ละบุคคลที่สลับซับซ้อนในทางชีว จิต สังคม ยากที่จะให้ความหมายชัดเจนได้หรือเป็น กลไก
การป้องกันอย่างหนึ่งของร่างกายซึ่งพฤติกรรมความเจ็บปวดที่แสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคม
และวัฒนธรรม

กล่าวโดยสรุป ความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย และมีความทุกข์ทรมานเกิดขึ้น
เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือจากภาวะจิตใจที่ได้รับการคุกคาม และเป็นสิ่งเตือนให้บุคคล

หนีจากอันตราย เพื่อป้องกันชีวิตตนเอง และการแสดงออกของความเจ็บปวดนั้นยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

กลไกการเกิดความเจ็บปวด

ความเจ็บปวดเกิดจากมีสิ่งมากระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด (noxious stimuli) มีตัวรับการกระตุ้น (nociceptors) ที่จะเปลี่ยนการกระตุ้นนั้นเป็นสัญญาณประสาทแล้วส่งไปตามวิถีประสาท (pain pathway) เข้าสู่สมองเพื่อการแปลความหมายของสัญญาณประสาทนั้นว่าเป็นความเจ็บปวดชนิดใด มากน้อยอย่างไร กล่าวได้ว่า กลไกพื้นฐานของความเจ็บปวดประกอบด้วย การชักนำให้เกิดสัญญาณประสาท (transduction) การส่งผ่านสัญญาณประสาท (transmission) การปรับแต่งสัญญาณประสาท (modulation) และการแปลความหมายของสัญญาณประสาท หรือการรับรู้ความเจ็บปวด (interpretation or perception) (วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2545)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการแสดงออก และการตอบสนองความเจ็บปวดมีดังนี้

1. ปัจจัยด้านสรีระ
2. ปัจจัยด้านจิตใจ
3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
1. ปัจจัยด้านสรีระ ได้แก่

1.1 ความรุนแรงของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย เมื่อสิ่งกระตุ้นยิ่ง รุนแรงมากขึ้น การรับรู้ความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528, หน้า 50)

1.2 บริเวณหรือตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย (location) มีความไวต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากัน เช่น บริเวณผิวหนังจะมีความไวกว่าบริเวณอื่นในร่างกาย

1.3 ระดับความรู้สึก ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะไม่รับรู้ต่อความเจ็บปวด ผู้ป่วยที่ได้รับยากระบบประสาทส่วนกลางจะรู้สึกง่วง และระดับความรู้สึกตัวจะลดลงกว่าปกติ ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บปวดจะลดลง

1.4 ลักษณะและชนิดของความเจ็บปวด เมื่อมีความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน และระยะเวลาของความเจ็บปวดสั้นจะมีพฤติกรรมแสดงออก และปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นแตกต่างกับเมื่อมีความเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง

1.5 ความเหนื่อยล้า (fatigue) การพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ขาดพลังงานสำรองที่ใช้ในโลกการปรับตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จึงทำให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง

2. ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่

2.1 ภาวะทางอารมณ์ (emotional stage) ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความเครียดและความเศร้า มีผลต่อการแสดงออกต่อความเจ็บปวดโดยอารมณ์เหล่านี้จะไปรบกวนระบบควบคุมประสาทส่วนกลาง ทำให้การรับรู้ และแสดงออกต่อความเจ็บปวดเพิ่มสูงขึ้น

2.2 การปรับตัว แต่ละบุคคลมีการปรับตัวต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากันจึงทำให้การแสดงออกต่อความเจ็บปวดต่างกัน และปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวนี้ได้แก่ สิ่งแวดล้อมบุคลิกภาพ และสภาพร่างกายของผู้ป่วย

2.3 บุคลิกภาพ โครงสร้างลักษณะนิสัยระดับการแสดงออก หรือเก็บกดของบุคคล บุคลิกภาพมีความสำคัญในการปรับตัว และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน บุคคลที่มีลักษณะเปิดเผย มักมีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะเก็บตัว (สุพรพลยานันท์, 2528) แต่บางครั้งบุคคลที่มีลักษณะเปิดเผยก็ต้องการวิธิตความเจ็บปวดมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะเก็บตัว (Peck, 1986, p. 255)

2.4 ประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เคยได้รับมาก่อน ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ความเจ็บปวดอย่างรุนแรงในครั้งก่อน และไม่ได้รับการดูแลเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเพียงพอ เมื่อมาประสบความเจ็บปวดครั้งใหม่จะมีความกลัวต่อความเจ็บปวดทำให้มีความอดทนต่อความเจ็บปวดน้อยลง

2.5 ภาพลักษณ์ (body image) มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสีย เสียใจ และมีความวิตกกังวลสูงถึงเหล่านี้ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Goodstein, 1985, p. 144)

3. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่

3.1 อายุ มีผลต่อความเจ็บปวด พบว่าวัยผู้ใหญ่มีความอดทนต่อความเจ็บปวดมากกว่าเด็ก และวัยรุ่น ในเด็กจะมีพฤติกรรมการแสดงออกมากกว่าผู้ใหญ่ เช่น มีการส่งเสียงร้อง เป็นต้น

3.2 เพศ มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของความเจ็บปวดโดยพบว่าเพศหญิงจะมีขีดของความเจ็บปวดและความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ต่ำกว่าเพศชายเพราะเพศหญิงสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย

3.3 เชื้อชาติ ความแตกต่างของเชื้อชาติมีผลต่อการแสดงออกถึงความเจ็บปวดพบว่าคนผิวขาวมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าคนผิวดำ และผิวเหลืองตามลำดับ

3.4 อาชีพ ในแต่ละสังคมหรืออาชีพให้ความสำคัญของชนิดความเจ็บปวดแตกต่างกัน จึงทำให้การรับรู้ และการแสดงออกต่างกัน

3.5 ระดับการศึกษา มีผลต่อการแสดงออกต่อความเจ็บปวดต่างกัน บุคคลที่มีปัญญาดี และได้รับความสำเร็จในการศึกษาจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดสูง ซึ่งอาจเกิดจากความสามารถในการพัฒนาความรู้ที่ได้รับมาปรับพฤติกรรมตนเอง แต่บางครั้งพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความอดทนต่อความเจ็บปวดเสมอไป (Jacox, 1977 p. 71 อ้างถึงใน จุไรพร โสภากาญจน์, 2536, หน้า 34)

3.6 ศาสนา ขึ้นอยู่กับหลักคำสอนของศาสนา แต่ละศาสนาที่สอนในเรื่องความหมายของความเจ็บปวดอย่างไร ซึ่งบางศาสนาถือว่าความเจ็บปวดเป็นการลงโทษของพระเจ้า และต้องมีความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ (สุพร พลยานันท์, 2528, หน้า 53)

3.7 เศรษฐกิจ กลุ่มที่มีเศรษฐกิจต่ำจะทนถึงความเจ็บปวดมากกว่า ซึ่งเป็นอาการแสดงออกของความเจ็บปวดอย่างหนึ่งที่ใช้ในทางปฏิบัติเท่านั้น แต่บางคนก็ยอมรับว่าความเครียดทางกาย และความเจ็บป่วยต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

3.8 ปัจจัยทางสังคม การแสดงพฤติกรรมความเจ็บปวดให้ผู้อื่นรับรู้ได้นั้นเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ที่มีความเจ็บปวดกับผู้อื่น ซึ่งเป็นความคาดหวังของ ผู้ที่มีความเจ็บปวดว่าจะได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ และได้รับความเห็นใจจากสังคมทำให้มีผลต่อวิธีการที่ผู้นั้นแสดงความเจ็บปวดออกมา

