

ประสิทธิผลของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดธานี

กิตติ์วี ประเสริฐจิตสรร, พย.บ *
ดวงกมล ภิมาลย์, พย.บ*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อแรกกลับจากห้องผ่าตัด และครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดธานี กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนกลุ่มๆละ 24 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับคู่มือความรู้ในด้านการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการระดับความปวด มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลหลังผ่าตัดทั่วไป และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลหลังผ่าตัดทั่วไปเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความปวดด้วยตนเองแบบง่าย เพื่อประเมินความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัด และครบ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน มีค่าเท่ากับ 0.966 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.887 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired t-test และ independent t-test และการทดสอบ Friedman test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า คะแนนความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัดเปรียบเทียบกับ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามช่วงระยะเวลาของการประเมินความปวด พบว่า คะแนนความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า เปรียบเทียบคะแนนความปวดในช่วงระยะเวลาเดียวกันคือ 24, 48, และ 72 ชม. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความพึงพอใจด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด และด้านการดูแล ความปวดโดยไม่ใช้ยา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดสามารถปฏิบัติได้ด้วยทั้งที่บ้านและขณะนอนในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การจัดการทางการพยาบาล การจัดการระดับความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

*โรงพยาบาลอุดธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

EFFECTIVENESS OF PAIN MANAGEMENT IN POST-OPERATIVE PATIENTS AT THE SURGERY DEPARTMENT, UDONTHANI HOSPITAL

Kitrawee Prasertjitsan, B.N.S*

Doungkamol Phimal, B.N.S*

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to compare the effectiveness of pain management immediately, 24, 48, and 72 hours post-operation in post-operative patients at the surgery department in Udonthani Hospital. A sample is derived from a sample size calculation to compare the means between two independent populations using purposive sampling. The samples were 24 cholecystitis and gallstone patients per group, divided into two groups: the experimental group received a manual of knowledge about nursing management in managing pain levels and postoperative patient standards of nursing care, and the control group received postoperative patient standards of nursing care only. A manual of knowledge about nursing management in managing pain levels, as determined by the index of consistency (IOC) of 1.00. The collected data instrument was a numerical rating pain scale to assess pain levels immediately, 24, 48, and 72 hours post-operation; the Pearson simple correlation coefficients were 0.966. Descriptive statistics were percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics included paired t-tests, independent t-tests, and the Friedman test. Statistical significance was set at the 0.05 level.

The results found that, comparing pain scores immediately and 24, 48, and 72 hours post-operation, both the experimental group and the control group decreased statistically significantly. Comparing the experimental group and the control group, the results found that pain scores immediately post-operation did not differ statistically significantly, whereas pain scores at 24, 48, and 72 hours post-operation did not differ statistically significantly. Comparing the satisfaction with pain management of the experimental group and the control group found that satisfaction with post-operative pain assessment and pain management without drugs showed a statistically significant difference.

Nursing management for post-operative pain management is an essential method of non-pharmacological pain management, an alternative treatment that allows patients with post-operative pain to practice at home and be admitted to the hospital.

Keyword: nursing management, pain management, post-operative patients

*Udonthani Hospital, Muang district, Udonthani

บทนำ

ความปวดเป็นสิ่งบุคคลกลัวและกังวลเป็นอันดับสองรองจากความตาย¹ เพราะความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความไม่สุขสบาย และเกิดความทุกข์ทรมานเพราะอาจจะทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตของเขาได้ เช่น อาจจะทำให้สื่อสารได้น้อยลง รบกวนสภาพจิตใจ รบกวนระบบการหายใจ รบกวนการนอน รวมทั้งการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายด้วย² สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย (Thai Association For The Study of Pain: TASP) ได้จัดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความปวดได้ถูกต้องคือการประเมินความปวด³ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งเป็นการปวดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย บางคนอาจมีอาการเจ็บปวดเฉียบพลัน รื้อรัง และเฉียบพลัน-รื้อรัง ร่วมด้วย ซึ่งอาการปวดจะเกิดขึ้นจากแหล่งต่างๆ เช่น ร่างกาย อวัยวะภายใน หรือระบบประสาท รวมทั้งผู้ป่วยบางคนอาจเกิดจากการรับรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัว จนเกินความทนทานของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งความปวดชนิดเฉียบพลันทันทีทันใดจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้มากกว่าการปวดแบบรื้อรัง⁴ ดังนั้นความปวดจึงเป็นกระบวนการที่ค่อนข้างซับซ้อน ที่เกิดจากความรู้สึกร่างกาย อารมณ์ การรับรู้ และประสบการณ์ การรับรู้ของบุคคลที่ไม่พอใจทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกร่างกายจากการที่เนื้อเยื่อเสมือนว่าถูกทำลายหรือถูกทำลายจริงๆ และยังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกว่าปวดและยังคงอยู่ มีผู้ที่ปวดเท่านั้นที่จะรับรู้ว่ามีปวดมากน้อยเพียงใดและลักษณะอย่างไร ซึ่งยากที่จะอธิบายหรือบอกให้ผู้อื่นเข้าใจได้ นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ⁵ ซึ่งจะเห็นได้ว่าความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่บุคลากรในทีมสุขภาพพบเห็นเป็นประจำและยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับการหาทางช่วยเหลือในระบบสุขภาพ

