



ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลัง
ผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลัง
ผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการ
ปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง"
ของ ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ดร.อัศนี วันชัย)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง
ผู้วิจัย	ทวิศักดิ์ แก้วเปี้ย
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง, ความปวด, บาดเจ็บช่องท้อง, โปรแกรมการจัดการความปวด

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 26 ราย และกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน 26 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนตุลาคม 2563 – เมษายน 2564 เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.60-1.00 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) สมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเอง 3) แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย และ 4) แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติฟีชเชอร์ และสถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องเพื่อบรรเทาความปวดและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด



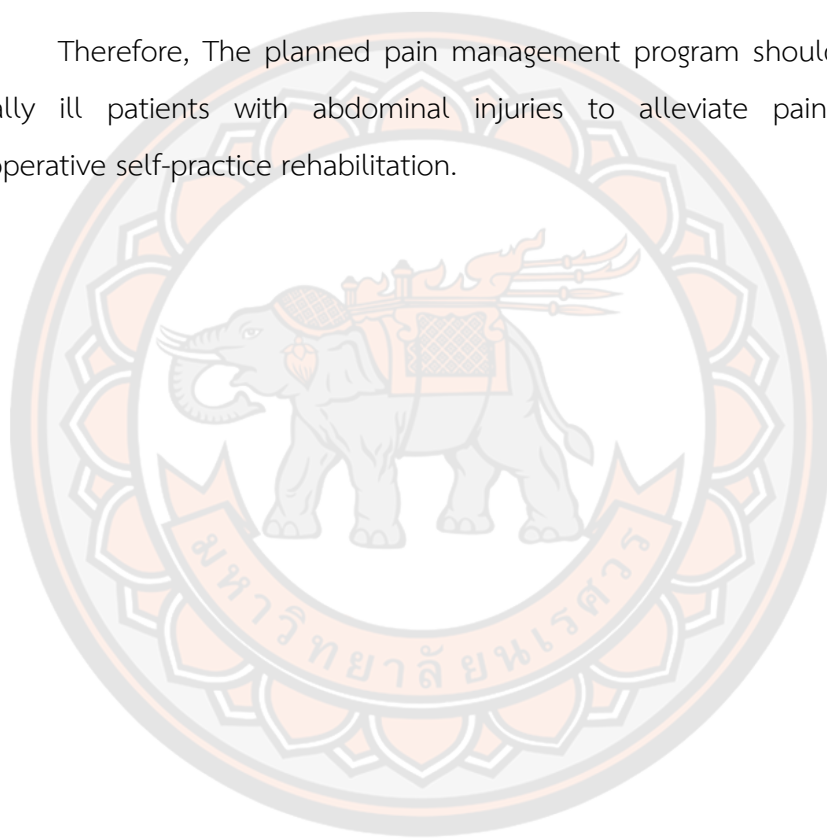
Title	THE EFFECTS OF PLANNED PAIN MANAGEMENT PROGRAM ON PAIN AND SELF-PRACTICE AFTER ABDOMINAL SURGERY IN ABDOMINAL INJURED PATIENTS.
Author	Thaweesak Kaewpia
Advisor	Assistant Professor Intira Pakanta, Ed.D
Co-Advisor	Assistant Professor Thidarat Khamboon, Ph.D.
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult Nursing, Naresuan University, 2022
Keywords	Self-Practice after Abdominal surgery, Pain, Abdominal Injured, Pain Management Program

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research. It was purpose to study the effect of planned pain management program on pain and self-practice after abdominal surgery in abdominal injuries patients. The sample consisted of 52 patients admitted in Uttaradit Hospital. They were divided into the control group, which were 26 patients who received normal nursing care and the experimental group. 26 patients who received a planned pain management program. Data were collected from October 2020 – April 2021. The research tool passed a quality validation review. Content validity study by 5 experts was Item-objective congruence index: IOC 0.60-1.00 level. Research tools include a planned pain management program using the symptom management concept of Dodd et al. (2001). The Research collection tools were 1) personal data record 2) pain self-management books 3) patient visit form and 4) self-practice form after abdominal surgery as passed reliability of Cronbach's Alpha Coefficient at the 0.85 level. Data were analyzed by frequency, Percentage, Mean, Standard deviation. Chi-square test, Fisher's exact test and Independent t -test.

The results of the study showed that 1) The mean pain score after abdominal surgery at 72 hours after being transferred to the general ward in the experimental group receiving the planned pain management program was lower than the control group receiving normal nursing care at the .01 level. 2) The mean scores of postoperative abdominal surgery at 72 hours after being transferred to the general ward were higher in the experimental group receiving the planned pain management program than the control group receiving the normal nursing care at the .001 level.

Therefore, The planned pain management program should be applied to critically ill patients with abdominal injuries to alleviate pain and promote postoperative self-practice rehabilitation.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อินทิรา ปากันทะ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นທີ່ปรึกษาวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา แนะนำทางด้านวิชาการ ตลอดจนชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธิดารัตน์ คำบุญ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณา ยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและฝ่ายบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่ได้อนุญาตให้เก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่านในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ และหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้เป็นกตัญญูกตเวทิต์แต่ บิดามารดา ครู อาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวางรากฐานการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัย จนกระทั่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดการบาดเจ็บช่องท้อง.....	11
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด.....	20
แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ.....	39
การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	42

แนวทางการจัดการความปวดและส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัด ช่องท้องภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง.....	43
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	56
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	75
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	79
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	80
ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความ เจ็บป่วย ความปวด (24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) และการได้รับยาแก้ปวด.....	80
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการ ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ จัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ....	84
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับ การย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ จัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ....	85
บทที่ 5 บทสรุป.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผล.....	90

ข้อเสนอแนะ	95
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก.....	110
ประวัติผู้วิจัย	180



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงอวัยวะและตำแหน่งที่บาดเจ็บ รวมถึงอาการและอาการแสดงหลังได้รับบาดเจ็บ	14
ตาราง 2 แสดงงานวิจัยที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	59
ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ความเจ็บป่วยและการได้รับยาแก้ปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test.....	81
ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test	82
ตาราง 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (มากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย) หลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test	83
ตาราง 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (มากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย) หลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง (48-72 ชั่วโมง) ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test.....	84
ตาราง 7 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	86

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กลไกระบบควบคุมประตุ.....	28
ภาพ 2 มาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS).....	33
ภาพ 3 มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NAS).....	33
ภาพ 4 มาตรวัดด้วยสีหน้า (Face Rating Scales: FAS).....	34
ภาพ 5 แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom management model).....	41
ภาพ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	65
ภาพ 7 แบบแผนการวิจัย.....	66



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุทั้งหมด (World Health Organization, 2015) สาเหตุอื่น ๆ เช่น ถูกแทงจากของมีคม (Penetrating) และการได้รับความกระทบกระเทือนบริเวณช่องท้องโดยตรงจากแรงกระแทกหรือแรงบีบอัด (Blunt mechanism) เนื่องจากช่องท้องเป็นบริเวณที่มีพื้นที่มากที่สุดในร่างกายจึงมีโอกาสได้รับบาดเจ็บได้มาก ทำให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้องที่มีลักษณะกลวงหรือเป็นโพรง (Hollow viscus organ) เช่น ลำไส้เล็ก (Small bowel), ลำไส้ใหญ่ (Colon) หรืออวัยวะภายในช่องท้องที่มีลักษณะหนาทึบ (Solid organ) เช่น ตับ (Liver), ม้าม (Spleen), ไต (Kidney) รวมทั้งหลอดเลือดภายในช่องท้องและอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง ในช่องท้อง ได้แก่ มดลูก (Uterus) และรังไข่ (Ovary) รวมถึงทวารหนัก (Anus) (ธิดารัตน์ จิรพงศ์เจริญลาภ, 2558) หากมีการได้รับบาดเจ็บภายในช่องท้องและไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว ทันทีอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ในรายที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องรุนแรง จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ประกอบกับอาการของผู้ป่วยทรุดลง และการทำงานของระบบต่าง ๆ มีประสิทธิภาพลดลง (Shippee-Rice, Fetzer, & Long, 2012, p. 48) ส่งผลให้การผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โดยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากถึงร้อยละ 40-50 อัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดร้อยละ 15-34 นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ การแสดงอารมณ์เจ็บปวด ภาวะสับสน ภาวะวิตกกังวลภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Rundshagen, 2014, p. 120) อาจส่งผลต่อการจัดการกับอารมณ์ ความปวด การปฏิบัติตนรวมถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องได้ ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจะได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตและย้ายไปพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการส่งเสริมการจัดการความปวดที่เหมาะสมด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Amemiya, Schroepfel, & Croce, 2007, pp. 399-341)

การผ่าตัดช่องท้อง ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดเล็กหรือภาวะฉุกเฉิน เป็นการกระทำเพื่อซ่อมแซมอวัยวะ เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ โดยการตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปจนถึงอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ (Royle, Walsh, & Watson, 1992) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยาจากเนื้อเยื่อได้รับอันตราย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดและการได้รับการผ่าตัด จากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย (สมคิด ทองดี, 2553) ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึม การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี การมีภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารและการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต และส่งผลกระทบต่อการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดรวมถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการปฏิบัติตนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นสำคัญ ทั้งในด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การลุกนั่ง การเดิน การพลิกตะแคงตัว การไอหรือจาม การพุงแผลผ่าตัด การรักษาบาดแผลและสังเกตแผล รวมถึงการพักผ่อนนอนหลับ (ไสว นรสาร, และพีรญา ไสโหม, 2559)

ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Lewis, & Corrier, 2004, p. 401) ใช้ระยะเวลาผ่าตัดที่ค่อนข้างนานร่วมกับผู้ป่วยได้รับการใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัดในด้านการเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดที่สำคัญ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงได้รับการย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและการใส่ท่อช่วยหายใจ (Storfjell, Omoike, & Ohlson, 2008, p. 244-249) นอกจากนี้ การผ่าตัดนั้นใช้ใบมีดกรีดผ่านทางผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปจนพบบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวด ซึ่งรบกวนการทำงานของอวัยวะระบบทางเดินอาหาร จึงอาจพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการท้องอืด ลำไส้อุดตันหรือเป็นอัมพาต รวมถึงอาการปวดจุกแน่นท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมรายงานการศึกษาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตเกิดความปวด แบ่งออกเป็น 2 ด้าน (Registered nurse association of Ontario, 2002) ดังนี้ 1) ด้านการรักษา เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายระบายสิ่งคัดหลั่ง เป็นต้น และ 2) ด้านการพยาบาล เช่น การเจาะเลือด การเปิดหลอดเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ การดูดเสมหะ การทำความสะอาดแผล การเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัวหรือการจัดท่าผู้ป่วย เป็นต้น จะเห็นว่ากิจกรรมทางการแพทย์และการพยาบาลดังกล่าวเป็นสาเหตุของความปวด ผู้ป่วยวิกฤตมีพฤติกรรมหรืออาการที่แสดงถึงความปวดเกิดขึ้น เช่น หน้ามืดตัวชวมืด แขนขาเคลื่อนไหวด้านเกร็ง เป็นต้น (วรางคณา อ่ำศรีเวียง, ปรีศนา วะสี, และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2557, น. 8-10) เนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกที่ทำให้ง่วงซึม การใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้

ความสามารถในการสื่อสารลดลง ไม่สามารถบอกได้ว่าปวดที่ตำแหน่งไหนหรือปวดระดับใด โดยเฉพาะในวันที่ 1 หลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยมีความปวดระดับมากถึงระดับรุนแรง โดยเฉพาะเวลาที่มีกิจกรรม (จรินทร์ พวกยะ, และสุรียพร ธนศิลป์, 2556, น. 5; ทิศากร สุทธิประภา, และชนกพร จิตปัญญา, 2557, น. 4-5) ซึ่งความปวดจะค่อย ๆ บรรเทาลง ในระยะเวลาผ่านไปในช่วงที่ 24, 48, 72 จนถึง 96 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง อย่างไรก็ตามความปวดก็จะยังคงอยู่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งคุกคามต่อการจัดการความปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤต ไม่ได้รับการจัดการความปวดหรือได้รับการจัดการความปวดไม่เหมาะสม ตลอดจนปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม หลังจากฟื้นจากยาระงับความรู้สึกและภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว (Rahu, & Grab, 2010, p. 345)

การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนมีหลากหลายวิธี ได้แก่ การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาบรรเทาปวด ซึ่งการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่นิยมและปฏิบัติ เนื่องจากลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดยอาจจะใช้การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาผสมผสานรวมกับการใช้ยา ซึ่ง กฤษณา สันวงศ์ตา, ชนา กานต์ กำคำ, ปัญงพร คำแก้ว, นันธิ์ ชาวเขียววงศ์, ศุภกร ปัญดิษฐ์, และปิยธิดา จุลละเปี้ย (2560) ศึกษา พบว่า การให้ข้อมูลร่วมกับการใช้ดนตรีเพื่อจัดการกับความปวด ได้ผลดีในการบรรเทาความปวด และการศึกษาของจรินทร์ พวกยะ, และสุรียพร ธนศิลป์ (2556) ที่ได้ศึกษาการบริหารกาย-จิตแบบชีกง ตลอดจนการศึกษาของกฤษณา สันวงศ์ตา และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของการใช้คู่มือจัดการความปวดหลังผ่าตัด การจัดทำ ผีกสมาธิและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อพบว่า ได้ผลดีในการบรรเทาความปวดเช่นกัน

ในปัจจุบันได้มีการนำการบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยามาใช้ในการรักษาแบบผสมผสานในระบบทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อที่จะช่วยลดความปวด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) และช่วยสนับสนุนภาวะจิตสังคม และลดภาวะในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น และยังเป็น การสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อผู้ป่วยด้วย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้วิธีอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติจริง และเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจที่ถูกต้อง (อรพรรณ โตสิงห์, 2555) ซึ่งควรมีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่าง ๆ ก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลทางด้านร่างกาย และจิตใจ (วาสนา สุขกันต์, และพรนิกา แก้ววิจิตร, 2554, น. 34-36) เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรม การปฏิบัติตนต่อเหตุการณ์คุกคามที่เผชิญหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและอาการปวดแผลผ่าตัดดีขึ้นตามมา (Rundshagen, 2014, p. 124) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่ชัดเจน (กันตา โกสุมภ์, 2557;

เสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, 2557, น. 24) สามารถจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจัดการความปวดได้มากที่สุดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เนื่องจากครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยมักได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือย้ายเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (จรินทร์ พวภยะ, และสุรีพร ธนศิลป์, 2556, น. 5) การพยาบาลอย่างมีแบบแผนในการจัดการความปวด เป็นแนวทางช่วยในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย เพื่อให้มีวิธีการจัดการความปวดอย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดได้ด้วยตนเอง (สุปาณี เสนาดิสัย, และวรรณภา ประไพพานิช, 2558, น. 739)

การจัดการอาการ (Symptom management) ตามทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและได้ผลดี ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนี้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ส่งผลดีในการจัดการความปวดได้เป็นอย่างดี เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารจิตแบบชี่กงต่อความวิตกกังวลและความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินของจรินทร์ พวภยะ, และสุรีพร ธนศิลป์ (2556) โดยใช้แบบจำลองของดอดด์ และคณะ เป็นกรอบแนวคิด พบว่า ความปวดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษากิจการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ของขวัญจิตร โอชุม, และสุรีพร ธนศิลป์ (2549) พบว่า คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดที่เน้นการฟังดนตรีน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านคะแนนความปวดภายหลังการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลสถิติของทางโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2558 พบมีผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 6,525 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 6,820 ราย ในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มเป็น 7,601 ราย (สถิติสมุดลงทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2559) ในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 17-19 ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางช่องท้องเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 รองจากการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ จากสถิติหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด จำนวน 74 รายและ 89 ราย

ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 38.15 และ 40.84 ของการผ่าตัดทางช่องท้องทั้งหมด ปี พ.ศ. 2559 เสียชีวิต 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.15 ปี พ.ศ. 2559 ย้ายเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.24 จากสาเหตุการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด ส่งผลให้เกิดแผลแยก (Wound dehiscence) และแผลติดเชื้อ (Infected wound) นอกจากนี้มีรายงานหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถิติสมดุลงทะเลเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2560)

สำหรับหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ให้การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บในระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการฝึกหายใจจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจก่อนที่จะได้รับการย้ายไปรักษาตัว ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) ผู้ป่วยได้รับการแนะนำในเรื่อง การดูแลตนเองในด้านการจัดการความปวด การฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดทำ ในบางรายยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งยังไม่มีแบบแผนการสอนและการให้ความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัด ช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องอย่างเป็นแบบแผนและเป็นรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากนี้ มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยบางกรณี จึงทำให้เกิดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่ได้รับการย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) ด้วยปัญหาภาวะพังผืดในช่องท้อง อึดแน่นท้องเป็นส่วนใหญ่ และผู้ป่วยมักได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอีกครั้ง ประกอบกับจากผลการศึกษาของ อัจฉรา สุจาจริง (2560) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง การพยาบาลแบบปกติไม่ครอบคลุมสาระสำคัญและไม่เป็นแบบแผน การติดตามไม่ต่อเนื่องอาจทำให้การส่งเสริมการจัดการความปวด ไม่ดีพอ การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจึงไม่เหมาะสม แม้ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักแล้วความปวดก็ยังคงอยู่

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน โดยทำการสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ นำมาเป็นกระบวนการในการสร้างโปรแกรม โดยพยาบาลใช้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตไปจนถึงหอผู้ป่วยสามัญ (อัจฉรา สุจาจริง, 2560) ซึ่งเป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาและใช้ยา (อังคณา จงเจริญ, และสิริกร เทียนหล่อ, 2554) ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (กฤษณา สันวงศ์ตา และคณะ, 2560) รวมถึงผู้ป่วยที่จะได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ (Nguyen Thi Thu Trang, Thosingh, & Chanruangvanich, 2017, pp. 4-5) ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งประกอบด้วย

1) ประสบการณ์การมีอาการ 2) กลวิธีการจัดการอาการ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการกับอาการ ใช้การจัดการตนเองเพื่อลดความปวดหลังได้รับการผ่าตัดโดยการให้ความรู้โดยใช้คอมพิวเตอร์ (โปรแกรม Power point) ประกอบคู่มือการจัดการ ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง รวมถึงการสาธิตและ สาธิตย้อนกลับหลังให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยความรู้ที่สอนผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บช่องท้องและการรักษา การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคบแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อ บรรเทาความปวดโดยตัวผู้ป่วยเองสามารถที่จะจัดการกับอาการปวดภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ (สาวิตรี สมมงคล, วสันต์ เจริญสินทรัพย์, มยุรี ลีทองอิน, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์, 2560, น. 14) เพื่อให้เกิดแนวทางการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้อง กับระดับความปวด ผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการความปวดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ มีการติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเป็น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการความปวดด้วยตนเอง

ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยวิกฤตที่ ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่จะย้ายไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะจัดการกับความ ปวดในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง และมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องที่ถูกต้อง ได้แก่ การทำ กิจกรรมบนเตียง การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด การดูแลแผลผ่าตัดรวมถึงการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน โดยมีการจัดการความปวดแบบองค์รวมที่เน้นกาย จิต สังคมและความร่วมมือของ ผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด ใช้กลวิธีการ จัดการความปวดและผลลัพธ์จากการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทา ความปวด และช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การฟื้นฟู สภาพหลังผ่าตัดช่องท้องและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมี แบบแผนจะมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญต่ำกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วย สามัญสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด อย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด อย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ซึ่งใช้องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบในแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวทางในการจัดการกับความปวดหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องและส่งเสริมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บช่องท้อง โปรแกรมนี้มีการใช้แผนการสอนร่วมกับสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และมีการแจกรุ่นมือการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยมีมาตรฐานเดียวกัน และมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บช่องท้อง ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการจัดการความปวดได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างถูกต้อง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยวัดหลังการทดลอง (Posttest only control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยใช้องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom-outcome) รวมถึงทฤษฎีควบคุมประตูและทฤษฎีความปวดภายใน (Melzack, 1996 as cited in Smeltzer et al., 2010, p. 235)

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก โดยพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุและมีการย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งต้องมีการรักษาโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก และพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความปวด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพผิดปกติจากการได้รับบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ ภาวะอาหาร กระบังลม ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ม้าม ไต ภาวะเพาะปัสสาวะ หลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง รวมถึงอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในช่องท้อง ยกเว้นพยาธิสภาพที่ตับ ซึ่งต้องมีการรักษาโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บเฉียบพลันภายหลังได้รับการผ่าตัดและย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ 72 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจรุนแรงมากที่สุด ในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายภายใน 24 ชั่วโมง ประเมินความรุนแรงของความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) กำหนดค่าคะแนนความปวด ตั้งแต่ 0-10 คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด, 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย, 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง, 7-9 คะแนน หมายถึง ปวดมาก และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยผู้ป่วยบันทึกความปวดและวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองลงในสมุดบันทึกการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง การกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องและพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง วัดเป็นคะแนน โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ดัดแปลงมาจากแบบแผนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉลุเงินของขวัญจิตร โอซุม (2549) มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การ

ทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง และการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และเท้า 2) การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด ได้แก่ การประหม่นและจัดการความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช่ยา การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การจัดทำบรรเทาความปวดและการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน และการสังเกตอาการผิดปกติขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนนรวม 42 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นแปลผลคะแนนเป็นระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนเทียบเป็นร้อยละ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังนี้

0-8 คะแนน (ร้อยละ 1 – 19) หมายความว่า ไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย

9-16 คะแนน (ร้อยละ 20-39) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้างแต่น้อยมาก

17-25 คะแนน (ร้อยละ 40-59) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีงดเว้นบ้าง

26-33 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ ค่อนข้างบ่อย

34-42 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ

โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน หมายถึง แนวทางการจัดการความปวดโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและพยาบาล โดยพยาบาลมีบทบาทส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่จะย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ มีการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ในแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้แก่ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์การจัดการอาการ (Symptom outcome) ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ ในการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง จากนั้นผู้วิจัยใช้การบรรยายโดยใช้แผนการสอนและสื่อบรรยายประกอบภาพในคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม Power point) ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เน้นการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับและมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างต่อเนื่อง มีการทำกิจกรรมครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ 4 ด้าน คือ 1) การทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง และการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขาและเท้า 2) การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด ได้แก่ การประหม่นและจัดการความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช่ยา การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การจัดทำบรรเทาความปวดและการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน และการสังเกตอาการผิดปกติขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้ข้อมูลการจัดการความปวด และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องตามแบบแผนการให้ข้อมูลของหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งใช้ทักษะการพูดกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพียงอย่างเดียวตามประสบการณ์ของผู้สอน โดยไม่มีการใช้สื่อการสอน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อ ความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ผู้วิจัยได้รวบรวม เอกสารทางวิชาการ หนังสือ ตำรา ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดการบาดเจ็บช่องท้อง
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด
3. แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ
4. การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ มาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
5. แนวทางการจัดการความปวดและส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปการทบทวนวรรณกรรม
8. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดการบาดเจ็บช่องท้อง

การบาดเจ็บช่องท้องอาจเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะหลาย ๆ อวัยวะ หรือหลาย ๆ ระบบ พร้อมกัน การตรวจร่างกายอาจไม่พบความผิดปกติที่ชัดเจนในระยะแรก ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ค่อนข้างสูง (ปรีชา ศิริทองถาวร, 2542, น. 1251) ลักษณะการได้รับบาดเจ็บที่มีความรุนแรงมากหรือน้อย และยังขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บนั้นมีเลือดไปเลี้ยงมากน้อยเพียงใด เช่น ตับและม้าม อวัยวะที่กลวง เช่น ลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ หากมีการบาดเจ็บจะทำให้แบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้กระจาย สู่ช่องท้อง เกิดภาวะอักเสบในช่องท้องได้ (ศิวาพร ทองสุข, 2554)

ความหมายของการบาดเจ็บช่องท้อง

การบาดเจ็บช่องท้อง หมายถึง การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง รวมทั้งผนังช่องท้อง จากสาเหตุการกระทบกระแทกอย่างรุนแรงหรือจากของมีคม มีผลทำให้ผนังหน้าท้องหรืออวัยวะ ภายในช่องท้อง ได้แก่ กระบังลม กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตับ ตับอ่อน ม้าม ไต หลอด

เลือดภายในช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์หญิงในช่องท้อง กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนักได้รับบาดเจ็บ (Mason et al., 1988, p. 492)

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นสิ่งที่ทำให้อวัยวะที่อยู่ภายในช่องท้อง เช่น ตับ ม้าม ไต ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ตลอดจนหลอดเลือดใหญ่ ได้รับบาดเจ็บ (ไสว นรสาร, 2559, น. 262)

อภิชาติ พิริยการนนท์ (2553, น. 80) ได้ให้ความหมายการบาดเจ็บช่องท้อง เป็นการบาดเจ็บทั้งแรงกระแทกและจากวัตถุที่มีอำนาจทะลุทะลวง แต่ถ้าเกิดจากแรงกระแทกที่มีความรุนแรงกว่ามักเป็นอันตรายต่อชีวิต เนื่องจากวินิจฉัยยาก อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บบ่อย ได้แก่ ตับและม้าม ทำให้เลือดออกมาก ส่วนอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บจากวัตถุที่มีอำนาจทะลุทะลวงที่พบบ่อย ได้แก่ ตับ ลำไส้เล็ก กระบังลม ลำไส้ใหญ่และหลอดเลือด

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การบาดเจ็บช่องท้อง เป็นการบาดเจ็บจากการได้รับความกระทบกระเทือนจากของมีคม หรือวัตถุที่มีอำนาจทะลุทะลวงทำให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ กระบังลม กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตับ ตับอ่อน ม้าม ไต หลอดเลือดภายในช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์หญิงในช่องท้อง กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนักได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย

ขอบเขตของช่องท้อง

แบ่งได้เป็น 3 ส่วน (Mason et al., 1988, pp. 492-493) ดังนี้

1. ส่วนล่างของทรวงอก (Intrathoracic abdomen) ได้แก่ ส่วนที่อยู่ใต้กระบังลม มีตับ กระเพาะอาหาร ม้าม โดยมีกระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังป้องกันแรงกระแทกจากด้านนอก

2. ส่วนช่องท้องแท้ (True abdomen) ได้รับการปกป้องด้วยผนังกล้ามเนื้อและกระดูก สันหลังและอุ้งเชิงกราน ได้แก่ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ กระเพาะปัสสาวะ ในผู้หญิงมีอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ มดลูก ปีกมดลูกและรังไข่

3. ส่วนหลังช่องท้อง (Retroperitoneal abdomen) เป็นส่วนที่อยู่หลังเยื่อช่องท้อง ได้แก่ ไต ลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม (Duodenum) หลอดไต ตับอ่อนและหลอดเลือด

ลักษณะอวัยวะในช่องท้อง

มีการแบ่งตามลักษณะอวัยวะในช่องท้อง ได้ดังนี้ (Bacicode , 2010, p. 301)

1. อวัยวะที่กลวง (Hollow organ) ได้แก่ อวัยวะที่เป็นท่อ ทำให้อาหารหรือสารเหลวผ่านได้แก่ กระเพาะอาหาร ลำไส้ ท่อไต ถุงน้ำดี กระเพาะปัสสาวะ การบาดเจ็บของอวัยวะที่กลวงจะทำให้สิ่งแปลกปลอมเข้าไปอยู่ในช่องท้อง เช่น ลำไส้อาจมีเศษอุจจาระ แบคทีเรียเข้าไปอยู่ในช่องท้อง ทำให้เกิดการติดเชื้อและเยื่อช่องท้องอักเสบได้ (จตุพร ศิริกุล, 2552, น. 346)

2. อวัยวะที่ตัน (Solid organ) ได้แก่ ตับ ม้าม ตับอ่อน ไต อวัยวะเหล่านี้มีเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก เมื่อมีการบาดเจ็บทำให้เกิดการเสียเลือดมาก เลือดออกเป็นจำนวนมาก (ศุภฤกษ์ ปรินายุทธ, 2555, น. 288)

3. หลอดเลือด ได้แก่ หลอดเลือดแดงใหญ่ หลอดเลือดดำใหญ่ และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่อยู่ในช่องท้อง การบาดเจ็บที่มีผลกระทบต่อโดยตรงจะทำให้เลือดออกมาก

กลไกของการบาดเจ็บช่องท้อง

แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ (ศิวาพร ทองสุข, 2554) ดังนี้

1. การบาดเจ็บชนิดไม่มีแผลฉีกขาด (Blunt injury) เกิดจากแรงกระแทกหรือแรงกด ได้แก่ อุบัติเหตุรถชน วัตถุที่มีน้ำหนักมากหล่นมาทับ ถูกกระแทก ถูกชกต่อย ถูกตี ตกจากที่สูง เป็นต้น

2. การบาดเจ็บชนิดมีแผลเปิดหรือแทงทะลุ (Penetrating injury) เกิดจากวัตถุที่มีความคมทำให้มีแผลรูเปิดหรือทะลุ ได้แก่ การถูกยิง ถูกแทง ถูกสะเก็ดระเบิด เป็นต้น

พยาธิสรีรภาพของการบาดเจ็บช่องท้อง

กลไกการบาดเจ็บชนิดไม่มีแผลฉีกขาด (Blunt injury)

การบาดเจ็บเกิดได้ตั้งแต่ผนังหน้าท้อง เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ไขมัน กล้ามเนื้อและเยื่อภายใน การบาดเจ็บมีตั้งแต่เล็กน้อย ฟกช้ำทั่วไปจนรุนแรง เช่น อุบัติเหตุรถชน ผู้ขับขี่ถูกพวงมาลัยอัดอย่างแรง ถูกทับร่างกาย ส่วนใหญ่มีบาดเจ็บที่ตับ ม้าม เพราะเป็นอวัยวะที่มีขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ด้านหน้าของช่องท้อง หรืออาจมีการบาดเจ็บของระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย (Herman, 2003, p. 296) การตกจากที่สูงทำให้ร่างกายกระแทกกับวัตถุที่อยู่เบื้องล่างอย่างรุนแรงทำให้อวัยวะในช่องท้องแตกหรือฉีกขาด เนื่องจากการมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมักมีอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายบาดเจ็บร่วมด้วย (Beebe et al., 2010, p.808) การบาดเจ็บในลักษณะนี้อวัยวะในช่องท้องจะได้รับอันตรายอย่างรุนแรงมักเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตเนื่องจากวินิจฉัยได้ยาก (สุวิทย์ ศรีอัษฎา, 2547, น. 855)

กลไกการบาดเจ็บชนิดมีแผลเปิดหรือแทงทะลุ (Penetrating injury)

การบาดเจ็บชนิดนี้ ลักษณะความรุนแรงของบาดแผลขึ้นอยู่กับสาเหตุและลักษณะของของมีคม ที่ทำให้เกิดบาดแผล ทั้งขนาด รูปร่าง ความลึก ความยาวของอาวุธที่ใช้แทง ลักษณะของการแทง แนวการถูกแทงรวมถึงอวัยวะที่ถูกแทง (สมพล ฤกษ์สมถวิล, 2547, น. 399) เช่น ถูกแทงแนวตรงได้รายนมซ้าย อวัยวะที่บาดเจ็บน่าจะเป็นม้ามหรือตับอ่อน แต่ถ้าแทงแนวตรงบริเวณตรงกลางหน้าท้อง อวัยวะที่ถูกแทงน่าจะเป็น กระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น แต่ถ้าถูกยิงด้วยปืนลูกซอง กระสุนมีหลายเม็ดและกระจัดกระจายทั่วบริเวณช่องท้อง แต่ถ้าเป็นอาวุธปืนที่ใช้ในสงครามหรือสะเก็ดระเบิด จะเกิดแรงอัดที่สูงมีความรุนแรงในการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้องได้มาก (แสงโสม ศิริพานิช, 2555) อวัยวะหลายอย่างในช่องท้องได้รับความเสียหาย หลอดเลือดฉีกขาดเกิด

การสูญเสียเลือดจำนวนมาก รวมถึงอวัยวะทำลายหลายระบบ เช่น อวัยวะที่ช่วยในการหายใจ ได้แก่ กระบังลม ทำให้ระบบหายใจล้มเหลว (Bradburn, & Frankel , 2010, pp.125-127) ถ้ามีการฉีกขาดของอวัยวะเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีแบคทีเรียอยู่เป็นจำนวนมาก อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้อง บางครั้งทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตได้ (ธราดร ดุรงค์พันธุ์, 2552)

การประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง

การประเมินสภาพผู้ป่วยจากการบาดเจ็บช่องท้องจากอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องบริเวณตำแหน่งที่ตรวจพบ จะมีอาการและอาการแสดง ดังตาราง 1 (สายฝน มหาวัฒนะ, 2547, น. 171-172; Bradburn, & Frankel, 2010, pp.124-125; Herman, 2003, p. 293) ดังนี้