3.9 พฤติกรรมในอดีต เช่น ทักษะคติของพ่อแม่ที่มีต่อความเจ็บปวด การเลี้ยงดูมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมความเจ็บปวด โดยเด็กจะเรียนรู้ต่อการตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการสังเกตพฤติกรรมของบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบอย่าง ซึ่ง เพค (Peck, 1986, p. 254) กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีการปรับตัวทางเพศ และการสมรสไม่ดีมักจะทนถึงความเจ็บปวดมากกว่า

3.10 ความหมายของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (meaning of the situation) สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดอาจมีความหมายสำหรับบางคน และมีอิทธิพลต่อความรุนแรงของความเจ็บปวดที่บุคคลนั้นรู้สึก

3.11 วัฒนธรรม เป็นปัจจัยหลักที่กำหนดให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมความเจ็บปวดที่แตกต่างกันซึ่งขึ้นกับความเชื่อ ความคาดหวัง ทักษะคติ และการยอมรับต่อความเจ็บปวดของแต่ละสังคม เนื่องจากบุคคลในวัฒนธรรมนั้นจะสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดตามสิ่งที่ตนเชื่อหรือยึดถือ ซึ่งทำให้แต่ละสังคมต่างกัน (Peck, 1986, p. 253)

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความอดทนต่อความเจ็บปวดดีขึ้นได้แก่ความสะอาด ความเงียบสงบ อุณหภูมิที่เหมาะสม การระบายอากาศดี (สุพร พลยานันท์, 2528, หน้า 54)

ชนิดของความเจ็บปวด

ประคิษฐ์ ประทีปะวณิช (2544) ได้แบ่งอาการปวดเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ความเจ็บปวดเฉียบพลัน (acute pain)
2. ความเจ็บปวดเรื้อรัง (chronic pain)
3. ความเจ็บปวดจากมะเร็ง (cancer pain)

1. ความเจ็บปวดเฉียบพลัน เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดขึ้นระยะเวลาไม่นานไม่เกิน 6 เดือนซึ่งเกิดขึ้นภายหลังจากเนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือมีการอักเสบที่อวัยวะนั้น ๆ มีระยะเวลาปวดค่อนข้างสั้น จะมีความรุนแรงเมื่อเกิดขึ้นใหม่ ๆ และลดลงเมื่อมีการหายของแผล จนกระทั่งหายปวดในที่สุด เป็นความปวดที่รักษาไม่ยาก และมักได้ผลดีถ้ารักษาถูกต้อง บางครั้งความเจ็บปวดเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการอาจกลายเป็นความเจ็บปวดเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา และเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น กลุ่มอาการปวดเฉียบพลันที่พบบ่อยได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยแผลจากอุบัติเหตุ แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แบ่งความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันออกเป็น 3 ชนิด คือ (วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2545)

1.1 ความเจ็บปวดที่บริเวณพื้นผิวของร่างกาย (somatic pain) ลักษณะความเจ็บปวดอาจแหลมคม ระบุตำแหน่งได้ชัดเจนหรือปวดตื้อ ๆ บวกตำแหน่งยาก อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย

1.2 เป็นความเจ็บปวดที่มาจากอวัยวะภายในท้อง หรือกระดูก (visceral pain) ซึ่งระบุตำแหน่งได้ยาก มีอาการร่วม คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย บางรายอาจมีอาการช็อค มักมีอาการปวดร้าวด้วย

1.3 เป็นอาการปวดในตำแหน่งที่ไม่ใช่ต้นกำเนิดของความเจ็บปวด (referred pain) มักอยู่ไกลออกไปเรียกว่า อาการปวดร้าว ตำแหน่งที่รู้สึกปวดเป็นตำแหน่งที่ได้รับการเลี้ยงด้วยเส้นประสาทที่อยู่ในไขสันหลังระดับเดียวกับตำแหน่งที่เป็นต้นกำเนิด จึงทำให้สมองแปลตำแหน่งผิดพลาด

2. ความเจ็บปวดเรื้อรัง เป็นความเจ็บปวดที่ยังคงอยู่ภายหลังร่องรอยการบาดเจ็บหายหมดแล้วโดยไม่สามารถกำหนดเวลาที่ชัดเจนว่า ควรเป็นเวลานานเท่าใด ปกติระยะเวลาในการหายของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายไม่ควรเกิน 6 - 12 สัปดาห์ ถ้าไม่มีสาเหตุอื่นมาแทรก แต่ถ้ายังคงมีอยู่ต่อไปก็ถือเป็นเรื้อรัง ซึ่งกำหนดระยะเวลานานกว่า 6 เดือนเป็นเกณฑ์ แต่บางครั้งอาจไม่ใช่เวลาเป็นตัวตัดสิน ซึ่งชมรมศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for Study of Pain: IASP) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดเรื้อรังว่า คือ ความเจ็บปวดที่ยืดเยื้อ นานกว่าปกติที่พึงจะเป็น ความเจ็บปวดอาจเกิดอย่างต่อเนื่องหรือเป็นพัก ๆ ความเจ็บปวดเรื้อรังมักเกิด

ร่วมกับอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับและซึมเศร้า เมื่อรักษาอาการเจ็บปวดหาย ภาวะซึมเศร้าจะหายไปด้วย จะรักษาากกว่าความเจ็บปวดเฉียบพลัน กลุ่มอาการปวดเรื้อรังที่พบบ่อย คือ ปวดหลังเรื้อรัง ปวดศีรษะเรื้อรัง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และ ระบบประสาท เป็นต้น

3. ความเจ็บปวดจากมะเร็ง ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งพบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วย ทั้งหมดความเจ็บปวดเหล่านี้ส่วนมากเป็น นอซีเซพเตอร์ เพน (nociceptive pain) ที่เกิดจากการกระตุ้น เพอริเฟอรอล นอซีเซพเตอร์ (peripheral nociceptor) ในส่วนโซมาติก (somatic) และ วิสเซอร์อล (visceral) หรือปวดจาก นิวโรพาธิค เพน (neuropathic pain) ที่เกิดจากระบบประสาทส่วนปลายและ/หรือส่วนกลางที่มีการทำหน้าที่ผิดปกติ พบว่า นิวโรพาธิค เพน (neuropathic pain) เป็นสาเหตุความปวด 25 - 50% ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีความปวดปานกลางถึงความรุนแรง (ลักขมี ชาญเวช, 2542)

ในงานวิจัยนี้ทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน
การประเมินความเจ็บปวด

พาซีโร และแมคคาฟเฟอร์ (Pasero & McCaffery, 2001) กล่าวว่าภาระงานความเจ็บปวดโดยผู้ป่วยเป็นข้อมูลที่มีความตรงที่สุด และเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดที่ใช้ในการติดตามผลจากการได้รับยาแก้ปวด เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด บุคลากรในทีมสุขภาพจึงต้องเชื่อว่ามีความปวดเกิดขึ้นจริง และต้องประเมินความปวดอย่างมีมาตรฐาน ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ

การใช้เครื่องมือในการประเมินความเจ็บปวดเป็นวิธีการซึ่งให้ได้มาซึ่งข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่แนวทางการรักษาเพื่อควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดของบุคคล เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน สิ่งที่ทำลายในการประเมินความเจ็บปวด ก็คือ การพัฒนาเครื่องมือให้มีความตรง (valid) และความเที่ยง (reliable) ซึ่ง ไพร์ซ์ และฮาร์กิน (Price & Harkin, 1992) ได้กล่าวถึงลักษณะเครื่องมือการวัดความเจ็บปวดในอุดมคติไว้ดังนี้