ความปวดแผลผ่าตัด (Postoperative pain) เป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บช็อกจากแผลผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ เมื่อกลับมาพักฟื้นที่เตียงจะมีระดับอาการปวดตั้งแต่ปานกลางถึงรุนแรง⁶ รวมทั้งอาการปวดจะเกิดขึ้นในระหว่างขั้นตอนการดูแลรักษาของพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาพยาบาล ในการส่งเสริมการจัดการอาการปวดที่เหมาะสม การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยได้มีการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาใช้ โดยเริ่มจากการประเมินความปวดของผู้ป่วยให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง และยังมีความสำคัญใช้ในการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดการรักษา ได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งยังได้พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล⁷ ซึ่งจะมีผลทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง บุคลากรทีมพยาบาลมีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เกิดการทำงานเป็นทีมและมีการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นแนวทางเดียวกัน ยังสามารถลดและป้องกันความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาด⁸ จากการปฏิบัติงานโดยมีการวางแผนร่วมกันตั้งแต่ 1 วันก่อนการทำผ่าตัด ครอบคลุมไปถึงการดูแลในระยะหลังผ่าตัดซึ่งช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีการประเมินความปวดแรกหลังกลับจากห้องผ่าตัดทันที และประเมินซ้ำทุก 2 ชั่วโมง ช่วง 24 - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง ประเมินความปวดทุก 8 ชั่วโมง ในการดูแลผู้ป่วยและประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าการปฏิบัติที่แตกต่างกัน และไม่นำเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้ในการประเมิน ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการประเมินหรือได้รับการประเมินน้อยกว่าครั้งที่ควรจะเป็น ทำให้การจัดการอาการปวดไม่ต่อเนื่องเกิดความปวดที่รุนแรงขึ้น

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีจำนวนเตียงที่ให้บริการ 1,154 เตียง มีสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมดในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 20,745 ราย โดยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด จำนวน 2,423 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 2,107 ราย รวมทั้งหมด

จำนวน 4,530 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคถุงน้ำดีอักเสบ และนิ่วในถุงน้ำดี จำนวน 670 ราย แบ่งเป็นชาย 288 คน และหญิง 382 คน ซึ่งจากสถิติในปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการพักรักษาตัว หลังการผ่าตัด เฉลี่ย 5 วัน และจากการประเมินความปวดจากเครื่องมือมาตรวัดเปรียบเทียบกับสายตา (Visual Analogue Scales : VAS)⁹ พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีค่าระดับความปวดเฉลี่ย 7 คะแนน¹⁰ และจาก ข้อมูลดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการจัดการความปวดที่ดี จึงได้ใช้แนวทางปฏิบัติทางการ พยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบงานความเสี่ยงได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบด้านการจัดการความปวดของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ของโรงพยาบาลอุดรธานี จึงมีความสนใจศึกษาผล ของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดนี้ใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดผ่าตัดถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) นิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เช่น การเกิดแผลกดทับ การ เกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ การเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีการ วางแผนร่วมกันตั้งแต่ก่อนวันผ่าตัด 1 วันครอบคลุมไปถึงการให้ข้อมูลการดูแล การพยาบาลระยะหลังการ ผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงแรก 48 ชั่วโมง และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงตามลำดับ มีการใช้แบบประเมินความปวด และจัดการกับอาการปวดทั้งโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา ก่อนการให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุม ส่วนกลางในสมองในการจัดการกับความปวด และยังเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดร่วมกับการใช้ เทคนิคผ่อนคลาย เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียดเป็นการตัดวงจรความปวด ลดการเรื้อ ารทางอารมณ์ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นการลดปวดได้ เพิ่มการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลให้ สอดคล้องกัน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับความปวด ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเพื่อบรรเทาปวดด้วย ตนเองได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือใด ๆ ส่งผลให้การจัดการปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ มีแบบแผน คาดว่าเพิ่มความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากขึ้นทำให้ปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น