ตาราง 1 แสดงอวัยวะและตำแหน่งที่บาดเจ็บ รวมถึงอาการและอาการแสดงหลังได้รับบาดเจ็บ

อวัยวะที่บาดเจ็บ	ตำแหน่งที่บาดเจ็บ อาการและอาการแสดง
ตับ	<ul style="list-style-type: none"> - บริเวณส่วนล่างทรวงอกด้านขวา หรือหน้าท้องด้านขวาใต้ชายโครง - อาจพบร่วมกับกระดุกซี่โครงหัก ระดับใต้ซี่โครงที่ 5 และ 6 ลงมาทางขวา - อาจพบภาวะช็อคจากการเสียเลือด ความดันโลหิต ซีพจร การหายใจ ไม่คงที่ - มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง โดยเฉพาะท้องด้านขวา - แสดงอาการปวดหัวไหล่ด้านขวา
ม้าม	<ul style="list-style-type: none"> - บริเวณท้องด้านบนซ้าย หรือชายโครงด้านซ้าย ตำแหน่งซี่โครงที่ 9 ถึง 11 - อาจพบร่วมกับกระดุกซี่โครงหัก ระดับใต้ซี่โครงที่ 8,9 และ 10 - มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง โดยเฉพาะด้านซ้าย - คลำได้ขนาดของม้ามโตขึ้น - อาจพบภาวะช็อคจากการเสียเลือด ความดันโลหิต ซีพจร การหายใจ ไม่คงที่ - อาจพบอาการปวดร้าวไปไหล่ซ้ายได้
ตับอ่อน	<ul style="list-style-type: none"> - ปวดบริเวณลิ้นปี่โดยมีการกระจายความปวดไปที่อื่น จะเกิดภายหลังบาดเจ็บ 12-24 ชั่วโมง ช่วงแรกยังไม่ปรากฏอาการ - ตรวจพบค่าของซีรัมอะไมเลส (Amylase) สูงกว่าปกติ ช่วงแรกอาจได้ ค่าปกติให้ตรวจซ้ำภายใน 2-3 ชั่วโมง
กระเพาะอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - ปวดบริเวณลิ้นปี่ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว กดเจ็บ หน้าท้องแข็งเกร็ง - ปวดท้องรุนแรงจากการที่เยื่อช่องท้องถูกระคายเคืองจากน้ำย่อยที่รั่วออกทางบาดแผล - ใส่สายอาหารทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารได้เลือดสด ๆ - การถ่ายภาพรังสี พบลมในช่องท้อง

อวัยวะที่บาดเจ็บ	ตำแหน่งที่บาดเจ็บ อาการและอาการแสดง
ลำไส้เล็ก	<ul style="list-style-type: none"> - ปวดท้อง ปวดหลัง กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง - ปวดบริเวณสะดือ - อาจพบอาเจียนเป็นเลือด หรือใส่สายอาหารทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารได้เลือดสด ๆ - ถ้าบาดเจ็บลำไส้ส่วนดูโอดินัม ตรวจเลือดพบค่าซีรัมอะไมเลส (Amylase) สูงกว่าปกติ
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	<ul style="list-style-type: none"> - กดเจ็บหน้าท้องส่วนล่าง ท้องแข็ง อาการเหล่านี้พบค่อนข้างช้า ประมาณ 6 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บ - ปวดในทวารหนัก อาจมีเลือดออกทางทวารหนักร่วมด้วย
ไตและท่อไต	<ul style="list-style-type: none"> - ปวดหลังบริเวณบั้นเอว กดเจ็บบริเวณบั้นเอว - ปัสสาวะเป็นเลือด หรือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ - อาจพบอาการช็อคร่วมด้วย - คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด พบในรายที่มีเลือดคั่งบริเวณด้านหลัง - มีก้อนในท้องพบในรายที่มีการฉีกขาดของท่อไตและมีปัสสาวะรั่วออกมา
กระเพาะปัสสาวะ	<ul style="list-style-type: none"> - ปวดบริเวณท้องน้อยหรือหัวหน้า กดเจ็บ - ปัสสาวะเป็นเลือด - ปวดถ่ายปัสสาวะ แต่ปัสสาวะไม่ออก กระเพาะปัสสาวะโป่ง (Bladder full) - ถ้ามีการแตกของกระเพาะปัสสาวะ น้ำปัสสาวะไหลเข้าสู่ช่องท้องจะมีการเยื่อช่องท้องอักเสบร่วมด้วย - อาจพบภาวะช็อคจากการเสียเลือด ความดันโลหิตต่ำ ซึฟจรเบาเร็ว เนื่องจากมีกระดุกเชิงกรานหัก หรือมีการฉีกขาดของเส้นเลือดแดงใหญ่บริเวณอุ้งเชิงกราน

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ควรได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้อง เพื่อสำรวจความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้องนั้น ๆ เช่น จุดเลือดออก ทำการห้ามเลือดและแก้ไขภาวะช็อค โดยการทำให้ฟื้นคืน (Resuscitation) ของเนื้อเยื่อหรือตัดเนื้อเยื่อที่ตายออกและซ่อมแซมอวัยวะที่มีการฉีกขาดเสียหาย รวมถึงการระบายเอาเลือด ของเสียที่คั่งค้างอยู่ในช่องท้องออก เป็นการทำให้ทางระบายของเสียบริเวณหน้าท้อง (Abdominal toilet) เพื่อลดการปนเปื้อน (Contamination) เพื่อป้องกันการเกิดของเสียที่คั่งค้างสะสมในช่องท้อง (Collection) (Small, 2008, p.159) ในผู้ป่วยบางรายที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะหลายอวัยวะและมีการเสียเลือดมาก ระบบการทำงานของร่างกายไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia), ภาวะเลือดแข็งตัวช้า (Coagulopathy), ภาวะร่างกายเป็นกรด (Metabolic acidosis) ทำให้เลือดออกมาก ควรทำการผ่าตัดแบบห้ามเลือด (Damage control surgery) ก่อน

(สรราชัย กาญจนลาภ, 2550, น. 335; Facy et al., 2012, p. 1074) โดยการรักษาแผลด้วยระบบปิดที่ความดันต่ำกว่าบรรยากาศแบบต่อเนื่อง (Vacuum abdominal closure dressing) เพื่อเป็นการรักษาชีวิตผู้ป่วย และทำแผลทุก 2-3 วัน จนผู้ป่วยมีภาวะของระดับสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Hemodynamic stable) จึงนำผู้ป่วยไปผ่าตัดแบบเฉพาะเจาะจง (Definite surgery) อีกครั้ง (Harris, 2013, p. 423)

การผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery, Exploratory laparotomy) เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง เยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อวินิจฉัย และรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในช่องท้อง โดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมด้วย

โดยทั่วไปการผ่าตัดช่องท้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การผ่าตัดแบบเตรียมตัว และการผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Aresco, 2005, p. 1289)

1. การผ่าตัดแบบเตรียมตัว เป็นการผ่าตัดที่รอได้ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่พร้อมจะผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเนื้องอกในอวัยวะช่องท้อง การผ่าตัดลำไส้แบบ Colostomy เพื่อรักษามะเร็งลำไส้ การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น

2. การผ่าตัดแบบเร่งด่วน เป็นการผ่าตัดที่ต้องเร่งรีบทำทันที ในรายที่ได้รับความกระทบกระเทือนบริเวณช่องท้อง มีเลือดออกภายในช่องท้องหรือมีการบาดเจ็บในอวัยวะที่สำคัญเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น การได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากการกระทบกระแทก มีแผลถูกยิงหรือถูกแทง กระเพาะอาหารหรือลำไส้ทะลุ เป็นต้น

โดยมีวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดช่องท้อง คือ

1. การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย เป็นการผ่าตัดเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การตัดเนื้อเยื่อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา การขูดเนื้อเยื่อส่งตรวจ เป็นต้น

2. การผ่าตัดเพื่อสำรวจดู เป็นการผ่าตัดเพื่อประเมินการลุกลามของโรค เพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน เช่น การผ่าตัดช่องท้องเพื่อดูความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่สงสัยว่าจะเกิดการลุกลามของมะเร็งลำไส้ เป็นต้น

3. การผ่าตัดเพื่อการรักษา เป็นการผ่าตัดเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ เพื่อซ่อมแซมหรือเอาอวัยวะที่ผิดปกตินั้นออก เพื่อช่วยให้สามารถทำหน้าที่และกลับสู่การทำงานที่ปกติมากที่สุด เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นต้น

4. การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ เป็นการผ่าตัดที่ช่วยให้อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยทุเลา ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาอวัยวะที่เป็นโรคนั้นได้ เช่น การผ่าตัด Colostomy ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ เป็นต้น

การผ่าตัดช่องท้อง สามารถแบ่งตามการผ่าตัดได้เป็น 2 แบบ คือ การผ่าตัดใหญ่และการผ่าตัดเล็ก โดยการผ่าตัดใหญ่จะใช้เวลานานในการผ่าตัด ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีความยุ่งยากและความเสี่ยงสูงต่อชีวิต อาจเกิดการเสียเลือดเป็นจำนวนมากและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาหลังผ่าตัด เช่น การผ่าตัดม้าม ตับ ลำไส้ เป็นต้น ส่วนการผ่าตัดเล็กเป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่มาก มีการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่หรือระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแต่ใช้ระยะไม่นาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงและเสียเลือดน้อย เช่น การผ่าตัดเนื้อเยื่อกระเพาะอาหารเพื่อส่งตรวจพยาธิวิทยา เป็นต้น ส่วนบริเวณที่ศัลยแพทย์จะใช้มีดกรีดลงบนหน้าท้อง โดยตำแหน่งที่จะใช้มีดกรีดนั้นขึ้นอยู่กับโรคที่ได้รับการวินิจฉัย สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. การผ่าตัดตามแนวเฉียงด้านบน ใช้ในการผ่าตัดถุงน้ำดี และท่อทางเดินน้ำดี
2. การผ่าตัดแนวกลางท้องด้านบน ใช้ในการผ่าตัดที่ต้องการความรวดเร็ว เพื่อห้ามเลือด

จากอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ตับและม้ามฉีกขาด

3. การผ่าตัดตามแนวกลางด้านล่าง ใช้ในการผ่าตัดที่เกี่ยวกับอวัยวะภายในของสตรี
4. การผ่าตัดข้างแนวกลางท้องด้านบน ใช้ในการผ่าตัดท่อทางเดินน้ำดี ม้าม กระเพาะอาหาร หรือผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อนบริเวณกระบังลม

5. การผ่าตัดข้างแนวกลางท้องด้านล่าง ใช้ในการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่

6. การผ่าตัดบริเวณแมคเบอร์เนย์ (McBurney 's incision) ใช้ในการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
7. การผ่าตัดตามแนวขาหนีบ ใช้ในการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ
8. การผ่าตัดบริเวณใต้สะดือ ใช้ในการผ่าตัดไส้เลื่อนที่สะดือ

ซึ่งศัลยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาการผ่าตัดด้วยวิธีใด ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในช่องท้องนั้น ๆ ว่าเกิดขึ้นตำแหน่งใด จะผ่าตัดชนิดใด และจะใช้เวลานานหรือไม่ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคและขณะทำการผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นหรือไม่ และยังขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วย

การผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน (Emergency abdominal surgery)

กระทำเมื่อผู้ป่วยมีอันตรายเสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือเสี่ยงต่อการเกิดความพิการ ซึ่งเป็นการผ่าตัดทางผนังหน้าท้องผ่านเยื่อช่องท้องเข้าไป เช่นเดียวกับการผ่าตัดช่องท้องแบบปกติ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะผ่าตัด ส่งผลให้เกิดความปวดภายหลังการผ่าตัดที่มีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด และพบว่ามีภาวะวิตกกังวลสูงเนื่องจากไม่ได้เตรียมความพร้อมที่จะผ่าตัด และไม่เข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย กลัวสิ่งที่กำลังเผชิญ กลัวความพิการ กลัวเสียชีวิต กลัวการพลัดพรากจากบุคคลและครอบครัว สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำ

ให้เกิดความปวดรุนแรงหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (Cupples,1991; Jarit, & Kowal, 1999; Simms,1998)

ชนิดการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. การผ่าตัดนอกเยื่อบุช่องท้อง (Extraperitoneal operation) เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหน้าท้องไปยังอวัยวะที่อยู่นอกช่องท้อง เช่น การผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy)

2. การผ่าตัดในเยื่อบุช่องท้องและลำไส้ (Intraperitoneal, Intraintestinal operation) เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อบุช่องท้อง ไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อบุช่องท้องและลำไส้

3. การผ่าตัดในเยื่อบุช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ (Intraperitoneal, Extraintestinal operation) เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อบุช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่ไม่ใช่ลำไส้ เช่น ผ่าตัดตับอ่อน เป็นต้น

ผลกระทบจากการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลานาน มีการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและมีการรบกวนการทำงานของอวัยวะภายในช่องท้อง ที่สำคัญ คือ ลำไส้ ขณะได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยอาจจะได้รับผลกระทบ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จากการที่ศัลยแพทย์ใช้มีดกรีดผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ เป็นผลทำให้เกิดความเจ็บปวดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับภยันตราย เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวหนัง ทำให้เนื้อเยื่อ หลอดเลือด กล้ามเนื้อ พังผืดได้รับการกระตุ้น เกิดการหลั่งสารเคมีออกมา เช่น โพรสตาแกลนดิน อี ทู (Prostaglandin E2) ฮีสตามีน (Histamine) และเบรดีไคนิน (Bradykinin) เป็นต้น ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว เกิดการคั่งของเลือดบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับภยันตราย ทำให้เกิดการบวมและกดปลายประสาทรับความรู้สึกปวด การผ่าตัดช่องท้องอาจมีการรบกวนการทำงานของลำไส้และกระเพาะอาหารขณะผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลังผ่าตัด คือ อาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียนหรือสะอึก เป็นต้น นอกจากนี้อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึม การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือด การทำงานของไต การแข็งตัวและการละลายตัวของเลือด เป็นต้น

2. ด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลที่มีการรับรู้ความหมายการผ่าตัดที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นจึงแสดงพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกันออกมา ส่วนมากจะพบบ่อยที่สุดเกี่ยวกับความกลัว โดยความกลัวไม่รู้ว่าตนอาการเป็นอย่างไร หลังผ่าตัดจะตื่นหรือแ่ลง กลัวความตาย หรือกลัวอันตรายจากการดมยาสลบ เป็นต้น (Schulz-Stubner Sebastian, 2006)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาจทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (Li et al., 2009) เช่น ไม่สามารถที่จะทำงานหนักได้ กลัวการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดช่องท้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

ผลกระทบดังกล่าว ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขในระยะเวลาที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบเกี่ยวกับร่างกาย จิตใจ สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นแบบเรื้อรังจนถึงถาวรส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องไม่ดีขึ้นหรือช้ากว่าที่ควรจะเป็น

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดความเครียด สับสน ลังเลใจ วิดกกังวล โดยมีสาเหตุจากความไม่เข้าใจ หรือเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ก่อให้เกิดความกระทบกระเทือนทางสรีรวิทยา มีผลต่อการฟื้นฟูและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัด การพยาบาลในระยะนี้เน้นการให้ความรู้ โดยการประเมินผู้ป่วย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ในระยะนี้ถ้ามีการเตรียมตัวทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การดำเนินของโรคผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้

2. การพยาบาลระยะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลระหว่างรอผ่าตัด และพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาระงับความรู้สึก ป้องกันอันตรายจากจากจัดท่าที่ไม่เหมาะสม ป้องกันการตกค้างของสิ่งของและเครื่องมือขณะผ่าตัด ป้องกันการติดเชื้อ การติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย ดูแลการได้รับสารน้ำและส่วนประกอบของเลือด (ไสว นรสาร, 2559)

3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้เป็นการแก้ไขปัญหา และตอบสนองต่อความต้องการของร่างกายผู้ป่วย โดยการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การทำกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลทางการพยาบาล

การบาดเจ็บช่องท้อง ทำให้อวัยวะสำคัญในช่องท้องถูกทำลาย มีการฉีกขาด ทะลุ เกิดการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยมักเสียชีวิตช่วงแรกหรือมีการติดเชื้อตามมาภายหลัง (อภิชัย อังสภักดิ์, 2552, น. 379) นอกจากนี้อาจมีการบาดเจ็บของร่างกายในระบบอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะการบาดเจ็บชนิดที่ไม่มีบาดแผลฉีกขาด ทำให้การประเมินและการวินิจฉัยทำได้ยาก อาการและอาการแสดงบางครั้งไม่ชัดเจน ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของทีมสุขภาพ ร่วมกันให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย (Udeani, & Geibel, 2014) พยาบาลเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพที่สำคัญในการช่วยเหลือแพทย์ในการประเมินสภาพ การวินิจฉัย การรักษา การให้ความช่วยเหลือและ

การให้การพยาบาลที่เหมาะสมทันท่วงที จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด

ความหมายของความปวด

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP, 1986 as cited in Bowsher, 1993, p. 5) ให้นิยามความปวด คือ ประสบการณ์การรับรู้ ความรู้สึก และอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริงหรือที่อาจเกิดขึ้น