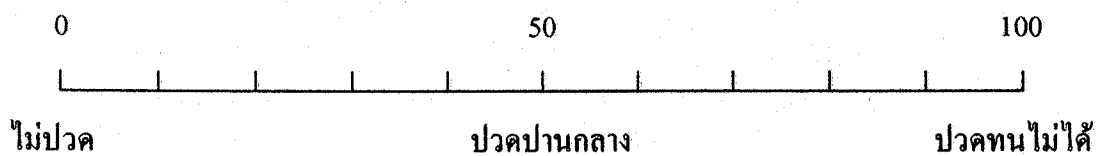
1. มีคุณสมบัติเป็น ระดับอัตราส่วน (ratio scale)
2. ไม่ลำเอียง (bias)
3. ให้ข้อมูลได้ตรงและมีความเที่ยง
4. ใช้ได้ดีทั้งในการวิจัย ในคลินิก และมีความเที่ยงเมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างความปวด 2 ชนิด
5. ใช้ได้ทั่วไป
6. มีความไว (sensitivity) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของความปวด
7. ใช้งานง่ายทั้งในการวิจัยและคลินิก

8. แยกการประเมินด้านความรู้สึกรู้สึก (sensory) และอารมณ์ (affective) ออกจากกัน
เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินความเจ็บปวดในระยะแรกควรเป็นเครื่องมือที่สามารถวัดมิติต่าง ๆ (multidimensional aspects) ของความเจ็บปวดได้ครบถ้วน ตัวอย่างของเครื่องมือได้แก่ เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดเบื้องต้น (initial pain assessment tool) ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด และข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณลักษณะของความเจ็บปวด ได้แก่ บริเวณที่ปวด ความรุนแรงของความปวด คุณภาพของความปวด เวลาที่เริ่มปวด ระยะเวลาที่เจ็บปวด ช่วงเวลาที่เจ็บปวด ลักษณะของความเจ็บปวด การแสดงออกเมื่อเจ็บปวด สิ่งใดที่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด สิ่งใดเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด และผลกระทบจากความเจ็บปวด

แบบสอบถามของ แม็ค กิลล์ (McGill pain questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางทั้งในงานวิจัย และในคลินิกพัฒนาจากแนวคิดของทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) โดย เมลแซ็ค (Melzack, 1975) สามารถวัดได้หลายมิติ ใช้กับผู้ป่วยหลายกลุ่ม ซึ่งมีความตรงและความเที่ยงสูง ชาฟแมน และคณะ, ไวกี และคณะ (Chapman et al., 1985; Wikie et al., 1990) ให้ข้อมูลเชิงลึกโดยเครื่องมือจะเป็นลักษณะกลุ่มคำ 20 กลุ่มคำ ซึ่ง 10 กลุ่มคำแรกเป็นการวัดมิติด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensory aspect) อีก 5 กลุ่มคำวัดมิติด้านอารมณ์ (affective) และอีก 1 กลุ่มคำ เป็นการสรุปถึงความรุนแรงของความเจ็บปวด (evaluative aspect) ส่วนอีก 4 กลุ่มคำเป็นการประเมินด้านอื่น ๆ (Raj, 1994) เครื่องมือนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาเนื่องจากค่อนข้างยาว ใช้เวลามากถึง 20 นาที เข้าใจยากอาจทำให้ผู้รับบริการหงุดหงิด ให้ความสนใจลดลง

นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือเป็นการประเมินมิติเดียว (unidimension aspect) ได้แก่

มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) ซึ่งคลีแลนด์ และไรอัน (Cleeland & Ryan, 1994) กล่าวว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ใช้ได้ดีในผู้มีการศึกษาน้อย และเข้าใจง่ายกว่า มาตรวัดความเจ็บปวดแบบเส้นตรง (Visual Analog Scale) ซึ่งมาตรวัดแบบตัวเลขใช้ได้ดีในผู้ป่วยอาการหนัก



ภาพที่ 2 มาตรวัดแบบตัวเลข

มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง (Visual Analog Scale: VAS) ซึ่งชาฟแมน และคณะ (Chapman et al., 1985) กล่าวว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย ความไว ความตรงและความเที่ยงดี ต้องอาศัยการทำความเข้าใจของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรแนะนำวิธีการใช้เครื่องมือให้ชัดเจนจึงจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เครียด

มาตรวัดความเจ็บปวดอย่างง่าย (Simple Descriptive Pain Intensity Scale) ซึ่งแมคคาฟเฟอร์ และบีบี (Mc Caffery & Beebe, 1994) กล่าวว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้บ่อยในคลินิก ประกอบไปด้วยกลุ่มคำ เรียงลำดับที่บอกความรุนแรงของความปวด แบ่งระดับความเจ็บปวดเป็น 6 ระดับ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ NRS หรือ VAS

มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยใบหน้า (Smiley Analog Scale) ใช้รูปภาพหน้าคน ซึ่งบ่งบอกความรุนแรงของความปวด ซึ่งเครื่องมือนี้มีการนำมาใช้มากกับผู้สูงอายุ และผู้ป่วยวัยเด็กตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ฟรานคและคณะ (Frank, et al., 2000 อ้างถึงใน ปานจันทร์ คล่องยันต์, 2545)

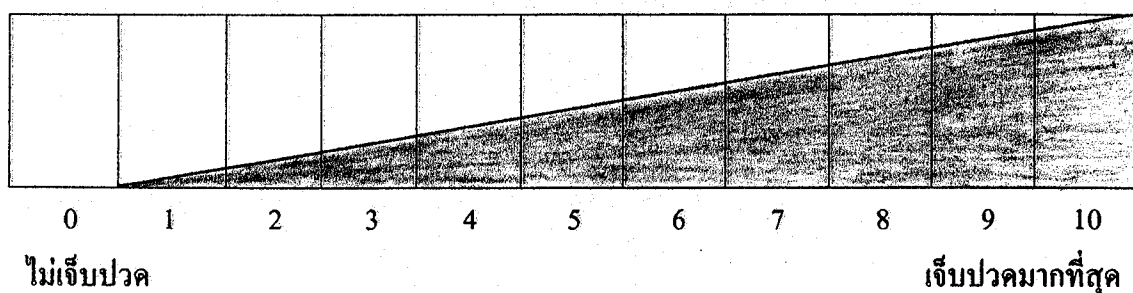
มาตรวัดความเจ็บปวด 2 ส่วนของจอห์นสัน (Johnson’s Two Components Scale) มี 2 ส่วนคือส่วนที่ 1 วัดความเจ็บปวด ส่วนที่ 2 วัดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด

มาตรสีวัดความเจ็บปวดของสจ๊วต (Stewart’ Pain Colour Scale) มาตรสีนี้เป็นตัวแทนความเจ็บปวดมาจากพื้นฐานที่ว่าบุคคลส่วนใหญ่มักเลือกสีแดงแทนความเจ็บปวดและเมื่อความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นสีจะเข้มขึ้น สีส้มใช้แทนความเจ็บปวดที่น้อย สีแดงที่เข้มขึ้นแสดงความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น สีดำหรือม่วงดำแทนความเจ็บปวดที่รุนแรง

เขียว	เหลือง	เหลือง	ส้ม	ส้ม	แดง	แดง	น้ำตาล	น้ำตาล	ดำ
เหลือง		ส้ม		แดง		น้ำตาล		ดำ	