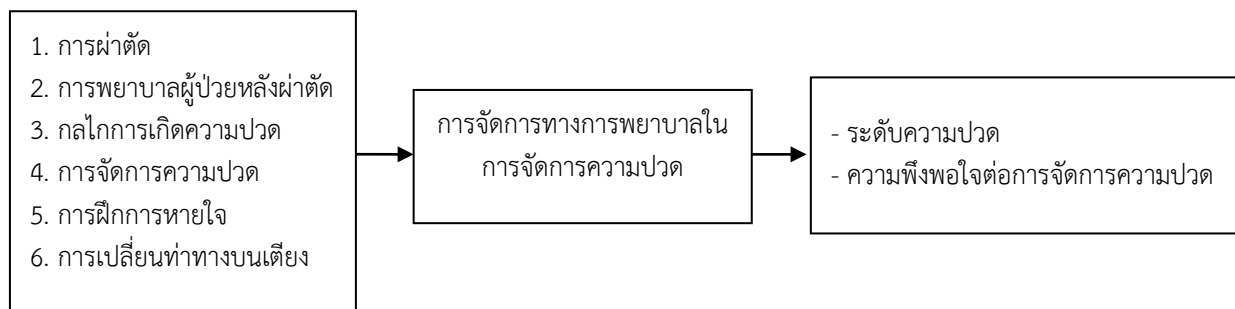
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือการจัดการทางการพยาบาลมาใช้ในการจัดการระดับความปวดของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการระดับความปวดของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดเมื่อแรกกลับจากห้องผ่าตัด และครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในกลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

สมมติฐานการวิจัย

การจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดส่งผลให้ระดับความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัด ครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีอีกเสบ และนิ่วในถุงน้ำดี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 670 คน (ปี พ.ศ.2565) กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน¹¹ จำนวน 18 คน เพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 30 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากรายงานวิจัยของ ประไพศรี สายทอง¹² พบว่า แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด สามารถลดความปวดเหลือ 3.0 คะแนน (SD=4.3) ซึ่ง $n =$ ขนาดตัวอย่าง $\sigma_d^2 =$ ความแปรปรวนของผลต่าง คือ 4.3 $\Delta^2 =$ ผลต่างของค่าเฉลี่ย (effect size) คือ 3.0 $\alpha = 0.05, Z_{0.05} = 1.65, Power = 0.90, Z_{0.1} = 1.28$ โดยใช้สูตร

$$\text{จากสูตร } n / \text{group} = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{\Delta^2}$$

$$\text{จากสูตร } n / \text{กลุ่ม} = \frac{(1.65 + 1.28)^2 \times 4.3^2}{3.0^2} = 17.63$$

$$n / \text{กลุ่ม} = 18$$

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) โดยวิธีการเลือกลำดับที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ลำดับที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม สลับกันไปจนครบ 48 คน กลุ่มละ 24 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบ elective ที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีอีกเสบ (Cholecystitis) นิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) ร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และไม่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ/ทรวงอกหรือผ่าตัดทรวงอก

3. ระดับความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดด้วยตนเองแบบง่ายใช้มาตรวัดเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) ตั้งแต่ระดับ 5 คะแนนขึ้นไป

4. อ่านและเขียนเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. หลังผ่าตัดยังใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีผลต่อการสื่อสาร
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย / ผู้ปกครองโดยชอบธรรมไม่ยินยอมจนจบการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือความรู้ในด้านการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการระดับความปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเฉลี่ยความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 และการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลหลังผ่าตัดทั่วไป โดยการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการระดับความปวด มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 1

1. สร้างสัมพันธภาพกับอาสาสมัครผู้ป่วย โดยแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่จะทำผ่าตัดตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้และการปฏิบัติตัวใช้เวลา 30 นาที

2. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยให้ความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด แนวแผนผ่าตัด ความยาวของแผล สาเหตุของความปวดหลังผ่าตัด วิธีการประเมินความปวด การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา และการใช้ยาบรรเทาปวด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ใช้เวลา 45 - 60 นาที โดยใช้คู่มือการดูแลการจัดการบรรเทาปวด และแผนปฏิบัติการจัดการความปวดด้วยการควบคุมด้วยตนเอง ใช้เวลา 10 นาที การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ใช้เวลา 15 นาที

3. มอบเอกสารแผ่นพับความรู้ด้านการดูแลตนเองขณะรักษาด้วยการผ่าตัด และทบทวนกรณี ที่สงสัย

กิจกรรมครั้งที่ 2 ขณะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัด

1. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยติดตามการเยี่ยมทันทีหลังผ่าตัดเพื่อทำการประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมง ประเมินความปวดของผู้ป่วยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทุก 2 ชั่วโมง ประเมินความปวดขณะพัก และขณะขยับตัว บันทึกวันที่และเวลาที่เข้าไปประเมินความปวด จัดการกับความปวดของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดโดยการประเมินระดับความปวด และจัดการกับความปวดตามระดับความปวด