ความปวดเป็นความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งผู้ป่วยเท่านั้นที่บอกได้ และยังคงอยู่ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยบอกว่ามี (McCaffery, 1989)

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่ซับซ้อน มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล (Bhattacharya, Saleh, Samaraee, & Rhind, 2010, p. 151) สามารถจำแนกความแตกต่างและชนิดของความปวดตามเกณฑ์ต่าง ๆ เช่น ระยะเวลา สาเหตุและความรุนแรงของความปวด เป็นต้น

สมาคมพยาบาลอนุชาโร (RNAO, 2002) ได้ให้ความหมายของความปวด ไว้ว่า ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะ จำเพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งต้องได้รับการดูแลและแก้ไขความปวดนั้นจากผู้เชี่ยวชาญ

ความปวดเป็นอัตนัย (Subjective) เป็นประสบการณ์จากการที่ไม่สุขสบายทั้ง ทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึก ผู้ป่วยบางรายพบความปวดได้ทั้งที่ไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือพยาธิสภาพที่จะทำให้เป็นสาเหตุของความปวด (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2554, น. 3)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์และความรู้สึกที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ การรับรู้ ลักษณะอาการปวดและความรุนแรงของความปวดแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน บางครั้งความเกิดความปวดได้ทั้งที่ไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือพยาธิสภาพที่จะทำให้เป็นสาเหตุของความปวด

ความหมายของความปวดหลังผ่าตัด

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (The International Association for the Study of Pain: IASP, 1986 as cited in Bowsher, 1993, p. 8) ให้นิยามความปวดหลังผ่าตัด คือ ประสบการณ์ความรู้สึกที่ไม่สบาย เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อ หรือเสมือนหนึ่งมีการทำลายเนื้อเยื่อเป็นความซับซ้อน เพราะมีทั้งความรู้สึก อารมณ์และประสบการณ์ส่วนตัว ตลอดจนถึงปัจจัยทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552) ได้ให้ความหมายของความปวดหลังผ่าตัด เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ ซึ่งพบได้เสมอในผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลเป็นอาการที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบการทำงานของร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งมีผลอย่างมากต่อผู้ป่วยทั้งภาวะอารมณ์และจิตใจ

ความปวดหลังผ่าตัดมีความแตกต่างจากความปวดชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเป็นความปวดที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันและคงอยู่ไม่นาน โดยความปวดจะทุเลาลงในระยะเวลาสั้น ๆ (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2554, น. 3)

ความปวดหลังผ่าตัด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งกายและจิตใจ ส่งผลมาจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด โดยประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงทางพยาธิสรีรวิทยาที่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด รวมถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ (นวลสกุล แก้วลาย, 2545, น. 9)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความรู้สึก การรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลถึงความไม่สุขสบายจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บอย่างเฉียบพลันจากการผ่าตัด ส่งผลกระทบโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย โดยบุคคลที่ประสบความปวดจะสามารถบอกความรู้สึกนั้นออกมาได้ ความปวดหลังผ่าตัดจะแตกต่างจากความปวดชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเป็นความปวดที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นและคงอยู่ไม่นาน โดยความปวดจะบรรเทาลงในระยะเวลาสั้น ๆ

ชนิดของความปวด

ความปวด สามารถแบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ ดังนี้

1. แบ่งตามส่วนประกอบของความปวด มี 2 ชนิด คือ

1.1 ความปวดจากพยาธิสภาพ (Pathological pain) เป็นความปวดที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บหรือการทำลายของเนื้อเยื่อ ซึ่งมีอันตรายเห็นได้อย่างชัดเจน และคาดคะเนความรุนแรงได้

1.2 ความปวดจากประสบการณ์ (Experience pain) คือ ความปวดที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ ความทรงจำ และอารมณ์การตอบสนอง ความรุนแรงของความปวดจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางด้านจิตใจ

2. แบ่งตามระยะเวลา จะได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Macintyre et al., 2010, p. 4)

2.1 ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้นมีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด เป็นความปวดที่มีสาเหตุ เมื่อพยาธิสภาพหายไป อาการปวดก็หายไปด้วย เป็นความปวดที่ประเมินง่าย ไม่ซับซ้อน ความปวดแบบเฉียบพลันนี้จะกระตุ้นการทำงานของระบบ

ประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง บางรายมีเหงื่อออกร่วมด้วย

2.2 ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึง อาการปวดที่เกิดขึ้นยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ และบ่อยครั้งที่ไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวดได้ ความปวดที่จะถือว่าเป็นความปวดเรื้อรังมักมีความปวดนานเกิน 3 เดือนขึ้นไป การประเมินความปวดเรื้อรังเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีผลของสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย และต้องอาศัยระยะเวลาในการประเมินมากกว่าการประเมินความปวดแบบเฉียบพลัน

3. แบ่งตามแหล่งที่เกิดความปวด มี 4 ชนิด ได้แก่

3.1 ความปวดบริเวณผิวหนัง (Superficial pain or cutaneous pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ในอวัยวะผิวหนัง เช่น ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ความปวดลักษณะนี้จะมีรูปร่างเหมือนเข็มแทง ปวดแสบ ปวดร้อน เจ็บปวดแบบชัดเจน (Meinhart, & McCaffery, 1983, pp. 176-177)

3.2 ความปวดบริเวณอวัยวะส่วนลึก (Deep pain) มี 2 ลักษณะคือ 1) ความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (Deep somatic pain) และ 2) ความปวดอวัยวะภายใน (Visceral pain) โดยความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึกเป็นความปวดที่มาจากอวัยวะส่วนลึก เช่น กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อต่าง ๆ ความปวดลักษณะนี้ปวดแบบตื้อ ๆ ระยะเวลาที่เจ็บปวดนานกว่า Superficial pain ส่วนความปวดอวัยวะภายในเป็นความปวดที่มาจากอวัยวะภายในร่างกาย ลักษณะความปวดจะปวดแบบตื้อ ๆ ปวดแสบ ปวดร้อนหรือปวดบิด ระยะเวลาที่เจ็บปวดนาน บางครั้งปวดร้าว และตำแหน่งไม่ชัดเจน (Meinhart, & McCaffery, 1983, pp. 177-178)

3.3 ความปวดทางระบบประสาท (Neurological pain) คือ ความปวดที่เกิดจากการทำลายระบบประสาทรับความรู้สึกตั้งแต่ส่วนปลายจนถึงส่วนกลาง ความปวดลักษณะนี้มีกรุนแรงและแตกต่างกันไปตามอวัยวะที่ถูกทำลาย และสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น (Pasero et al., 1999, p. 19)

3.4 ความปวดทางด้านจิตใจ (Psychological pain) คือ ความปวด ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ แต่ผู้ป่วยรู้สึกปวดรุนแรง โดยมักพบในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง เช่น ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นต้น

4. แบ่งตามพยาธิสรีรวิทยาของความปวด (Macintyre et al., 2010, p.10) ได้แก่

4.1 Nociceptive pain เป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ ส่วนใหญ่เป็นผลจากการที่มีพยาธิสภาพของโรค หรือการแพร่กระจายของโรคไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะภายใน ถ้ามีการกระตุ้นตัวรับความปวด (Nociceptors) ของ Somatic structures (ผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก) เรียกเป็น Somatic nociceptive pain คือ ความปวดของอวัยวะที่นำความรู้สึกโดยประสาท Somatic nerve ตัวอย่าง เช่น Bone pain (ปวดกระดูก), Soft

tissue pain (ปวดบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ) และ Muscle pain (ปวดกล้ามเนื้อ) เป็นต้น แต่ถ้ามีการกระตุ้นตัวรับความปวดของอวัยวะภายใน เรียกว่า Visceral nociceptive pain เป็นความปวดของอวัยวะที่นำความรู้สึกโดยประสาทอัตโนมัติ ซึ่งส่วนมากเป็น Sympathetic fiber ตัวอย่างของ Visceral pain เช่น Tumor involvement of the organ capsule (ความปวดที่เกิดจากมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง) และ Bowel obstruction (ความปวดจากพยาธิสภาพของลำไส้อุดตัน) เป็นต้น ตัวกระตุ้นที่ทำให้ปวดเป็นได้ทั้ง Mechanical (แรงที่มากกระทำ) Thermal (ความร้อน) หรือ Chemical (สารเคมี)

4.2 Neuropathic pain เป็นความปวดซึ่งเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพหรือโรคของ Somatosensory system มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท ส่วนใหญ่มักจะเรื้อรัง Neuropathic pain มีอาการปวดได้หลายลักษณะ เช่น ปวดเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (Lancinating) แสบร้อน (Burning) รู้สึกยิบ ๆ ซ้ำ ๆ (Tingling) คัน (Itching) ชา (Paresthesia) ความรู้สึกผิดปกติเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดภายหลังการกระตุ้นก็ได้ อาจเกิดอาการเป็นพัก ๆ หรือตลอดเวลา อาจพบว่ามีกรับรู้ผิดปกติไปด้วย

4.3 ความปวดผสมระหว่าง Nociceptive pain และ Neuropathic pain (Mixed nociceptive and Neuropathic pain) ตัวอย่างเช่น ปวดจากการขาดเลือดเลี้ยงรยางค์ (Ischemic peripheral vascular disease) (Pasero et al., 1999, p. 16)

4.4 Idiopathic or Psychogenic pain เป็นความปวดที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นตัวรับความปวด หรือพยาธิสภาพการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท (Pasero et al., 1999, p. 16) ซึ่งสันนิษฐานว่า พฤติกรรมความปวด (Pain behavior) อาจเกิดจากปัจจัยทางด้านของจิตใจและสังคม

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งความปวดภายหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) ทั้งนี้การผ่าตัดช่องท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ โดยการผ่าตัดนั้น เนื้อเยื่อ และเส้นประสาทได้รับความบาดเจ็บ บอบช้ำและถูกทำลาย ผู้ป่วยจึงประสบกับความปวดค่อนข้างมาก โดยทั่วไปอาการปวดในประเภทนี้จะค่อย ๆ หายไปก่อนที่จะหายก่อนที่แผลของผู้ป่วยจะหายสนิท

สรีรวิทยาการเกิดความปวด

ความปวดจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ 1) สิ่งกระตุ้น ความปวด (Pain stimuli หรือ Noxious stimuli) 2) ตัวรับ ความปวด (Pain receptors หรือ Nociceptors) และ 3) วิธีประสาทนำความรู้สึกปวด ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. สิ่งกระตุ้นความปวด เป็นสิ่งที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ คือ มีการทำลายเนื้อเยื่อแล้วส่งผลให้เกิดความปวดขึ้น แบ่งออกได้ 3 ประเภท (Pasero et al., 1999, p. 18; Potter & Perry,

1993, p. 1777) คือ 1) สิ่งกระตุ้นเชิงกล (Mechanical noxious stimuli) ได้แก่ แรงกด แรงกระแทก 2) สิ่งกระตุ้นด้านอุณหภูมิ (Thermal noxious stimuli) ได้แก่ ความร้อน ความเย็น 3) สิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมี (Chemical noxious stimuli) ได้แก่ สารเคมีทั้งภายในและภายนอกร่างกาย สารเคมีภายในร่างกาย ได้แก่ น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และสารเคมีที่ถูกปล่อยออกมาเมื่อเซลล์เนื้อเยื่อถูกทำลาย เช่น Bradykinin, Potassium และ Histamine เป็นต้น (Fields, 1989, p. 32) สารเคมีภายนอกร่างกาย ได้แก่ ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี หรือการได้รับกรด-ด่างต่าง ๆ

2. ตัวรับความปวด เป็นปลายประสาทที่เป็นอิสระ (Free nerve ending) ที่มีการกระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อเกือบทุกส่วนของร่างกาย (ผาสุก มรรฆานุเคราะห์, 2541, น. 13; Watt-Watson, & Long, 1993, p. 164) ตัวรับความปวดที่สำคัญมีอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ (Cailliet, 1988, p. 20) คือ 1) ตัวรับความปวดแรงกล (Mechanoreceptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นแรงกลที่ไม่มีการทำลายเนื้อเยื่อ แล้วส่งสัญญาณประสาทไปตาม A delta ซึ่งตัวรับชนิดนี้มีขีดกันความปวดหรือระดับเริ่มรับรู้ความปวด (Pain threshold) ในระดับที่สูง 2) ตัวรับด้านอุณหภูมิ (Thermoreceptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นด้านอุณหภูมิแล้วมีการส่งสัญญาณประสาทไปตาม A delta และ C fiber และ 3) ตัวรับหลายด้าน (Polymodal receptors) ทำหน้าที่รับสิ่งกระตุ้นทุกชนิดที่ทำลายเนื้อเยื่อ ได้แก่ แรงกลพลังสูง ความร้อนสูง และสารเคมีต่าง ๆ มีการส่งสัญญาณไปตาม C fiber

เนื้อเยื่อแต่ละส่วนของร่างกายจะมีตัวรับความปวดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่มากระตุ้นความปวด กล่าวคือ จะมีการพบ Mechanoreceptors และ Thermoreceptors อยู่ในส่วนของบนผิวหนังทั้งหมด รวมทั้งทางเดินอาหารส่วนต้นและส่วนปลาย ส่วน Polymodal receptor นั้นจะพบกระจายอยู่ทั่วไปในเนื้อเยื่อของร่างกายทุกชนิดทั้งต้นและลึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอวัยวะภายนอกจากนี้ยังพบว่าถ้ามีการกระตุ้น Mechanoreceptors และ Thermoreceptors ซ้ำ ๆ จะยิ่งทำให้เกิดการล้า และมีการหยุดส่งสัญญาณประสาทในทางตรงกันข้ามถ้ากระตุ้น Polymodal receptors ซ้ำ ๆ จะยิ่งทำให้มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้การกระตุ้นจะยิ่งเพิ่มการทำงานของตัวรับชนิดนี้ และกด Firing threshold (อินทิรา ปากันทะ, 2560, น. 100)

3. การนำสัญญาณประสาทของความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งที่มีกลุ่มใยประสาททำหน้าที่ถ่ายทอดคำสั่งต่อกันเป็นวิถีประสาทขึ้น ร่างกายรับรู้อาการปวดได้จาก 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ Transduction, Transmission, Perception และ Modulation (Pasero et al., 1999, pp. 18-23) ซึ่งครอบคลุมทั้งระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลาง (Ringkamp et al., 2013, p. 12) ดังนี้

3.1 Transduction เริ่มจากการที่ Nociceptors ซึ่งเป็น Peripheral sensory receptors ที่กระจายอยู่ทั่วร่างกาย ถูกกระตุ้นด้วย Noxious stimuli จะมีการปล่อยสารสื่อประสาทหลากหลายออกมาในบริเวณที่ถูกกระตุ้น และมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสัญญาณไฟฟ้า ส่งไปยังไซสัน

หลังและสมองตามลำดับ สารสื่อประสาทที่หลั่งออกมาบริเวณส่วนปลายประสาท เช่น Substance P, Serotonin, Bradykinin, Histamine, Prostaglandins เป็นต้น สารเหล่านี้จะรวมเรียกว่า “Inflammatory soup” ในกรณีที่มีการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะมีผลทำให้ความไวของ Nociceptors เพิ่มขึ้น Threshold ของการกระตุ้นลดลง ภาวะนี้เรียกเป็น Peripheral sensitization ซึ่งจะทำให้เกิดความปวดรุนแรงกว่าปกติตรงแผลหรือตำแหน่งที่มีการกระตุ้น เรียกว่า Primary hyperalgesia (Pasero et al., 1999, pp. 19)

3.2 Transmission เป็นสัญญาณความปวดที่แปลงเป็นสัญญาณไฟฟ้าแล้ว จะถูกส่งไปตาม Small myelinated A delta fibers (Fast conduction, First pain) และ Unmyelinated C fibers (Slow conduction, Second pain) เข้าสู่ Primary afferent neuron ใน Dorsal root ganglion ซึ่งจะส่งสัญญาณความปวดไปยัง Secondary neuron ที่ Lamina I และ Lamina II ของ Dorsal horn ของไขสันหลัง และไปยัง Wide dynamic range neuron ใน Lamina V (สัททยาไพบูลย์วรชาติ, 2015, น. 3) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนที่สำคัญ (Pasero et al., 1999, pp. 18-23) คือ

3.2.1 การนำส่งสัญญาณประสาทจากบริเวณที่บาดเจ็บไปไขสันหลัง ในขั้นตอนนี้จะมีใยประสาทรับความรู้สึกขนาดเล็ก คือ A delta และ C fiber นำส่งสัญญาณประสาทโดย A delta มี Myelin หุ้มปกคลุมประสาท แต่ C fiber ไม่มี A delta จึงนำสัญญาณได้ดีกว่า นอกจากนี้ A delta นำส่งความปวดแบบแหลมคม ส่วน C fiber นำส่งความปวดแบบตื้อ ๆ ดังนั้นเมื่อเกิดการบาดเจ็บขึ้น จึงเกิดความปวดแบบแหลมคมก่อนความปวดแบบตื้อ ๆ (Cailliet, 1993, pp. 9-10; Dwarakanath, 1991, p. 5)