ภาพที่ 3 มาตรสีวัดความเจ็บปวดของสจ๊วต

มาตรสีวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข (2528, หน้า 138) ประยุกต์จากมาตรสีวัดความเจ็บปวดของสจ๊วต โดยกำหนดระดับความเจ็บปวดเป็น 11 ช่อง พร้อมทั้งระบายสีแดงเพิ่มพื้นที่ขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละช่องตามความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นจากระดับ 0 ซึ่งไม่ได้รับการระบายสี หมายถึง ไม่เจ็บปวด จนถึง 10 ซึ่งมีพื้นที่ถูกระบายสีมากที่สุด หมายถึง เจ็บปวดมากจนทนไม่ได้



ภาพที่ 4 มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข

มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข มีข้อดีอยู่ที่การใช้สีที่เด่นแทนความเจ็บปวดเมื่อความเจ็บปวดมากขึ้น พื้นที่สีจะสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ง่ายต่อการสังเกตและการใช้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทุกประเภท โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาไม่เข้าใจความหมายของคำที่อธิบายกำกับตัวเลขหรือกรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้มาตรฐานวัดความเจ็บปวดของพรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข ในการประเมินระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันเนื่องจากใช้ง่าย สะดวก ประเมินได้รวดเร็ว ไม่ต้องใช้เวลานานในการประเมิน วิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเพียงครั้งเดียว นอกจากนี้เครื่องมือยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกประเมินความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริงตามสีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงระดับความเจ็บปวดที่มากขึ้น จึงเป็นเครื่องมือที่สื่อถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ดีที่สุด

การเลือกใช้เครื่องมือควรพิจารณาถึงคุณสมบัติที่ดี บุคคลต้องการและสนใจมิติด้านใดของความเจ็บปวด แต่ถ้าเลือกใช้เครื่องมือใดก็ควรเลือกใช้เครื่องมือเดิมตลอดไป จะทำให้ผู้ป่วยไม่สับสนไม่ต้องทำความเข้าใจกับเครื่องมือใหม่

วิธีบำบัดรักษาความเจ็บปวด

สามารถทำได้หลายวิธี คือ

1. การให้ยา
2. วิธีการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
3. ใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่
4. การผ่าตัด
5. รังสีรักษา และการรักษาด้วยเคมีและฮอร์โมน
6. การบำบัดรักษาทางจิตใจ
7. อื่น ๆ เช่นการฝังเข็ม การใช้เลเซอร์

จากที่กล่าวมาข้างต้นพยาบาลสามารถใช้วิธี การทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้โดยอิสระ ซึ่งมีดังนี้

1. ความร้อน
2. ความเย็น
3. การนวด การดัด การดึง
4. การออกกำลัง
5. การใช้กายอุปกรณ์เสริม (orthoses)
6. การรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้า

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำความเย็นมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการจัดการกับความเจ็บปวด ซึ่ง กระแส สุนทรมาน, (2539) สรุปไว้ดังนี้

การจัดการกับความเจ็บปวดด้วยความเย็น

ผลทางสรีระวิทยาของความเย็น

1. ทำให้เส้นเลือดหดตัว ผลของเส้นเลือดหดตัว ทำให้อาการบวมลดลง
2. ทำให้เมตาบอลิซึมของเนื้อเยื่อลดลง
3. ทำให้ความตึงตัว (tone) ของกล้ามเนื้อลดลง โดยไปลดอัตราสารคัดหลั่งลง
4. ทำให้ความเร็วชักนำกระแสประสาท (NCV) ลดลง และอาจทำให้หยุดการชักนำ

(block) ได้ถ้าความเย็นมาก และระยะเวลาานพอ

5. ทำให้การส่งต่อสัญญาณประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular transmission)

ลดน้อยลง และอาจถึงกับหยุด (block) ได้

ข้อบ่งใช้สำหรับความเย็น

1. ใช้สำหรับทำให้เกิดการไหลของเลือดและของเหลวออกสู่เนื้อเยื่อโดยรอบ (extravasation) ทำให้ลดการคั่งของเลือดและของเหลวในเนื้อเยื่อลง ภายหลังการบาดเจ็บที่ไม่เกิน 48 ชั่วโมง

2. ใช้ลดอาการปวด และทำให้อาการเกร็งเฉพาะที่ของกล้ามเนื้อลดลง
3. ใช้ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
4. ใช้ลดอุณหภูมิของร่างกาย เช่น ในรายที่มีไข้สูง
5. ทำให้เนื้อเยื่อสามารถดำรงอยู่ได้ (preserve viability) ในรายที่การไหลเวียนของเลือดไม่พอเพียงชั่วคราว

ข้อห้ามของการใช้ความเย็น

1. ในรายที่มีความบกพร่องของระบบไหลเวียนเลือด เช่น ปรากฏการณ์ของเรนาวด์ (Raynaud's phenomenon)

2. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เพราะจะทำให้อาการข้อตึงแข็งเป็นมากขึ้น

3. ความไวสูง (hypersensitivity) ต่อความเย็น

วิธีการใช้ความเย็นรักษา

1. ใช้แช่ในน้ำแข็ง (immersion)

2. ใช้ถุงประคบเย็น (cold pack) แบบนี้อาจใช้ผ้าห่มน้ำแข็ง ใช้น้ำแข็งใส่กระป๋ายาง หรือถุงประคบสำเร็จรูปที่ใช้แช่ในตู้เย็น

กระบวนการของการประคบเย็นและอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้ความเย็นประคบ เกิดก่อน 24 ชั่วโมง หลังจากที่เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การประคบเย็นใช้อุณหภูมิอยู่ระหว่าง $18 - 26^{\circ}\text{C}$ สามารถระงับปวดโดยการกระตุ้นของเซลล์ขนาดใหญ่ และการยับยั้งการแลกเปลี่ยนของกระแสน้ำเข้าความเจ็บปวดจาก T-cell ไปยังสมองส่วนที่เหนือสมอง

ฮิลท์ และคณะ (Hilt et al., 1992 อ้างถึงใน สมถักษณ์ สุขเมือง, 2544) ได้ทำการศึกษาพบว่าเวลาที่เหมาะสมสำหรับการใช้ถุงประคบเย็น คือ ประมาณ 15 – 20 นาที ทำให้เส้นเลือดหดตัว ลดการดูดซึมกลับเข้าในกระแสเลือด ลดการเผาผลาญในร่างกาย ลดการอักเสบสามารถ ลดความเจ็บปวด ลดบวม ทำให้รู้สึกสบาย

ตัวอย่างของการใช้ความเย็นช่วยลดความเจ็บปวด ลดบวม ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดหลัง ปวดต้นคอ (นลินทิพย์ ดำนานทอง, 2539) จากการศึกษาของธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ (2539) พบว่าผิวหนังฟกช้ำ (contusion) ที่เกิดจากแรงกระแทกภายนอกทำให้มีเลือดออกใต้ผิวหนังมีอาการเจ็บ ปวด บวมและผิวหนังจะแดง ถ้ารุนแรงมากขึ้นหลอดเลือดใต้ผิวหนังจะแตกจะทำให้ผิวหนังมีสีแดงคล้ำหรือม่วงซึ่งต่อมาจะกลายเป็นสีเขียวคล้ำ แล้วหลังจากนั้นจะค่อย ๆ จางลงไป ซึ่งการปฐมพยาบาลทำได้โดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็นหรือน้ำแข็งประคบกวดเบา ๆ จนกระทั่งเลือดหยุดและการบวมไม่เพิ่มขึ้น ความเย็นจะช่วยให้หลอดเลือดหดตัวเลือดหยุดไหลสามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดด้วย