2. เมื่อความปวดอยู่ระดับคะแนน 1-3 คะแนน ให้พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูล จัดทำทางให้ผ่อนคลาย ทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ สอนและฝึกการหายใจ การไอ กระตุ้นการลุกนั่ง และประเมินความปวดหลังรักษา

3. เมื่อความปวดอยู่ระดับคะแนน 4 - 6 ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา กลุ่ม strong Opioid ฝึกสอนสาธิตการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการลุกเดินคอยช่วยเหลือ การจัดการความปวดตามระดับความปวดเพิ่ม ใช้เทคนิคผ่อนคลาย ดนตรีบำบัด สมาธิ การจัดทำนอนที่เหมาะสม ปลอมโยน ให้กำลังใจจัดสิ่งแวดล้อมให้สบาย

4. เมื่อระดับความปวดอยู่ในระดับคะแนน 7 -10 คะแนน ให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา กลุ่ม Strong Opioid ฝึกสอนสาธิตการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการลุกเดินคอยช่วยเหลือ การจัดการความปวดตามระดับความปวดเพิ่ม ใช้เทคนิคผ่อนคลาย ดนตรีบำบัด สมาธิ การจัดทำนอนที่เหมาะสม ปลอมโยน ให้กำลังใจจัดสิ่งแวดล้อมให้สบาย ร่วมกับการให้ข้อมูลใช้เทคนิคการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ พร้อมทดลองฝึก ประเมินความปวดก่อนให้ยาแก้ปวด และประเมินความปวดหลังให้ยา ถ้ามีการให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำให้ประเมินซ้ำหลังได้รับยาแล้ว 15 นาที ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อประเมินซ้ำหลังได้รับยา 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 3 ขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 2

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 3 ใช้เวลา 30 นาที ประเมินและบันทึกสัญญาณ ทุก 4 ชั่วโมง มีการประเมินความปวดขณะพัก ขณะขยับตัว ให้การพยาบาลเหมือนหลังผ่าตัดวันแรก แต่มีการกระตุ้นและฝึก โดยเน้นการฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และการลุกเดินมากขึ้น การบริหารร่างกาย การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและเมื่อมีการร้องขอ ผู้วิจัยมีการทดสอบและทบทวนซ้ำในสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปัญหา อุปสรรค สาธิตซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 4 ขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 3

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 4 ใช้เวลา 45 นาที ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 8 ชั่วโมง มีการประเมินความปวดขณะพัก และขณะขยับตัว ให้การพยาบาลเหมือนหลังผ่าตัดวันแรก แต่มีการกระตุ้นและฝึก โดยเน้นการฝึกหายใจ การอย่างมีประสิทธิภาพและการลุกเดินมากขึ้น การบริหารร่างกาย การบริหารยาให้มีการประเมินความปวดให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและเมื่อมีการร้องขอ ผู้วิจัยมีการทดสอบและทบทวนซ้ำในสิ่งที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ปัญหา อุปสรรค สาธิตซ้ำ เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องที่บ้าน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.1 แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด นำมาจากเครื่องมือ มาตรวัดเปรียบเทียบกับด้วยสายตา (Visual Analogue Scales : VAS)⁹ พยาบาลเป็นผู้ถามและให้ผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเอง บนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยกำหนดระดับความปวดที่จุดเริ่มเส้นตรงหมายถึง ไม่มีความปวด และจุดปลายหมายถึงมีความปวดมากที่สุด แล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงตามความปวดที่มีอยู่จริง แล้ววัดออกมาเป็นมิลลิเมตร โดยผ่านการหาค่าสหสัมพันธ์จากสูตรการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient หรือ r) ($r=0.966$)

2.2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด โดยผ่านการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีค่าเฉลี่ยความสอดคล้อง เท่ากับ 0.887 พัฒนาจากแบบสอบถามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรีของ กันตา โกสุมภ์¹³ สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบดังนี้

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1 คะแนน = ไม่พึงพอใจ | 2 คะแนน = ความพึงพอใจน้อย |
| 3 คะแนน = ความพึงพอใจปานกลาง | 4 คะแนน = ความพึงพอใจมาก |

นำคะแนนของแต่ละข้อมาหาค่าเฉลี่ยและแปลผล

- | | |
|--|--|
| คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 = ไม่พึงพอใจ | คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 = พึงพอใจน้อย |
| คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 = พึงพอใจปานกลาง | คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 = พึงพอใจสูง/มาก |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำคู่มือการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด ที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้พยาบาลที่ชำนาญเกี่ยวกับการจัดการความปวดตรวจพิจารณาเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำคู่มือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ตรวจพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence หรือ IOC) มีค่าเท่ากับ 1.00 และ 0.887 ตามลำดับ

2. แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด นำมาจากเครื่องมือ มาตรวัดเปรียบเทียบกับด้วยสายตา (Visual Analogue Scales : VAS) มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ คือ นำแบบประเมินความปวดด้วยตนเองแบบง่าย

ไปทำการทดสอบแล้วทดสอบซ้ำ (Test and retest method) โดยทดสอบซ้ำ 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ แล้วนำมาหาค่าสหสัมพันธ์ โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของ เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient หรือ r) ($r=0.966$)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ ก่อนและหลังการจัดการทางการแพทย์ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และ Independent sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวด และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ หลังการจัดการทางการแพทย์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และ Friedman test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี รหัสโครงการ 103/2566 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ผลการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลของกลุ่มทดลองที่นำมาวิเคราะห์มีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) ได้แก่ คะแนนความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัด ($p=0.99$) คะแนนความปวด 24 ชั่วโมง ($p=0.26$) คะแนนความปวด 48 ชั่วโมง มี ($p=0.99$) และ คะแนนความปวด 72 ชั่วโมง ($p=0.99$) และข้อมูลของกลุ่มควบคุมที่นำมาวิเคราะห์มีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) ได้แก่ คะแนนความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัด ($p=0.99$) คะแนนความปวด 24 ชั่วโมง ($p=0.78$) คะแนนความปวด 48 ชั่วโมง มี ($p=0.99$) และ คะแนนความปวด 72 ชั่วโมง ($p=1.00$) มีรายละเอียดผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) ร้อยละ 50 และนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) ร้อยละ 50 และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 100 แพทย์รักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 48 ราย จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 58.33 มีสถานภาพหม้าย อยู่่า แยกร้อยละ 45.83 ประกอบอาชีพเกษตรกรหรือค้าขาย ร้อยละ 58.33 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 และมีรายได้เดือนละประมาณ 5,001-15,000 บาท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	8	33.33	10	41.67
- หญิง	16	66.67	14	58.33
อายุ (ปี)				
- ≤ 60	14	58.33	11	45.83
- ≥ 60	10	41.67	13	54.17
สถานภาพ				
- โสด	3	12.50	3	12.50
- คู่	10	41.67	13	54.17
- หม้าย หย่า แยก	11	45.83	8	33.33
อาชีพ				
- รับราชการ	4	16.67	2	8.33
- เกษตรกร/ค้าขาย	14	58.33	13	54.17
- อื่นๆ	6	25.00	9	37.50
การศึกษา				
- ประถมศึกษา	15	62.50	14	58.33
- มัธยมศึกษา	8	33.33	8	33.33
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	4.17	2	8.33
รายได้ (เดือน)				
- $\leq 5,000$	8	33.33	6	25.00
- 5,001-15,000	12	50.00	15	62.50
- $\geq 15,000$	4	16.67	3	12.50
การวินิจฉัยโรค				
- Cholecystitis	12	50.00	12	50.00
- Gall stone	12	50.00	12	50.00

2. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.35 (SD=0.44) วัน และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 5.59 (SD=0.58) วัน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.023$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)		
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	3.35 (0.44)	5.59 (0.58)	18.66	0.023

Paired t-test, $p\text{-value}<0.05$

3. เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนความปวดแรกรับกลับจากห้องผ่าตัด เปรียบเทียบกับ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 คะแนนความปวดของกลุ่มทดลอง

คะแนนความปวดของแต่ละช่วงเวลา	$\bar{X}(SD)$	t	p-value
แรกรับ	7.75 (0.25)	11.98	<0.001
24 ชม.	5.08 (0.17)		
แรกรับ	7.75 (0.25)	18.27	<0.001
48 ชม.	2.95 (0.13)		
แรกรับ	7.75 (0.25)	20.31	<0.001
72 ชม.	1.46 (0.17)		
24 ชม.	5.08 (0.17)	11.57	<0.001
48 ชม.	2.95 (0.13)		
24 ชม.	5.08 (0.17)	16.20	<0.001
72 ชม.	1.46 (0.17)		
48 ชม.	2.95 (0.13)	10.17	<0.001
72 ชม.	1.46 (0.17)		

Paired t-test, p-value<0.05

ตารางที่ 4 คะแนนความปวดของกลุ่มควบคุม

คะแนนความปวดของแต่ละช่วงเวลา	$\bar{X}(SD)$	t	p-value
แรกรับ	7.88 (0.24)	4.15	<0.001
24 ชม.	7.38 (0.20)		
แรกรับ	7.88 (0.24)	8.31	<0.001
48 ชม.	6.38 (0.19)		
แรกรับ	7.88 (0.24)	10.37	<0.001
72 ชม.	5.58 (0.18)		
24 ชม.	7.38 (0.20)	6.28	<0.001
48 ชม.	6.38 (0.19)		
24 ชม.	7.38 (0.20)	9.42	<0.001
72 ชม.	5.58 (0.18)		
48 ชม.	6.38 (0.19)	4.65	<0.001
72 ชม.	5.58 (0.18)		