เมื่อ A delta และ C fiber รับสัญญาณประสาทจาก Nociceptors ส่งต่อสัญญาณไปยังไขสันหลัง เพื่อทำการประสานประสาท (Synapse) กับเซลล์ประสาทในชั้นต่าง ๆ ใน Dorsal horn ซึ่งมี 10 ชั้น (Laminae) (Rexed, 1952 as cited in Jones, 1992, p. 11) โดย A delta จะ Synapse laminae 1 และ 5 ส่วน C fiber จะ Synapse laminae 2 (Puntillo, 1991, p. 13) ซึ่ง Laminae 1 และ 2 จะเรียกว่า Substantia Gelatinosa หรือ SG (Melzack, 1986, p. 3) จะมีบทบาทสำคัญในทฤษฎีควบคุมประตู่และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน เมื่อมีการส่งสัญญาณประสาทจาก A delta และ C fiber ที่ไขสันหลังแล้วก็จะมีการปล่อยสาร พี (Substance P) ไปจับกับ Neuroreceptors ที่ SG เกิด Nociceptive transmission ซึ่งจะนำส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองต่อไป (Aimone, 1992, pp. 32-33; Puntillo, 1991, pp. 13-21)

3.2.2 การนำส่งสัญญาณประสาทจากไขสันหลังไปยังก้านสมอง (Brain stem) และสมองส่วน Thalamus โดยส่งสัญญาณประสาทจาก Dorsal horn ไปยัง Ventral horn ก่อนแล้วจึงขึ้นไปตามใยประสาทรนำขึ้น (Ascending fiber tracts) (Willis, 1985, & Fields, 1987 as cited in Puntillo, 1991, p.13, pp. 15-16)

3.2.3 การนำส่งสัญญาณประสาทจากสมองส่วน Thalamus ไปยัง Cortex อาศัยทางเดินประสาทที่เรียกว่า Thalamocortical tract (Cailliet, 1993, p.11) นำไปสู่การรับรู้ความปวด (Cailliet, 1993, p. 10)

3.3 Perception การส่งต่อสัญญาณความปวดจากไขสันหลังขึ้นสู่สมอง ผ่านทาง Spinothalamic pathway ไปยัง Somatosensory cortex ทำให้ร่างกายรับรู้รายละเอียดเกี่ยวกับอาการปวด เช่น ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของอาการปวด ลักษณะที่ปวด (Ringkamp et al., 2013, p.12) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมี Spinoparabrachial pathway ซึ่งจะไปถึงที่ Ventromedial hypothalamus และ Central nucleus ของ Amygdala ทั้งสองแห่งเป็นสมองส่วนรับรู้อารมณ์ของความปวด ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดต่าง ๆ กันไป

3.4 Modulation เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงหรือยับยั้งการนำส่งสัญญาณประสาทจากไขสันหลังไปยังสมอง โดยส่วนปลายประสาท Terminal primary afferent neuron ที่บริเวณ Dorsal horn จะมีการปล่อยสารสื่อประสาทหลายชนิดที่เป็น Excitatory amino acids เช่น Glutamate, Neurokinins, Substance P, Calcium รวมถึง Prostaglandins การกระตุ้นที่ต่อเนื่องและรุนแรงจะยิ่งเพิ่มความไวของเส้นประสาทใน Dorsal horn จนเกิดภาวะ Central sensitization (Ringkamp et al., 2013, p. 12) ผลลัพธ์ คือความไวของเซลล์ในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น Threshold ของการกระตุ้นลดลง เกิดความปวดได้จากตัวกระตุ้นที่แต่เดิมไม่สามารถทำให้ปวดได้ เกิดภาวะ Allodynia และมีขอบเขตของความปวดขยายเกินบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ คือเกิดภาวะรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าปกติ (Secondary hyperalgesia)

การปรับเปลี่ยนสัญญาณความปวดที่บริเวณไขสันหลังยังถูกควบคุมจากประสาทส่วนบน คือ สมองที่จะส่งการยับยั้งการส่งสัญญาณให้อ่อนลง (Descending modulatory system) ผ่านทางสารสื่อประสาทอีกกลุ่มหนึ่งคือ Serotonin ,Norepinephrine, Dopamine และ Opioids เป็นต้น (Pasero et al., 1999, p. 22)

สรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง สรุปได้ว่า ระหว่างผ่าตัดและหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ตัวกระตุ้นและตัวรับกระแสประสาท (Nociceptor) ทำให้มีการหลั่งของ สารกระตุ้นและรับรู้ความปวด (Sensitization) ถูกปลดปล่อยออกมาจากบริเวณที่ใกล้เคียงกับที่บาดเจ็บ และจากทั่วร่างกาย (Systemic) ได้แก่ Prostaglandins, Interleukins, Cytokines และ กลุ่ม Neurotrophins (เช่น Nerve growth factor (NGF), glial-derived neurotrophic factor (GDNF), Neurotrophin (NT)-3, NT-5 รวมถึง Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) เป็นต้น ทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะและเนื้อเยื่อทั้งโดยตรงและเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง ซึ่งทำให้มีการกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก Nociceptor และตอบสนองไวเพิ่มขึ้น Sensitization การผ่าตัด

ต่างก็ยังมีภาวะ Nociceptor sensitization นี้ได้แตกต่างกัน ลักษณะความปวด ตำแหน่งที่ปวด และระดับความรุนแรง จึงไม่เหมือนกัน

ทฤษฎีเกี่ยวกับความปวด

ความปวดมีผู้ศึกษามานานและมีหลากหลายทฤษฎี แต่ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันที่สามารถอธิบายความปวดได้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ มีทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีควบคุมประตู (The gate control theory) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ถูกนำเสนอโดยเมลแซค (Melzack) และวอลล์ (Wall) ในปี ค.ศ. 1965 (Melzack, & Wall, 1965 as cited in Jones, 1992, p. 9) เนื้อหาทฤษฎีอธิบายได้ดังนี้ ภายหลังจากที่ร่างกายได้รับการกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ เกิดการนำสัญญาณประสาทขึ้น โดยใยประสาททั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กเข้าสู่ระบบควบคุมประตู (Gate control system) บริเวณไขสันหลังส่วน Dorsal horn ซึ่งมีกลุ่มเซลล์ที่ทำหน้าที่เปรียบเสมือนประตูเปิดและปิดหรือที่เรียกว่า Substantia gelatinosa (SG cells) มีหน้าที่ในการกระตุ้นหรือยับยั้งการทำงานของ Transmission cells หากมีการกระตุ้นเซลล์ประสาทจะเรียกว่า "ประตูเปิด" แต่หากถูกยับยั้งจะเรียกว่า "ประตูปิด" การกระตุ้นหรือยับยั้งนั้นขึ้นอยู่กับ การนำสัญญาณของใยประสาทขนาดใหญ่และขนาดเล็ก เมื่อมีการนำสัญญาณจากใยประสาทขนาดใหญ่มากกว่าจะทำให้เกิดการยับยั้ง Transmission cells ในทางตรงกันข้ามหากมีการนำสัญญาณจากใยประสาทขนาดเล็กมากกว่าจะทำให้เกิดการกระตุ้น จะส่งต่อสัญญาณไปที่สมองเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น

การรับรู้ความปวดเกิดจากการการทำงานของระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน (Melzack, 1986, pp. 6-10; Potter, & Perry, 1993, p. 1180) คือ 1) ด้านการรับรู้และแยกแยะ (Sensory-discriminative dimension) เป็นการทำงานประสานกันของสมองส่วน Thalamus และ Sensory cortex ทำให้เกิดการรับรู้และแยกแยะความรุนแรง ลักษณะ รวมถึงตำแหน่งของอาการปวด 2) ด้านเร้าอารมณ์ (Motivational-affective dimension) เป็นการทำงานประสานกันระหว่าง Reticular formation และ Limbic system ทำให้เกิดการตอบสนองต่อความปวดด้านต่าง ๆ และ 3) ด้านการคิดและการประมวลผล (Cognitive-evaluative dimension) เป็นการทำงานของสมองส่วน Cortex จึงทำให้เกิดการแปลความหมายของความปวด

การที่ระบบควบคุมส่วนกลางวิเคราะห์และแปลข้อมูลความปวด จะส่งผลย้อนกลับมาอิทธิพลต่อการเปิดและการปิดของระบบควบคุมประตู หากกลไกทำให้ประตูเปิดก็จะกระตุ้น Transmission cells เกิดการนำกระแสประสาท หากเกินระดับ Threshold ก็เข้าสู่ระบบแสดงผล (Action system) เกิดการตอบสนองต่อความปวดด้านพฤติกรรมขึ้น กลไกระบบควบคุมประตู แสดงได้ ดังภาพ 1 ดังนี้

2.1 เอนเคفالิน (Enkephalin) มี 2 ชนิด คือ เมโธโอนินเอนเคفالิน (Methionin enkephalin) และลูซีนเอนเคفالิน (Leucine enkephalin) พบทั่วไปในระบบประสาทส่วนกลาง แต่ทำหน้าที่ได้ดีที่สุดบริเวณคอร์ซัล ฮอร์น (Dorsal horn) ช่วยยับยั้งความปวดโดยปิดประตูที่บริเวณไขสันหลัง เกิดการยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง

2.2 เอนดอร์ฟิน (Endorphin) พบมากที่ต่อมพิทูอิตารี (Pituitary gland) มี 3 ชนิด คือ แอลฟา (Alpha) แกมมา (Gamma) และเบต้า (Beta) มีการออกฤทธิ์ความคุมความปวดได้ 2 ทาง คือ

2.2.1 ออกฤทธิ์ที่ประสาทพรีซินแนปติก (Presynaptic sites) โดยยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทพี (Substance P) ที่บริเวณระบบประสาทส่วนปลาย

2.2.2 ออกฤทธิ์ที่ประสาทโพสท์ซินแนปติก (Postsynaptic sites) จะยับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาทความปวด (Pain impulses) จากการที่หลังของสารเอนเคفالิน จากสมองผ่านกลุ่มใยประสาทนำลง (Descending system)

2.3 ไดนอร์ฟิน (Dynorphin) พบมากในคอร์ซัล ฮอร์น (Dorsal horn) บริเวณไขสันหลัง จะออกฤทธิ์ยับยั้งความปวดที่ประสาทพรีซินแนปติก (Presynaptic sites)

การออกฤทธิ์ของสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินต่าง ๆ เหล่านี้ เชื่อว่า ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางที่ระดับต่าง ๆ มากมาย โดยจะยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทของความปวดระหว่างปลายประสาท (Interneurons) บริเวณเพอริอะควิดักทัล เกรย์ (Midbrain periaqueductal gray) ด้วยการจับกับตัวรับ (Opiate receptors) ที่มีความเหมาะสม

การนำกระแสประสาทในการควบคุมความปวด จากเปลือกสมองและไฮโปทาลามัส และผ่านลงมายังสมองส่วนกลาง บริเวณเพอริอะควิดักทัล เกรย์ (Midbrain periaqueductal gray) และบริเวณส่วนบนของเมดูลลา (Medulla) ในที่สุดจะมาควบคุมที่บริเวณคอร์ซัล ฮอร์น (Dorsal horn) ที่ในไขสันหลัง การควบคุมประตูให้เปิดหรือปิด เกิดจากการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิด คือ สารพีและเอนโดจีนัส โอปิเอท จากการที่ร่างกายได้รับการกระตุ้นใยประสาทนำลงขนาดเล็กที่ไขสันหลังจะมีการปล่อยสารพี ในขณะที่เดียวกันใยประสาทใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมอง จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของเอส จี ให้ปล่อยสารเอนเคفالินซึ่งจะมีผลไปยับยั้งการทำงานของสารพี จึงไม่มีกระแสประสาทไปกระตุ้นเซลล์ที่ จึงทำให้ไม่มีการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกปวด แต่ถ้าเอนเคفالินไม่สามารถยับยั้งการทำงานของสารพีได้หมด สารพีที่เหลือจะไปกระตุ้นเซลล์ที่ ทำให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น พบว่า ทุกครั้งที่มีการถ่ายทอดกระแสประสาทความปวด จะมีเอนเคفالินหลั่งออกมาจากอินเตอร์นิวโรนด้วยเสมอ ก่อให้เกิดความสามารถยับยั้งการถ่ายทอดกระแสประสาทของความปวดได้

สรุปได้ว่า ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับว่าอธิบายความปวดได้ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ทฤษฎีควบคุมประตู และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน การศึกษาครั้งนี้จะอธิบายผลตามทั้งสองทฤษฎีนี้ เนื่องจากความปวดเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ๆ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด

การรับรู้ความปวดของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัย ดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวด โดยพัฒนาการในแต่ละกลุ่มอายุนั้นมีความแตกต่างกัน จึงทำให้มีการตอบสนองและแสดงอาการของความปวดในแต่ละช่วงวัย มีความแตกต่างกัน (Potter, & Perry, 1999, pp. 918-919)

2. เพศ มีการศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวด ความไม่พึงพอใจเมื่อมีความปวด และอารมณ์ ที่มีความสัมพันธ์กับความปวดระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศหญิงมีการจัดการความปวดน้อยกว่าเพศชาย ทำให้เกิดความรุนแรงของความปวด ความไม่พึงพอใจ และความกลัวมากกว่าเพศชาย (Riley et al., 2001, pp. 354-359 as cited in Smeltzer, & Bare, 2004, p. 225)

3. ลักษณะการผ่าตัด อาการปวดแผลผ่าตัดเกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ จากการโดนกรีดจากของมีคมลงบนผิวหนัง การดึงรั้ง หรือการสัมผัสอวัยวะและเนื้อเยื่อขณะได้รับการผ่าตัด มีผลทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดบริเวณของผิวหนัง หลอดเลือด เนื้อเยื่อพังผืด และกล้ามเนื้อ โดยเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมีต่าง ๆ เช่น Prostaglandin, Histamine, Bradykinin เป็นต้น ออกมากระตุ้นประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด แปรสัญญาณไปที่สมอง เกิดการรับรู้ถึงความปวด (Long et al., 1993, p. 486) ความยาวของแผลผ่าตัดและระยะที่ใช้ในการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความปวด เนื่องจากแผลผ่าตัดที่ยาวและการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน เนื้อเยื่อจะได้รับบาดเจ็บมากกว่า เป็นผลทำให้มีการหลั่งสารกระตุ้นให้เกิดการปวดที่มากขึ้น การลงมีดในแนวขวางจะทำให้เกิดความปวดแผลน้อยกว่าการลงมีดในแนวตั้งหรือแนวทแยง เนื่องจากมีเส้นประสาทที่ถูกทำลายน้อยกว่า (สมศรี เฝ้าสวัสดิ์, และวารสาร วัชกุศล, 2540, น. 553-596 ; Lewis, & Corrier, 1992, p. 1503) แผลผ่าตัดบริเวณช่องอก และช่องท้องด้านบน จะทำให้เกิดความปวดที่มีความรุนแรง เนื่องจากเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหวจากการหายใจตลอดเวลา (จุฑามาศ คำแพรวดี และ เบญจวรรณ ชีระทองกุล, 2546, น. 127-128) การหายใจลึก ๆ และการเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้แผลผ่าตัดมีความตึงมากขึ้น ส่งผลให้เจ็บปวดแผลมากขึ้น (Bonica, 1990, p. 461)

4. ประสบการณ์ความปวดในอดีต บุคคลจะนำวิธีการเผชิญความปวดในอดีตมาใช้ในการเผชิญเหตุการณ์ใหม่ โดยบุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดหลายครั้งและมีความปวดเป็นระยะเวลานาน อาจมีความทนต่อความปวดมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ ซึ่งบุคคลที่มีประสบการณ์ใน

อดีตที่เคยประสบความปวดและได้รับการบรรเทาอาการไม่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นกลัวความปวดอย่างรุนแรง (Smeltzer, & Bare, 2004, p. 223)

5. ความวิตกกังวล ระดับความวิตกกังวลที่สูงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น ในผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะมีความทนต่อความปวดมากกว่าผู้ที่มีอารมณ์ไม่คงที่ (Potter, & Perry, 1999, pp. 918-920) และการศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง (วรรณุช ฤทธิธรรม และ สมพร ชินโนรส, 2551) พบว่า ความวิตกกังวลยังเกิดจากการขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น การตรวจวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยคิดล่วงหน้าถึงวิธีการและผลของการผ่าตัด และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะและหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยกลัวความปวดความไม่สุขสบายหลังการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้น กลัวตายและกลัวการสูญเสียหน้าที่การงาน (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2011)

6. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม การแสดงออกและการรับรู้ความเจ็บปวดของแต่ละบุคคลภายในสังคมนั้น จะมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ความคาดหวัง ความเชื่อ ทัศนคติ และการยอมรับต่อความเจ็บปวด สังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จึงมีผลทำให้มีการรับรู้และการแสดงออกต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมในสังคมนั้น (Smeltzer, & Bare, 2004, pp. 224-225)