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา แต่ใช้วิธีธรรมชาติมีหลายวิธี ซึ่งการใช้ความเย็นเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้คลอดสดชื่น สบายตัวเมื่อถูบได้ด้วยผ้าชุบน้ำเย็นบนใบหน้า ลำตัว แขน ขาและมือหรือวางผ้าเย็นลงบริเวณหน้าผาก ใช้ถุงน้ำแข็งประคบบริเวณก้นกบเพื่อลดความเจ็บปวดในรายที่ทารกอยู่ในครรภ์ในท่านอนหงาย นอกจากนี้ยังช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ลดการยึดติดของข้อ และมีผลต่อไขประสาทขนาดใหญ่บริเวณผิวหนัง (Robertson, 1994)

มารดาในระยะหลังคลอดมีสิ่งทำให้เกิดความไม่สุขสบายหลายอย่างได้แก่ อาการเจ็บปวดมดลูก และมีแผลฝีเย็บ การมีน้ำคาวปลาไหล อาการเจ็บตึงเต้านมและมีน้ำนมไหลประอะเบื่อน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้กระตุ้นให้ขาดความสุขสบาย นอนหลับพักผ่อนไม่ได้

อาการไม่สุขสบายจากการปวดมดลูกมักพบในมารดาครรภ์หลัง และเกิดได้ในขณะให้ทารกดูดนม เนื่องจากการดูดนมทำให้มีการหลั่งออกซิโทซินจากต่อมพิทูอิทารี ทำให้มดลูกหดตัว พยาบาลควรอธิบายให้มารดาเข้าใจและอาจบรรเทาได้ด้วยการรับประทานยาาระงับปวด ซึ่งควรรับประทานช่วง 1 ชั่วโมงก่อนให้นมลูก นอกจากนี้การแนะนำให้มารดานอนคว่ำจะส่งเสริมให้น้ำคาวปลาไหลสะดวกและลดอาการปวดมดลูก ไม่ควรใช้กระเป๋าน้ำร้อนในระยะแรกหลังคลอด เพราะอาจทำให้เกิดการตกเลือดได้ แผลฝีเย็บในระยะหลังคลอดมักบวมเล็กน้อยและมีความเจ็บปวด พยาบาลอาจแนะนำให้มารดานอนตะแคงให้ขมิบก้นก่อนนั่งเพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยตรงที่แผลหรือนั่งบนห่วงยางรองนั่งซึ่งตรงกลางจะเป็นช่องว่าง หลังคลอดภายใน 1 – 2 ชั่วโมง อาจวางห่อน้ำแข็งที่บริเวณฝีเย็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีการฉีกขาดถึงทวารหนักน้ำแข็งจะช่วยลดการบวมได้อย่างดีและช่วยลดความไม่สุขสบาย เนื่องจากจะมีอาการชา (วรรณิ์ เคียววิศรศ, 2538 หน้า 358 – 359)

จากการศึกษาของ สุจินตนา พันธุ์กล้า (2532) เปรียบเทียบผลการลดความเจ็บปวดแผลฝีเย็บภายหลังคลอดระหว่างวิธีประคบเย็นและประคบด้วยความร้อน พบว่าความเย็นจะช่วยบริเวณแผลฝีเย็บได้ดีกว่าความร้อนโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ในการวิจัยนี้การประคบเย็นใช้ถุงประคบเย็นสำเร็จรูป (cold pack) ซึ่งแช่ในตู้เย็นช่องแช่แข็ง และนำมาห่อด้วยผ้าโดยรอบ นำไปวางบริเวณที่ปวด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จนผู้ป่วยรู้สึกสบาย และอาการปวดทุเลาลง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความเจ็บปวด

ความพึงพอใจ หมายถึง ปฏิกริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้าโดยที่แสดงผลออกมาในลักษณะผลลัพธ์สุดท้ายของกระบวนการประเมิน ซึ่งบ่งบอกทิศทางของผลการประเมินในลักษณะเป็นด้านบวกหรือด้านลบหรือไม่มีปฏิกริยาต่อสิ่งเร้านั้น (แสวง รัตนมงคลมาส, 2537 อ้างถึงใน พิชาข รัตนคิลก ณ ภูเก็ต, 2537) ซึ่งตรงกับ แซลลี (Shelly, 1975) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจโดยอธิบายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์คือ ความรู้สึกในทางบวก และความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกในทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความสุข ส่วนความรู้สึกทางลบคือ ความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความไม่สบายใจ

อดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี 1970 พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือ

ความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ต่อมาเมื่อ ค.ศ. 1971 อเคย์และแอนเดอร์สันได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม และได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ด้าน คือ

1. ความสะดวกสบายที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อมีความต้องการและความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. การประสานงานของบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการประสานงานและความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ทั้งภายในแผนก และระหว่างแผนก
3. อรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการแสดงอรรถาธิบายที่ที่เป็นกันเอง และความเอาใจใส่ของผู้ให้บริการ
4. ข้อมูลที่ได้รับจากบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย แผนการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย
5. คุณภาพบริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อความพร้อมและความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาล และคุณภาพบริการโดยรวม
6. ค่าใช้จ่ายเมื่อมาใช้บริการ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ริชเชอร์ (Risser, 1975 อ้างถึงใน คุณณีย์ ชศทอง, 2542, หน้า 33) ได้กล่าวถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยว่า เป็นเจตคติที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้อง ในเรื่องความคาดหวังของผู้ป่วยกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ป่วย ริชเชอร์ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยจากงานวิจัยได้กล่าวถึงเกณฑ์ย่อย 3 ด้าน คือ

1. องค์ประกอบของความสัมพันธ์เชิงเทคนิคและวิชาชีพ หมายถึงกิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาลหรือทักษะความรู้ ความสามารถในงานที่พยาบาลทำอยู่เพื่อให้เกิดบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบได้
2. ด้านสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจเป็นเรื่องที่รวบรวมเอาความเอื้ออาทรในแง่การพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่อำนวยความสะดวกและความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยจากการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
3. ด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนการสอน เป็นความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมายรายละเอียดของวิธีการพยาบาลหรือการสาธิตเทคนิคต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ

อีริกเซน (Eriksen, 1988 อ้างถึงใน คุณณิษฐ์ ยศทอง, 2542, หน้า 34 – 35) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่หอศัลยกรรม และอาชุรกรรมทั่วไป เครื่องมือชุดนี้มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกสมหวัง ชื่นชมยินดีของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลรวมถึงความเป็นมิตรของพยาบาล
2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพทางเทคนิคในการดูแล หมายถึง ความรู้สึกสมหวังชื่นชมยินดีของผู้ป่วยต่อทักษะในการปฏิบัติงาน และความรู้ความสามารถของพยาบาลด้วยท่าทีในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง คล่องแคล่วว่องไว การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์อย่างผู้มีความรู้ความสามารถ
3. ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง ความรู้สึกสมหวัง ชื่นชมยินดีของผู้ป่วยต่อการดูแลสภาพแวดล้อมทางกายภาพ มุ่งเน้นบรรยากาศโดยรวม
4. ความพึงพอใจต่อความพร้อมในการบริการ หมายถึง ความรู้สึกสมหวัง ชื่นชมยินดีของผู้ป่วยต่อความพร้อมของพยาบาลในการให้บริการ โดยมุ่งเน้นที่การตรวจสอบ และประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ความพร้อมที่จะให้บริการทันทีที่ผู้ป่วยต้องการ
5. ความพึงพอใจต่อความต่อเนื่องในการดูแล หมายถึง ความรู้สึกสมหวัง ชื่นชมยินดีของผู้ป่วยต่อการดูแล การปฏิบัติที่มีการประสานงานที่ดีและมีความต่อเนื่องตลอดเวลา
6. ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลในการดูแล หมายถึง ความรู้สึกสมหวัง ชื่นชมยินดีของผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแล โดยมุ่งเน้นที่ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสุขสบาย รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย และปลอดภัย