Paired t-test, p-value<0.05

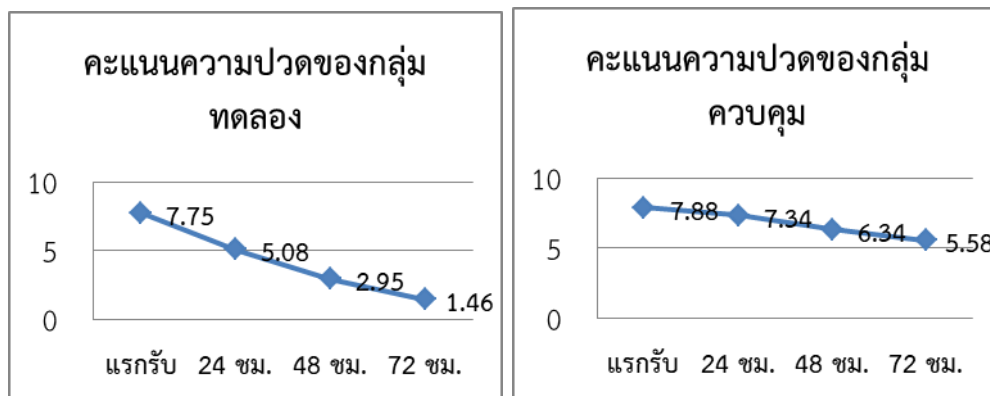
4. เปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามช่วงระยะเวลาของการประเมินความปวด พบว่า คะแนนความปวดแรกรับกลับจากห้องผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.71) แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า เปรียบเทียบคะแนนความ

ปวดในช่วงระยะเวลาเดียวกันคือ 24 ชม. 48 ชม. และ 72 ชม. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$, $p<0.001$ และ $p<0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 คะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความปวดของแต่ละช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	$\bar{X}(SD)$	$\bar{X}(SD)$		
แรกจับ	7.75 (0.25)	7.88 (0.24)	-0.37	P=0.71
24 ชม.	5.08 (0.17)	6.38 (0.19)	-10.01	P<0.001
48 ชม.	2.95 (0.13)	6.38 (0.19)	-17.17	P<0.001
72 ชม.	1.46 (0.17)	5.58 (0.18)	-14.84	P<0.001

Paired t-test, p-value<0.05



กราฟที่ 1 กราฟเส้นแสดงคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความพึงพอใจด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด และด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p<0.002$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการให้ข้อมูลการจัดการความปวดระยะก่อนผ่าตัด ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับทีมผู้รักษา และด้านการได้รับยาบรรเทาความปวดเมื่อมีความปวดหลังผ่าตัดมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.24$, $p=0.34$, และ $p=0.16$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value
	$\bar{X}(SD)$	$\bar{X}(SD)$		
1. ด้านการให้ข้อมูลการจัดการความปวดระยะก่อนผ่าตัด	4.72 (0.56)	4.63 (0.48)	1.35	0.24
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับทีมรักษา	4.77 (0.64)	4.44 (0.53)	1.21	0.34
3. ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด	4.55 (0.53)	3.96 (0.42)	4.57	<0.001
4. ด้านการได้รับยาบรรเทาความปวด เมื่อมีความปวดหลังผ่าตัด	4.57 (0.63)	4.43 (0.66)	2.17	0.16
5. ด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา	4.68 (0.55)	3.67 (0.47)	4.64	0.002