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนึงถึงปัจจัยภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์การผ่าตัดทางหน้าท้อง ลักษณะการได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง ยา แก้วปวดที่ได้รับหลังการผ่าตัดช่องท้อง จึงมีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการจับคู่ (Match pair) ทั้ง 2 กลุ่ม ตามลักษณะ ดังนี้ 1) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) ลักษณะการได้รับการบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ได้แก่ การถูกกระแทกกระเ็น การถูกยิงและการถูกแทง 3) อวัยวะช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บ 4) ประวัติการได้รับการผ่าตัด 5) ระดับความปวด 6) ชนิดยาบรรเทาปวด

ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ประกอบขึ้นจากการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งหากความปวดไม่ได้รับการแก้ไข หรือบรรเทาจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบร่างกาย ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความปวดที่เกิดขึ้นทำให้มีการกระตุ้นและหลั่งสารแคทีโคลามีน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นก่อให้เกิดความเครียด จึงส่งผลให้ร่างกายตอบสนองโดยการทำงานของหัวใจที่มากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มความต้องการการใช้ออกซิเจน ทำให้หายใจเร็วขึ้น (Young et al., 2006 อ้างถึงในพนารัตน์ ปะละ, 2555, น. 16) นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมขยับตัว ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะในส่วนที่ปวด จึงทำให้มีต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน เกิดอาการท้องอืดได้ (Bruster et al., 1994 as cited in Shanon, & Bucknall, 2003, pp. 156-157)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความปวดทำให้เกิดความเครียด รบกวนการนอนหลับพักผ่อน ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ (Shanon, & Bucknall, 2003) ความปวดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลจนทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล พักไม่ได้ ดึงอุปกรณ์ที่สอดใส่ไว้ในร่างกายออก โดยเฉพาะท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะการหายใจล้มเหลว และทำให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล นานขึ้น (Young, Horton, & Davidhizar, 2006, pp.416-418)

ความปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนรวมถึงอัตราการตาย ได้ (Li et al., 2009, p. 1070) จำเป็นต้องอาศัยการจัดการความปวดที่มีความเหมาะสมและมี ประสิทธิภาพมาใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Manaporn, Namvongprom, Eriksson, & Mazaheri, 2016, pp. 4-5)

การประเมินความปวด

การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่เหมาะสมประกอบด้วย การประเมินความปวดในผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องและการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ (ซัชชัย ปรีชาไว, 2550) โดยการ รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดการความปวดอย่างเป็นองค์รวม อันได้แก่ ความรุนแรงของความปวด ความรู้สึก ทางกายและจิตใจและการรักษาที่เคยได้รับมาก่อน เพื่อพิจารณาให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและ เหมาะสมกับผู้ป่วย (Sessler, & Varney, 2008, p. 553)

โดยการประเมินความปวด มี 2 วิธี คือ

1. การประเมินความปวดแบบไม่ใช้เครื่องมือ คือ การประเมินโดยการถามผู้ป่วยอาจให้ พยาบาลถามความรู้สึกผู้ป่วยว่า "ขณะนี้ปวดไหม" ผู้ป่วยก็จะตอบความรู้สึกปวดออกมาว่า ปวด หรือไม่ปวด ปวดมากหรือปวดน้อย ทนได้หรือไม่

2. การประเมินความปวดแบบใช้เครื่องมือ คือ การประเมินโดยใช้เครื่องมือช่วยแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ

2.1 เครื่องมือวัดระดับความปวดแบบมิติเดียว (Unidimensional pain assessment tools) เป็นเครื่องมือที่วัดความรุนแรงของความปวด (Pain intensity) หรือบางที อาจเรียกเครื่องมือ วัดระดับความปวด (Pain rating scales)

2.1.1 มาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) คือเครื่องมือที่เป็น เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายด้านหนึ่ง (ด้านซ้าย) ระบุข้อความว่า "ไม่ปวด" ส่วนอีกด้าน (ด้านขวา) ระบุข้อความว่า "ปวดรุนแรงมากที่สุด" ดังภาพ 2 โดยให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งระดับความ ปวดบนเส้นตรงและวัดผลโดยการเทียบออกมาเป็นคะแนน คะแนนแบ่งเป็น 0-10 คะแนน หรือ 0-

100 คะแนน ก็ได้ เช่น หากแบ่งคะแนนความปวดออกเป็น 0-10 คะแนน แล้วผู้ป่วยชี้ที่ตำแหน่ง 5.0 เซนติเมตร หมายความว่าผู้ป่วยมีความปวด 5 คะแนนจาก 10 คะแนน เป็นต้น

ไม่ปวด |-----| ปวดมากที่สุด

ภาพ 2 มาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS)

ที่มา: RNAO, 2002, p. 107

2.1.2 มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale : NAS) แตกต่างจากมาตรวัดด้วยสายตา คือมีตัวเลขแทนระดับความปวด ดังภาพ 3 แบ่งตัวเลข 0-10 หรือ 0-100 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หรือ 100 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดตัวเลข 0-10 เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ส่วนมาตรวัด 0-100 เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง (Marie, 2002)



ภาพ 3 มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NAS)

ที่มา: Abolfazl, Mohammad, Hamid, Reza, & Biglarian, 2016, p. 14

2.1.3 มาตรวัดแบบวาจา (Verbal Rating Scale : VRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้คำพูดของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยบอกระดับความรุนแรงของความปวด เช่น ไม่ปวด ปวดปานกลาง หรือ ปวดมากที่สุด เป็นต้น

2.1.4 มาตรวัดด้วยสีหน้า (Face Rating Scales: FAS) คือ เครื่องมือวัดความปวดที่เป็นรูปภาพโดยใช้สีหน้าแทนระดับความปวด ดังภาพ 4 มักใช้วัดความปวดในเด็กเล็กหรือผู้ที่ไม่เข้าใจตัวเลขหรือภาษา การวัดทำได้โดยถามระดับความปวดจากผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยชี้ที่ใบหน้าแล้วเทียบกลับมาเป็นคะแนนความปวดอีกที



ภาพ 4 มาตรวัดด้วยสีหน้า (Face Rating Scales: FAS)

ที่มา: Hockenberry, Marilyn, Wilson, & David, 2015

2.2 เครื่องมือวัดความปวดแบบหลายมิติ มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ครอบคลุมประสบการณ์มิติความปวดที่หลากหลาย ได้แก่

2.2.1 แบบประเมินความปวดครั้งแรก (Initial pain assessment tool) โดยเป็นแบบประเมินที่มีความครอบคลุมในเรื่องตำแหน่งซึ่งมีการใช้ภาพแสดง โดยให้ผู้ป่วยระบุบริเวณที่มีความปวด ระบุความรุนแรงของความปวดในปัจจุบัน (Present pain) และความปวดที่รุนแรงที่สุด (Worst pain) ความปวดที่ปวดตลอดเวลา (Best pain) และความปวดที่ผู้ป่วยสามารถยอมรับได้ ลักษณะของเวลาเริ่มต้น ระยะความถี่ห่าง รูปแบบ พฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวด ปัจจัยที่มีผลทำให้ความปวดลดลงปัจจัยที่ทำให้ความปวดนั้นเพิ่มมากขึ้นผลกระทบความปวดต่าง ๆ ได้แก่ อาการร่วมอื่น ๆ เช่น การนอนไม่หลับ การเคลื่อนไหว ความอยากอาหาร สภาพของอารมณ์ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสนใจ สมาธิ และแผนให้การช่วยเหลือ

2.2.2 แบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory: BPI) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในงานวิจัยปัจจุบัน แต่ในปัจจุบันนั้นพบว่า มีการนำไปใช้ทางคลินิกและมีการแปลเป็นหลากหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย โดยจะมุ่งประเมินความปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และอาจจะมีการปรับใช้เป็นอย่างอื่นได้ เช่น ความปวดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นต้น แบบประเมินจะประกอบไปด้วย ข้อคำถามที่เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่ง ความรุนแรงของความปวด การประเมินผลจากการให้การช่วยเหลือที่ผ่านมา และผลกระทบของความปวดที่รบกวนแบบแผนในการดำเนินชีวิต (Pain interference)

2.2.3 แบบสอบถามความปวดแมกิลล์ (McGill Pain Questionnaire: MGQ) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุม การประเมินการรับรู้ความปวดหลายด้าน ซึ่งเหมาะกับการนำมาใช้ในการวินิจฉัยความปวดประเภท Neuropathic pain

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือประเมินความปวดมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NAS) คือ มีตัวเลขแทนระดับความปวด ที่เหมาะสมในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด เป็นการประเมินความปวดที่ง่ายและไม่ซับซ้อน สามารถที่จะประเมินความปวดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเหมาะสมในการใช้การประเมินความรู้สึกปวดของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นสิ่งที่เข้าใจได้ง่าย สามารถบอกระดับความรู้สึกปวดหลังผ่าตัดช่องท้องได้ไม่ยุ่งยาก ซึ่งมีค่าคะแนนความปวดตั้งแต่ 0-10 ซึ่งความหมายของค่าคะแนนความปวดคือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด

การบรรเทาความปวด

ความปวดในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด เป็นความปวดแบบเฉียบพลันเกิดจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ (Simpson, Leyendecker, & Hopp, 2008, p. 3509) หลักสำคัญของการบรรเทาความปวดจึงจำเป็นต้องได้รับการใช้ยา ส่วนการบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้สบาย ซึ่งทำให้สามารถลดการใช้ยาลงได้เมื่อใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน (Schulz-Stubner Sebastian, 2006, pp. 538-540)

1. การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา (Pharmacotherapy)

1.1 ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) มี 2 กลุ่ม คือ โอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (Weak opioid) ได้แก่ ทรามาดอล (Tramadol) และกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์มาก (Strong opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) และเฟนทานิล (Fentanyl) มักนิยมใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต (Simpson, Leyendecker, & Hopp, 2008, pp. 3510-3512) จากการศึกษาของ อาโบฟาซ และคณะ (Abolfazl et al., 2016) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ จำนวน 90 คน หลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า การใช้ยามอร์ฟีน บรรเทาความปวด ร้อยละ 45-60 เฟนทานิล ร้อยละ 25-35 ขนาดยาที่ใช้คือ เฟนทานิล ให้ครั้งละ 1-2 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมหรือให้ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งเฟนทานิลจะออกฤทธิ์ภายใน 1-2 นาที และคงอยู่ในกระแสเลือด 0.5-2 ชั่วโมง ไม่มีผลต่อระบบโลหิตและบรรเทาอาการปวดได้รวดเร็วมากกว่ามอร์ฟีนที่มีฤทธิ์บรรเทาความปวดได้ดีมาก แต่จะออกฤทธิ์ค่อนข้างช้า ส่วนเพทิดีน (Pethidine) เป็นยาระงับปวดที่ไม่ค่อยนิยมนำมาใช้เนื่องจากมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก จากการที่มีฤทธิ์แอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ปากแห้งและคอแห้ง และยานี้ถูกทำลายที่ตับ (Sessler, & Varney, 2008, p. 556) ยากลุ่มโอปิออยด์นี้ มีผลข้างเคียงหลายประการ เช่น กดศูนย์หายใจ ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน คันตามร่างกาย และมีผลข้างเคียงต่อตับและไตเนื่องจากยาส่วนใหญ่ถูกทำลายและขับออกตามอวัยวะดังกล่าว เพื่อให้บรรเทาอาการปวดอย่างเหมาะสมจึงจำเป็นต้องติดตามอาการหลังได้รับยากลุ่มโอปิออยด์นี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย (Ertad et al., 2009, p. 149)

1.2 ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ (Non-opioid analgesics) ได้แก่ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs : NSAIDs) และยาในกลุ่ม อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) ยาบรรเทาปวดกลุ่มนี้ ใช้บรรเทาความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เกิดจากการปวดข้อ ปวดกระดูก ลดการอักเสบ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาก่อนข้างใช้เวลานาน ผลข้างเคียงอาจทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เพราะมีฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด (นุชจรี ธรรมพันธ์, 2558; Abolfazl et al., 2016, p. 14)

สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะยึดเกณฑ์ตามองค์การอนามัยโลก (WHO Analgesic Ladder) (Susan, Thomas, Herr, & Turk, 2007, pp. 30-33) หลักการให้ยา 3 บันไดขั้นตอน (Three step ladder) กล่าวคือ บันไดขั้นที่ 3 คือ ในรายที่มีความปวดระดับรุนแรง 7-10 คะแนน ตามมาตราวัด จะให้ยาระงับปวดชนิดเสพติดรุนแรง (Opioid drugs) ได้แก่ Morphine หรือ Fentanyl บันไดขั้นที่ 2 ในรายที่มีความปวดระดับปานกลาง 4-6 คะแนน ให้ใช้ยาระงับปวดโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (Weak opioid) ได้แก่ Tramadol และบันไดขั้นที่ 1 ในรายที่มีความปวดระดับเล็กน้อย 1-3 คะแนน ใช้ยาระงับปวดชนิดยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs : NSAIDs) และ อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) เช่น Paracetamol, Aspirin เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้แนะนำการใช้ยาระงับปวดโดยให้เริ่มจาก ขั้นที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและได้ผลดีควรมีการใช้ยาระงับปวดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวด เพื่อป้องกันอาการปวดที่รุนแรง (Linton, Matteson, & Maeson, 2000 อ้างถึงในวรรณยุกต์ิธรรม, 2554, น. 23)

2. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions)

การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ใช้ลดความไม่สบายที่เกิดจากความปวด การจัดทำ การพูดคุย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เป็นต้น (Schulz-stubner Sebastian, 2006, p. 539 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554, น. 25) เพื่อควบคุมความปวดและลดการเกิดผลข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นการบรรเทาความปวดแบบผสมผสานที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตามลักษณะนิสัย และการให้ความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ดังนั้น การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอและถูกต้องจากทีมสุขภาพในการตัดสินใจ และเลือกว่าจะใช้วิธีใด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (ชัชมน ดำรงค์ธรรม, 2552, น. 22-23)

2.1 การบรรเทาความปวดโดยการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย

2.1.1 การจัดทำ (Positioning) การจัดทำเพื่อสุขสบายหลังทำกิจกรรมทางการพยาบาล ช่วยลดความตึงของแผล ผู้ป่วยสามารถที่จะลดแรงกดดัน ผ่อนคลาย มีความพร้อมที่จะเคลื่อนไหวร่างกายได้เพิ่มมากขึ้น การจัดทำและให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย เช่น ศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler's position) และงอเข่าเล็กน้อยจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้

2.1.2 การสัมผัส (Touch) เป็นวิธีที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้เครื่องมือใด ๆ เช่น การจับมือ การลูบเบา ๆ ที่แขน ไหล่หรือมือผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัส เอ เบต้า (A-beta fibers) ทำให้สับแสดนเทียจิวราติโนซ่า (Substantia gelatinosa) หรือ เอสจี เซลล์ (SG cells) ยับยั้งการนำเซลล์ประสาทความปวดไปสู่สมอง ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญภายในร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย คลายวิตกกังวลและเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยอีกทาง

2.1.3 การลดปวดด้วยกระแสไฟฟ้า (Trans-cutaneous Electrical Nerve Stimulation: TENS) เหมาะที่จะลดปวดทั้งในรายที่มีอาการปวดชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง และปวดร้าว เช่น ในรายที่มีการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา ข้อแพลง ปวดร้าวตามเส้นประสาท (Neuralgia) ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด อาการปวดเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุมาจากกระดูก และกล้ามเนื้อ การปวดศีรษะ เป็นต้น ปัจจัยที่ทำให้ผลการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าได้ผลดีนั้น ไม่ใช่ขึ้นกับการเลือกขนาด ชนิดของกระแสไฟและตำแหน่งการวางขั้วกระตุ้นเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับการประเมินผล การวินิจฉัยและการหาสาเหตุของโรคที่ต้องอีกด้วย ข้อควรระวังในการใช้กระแสไฟฟ้าเพื่อลดปวดนั้น ก็คล้ายกับข้อควรระวังในผู้ป่วยที่ใช้กระแสความถี่ต่ำทั่วไป เช่น ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ติดขั้วไฟฟ้า (Pace makers) อาจต้องมีการวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจร่วมขณะทำการกระตุ้น นอกจากนั้นการเลือกใช้กระแสไฟ และเทคนิคกระตุ้นก็เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึง เช่น กรณีที่ใช้ลดปวดด้วยกระแสไดนามิกส์ (Diadynamic current) ควรคำนึงถึงปฏิกิริยาเคมีได้ขั้ว ซึ่งทำให้เกิดการระคายต่อผิวหนัง การใช้กระแส TENS อาจจะทำให้เกิดความดันลดลงอย่างรวดเร็วในกรณีที่ขั้วกระตุ้นไปกระตุ้นถูกบริเวณ Carotid sinus หรือในกรณีของการใช้กระแสไฟตรงศักย์สูงอาจจะต้องคำนึงถึงปริมาณกระแสที่ใช้กระตุ้น เป็นต้น (ณฤพร ชัยประกิจ, ขวัญญา สุขคนธมาน, อาริรัตน์ สุพุทธธาดา, ทวีชัย เตชะพงศักรชัย, และสุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2551)