คอตเลอร์ (Kotler, 2000 อ้างถึงใน คุณณิษฐ์ ยศทอง, 2542) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกสมหวังหรือผิดหวังของบุคคลอันเนื่องมาจากการเปรียบเทียบระหว่างผลการกระทำตามการรับรู้กับความคาดหวังของบุคคลนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความเจ็บปวด มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

การศึกษาวิจัยของพรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) เรื่อง ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทางในการทำวิจัย ได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ โดยการชมสไลด์ประกอบเสียงเรื่อง การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด ร่วมติดตามเยี่ยมในระยะหลังผ่าตัด 1 – 3 วันแรก เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง และให้การช่วยเหลือโดย

การชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ผลการศึกษาสรุปว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่า และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดกับความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานในวันที่ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

การศึกษาวิจัยของอรรช มาลาหอม (2543) เรื่อง ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดนิ้วในไต และท่อไต และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งการศึกษาวิจัยของอรรช ใช้วิธีดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่นเดียวกับพรจันทร์ แตกต่างกันเฉพาะลักษณะของผู้ป่วย และสถานที่ที่ศึกษาวิจัยผลการศึกษาสรุปว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเจ็บปวด และรู้สึกทุกข์ทรมานในวันที่ 2 หลังการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน การลุกเดินในวันแรกหลังผ่าตัด จำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดใน 3 วันหลังการผ่าตัด จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความพึงพอใจวัดได้หลายแบบ แต่ในการวิจัยนี้ต้องการศึกษาผลของการจัดการกับความเจ็บปวด ซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Nurses Association: ANA, 1999) ได้เห็นความสำคัญของการจัดการกับความเจ็บปวด ทั้งความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้กล่าวถึงความสำคัญของตัวบ่งชี้ที่วัดต่อคุณภาพการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลว่ามีอยู่ 10 ตัวชี้วัด ที่ใช้สำหรับดูแลชุมชนขั้นพื้นฐานที่ ไม่รุนแรงเฉียบพลัน ซึ่งอันดับแรก คือ การจัดการกับความเจ็บปวดเป็นเรื่องการรักษาและป้องกันความเจ็บปวด และความไม่สุขสบาย การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กับระดับของการทำหน้าที่และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันรวมทั้งการวัดความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาของอาการแสดงของความเจ็บปวด

ดังนั้นในการวิจัยนี้ การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความเจ็บปวดหลังจากการใช้รูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดโดยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ กฤษณา นรนาพันธ์ สร้างขึ้นซึ่งใช้แนวคิดของอเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975) นำมาดัดแปลงใช้เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือและการกำหนดองค์ประกอบของความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีความเจ็บปวด โดยตัดด้านค่าใช้จ่ายออก

จากแนวคิดดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกสมหวัง ชื่นชม ยินดีของผู้ป่วยอันเนื่องมาจาก การเปรียบเทียบการบริการ

พยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้กับความคาดหวังการบริการพยาบาลที่ควรจะได้รับ และความพึงพอใจในคุณภาพการจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการพยาบาลความเจ็บปวดที่ผู้ป่วย ได้รับนั้นสอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของตน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด

บทบาทของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด หมายถึง สิทธิอันเฉพาะของพยาบาลที่จะกำหนดการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในอันที่จะคงไว้ซึ่งชีวิต และสุขภาพของมนุษย์ ภายใต้ข้อกำหนดหรือกฎหมาย และจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าพยาบาลมีสิทธิอันชอบธรรมในการสั่งการพยาบาลในรูปของคำสั่งการพยาบาลเพื่อให้บุคลากรพยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ภายใต้การนิเทศของพยาบาลที่ปฏิบัติแก่ผู้รับบริการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด โดยพยาบาลจะรับผิดชอบการปฏิบัตินั้นอย่างเต็มภาคภูมิ พยาบาลมีสิทธิที่จะสั่งการพยาบาลได้เสมอ เมื่อสามารถวิเคราะห์ และให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ หมายความว่า พยาบาลให้บริการที่เฉพาะ และสมบูรณ์ในตนเอง ซึ่งเป็นอิสระจากการควบคุมของสาขาวิชาชีพอื่น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, หน้า 53)

โดยหลักสำคัญแก่งานของพยาบาลต่อผู้ป่วยนั้นไม่ใช่การรักษา แต่ช่วยทำให้เกิดผลดีในการรักษา ซึ่งการกระทำบางอย่างต้องอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ พยาบาลสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง ฉะนั้นขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลจึงแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ (กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2520, หน้า 82 - 84) คือ บทบาทอิสระ และ บทบาทที่ไม่เป็นอิสระ

บทบาทอิสระ (independent nursing) คือ การที่พยาบาลสามารถใช้ความรู้ความสามารถของวิชาชีพได้โดยอิสระในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยมีต้องให้ผู้อื่นใดออกคำสั่ง เช่น ใช้ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา และเหตุผลในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยไม่ต้องมีคำสั่งการรักษา ขอบเขตหน้าที่อิสระมีดังนี้

1. จัดการพยาบาลตลอดจนตรวจตราให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนในความรับผิดชอบโดยนำความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์มาประยุกต์ใช้
2. สังเกตอาการและปฏิกิริยาต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนการพิจารณาเลือกหลักเกณฑ์การพยาบาลที่จะนำมาใช้อย่างเหมาะสม
3. บันทึกรายงานเท็จตรงแน่นอนตามความเป็นจริงรวมทั้งตัดสินใจในการประเมินผลการพยาบาล
4. ให้การนิเทศแก่ผู้ร่วมงานด้านบริการพยาบาล

5. สามารถบริหารตลอดจนนำวิธีการและระเบียบการพยาบาลมาใช้ที่เหมาะสม
6. ศึกษาค้นคว้าหาแนวทางที่จะให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

แมส และจาค็อก (Mass & Jacox, 1977, pp. 17 – 19) กล่าวว่าความเป็นอิสระเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความเป็นวิชาชีพ เพราะผู้ปฏิบัติงานในวิชาชีพต้องมีความรู้เฉพาะ ซึ่งสมาชิกของวิชาชีพเท่านั้นที่สามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดีและปลอดภัย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบในการกระทำเพื่อผู้รับบริการ ดังนั้นความเป็นอิสระจึงมีข้อผูกมัดโดยตรงกับความรับผิดชอบต่อหน้าที่

การพัฒนาความเป็นอิสระในการปฏิบัติงาน เป็นการพัฒนาตนเองและวิชาชีพไปสู่ความมีวุฒิภาวะ เพราะความเป็นอิสระและรู้จักตนเองเป็นพัฒนาการขั้นสูงสุดของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ซึ่งบราวน์ (Brown, 1982, p. 5) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของพยาบาลที่มีความเป็นอิสระในการปฏิบัติการตามวิชาชีพพยาบาลว่าต้องประกอบด้วย