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเพราะว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงตามลำดับจนถึงระดับคะแนนที่สามารถกลับบ้านได้ ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงเนื่องมาจากประสิทธิผลของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้มาตรฐานตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการ มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน ความปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้าน กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณและผู้ป่วยได้รับการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ¹⁴ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอาการปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain) เป็นอาการปวดเฉียบพลัน (acute pain) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยทั่วไปอาการปวดในกลุ่มนี้จะค่อย ๆ หายและหายไปก่อนที่บาดแผลจะหายสนิท ซึ่งใช้ระยะเวลาไม่นาน ถ้าเป็นการผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดช่องท้องส่วนบน ช่องอก อาการปวดจะอยู่ประมาณ 2-7 วัน ถ้าการผ่าตัดปานกลาง เช่น ผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง ระยะเวลาปวดจะเหลือประมาณ 1-4 วัน และความรุนแรงของอาการปวดพบว่ามีอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 30 และปวดมาร้อยละ 40 ¹⁵ ซึ่งกลไกการเกิดอาการปวด หรือการรับรู้อาการปวดเกิดจากกลไกหลายอย่างที่เกี่ยวข้องและต่อเนื่องทั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายนอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น กาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม สังคม และเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลซึ่งทำให้ความรุนแรงแตกต่างกัน โดย วิทยาลัยวิสัญญีวิทยา¹⁶ ได้อธิบายไว้ว่า กลไกการเกิดอาการปวดจะเริ่มต้นจากการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึก (peripheral sensitization) การผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (noxious stimulus) ที่รุนแรงและต่อเนื่องทำให้เกิดการหลั่งของสารเคมีต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ Potassium, serotonin, bradykinin, substance P, histamine และ prostaglandins นอกจากนี้การผ่าตัดยังทำลายและทำให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบ ๆ แผลผ่าตัด จึงเกิดการกระตุ้น mast cell, macrophage และ lymphocyte สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (nociceptors) ที่ปลายประสาททำให้เกิดพลังงานไฟฟ้า (nerve impulse) ขึ้น เมื่อพลังงานไฟฟ้าสูงกว่าระดับการทน (threshold) ของเส้นประสาทก็จะทำให้เกิดขบวนการ depolarization ขึ้นในเส้นประสาททำให้สามารถนำส่งสัญญาณอาการปวดไปตามเส้นประสาท c-fiber และ Ad- fiber ไปถ่ายทอดที่ dorsal horn ในไขสันหลัง (spinal cord) เพื่อส่งต่อไปยังสมอง การนำส่งสัญญาณความปวดที่ระดับไขสันหลัง (central sensitization) เมื่อเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือเกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ dorsal horn ในไขสันหลัง คือ เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดให้มากขึ้น บริเวณที่ปวดขยายกว้างขึ้นเกินกว่าบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บหรือแผลผ่าตัด การทนต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อลดลงทำให้สิ่งกระตุ้นปกติที่ทำให้เกิดอาการปวดน้อยก็เกิดอาการปวดมากได้ (hyperalgesia) หรือสิ่งกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้เกิดอาการปวดก็สามารถทำให้เกิดอาการปวดได้¹⁷ การรับรู้ของสมองเมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งจาก dorsal horn ในไขสันหลังไปตาม spinothalamic tract ขึ้นไปสู่สมองซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด การแปลข้อมูลมีหลายรูปแบบ เช่น การแบ่งแยกเกี่ยวกับความรู้สึก (sensory discriminative) และส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (motivational

affective component) นอกจากนี้การรับรู้ของสมองยังสามารถทำให้อาการปวดรุนแรงขึ้น การยับยั้งสัญญาณอาการปวดจาก สมอง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การยับยั้งอาการปวดที่ระดับสมอง สมองบางส่วนเมื่อได้รับการกระตุ้นอาจช่วยยับยั้งการตอบสนองต่ออาการปวดได้ เช่น คอร์เทกซ์ (cortex) ทาลามัส (thalamus) และก้านสมอง (brain stem) ดังนั้นการลดอาการปวดอาจกระทำได้โดย การใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (cognitive behavioral therapies) ส่วนการยับยั้งอาการปวดที่ระดับไขสันหลัง บริเวณไขสันหลังมีตัวรับสัญญาณ (receptor) ที่สำคัญในการนำสัญญาณอาการปวด เช่น opioid receptor หรือ N-methyl-D-aspartate: NMDA receptor การกระตุ้น opioid receptor หรือยับยั้ง NMDA receptor โดยสารเคมีที่หลังจากร่างกายหรือยาแก้ปวดที่ใช้ในการรักษาจะช่วยระงับปวดได้

แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า คะแนนความปวดในช่วงระยะเวลาเดียวกันคือ 24 ชม. 48 ชม. และ 72 ชม. ของกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมแต่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะกลุ่มทดลองได้รับการจัดการทางการแพทย์ในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้มาตรฐานตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ โดยวิธีการการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ปฏิบัติง่าย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดได้ ซึ่งการจัดการทางการแพทย์ในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmadpour et al.¹⁸ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วย คือ การจัดทำ การหายใจเพื่อผ่อนคลาย และการประคบแผลเวลาไอ และการศึกษาของ Nadeau, Wu, Lawhern.¹⁹ ทำการศึกษา การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลัน พบว่าวิธีการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การจัดทำเช่นเดียวกัน นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ ลำดวน มีภาพ ดลวิวัฒน์ แสนโสม และ นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์²⁰ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเกือบทุกตัว ซึ่งความปวดจะลดลงตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด ร้อยละ 54 มีคะแนนความปวดแรกรับหลังกลับจากห้องผ่าตัด เท่ากับ 4 และร้อยละ 60 รายงานว่ามีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก²¹