2.1.4 การนวด (Massage) เป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกสบายจากการถูกกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน และเอนเคฟาลินผ่านยังประสาทนำลงมาสู่ไขสันหลัง จะยับยั้งความปวด และมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีผลไปยับยั้งการทำงานของเอสจีเซลล์ ไม่ทำให้เกิดการหลั่งสารพี ที่ไปกระตุ้นทีเซลล์ โดยเป็นการไปปิดประตูทำให้ความปวดลดลง การนวดเป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้ เพื่อบรรเทาอาการปวด ทั้งแบบเฉียบพลัน และปวดเรื้อรังการนวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสามารถช่วยลดอาการปวดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชมน ดำรงรักษัธรรม (2552) ที่พบว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือสามารถบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้

2.2 การบรรเทาความปวดโดยอาศัยความคิดและพฤติกรรม

2.2.1 การสอน หรือให้ข้อมูล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และการคาดการณ์ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเผชิญความรู้สึกปวดต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล และเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดของตัวผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช ฤทธิธรรม (2554) และ สราวุฒิ สีถาน (2560) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีที่ดึงดูดความสนใจหรือเปลี่ยนความสนใจ โดยสิ่งใหม่ที่กระตุ้นใหม่จะเข้าสู่เมดุลลา เรติคูล่า พอร์เมชัน (Medullary reticular formation) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่ตอบสนองต่อความปวดอัตโนมัติ ผู้ป่วยสนใจความปวดลดลง ตัวอย่างการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ 1) การดู (Visual distraction) เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ เป็นต้น 2) การคิด (Project distraction) เช่น การเล่นเกม เป็นต้น และ 3) การฟัง (Auditory distraction) เช่น ฟังดนตรี บรรเลง เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญประภา อิมเอิบ, วรวิพรรณ คงชุม, กรณิศ หริ่มสืบ และคณะ (2552) ศึกษาผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป พบว่า หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีบรรเลงมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2.3 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การผ่อนคลาย โดยที่ภาวะร่างกายและจิตใจนั้นปราศจากความตึงเครียด และความวิตกกังวล เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความปวดมีความสัมพันธ์กัน ถ้ามีความวิตกกังวลสูง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะเพิ่มสูงขึ้น ความปวดก็เพิ่มสูงตามด้วย แต่ถ้าความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงหรือทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความวิตกกังวลก็จะลดลง ความปวดก็จะลดลงตามมาด้วย เทคนิคการผ่อนคลายทำได้หลากหลายวิธี เช่น การนั่งสมาธิ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การสร้างจินตนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินยา พวงจำปา, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ ฉวีวรรณ ธงชัย (2551) พบว่า เทคนิคผ่อนคลายที่ใช้การฝึกการหายใจ การฝึกสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกร การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีฟ การผ่อนคลายโดยการสร้างจินตภาพ การฝึกผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว และ การใช้เทคนิคผ่อนคลายหลายวิธีร่วมกัน พบว่า การใช้เทคนิคผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดปวดได้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การจัดการกับความปวดมีจุดมุ่งหมายเพื่อลด บรรเทา กำจัด และควบคุมความปวด ตลอดจนผลกระทบที่จะเกิดจากความปวด ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องให้ความสำคัญในการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด

จากการผ่าตัด โดยงานวิจัยในครั้งนี้อยู่วิจัยเลือกการจัดการความปวดแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถที่จะสังเกตและจัดการความปวดของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีแบบแผนในการจัดการความปวด โดยใช้วิธีการจัดการความปวดจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา ร่วมกันกับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การจัดทำ การฝึกสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องอย่างถูกต้องและเหมาะสม

แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ

แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom management model) ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของลาร์สัน และคณะ (Larson et al., 1994) ซึ่งมีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาที่สาเหตุ เช่น แนวคิดทางการแพทย์จำเป็นต้องจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน ภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้น คือ แบบจำลองการจัดการกับอาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ และการตระหนักรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม (Harver, & Mahler, 1990 as cited in Dodd et al., 2001, p. 669) เป็นแนวคิดที่ประเมินสภาวะของโรค กลวิธีในการจัดการกับอาการและอาการแสดง โดยผู้ป่วยได้รับการสอน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ด้วยตนเอง หรือผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ประเมินให้ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตจนสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดขึ้นได้ (ธิดารัตน์ คำบุญ, 2560, น. 44)

แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) ซึ่งทั้ง 3 มโนทัศน์หลักมีมิติความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Dodd et al., 2001, p. 669) (ภาพ 5) ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย มีความเป็นพลวัตและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) พบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น จะมีการประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดรวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการ (Response of symptoms) เกิดขึ้น ภายหลังจากบุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ จะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2. กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการโดยใคร (Who) จัดการให้ใคร (Whom) และจัดการอย่างไร (How) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าบุคคลจะเกิดความพึงพอใจ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการจัดการอาจเป็นการจัดการโดยการรักษาจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ หรือการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

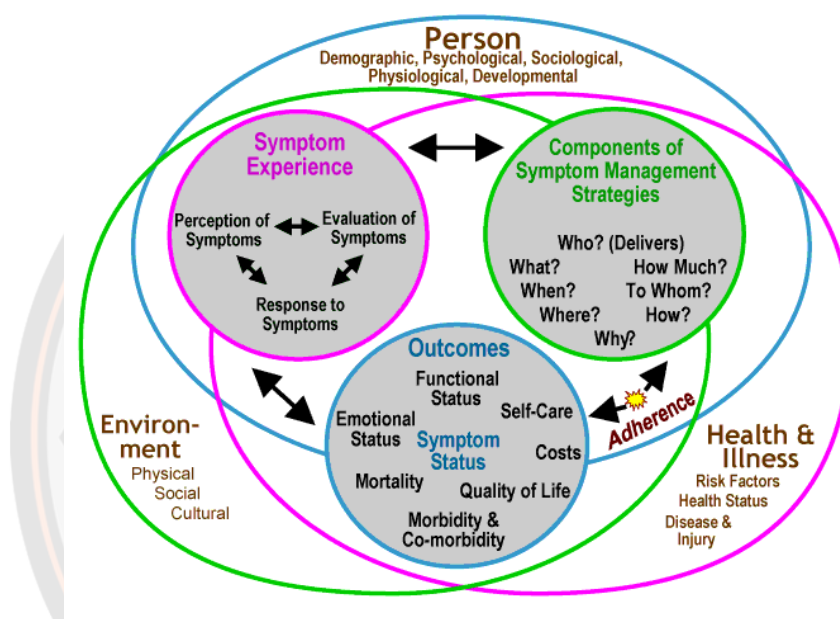
3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการอาการ สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ 8 ผลลัพธ์ ได้แก่ สถานะของอาการ (Symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) การดูแลตนเอง (Self care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Costs) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (Morbidities and co-morbidities) อัตราการตาย (Mortality) และสถานะทางด้านอารมณ์ (Emotional status)

นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ ยังได้ตระหนักถึงมิติทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ ที่ประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001, p. 669) มีรายละเอียดดังนี้

บุคคล (Person domain) องค์ประกอบที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลโดยขึ้นอยู่กับ ลักษณะส่วนบุคคล (Demographic) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รวมถึง สถานะทางจิตใจ (Psychological) ได้แก่ ความสามารถในการรู้คิด ลักษณะทางบุคลิกภาพ และแรงจูงใจทางสังคม (Sociological) ได้แก่ ครอบครัว ศาสนาและวัฒนธรรม และลักษณะทางสรีรภาพ (Physiological) ได้แก่ แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน แบบแผนการปฏิบัติตนและความสามารถของร่างกาย ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลทำให้เกิดมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อระดับพัฒนาการของแต่ละบุคคล

สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Risk factors) สถานะทางสุขภาพ (Health status) โรคและการได้รับบาดเจ็บ (Disease and injuries) (Carrieri, & Hudes, 1986 as cited in Dodd et al., 2001)

สิ่งแวดล้อม (Environment domain) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) รวมถึงบริเวณบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ประกอบด้วย เครือข่าย แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment) เช่น ความเชื่อ ค่านิยม การให้คุณค่า การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี เชื้อชาติ และศาสนา (Wilson et al., 1999 as cited in Dodd et al., 2001)



ภาพ 5 แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom management model)

ที่มา: Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys et al., 2001

จากแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) สรุปความสัมพันธ์ของแต่ละสมโนทัศน์ ได้ว่า ภายหลังจากบุคคลได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลจะมีการรับรู้ ประเมินและตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นซึ่งแตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละบุคคล จากนั้นบุคคลจะเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันไป เพื่อให้อาการบรรเทาลงหรือหายไป ซึ่งวิธีการจัดการอาการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของแต่ละบุคคล (Dodd et al., 2001, p. 672) เมื่อใช้วิธีการเหล่านั้นได้ดี บุคคลจะใช้วิธีการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง หากวิธีการจัดการอาการไม่ได้ผล บุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการอื่น หรือให้ผู้อื่นเข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการ อาทิ เช่น แพทย์

พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการดังกล่าว จะส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินและจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และส่งเสริมการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ขณะพักรักษา ณ หอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังจากการบาดเจ็บ มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. การประเมินประสบการณ์การเกิดความปวด ขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยประเมินความปวดของตนเองภายหลังจากได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยใช้ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยในการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นจากการได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยผู้ป่วยประเมินความหมายของความปวดภายหลังจากได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความปวดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดช่องท้อง ประเมินเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความบ่อย ความถี่ของอาการปวดรวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งอาจส่งผลต่อสภาวะทางร่างกาย และจิตใจ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมาอาจมีได้มากกว่าหนึ่งลักษณะในการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการเรียนรู้และตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดการตอบสนองในระยะยาว ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดในขณะนั้นได้ดี ความปวดจะบรรเทาลง

2. กลวิธีการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินความปวดช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการความปวดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและเป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาให้มากที่สุด มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องท้อง การได้รับการผ่าตัดและความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแก่ผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้อง พร้อมทั้งแนะนำวิธีการจัดการความปวด โดยพยาบาลสาธิตและผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะการจัดการความปวดด้วยตนเองตามคู่มือการจัดการความปวดที่แจกให้ พร้อมทั้งบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการความปวดภายหลังจากได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ พยาบาลได้ติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับแก้ไขปัญหาอุปสรรค และฝึกทักษะเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

3. การประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวด เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการปวด และกลวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วย โดยจุดประสงค์เพื่อบรรเทาความปวด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อลดปวดและ

สามารถปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้ด้วยตนเอง ทำให้การกลับมาทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปกติ โดยมีรูปแบบกิจกรรม คือ ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดลงในสมุดบันทึกการจัดการความปวด และพยาบาลได้ติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วย จากสมุดบันทึกการจัดการอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยและแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย ขณะพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ

แนวทางการจัดการความปวดและส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บช่องท้องที่มีพยาธิสภาพที่ผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดก่อให้เกิดความปวด เป็นความรู้สึก การรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลถึงความไม่สบายสบายจากการที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บอย่างเฉียบพลันจากการผ่าตัด (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, 2554, น. 3) ส่งผลกระทบโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย โดยบุคคลที่ประสบความปวดจะสามารถบอกความรู้สึกนั้นออกมาได้ ความปวดหลังผ่าตัดจะแตกต่างจากความปวดชนิดอื่น ๆ เนื่องจากเป็นความปวดที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นและคงอยู่ไม่นาน โดยความปวดจะบรรเทาลงในระยะเวลาสั้น ๆ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

ในปัจจุบันหลักสำคัญของการบรรเทาความปวดยังคงจำเป็นต้องได้รับการใช้ยา ส่วนการบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้สุขสบาย ทำให้สามารถลดการใช้ยาลงได้เมื่อใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาปวดได้ (Schulz-Stubner Sebastian, 2006, pp. 538-540) ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อผู้ป่วยด้วย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกใช่วิธีอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติจริง (ชัชมน ดำรงรักษัธรรม, 2552) และเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ในการเผชิญความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้น บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตนต่อเหตุการณ์คุกคามที่เผชิญหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม และอาการปวดแผลผ่าตัดดีขึ้นตามมา (Rundshagen, 2014, p. 124) การพยาบาลอย่างมีแบบแผนในการจัดการความปวด จะเป็นแนวทางช่วยในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสูงสุดได้ด้วยตนเอง (สุปถณี เสนาดิสัย, และวรรณภา ประไพพานิช, 2558, น. 739)

สำหรับหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการฝึกหายใจจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจก่อนที่จะได้รับ

การย้ายไปรักษาตัว ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) ผู้ป่วยได้รับการแนะนำในเรื่อง การดูแลตนเองในด้านการจัดการความปวด การฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดท่า ในบางรายยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งยังไม่มีแบบแผนการสอนและการให้ความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องอย่างเป็นแบบแผน และเป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยบางกรณี จึงทำให้เกิดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ที่ได้รับการย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำด้วยภาวะพังผืดในช่องท้อง อึดแน่นท้อง รวมถึงติดเชื้อในกระแสเลือดจนถึงภาวะช็อค รวมถึงการได้รับการผ่าตัดช่องท้องเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอีกครั้ง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน โดยทำการสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ นำมาเป็นกระบวนการในการสร้างโปรแกรม โดยพยาบาลใช้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตไปจนถึงหอผู้ป่วยสามัญ (อัจฉรา สุจาจริง, 2560) ซึ่งเป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาและใช้ยา (อังคณา จงเจริญ และ สิริกร เทียนหล่อ, 2554) ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ (กฤษณา สันวงศ์ตา และคณะ, 2560) รวมถึงผู้ป่วยที่จะได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ (Nguyen Thi Thu Trang, Thosingh, & Chanruangvanich, 2017, pp. 4-5) ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการกับอาการ ใช้การจัดการตนเองเพื่อลดความปวดหลังได้รับการผ่าตัดโดยการให้ความรู้โดยใช้คอมพิวเตอร์ (โปรแกรม Power point) ประกอบคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง รวมถึงการสาธิตและสาธิตย้อนกลับหลังให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยความรู้ที่สอนผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บช่องท้องและการรักษา การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การฝึกสมาธิ หายใจเข้าออก การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวดโดยตัวผู้ป่วยเอง สามารถที่จะจัดการกับอาการปวดภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ (สาวิตรี สมมงคล, วสันต์ เจริญสินทรัพย์, มยุรี ลีทองอิน และ วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์, 2560, น. 14) เพื่อให้เกิดแนวทางการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับระดับความปวด ผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการความปวดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยมีการติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในชั่วโมงที่ 72 หลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่จะย้ายไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพร้อมที่จะจัดการกับความปวดในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง และมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริม

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้องและเป็นการจัดการความปวดแบบองค์รวม ที่เน้นกาย จิต สังคมและความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ

ในส่วนของ การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของผู้ป่วย การทำกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ ปัจจัยที่เกิดขึ้น กล่าวคือ 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้ สภาพจิตใจ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรักษา การผ่าตัด ความปวดรบกวนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง จะมีความปวดสูงสุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (จรินทร์ พวงยะ, และสุรีพร ธนศิลป์, 2556) และหลังจากนั้นความปวดจะยังคงอยู่แต่จะค่อย ๆ ลดลงในชั่วโมงที่ 72, 96, 120 ต่อมา (ซัชดา เชาวร์ สันเทียะ และคณะ, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันตา โกสุมภ์ (2557) ศึกษาผลลัพธ์ของ การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับมาก ซึ่งเกิดจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น ฟังผืด หลอดเลือดและเส้นประสาทที่ได้รับการผ่าตัด (Gilstrap, et al., 2002, pp. 275-292)