1. รับผิดชอบต่อพยาบาลต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคลอย่างครอบคลุม
2. มีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเป็นอิสระ ไม่ต้องรอการตัดสินใจจากแพทย์หรือพยาบาลคนอื่น
3. มีคำสั่งการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน หลังจากที่มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ
4. ให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเองเมื่อเขาต้องการ และมีความเป็นไปได้
5. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจตามภาวะสุขภาพ โดยกระบวนการสอนที่สมบูรณ์
6. มีส่วนร่วมกับแพทย์ในฐานะที่เป็นวิชาชีพ ในลักษณะที่มีความรับผิดชอบเต็มที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของทีมสุขภาพ ในการให้การดูแลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย
7. ปฏิบัติการอย่างสมบูรณ์ในรูปแบบการบริการตามวิชาชีพ การสอน การให้คำปรึกษา และงานวิจัย

กิจกรรมสำคัญอันจะนำไปสู่เอกสิทธิ์ทางการพยาบาล พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536, หน้า 58-59) กล่าวว่า ถ้าวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลโดยละเอียด และลึกซึ้งตามเกณฑ์ของความเป็นอิสระของวิชาชีพพยาบาลแล้ว อาจกำหนดกิจกรรมสำคัญที่แสดงได้อย่างชัดเจนถึงสิทธิอันเป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาล ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือ เป็นกิจกรรมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทั้งในภาวะที่ไม่มีโรค กำลังถูกคุกคามด้วยความกดดันที่อาจเป็นภัยต่อการดำรงชีวิตและการคงชีวิต รวมทั้ง

ความกดดันที่ก่อให้เกิดโรคจนกระทั่งผู้ป่วยไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้ ความช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้รับบริการนี้จะเป็นลักษณะสระระ จิต สังคม ซึ่งจะรวมการปฏิบัติด้านการดูแลให้มีความสุขสบาย และการนำแผนการรักษาไปสู่การปฏิบัติจริง ตลอดจนการปฏิบัติกรพยาบาลในกระบวนการวินิจฉัยโรคและการให้การรักษาพิเศษ

2. การให้คำแนะนำและการสอน เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่มุ่งให้ความรู้ และวิธีปฏิบัติแก่ตนเองและครอบครัว เพื่อให้บุคคลได้คงไว้ซึ่งสุขภาพอันดีสูงสุดทั้งตนเอง และครอบครัว สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นสุขที่สุด ช่วยเหลือตนเองเพื่อให้ร่างกายของคนได้ฟื้นฟู และดำรงชีวิตร่วมกับภาวะของโรคที่หลงเหลืออยู่ได้อย่างเป็นสุข อีกทั้งยังต้องส่งเสริมการหายหรือกลับคืนสู่สภาพปกติได้ให้มากที่สุด

3. การให้คำปรึกษา เป็นกิจกรรมในการนิเทศ ติดตาม สนับสนุน และประเมินการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ โดยพยาบาลกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหรือได้ปฏิบัติต่อตนเองอย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งสอดคล้องกับแผนการรักษาในทุกๆ ด้านด้วย

4. การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมสนับสนุน 3 ข้อดังนี้ที่ควรปฏิบัติให้เด่นชัดและมีความสมบูรณ์ในตนเอง แสดงถึงความเฉพาะของการพยาบาล ข้อมูลทางการพยาบาลไม่ใช่ข้อมูลทางการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัย พยาบาลใช้ข้อมูลดังกล่าวมานี้มาประกอบการให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แต่ข้อมูลทางการพยาบาลโดยเฉพาะ จะต้องมิไว้ในรายงานของผู้ป่วยด้วย

5. การบันทึก และรายงานทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่สำคัญ และจำเป็นที่ต้องปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาล จะรวมถึงข้อมูลทางการพยาบาล การรายงานการปฏิบัติการพยาบาล และความก้าวหน้าทางการพยาบาล สิ่งที่จะบันทึกลงไปในกรบันทึกทางการพยาบาลจะต้องมีกระบวนการพยาบาลอยู่ด้วยในรูปแบบใดก็ได้ที่สามารถแสดงขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้อย่างครบถ้วน การบันทึกทางการพยาบาลจะแสดงถึงสิทธิแห่งการปฏิบัติการพยาบาลในการอำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการด้านสุขภาพอนามัย

อเล็กซานเดอร์ (Alexander, 1978, p. 191 อ้างถึงใน สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540, หน้า 35) กล่าวว่าความเป็นอิสระในวิชาชีพนั้น ต้องการการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับของพยาบาลและผู้ป่วย ดังนั้นการจัดการบริหารองค์กรการพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะพัฒนาความเป็นอิสระในวิชาชีพ ซึ่งแมส และจาค็อก (Mass & Jacox, 1977, pp. 24-27) ได้กล่าวถึงแนวทางที่จะนำไปสู่ความเป็นอิสระไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยตรง โดยปราศจากคำสั่งแพทย์

2. การกระจายอำนาจจากส่วนกลาง โดยการมอบหมายงานให้พยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง
3. มีการประเมินและชี้้นำการปฏิบัติงานโดยกลุ่ม นั่นคือ ผู้ปฏิบัติงานเท่านั้นเป็นผู้ประเมินและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงาน
4. การทำงานเป็นกลุ่ม ให้ความร่วมมือในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล ควบคุมการทำงานโดยกลุ่ม

จากการศึกษาของ อเล็กซานเดอร์, ไวส์แมน และเชส (Alexander, Weisman & Chase, 1981 อ้างถึงใน กฤษณา นรนาพันธ์, 2544) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นอิสระในการทำงานได้แก่ระดับการศึกษา โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีความเป็นอิสระในการทำงานสูงกว่า และพบว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาเท่ากันนั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีความเป็นอิสระมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล นั่นคือ ลักษณะงานที่ทำมีผลต่อความเป็นอิสระของผู้ปฏิบัติงานด้วย และยังพบว่าพยาบาลที่ทำงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการรับรู้ความเป็นอิสระสูง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) พบว่าในระบบมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล มากกว่าในระบบการมอบหมายงานแบบเป็นทีม ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการวิจัยของนิลาวรรณ มัชชาอนันท์ (2544) และกฤษณา นรนาพันธ์ (2544)

บทบาทที่ไม่เป็นอิสระ (dependent nursing) คือ หน้าที่ต้องให้ความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะตามคำสั่งการรักษา เช่น การให้ยาและการรักษาบางอย่าง แต่อย่างไรก็ดี พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจและทราบถึงจุดประสงค์ตลอดจนผลของการกระทำในสิ่งเหล่านี้ด้วย

ในการวิจัยนี้การรับบทบาทอิสระทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด คือ การวางแผนการประเมิน การให้การพยาบาลโดยใช้การประคบเย็นมาช่วย การตัดสินใจทางคลินิกในการวางแผนการพยาบาล การสอนแนะนำ และให้คำปรึกษา

บทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดที่สามารถทำได้เองโดยไม่ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์เป็นวิธีการที่ทำได้ง่ายปลอดภัย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ที่สำคัญคือ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว โดยไปลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความรู้สึกเจ็บปวดลดลงมีผลในการลดความต้องการยาระงับปวดในขนาดที่สูงทำให้ลดฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้แก่การกดศูนย์การหายใจ กดระบบประสาทส่วนกลาง ลดการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียนและท้องผูก

วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้บทบาทอิสระทางการแพทย์พยาบาล

แนวคิดรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดนั้นได้มีการศึกษาในเรื่องสาเหตุ กลไกการเกิดผลของความเจ็บปวด และวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดมาแล้วเป็นเวลานานแต่ในเรื่องของการพยาบาลยังเป็นที่ทำทนายในการศึกษาค้นคว้า และเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลได้นำความรู้ใหม่ ๆ ไปประยุกต์ใช้ในการบำบัด และดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครุณี ขุนหวิน (2544) ได้เสนอแนวคิดที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดโดยสรุป ดังนี้