การศึกษานี้สามารถสรุปได้ว่า การจัดการทางการแพทย์ในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ที่เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดสามปฏิบัติตัวเองทั้งที่บ้านและขณะนอนในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาโดยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อให้เกิดการลดปวดของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปวดจากโรคอื่น ๆ อย่างไรก็ตามผลการศึกษารังนี้พบว่าการบริหารจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยายังพบน้อยมาก ซึ่งพยาบาลอาจจะปฏิบัติแต่ไม่ได้บันทึกทางการแพทย์พยาบาลหรือไม่ปฏิบัติ กลุ่มการพยาบาลควรมีการนิเทศ และติดตามคุณภาพบริการทางการแพทย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในครั้งนี้อาจสรุปปัจจัยอื่นๆที่จะส่งผลกระทบต่อคะแนนความปวดหลังผ่าตัด และควรมีการทดลองกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคอื่นๆก็พหุชนิดอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และควรมีการศึกษาระยะยาวของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด และนำแนวทางคู่มือที่จัดทำขึ้นมาในครั้งนี้ นำไปขยายผลไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในสาขาอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีอักเสบ (Cholecystitis) นิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

เอกสารอ้างอิง

1. Grassini, S. Virtual Reality Assisted Non-Pharmacological Treatments in Chronic Pain Management: A Systematic Review and Quantitative Meta-Analysis. *Int.J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19(7):4071.
2. The Joint Commission: New and revised standards related to pain assessment and management [Internet]. 2021 [cited 2023 November 15. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint_Commission_Enhances_Pain_Assessment_and_Management_Requirements_for_Accredited_Hospitals1.PDF. Assessed January 5, 2022
3. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises *Pain* 2020; 161:1976–1982.
4. McMahon SB, Dargan P, Lanas, Wiffen P. The burden of musculoskeletal pain and the role of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in its treatment. Ten underpinning statements from a global pain faculty. *Curr. Med. Res.Opin* 2021;37:287–92.
5. Zadro JR, Shirley D, Simic M, Mousavi SJ, Cernjia D, Maka K, et al. Video-Game-Based Exercises for Older People with Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlledtable Trial (GAMEBACK). *Phys* 2019; 99:14–27.
6. Grassini, S.; Laumann, K.; Topranin, V.D.M.; Thorp, S. Evaluating the effect of multi-sensory stimulations on simulator sickness and sense of presence during HMD-mediated VR experience. *Ergonomics* 2021; 64:1532–42.
7. Li Z, Yu Q, Luo H, Liang W, Li X, Ge L, et al. The Effect of Virtual Reality Training on Anticipatory Postural Adjustments in Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Preliminary Study. *Neural Plast* 2021; 99(5):758-62.
8. Althaus A, Arranz Becker O, Moser KH. Postoperative pain trajectories and pain chronification – an empirical typology of pain patients. *Pain Medicine* 2018; 19:2536–45.
9. DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, Stiff JL. The visual analog scale in the immediate postoperative period: Intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesthesia and Analgesia* 1998; 86(4):102-6.
10. งานเวชสถิติโรงพยาบาลอุดรธานี. สถิติผู้ป่วย ปี 2566. อุดรธานี.

11. อรุณ จีรวรรณกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์;2560.
12. ประไพศรี สายทอง. ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2562; 2(3):1-12.
13. กันตา โกสุมภ์. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
14. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร;2564. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thainapci.org/2021/wp-content/uploads/2021/03/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A8%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A5-2564.pdf>
15. Darnall BD, Krishnamurthy P, Tsuei J, Minor JD. Self-Administered Skills-Based Virtual Reality Intervention for Chronic Pain: Randomized Controlled Pilot Study. JMIR Res. 2020; 4:e17293.
16. วิทยาลัยวิสัญญีวิทยาลัย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. (ฉบับที่ 2). กรุงเทพฯ; 2562.
17. Lin T, Gargya A, Singh H, Sivanesan E, Gulati A. Mechanism of Peripheral Nerve Stimulation in Chronic Pain. Pain Med. 2020; 21(Suppl 1):S6-S12.
18. Ahmadpour N, Randall H, Choksi H, Gao A, Vaughan C, Poronnik P. Virtual Reality interventions for acute and chronic pain management. Int. J. Biochem. Cell Biol 2019; 114:105568.
19. Nadeau SE, Wu JK, Lawhern RA. Opioids and chronic pain: An analytic review of the clinical evidence. Front. Pain Res 2021; 2:44.
20. ลำดวน มีภาพ, ตลวิวัฒน์ แสนโสม, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(6):561-70.
21. Bjørnstad J, Ræder J, Post-operative pain after caesarean section. Tidsskr Nor Laegeforen. 2020; 4(7):140.