1. พยาบาลต้องยอมรับว่าความเจ็บปวดเกิดจากปัจจัยด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ การดูแลผู้ป่วยจึงต้องดูแลแบบองค์รวม
2. การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดต้องดูแลร่วมกันเป็นทีมทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้ป่วยและญาติ เพราะการบำบัดความเจ็บปวดต้องทำไปพร้อมกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่ และต้องได้รับการดูแลทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมควบคู่กันไป
3. ในการประเมินความเจ็บปวดผู้ประเมินต้องเชื่อตามที่ผู้ป่วยบอก ร่วมกับการสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ประเมินทั้งตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะอาการ และผลของการบำบัดความเจ็บปวดที่ผ่านมามาตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อความเจ็บปวด และการรักษา
4. การบำบัดความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ อาจต้องครอบคลุมทั้งการใช้ยาตามแผนการรักษา และใช้วิธีการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การให้ความรู้ การประคบเย็น การเบี่ยงเบนความสนใจ ฯลฯ
5. ติดตามประเมินผลความเจ็บปวดด้วยความเอาใจใส่ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้การบำบัดความเจ็บปวดไม่มีประสิทธิภาพ รายงานแพทย์เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดจนเป็นตัวกลางในการเจรจาต่อรองกับแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย
6. ศึกษาติดตามข้อมูล ความรู้ทั้งทางทฤษฎี และทักษะการปฏิบัติใหม่ ๆ ตลอดจนผลงานวิจัยเกี่ยวกับความเจ็บปวดเพิ่มเติมอยู่เสมอ และนำความรู้มาพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในทีมสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อความร่วมมือที่ดีต่อกัน
7. ดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรม ในการบำบัดความเจ็บปวดดังนี้
 - 7.1 การบำบัดความเจ็บปวดต้องช่วยให้ผู้ป่วยหายปวด หรือบรรเทาให้ปวดน้อยที่สุดทั้งในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรัง โดยเชื่อว่าผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดได้ถูกต้องที่สุด และให้การบำบัดตั้งแต่เริ่มปวดไม่ต้องให้ผู้ป่วยรอนทนไม่ไหว หรือไม่ตัดสินใจว่าผู้ป่วยยอมแ้ง ไม่อดทน

หรือเรียกร้องความสนใจ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเอาใจใส่ หรือไม่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องปวดจึงต้องทนปวด

7.2 หลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย “ปวด” จากการกระทำของเรา เช่น ให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยหายปวด เว้นเวลาการทำกิจกรรมพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดในขณะที่ผู้ป่วยต้องการพักผ่อนนอนหลับปฏิบัติตามกิจกรรมอย่างนุ่มนวล อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เป็นต้น

7.3 ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อน “ปวด” จากบุคคลอื่น โดยดูแลเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่มาทำกิจกรรม เพื่อประเมินหรือรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยที่สุด ดูแลไม่ให้ญาติรบกวนขณะผู้ป่วยหลับ ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วย เป็นต้น

7.4 ยอมรับในสิทธิ และความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และให้การดูแลแบบองค์รวม โดยรับฟังปัญหา และข้อเรียกร้องของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ ดูแลไม่ทำลายความเป็นบุคคลหรือละเลยผู้ป่วย และรักษาความลับของผู้ป่วย นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจะมีการหงุดหงิดไม่เป็นมิตร มองสิ่งต่าง ๆ อย่างน่ารำคาญ อาจมองพยาบาลว่า ไม่ช่วยเหลือ พยาบาลจึงต้องมีความอดทน มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และมีวิธีอธิบายผู้ป่วยอย่างใจเย็น พร้อมแสดงออกให้ประจักษ์ว่า ได้เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างจริงใจ การให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยที่เจ็บปวด เป็นการเพิ่มความมีคุณค่าของผู้ป่วย โดยต้องสนใจได้ถามบอกวิธีการ และความหมายของการรักษา สนับสนุนผู้ป่วยให้มีส่วนร่วม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตอบสนองผู้ป่วยทันที และไม่ให้ข้อมูลจนท่วมท้นโดยไม่ประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยมีอยู่

7.5 ให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บปวดอย่างยุติธรรม ดูแลเอาใจใส่โดยไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่กับความเจ็บปวดที่ทุกข์ทรมานจนเกิดความรู้สึกหมดหวัง ไม่เพิกเฉยต่อการขอความช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวด ไม่เพิ่มความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

การจัดการกับความเจ็บปวดในการปฏิบัติการพยาบาล

ความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่เกิดมาต้องประสบ เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่พึงปรารถนา ทุกคนล้วนอยากหลีกเลี่ยง เป็นปัญหาที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ความเจ็บปวดบั่นทอนคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางกาย และทางใจ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมการรักษาที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพยาบาลก็เป็นบุคคลแรกที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เจือกุล อโนธรมณ์, 2544) ดังนั้นการให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน จะต้องจัดการอย่างรวดเร็วด้วยวิธีง่ายและสะดวก การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ต้องใช้ยามีหลายวิธี เช่น การใช้ความร้อน ความเย็น การให้ความรู้เพื่อให้เกิด

ความเข้าใจตนเอง การใช้จิตบำบัด การนวด กดจุด คนตรีบำบัด การใช้จินตนาการ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น เมื่อความเจ็บปวดไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ วิธีที่ดีที่สุดคือต้องศึกษาให้เข้าใจความเจ็บปวด โดยวิธีการที่จะจัดการกับความเจ็บปวดพยาบาลต้องแสดงบทบาทอิสระในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเป็นอิสระ โดยไม่ต้องรอการตัดสินใจจากแพทย์ สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยจากประวัติ และการตรวจร่างกายแล้วนำมาวางแผนการดูแลเพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเมื่อเขาต้องการและมีความเป็นไปได้ ช่วยให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดเพื่อการตัดสินใจยินยอมในการรักษา พยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานงานในทีมสุขภาพทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ช่วยกันวางแผนจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ เพื่อการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสมทันทั่วทั้งที่ปลอดภัยและมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแล ที่ต้องให้ความรู้ที่ปลอดภัย และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ พยาบาลต้องมีความสามารถเชิงวิชาชีพค่อนข้างสูง กำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยความตระหนักในบทบาทของพยาบาล ในฐานะผู้ช่วยเหลือต้องจัดกิจกรรมการดูแลโดยผสมผสานกับกิจกรรมการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู และดูแลทั้งหมดที่เป็นการประคับประคองได้อย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น หรือช่วยเหลือถ้าผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะดูแลตนเองได้เลย

ในมิติการดูแลเรื่องความเจ็บปวด สิ่งที่ต้องปฏิบัติในบทบาทให้ความช่วยเหลือจะครอบคลุมในเรื่องการลดหรือป้องกันการเจ็บปวด การช่วยให้มีความอดทนต่อความเจ็บปวด การปรับตัวเข้ากับลักษณะการแสดงออกเพื่อสนองตอบความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม ซึ่งถ้าทุกคนรู้จักมองชีวิตเป็นธรรมะ มองความเครียดเป็นโอกาส จะเห็นความเจ็บปวดเป็นคุณมากกว่าโทษ เป็นสัญญาณเตือนภัย เป็นสิ่งทดสอบความอดทน เป็นการลิ้มรสความทุกข์ ซึ่งถือเป็นธรรมดาของโลกและเป็นการแสดงความสามารถตัดสินใจหาทางขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) ซึ่งจะช่วยให้การจัดการกับความเจ็บปวดโดยการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำได้มากขึ้นและทำให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้นด้วย