ในระยะ 48-72 ชั่วโมงขึ้นไปนั้น ความปวดจะยังคงอยู่แต่จะค่อย ๆ ลดลง เนื่องจาก ร่างกายของผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมได้มากขึ้น ให้ความร่วมมือต่อ แผนการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ และขวัญจิตร ปุณโพธิ์ (2549) ในการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดภายหลังได้รับการผ่าตัด ช่องท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) พบว่า 1) ในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับสูง ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลัง ผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับต่ำ 2) วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ พลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย วิธีจัดการกับความปวดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุด คือ ให้ความสนใจและถามถึงอาการปวด 3) ความปวดรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในด้าน การไอและการหายใจเข้าออกลึก ๆ การเคลื่อนไหว การนอนหลับ อารมณ์ และการทำกิจกรรมอื่น ๆ และ 4) ผู้ป่วยมีค่าคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลการ ปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลกระทบของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิด แผลแยก (Wound dehiscence) และแผลติดเชื้อ (Infected wound) เป็นต้น จากสถิติพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยภายหลัง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น (สถิติสมดุลงทะเลเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและหอ อภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2560) ก่อให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลต่อการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง การพยาบาลแบบปกติไม่ครอบคลุมสาระสำคัญและไม่เป็นแบบ แผน การติดตามไม่ต่อเนื่องอาจทำให้การส่งเสริมการจัดการความปวดไม่เพียงพอ การปฏิบัติตนหลัง ผ่าตัดจึงไม่เหมาะสม แม้ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักแล้วความปวดก็จะยังคงอยู่ (อัจฉรา สุจาจริง,

2560) ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง อย่างถูกต้อง ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง บนเตียงและการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขาและเท้า 2) การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด ได้แก่ การประเมินและจัดการความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การจัดทำบรรเทาความปวดและการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน และการสังเกตอาการผิดปกติขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ ตามแนวคิดของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) นำไปใช้วิจัยศึกษากับผู้ป่วยมากมาย ดังนี้

จากการศึกษาการจัดการอาการหลังได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรม พบการศึกษาของ ทิศากร สุทธิประภาและชนกพร จิตปัญญา (2557) ที่มีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการ ต่อความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมง แรก เป็นแบบแผนการศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบความปวดขณะทำ กิจกรรมลุกนั่งของผู้ป่วย ภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ โรคหัวใจ การผ่าตัดและยาบรรเทาปวด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่ม ทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ประกอบด้วยการให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในขณะที่ มีกิจกรรมการลุกนั่ง จากการศึกษา พบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรก ขณะมีกิจกรรมการลุกนั่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นอกจากนี้พบว่ามีการศึกษาการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดช่องท้องในรายที่ ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินทางศัลยกรรม ดังนี้

จรินทร์ พวภยะ, และสุรียพร ธนศิลป์ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการอาการที่ เน้นการบริหารกายจิตแบบซิงเก ต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แบบฉุกเฉิน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่าง มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค และชนิดของการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับ

การพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983) และแบบประเมินระดับความปวดแบบเส้นตรง ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 และ .77 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบค่าที ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความปวดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เช่นเดียวกับการศึกษาของสมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ, และขวัญจิตร ปุณโพธิ์ (2549) ในการจัดการกับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยศึกษา 1) ความปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง 2) วิธีจัดการกับความปวด 3) ผลของความปวดต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดที่ได้รับ โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องซึ่งเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษโรงพยาบาลรามธิบดีระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 จำนวน 110 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความปวดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามผู้ป่วยของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทยและแบบสอบถามวิธีจัดการกับความปวดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า 1) ในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับสูง ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับต่ำ 2) วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ พลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย วิธีจัดการกับความปวดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ ให้ความสนใจและถามถึงอาการปวด สำหรับวิธีจัดการกับความปวดด้วยยาพบว่า ในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาเพทิตินและยาไดนาสแตทชนิดฉีด และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ายาคือยาช่วยบรรเทาความปวดได้ในระดับสูง 3) ความปวดรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในด้านการไอและการหายใจเข้าออกลึก ๆ การเคลื่อนไหว การนอนหลับ อารมณ์ การทำกิจกรรมอื่น ๆ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในระดับต่ำ และ 4) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับวิธีการจัดการกับความปวดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวมในระดับสูง

การศึกษาของขวัญจิตร โอซุม และ สุรีพร ธนศิลป์ (2549) ศึกษาการจัดการอาการปวด ร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกละเอิบ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกละเอิบ ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย แล้วจึงเริ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี การวินิจฉัยและชนิดการผ่าตัด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการอาการปวดและการฟังดนตรี เครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัยคือ โปรแกรมการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากรูปแบบจัดการ อาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดเกี่ยวกับดนตรี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความต้องการ การประสพการณ์การรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ข้อมูล 3) การจัดการความปวดด้วยยาาระงับปวดและการ ฟังดนตรี 4) การประเมินผล สื่อที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย เครื่องเล่นซีดี แผ่นซีดีบรรจุเพลง แผ่นการสอน และคู่มือการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกละเอิบ เครื่องมือที่ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความปวด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้ คะแนนความปวดของ กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวดที่เน้นการฟังดนตรีน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านคะแนนความปวดภายหลังการเข้าร่วมการ ทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาของซซาดา เชาว์สันเทียะ, อภิญญา วงศ์พิริโยธา, เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล, และนงเยาว์ มีเทียน (2555) ศึกษาการจัดการอาการต่อภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวในผู้ป่วย แผลเปปติกทะลุที่ได้รับการผ่าตัดฉุกละเอิบ โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยใช้แนวคิดหลัก 3 แนวคิด ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) แนวคิด ประสพการณ์ของการมีอาการ (Symptom experience) 2) แนวคิดกลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และ 3) แนวคิดผลจากอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการ อาการ (Outcomes) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยแผลเปปติกทะลุที่ได้รับการผ่าตัด ฉุกละเอิบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยผู้วิจัยใช้ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้สึกอัดแน่นท้อง แผนการสอนเรื่อง โปรแกรมการจัดการอาการภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวสำหรับผู้ป่วยแผลเปปติกทะลุหลังผ่าตัด สำหรับพยาบาลและคู่มือการจัดการภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวสำหรับแผลเปปติกทะลุหลัง ผ่าตัด โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (ทดสอบสมมติฐานทาง เดียว) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คนรวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 30 คน โดย 15 คนแรกเป็น

กลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยอีก 15 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ผลการศึกษา พบว่า 1) ใน 36 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกแน่นอึดอัดท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ใน 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกแน่นอึดอัดท้องน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) ใน 36 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 96 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเรอไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) 3) ใน 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวนครั้งเฉลี่ยของการผายลมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ใน 36 ชั่วโมง และ 96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการผายลมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 4) ใน 36 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจำนวนครั้งเฉลี่ยการเคลื่อนไหวของลำไส้ก่อนที่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่ใน 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง และ 96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ก่อนที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในต่างประเทศ มีการศึกษาการจัดการอาการของดอด้ด และคณะ (Dodd et al., 2001) ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินของ Welch et al. (2003) ในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองหรือแตก และผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้ขาดเลือด ต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน โดยศึกษาปรากฏการณ์ไปข้างหน้า (Prospective study) จำนวน 56 ราย แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 28 คนเป็นโรคหลอดเลือดโป่งพองและกลุ่มควบคุม 28 คนเป็นโรคลำไส้ขาดเลือดหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ พบว่า มีปัจจัยสองประการที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (Ischemia) ได้แก่ อาการท้องร่วงหลังผ่าตัด ($p < .001$) และระยะเวลาในการผ่าตัด ($p < .05$) ซึ่งอัตราการเกิดอาการของโรคในผู้ป่วยกลุ่มลำไส้ขาดเลือดจะมีอาการท้องร่วงมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง โป่งพองหรือแตก ($p < .05$)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การจัดการความปวดในผู้ป่วยมีการศึกษาของกันตา โกสุมภ์ (2557) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 25 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน 24, 48, 72

ชั่วโมงหลังผ่าตัดระดับความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มอื่นและศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีการศึกษาของเสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตน์พุ่มวงศ์ (2557) ที่ศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและนรีเวช โรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 128 และ 131 คนตามลำดับ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และ 4) การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดและยาบรรเทาความปวดหลังการผ่าตัดเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากในประสิทธิผลความชัดเจน ความเหมาะสม ความง่ายต่อการปฏิบัติและความสะดวกในการใช้

การศึกษาของกฤษณา สันวงศ์ตา, ชนากานต์ กำคำ, ปัญจพร คำแก้ว, นัชรี ชาวเขียววงศ์, ศุภกร ปัญธิษฐ์, และปิยธิดา จุลละเปี้ย (2560) ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) แบบผสมผสานในผู้ป่วย จำนวน 21 ราย โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง โดยใช้โดยใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด Open cholecystectomy แบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบฟอร์มการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดของงานวิสัญญี, บันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลที่ผู้ป่วยใน จากการสอบถามผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วงหลังผ่าตัด การจัดการอาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้านศัลยกรรม ทั้งในแฟ้มประวัติ และ เวชระเบียน พบว่า

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถมีภาวะลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังได้รับการผ่าตัด (Early ambulation) น้อยกว่า 12 ชั่วโมง (Early ambulation คือระยะเวลาตั้งแต่หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนท่าทางได้โดยมีระดับอาการปวดน้อยกว่า 5 ชั่วโมง (เปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง) ได้ทั้งหมด 21 ราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด Open cholecystectomy แบบผสมผสาน อยู่ในระดับพึงพอใจมาก จำนวนทั้งหมด 21 รายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อีกทั้งมีการศึกษาถึงผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวด และความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลชลบุรีของ อังคนา จงเจริญ, และสิริกร เทียนหล่อ (2554) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บทางช่องท้องโดยไม่มี การบำบัดเจ็บระบบอื่นร่วม และได้รับการผ่าตัดในเยื่อบุช่องท้องและบริเวณลำไส้แบบเร่งด่วน ร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 60 ราย โดยผู้ป่วย 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ และอีก 30 ราย เป็นกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแผนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการจัดการความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ขณะที่คะแนนความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(2,116) = 950.553, p < .001$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.92, p < .001$) ผู้วิจัยเสนอว่าสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนต่อไป โดยการจัดการความปวดควรคำนึงถึงกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ และบริบทของโรงพยาบาล และการจัดการความปวดจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้น ต้องเกิดจากความพึงพอใจของทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

ในต่างประเทศมีการศึกษาการจัดการความปวดของ Kochs et al. (2000) ได้ศึกษาการจัดการความปวด การฟื้นฟูและควมวิตกกังวลหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในวันที่ 2 โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ความปวด ความวิตกกังวล รวมถึงการใช้ยาบรรเทา

ปวดในการรักษา จำพวกมอร์ฟิน และเฟนทานิล ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 277 ราย พบว่า รายงานมีความปวดเล็กน้อย ร้อยละ 26-35 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรงก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วย ร้อยละ 90 ต้องใช้ยา Opioid ครั้งที่สองภายใน 21-27 นาที หลังได้รับการทำกิจกรรม อาการปวดในระดับปานกลางหรือรุนแรงและการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วประมาณ ร้อยละ 42-51 โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

จากการศึกษาการจัดการความปวดที่มีความหลากหลายสามารถช่วยจัดการอาการปวดให้ลดลงได้ในระยะหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยการจัดการความวิตกกังวลในผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งอาจมาจากหลายสาเหตุ ตัวอย่างเช่นการศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องของวรนุช ฤทธิธรรม, และสมพร ชีโนรส (2551) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดทางช่องท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการควบคุมตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal, & Johnson, 1983) เป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สื่อมัลติมีเดียเรื่องการดูแลตนเองเมื่อได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลแบบสเตทของสปิลเบอร์เกอร์ และคณะ และมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข กลุ่มทดลองได้ดูสื่อมัลติมีเดีย 20 นาที ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังการทดลองและประเมินความปวดของผู้ป่วย เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการนาน 20 นาที วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อินทรี ปากันทะ, วัลยา บุญประสิทธิ์, และศัทธิยา รัตนวิมล (2553) ศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ความปวด ความทุกข์ทรมาน และการตอบสนองด้านสรีรวิทยาต่อความปวด ขณะที่ทำการสลายนิ่วในทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ่ว ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเองกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ่วทางเดินปัสสาวะและรอรับการสลายนิ่ว ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งหมด 52 คน โดยทำการแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คนที่ได้รับโปรแกรมการปรับตนเอง และอีก 26 คนเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย โปรแกรมการปรับตนเอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และอัตราของชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิต และแบบประเมินความวิตกกังวล ความปวด

และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะสลายนิ้วในทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้ว การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent sample t-test และ Two way ANOVA พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวด และความทุกข์ทรมานขณะได้รับการสลายนิ้วในทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้วต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกขณะสลายนิ้วในทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้ว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะได้รับการสลายนิ้วทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิ้วไม่แตกต่างกัน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง

พรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปรางทิพย์ ฉายพุทธ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง วิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพและดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มีจำนวน 51 เรื่องมาสังเคราะห์ เป็นงานวิจัยจำนวน 38 เรื่อง โดยจำนวน 17 เรื่องอยู่ในระดับ 2 หรืองานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการสังเคราะห์พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกหรือด้านสิ่งแวดล้อม 2) วิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้สื่ออารมณ์ขัน การฟังดนตรี และเทคนิคการผ่อนคลายแบบทั่วร่างกาย และ 3) ดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ใช้เป็นดัชนีชี้วัดการฟื้นตัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางจิตสังคม ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ ผลลัพธ์ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจ ผลการสังเคราะห์วรรณกรรมสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดช่องท้องต่อไป

นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของ สราวุฒิสีถาน, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และธวัชชัย อัครวิฑู (2557) ศึกษาอำนาจการทำนายของภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวล และภาวะโรคร่วม ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 85 ราย จากโรงพยาบาลตติยภูมิและทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรีและลพบุรี เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษา แบบประเมินภาวะโภชนาการแบบสอบถามความวิตกกังวล แบบประเมินภาวะโรคร่วม และแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยเชิงพหุ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 45.80 ปี (S.D. = 10.50) มีภาวะขาดสารอาหารระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (\bar{x} = 15.70, S.D. = 13.50) ความวิตกกังวลระดับสูง (\bar{x} = 67.20, S.D. = 4.50) และมีภาวะโรค

รวม 1 ถึง 2 โรค ($\bar{x} = 1.10$, S.D. = 1.60) ภาวะโรคร่วม ภาวะโภชนาการ และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.79$; $p < .01$, $r = -.79$; $p < .01$, $r = -.32$; $p < .01$, ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องได้ร้อยละ 74.60 ($R^2 = .746$; $p < .05$) โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรประเมินและให้การดูแลปัจจัยเหล่านี้ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวที่ดีหลังผ่าตัด

การศึกษาของอัจฉรา สุจาจริง (2550) มีการศึกษากิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 100 คนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ข้อมูลการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดรวบรวมโดยใช้แบบบันทึกดัชนีฟื้นสภาพหลังผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด การได้รับยาาระงับปวด การลุกจากเตียง ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนหลังผ่าตัด ข้อมูลที่รวบรวมได้วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 93 ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสอนเกี่ยวกับการจัดทำนอน (ร้อยละ 91) การเปลี่ยนอิริยาบถ (ร้อยละ 94) การออกกำลังกายบนเตียง (ร้อยละ 58) การบริหารการหายใจ (ร้อยละ 78) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 78) และ การลุกจากเตียง (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสอนเกี่ยวกับอาการปวดแผลผ่าตัดและวิธีควบคุมอาการปวด ได้แก่ การประเมินอาการปวด (ร้อยละ 95) สาเหตุส่งเสริมการปวดแผล (ร้อยละ 94) การบรรเทาปวด (ร้อยละ 97) และการขอความช่วยเหลือ (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 63 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ในระยะหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการดูแลด้านร่างกาย เช่น การตรวจสัญญาณชีพ การจัดทำนอน การดูแลบาดแผล การลดอาการปวดแผลผ่าตัดโดยการให้ยาตามแผนการรักษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการกระตุ้นจากพยาบาลให้มีการออกกำลังกายบนเตียงและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 66 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลในขณะที่ร้อยละ 73 ได้รับการสอนเกี่ยวกับสังเกตภาวะแทรกซ้อน สำหรับการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดแผลผ่าตัดระดับที่รุนแรงในวันแรกหลังผ่าตัดทั้งความรู้สึกปวด (คะแนนเฉลี่ย = 8.27, S.D. = 1.19) และความทุกข์ทรมาน (คะแนนเฉลี่ย = 8.02, S.D. = 1.42) ความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานบรรเทาลงในวันที่สองและวันที่สามหลังผ่าตัด จำนวนครั้งเฉลี่ยของใช้ยาาระงับปวดในวันที่หนึ่ง สอง และสามหลังผ่าตัด คือ 2.67 (S.D. = 1.06) 1.67 (S.D. = 0.86) และ 2.48 (S.D. = 1.00) ตามลำดับ จำนวนครั้งเฉลี่ยของการลุกเดินหลังผ่าตัดในวันแรกเท่ากับ 0.17 ครั้ง (S.D. = 0.55) และเพิ่มขึ้นในวันที่สองเป็น 0.98 ครั้ง

(S.D. = 1.26) และวันที่สามหลังผ่าตัดเป็น 2.13 ครั้ง (S.D. = 1.83) ภาวะแทรกซ้อนที่พบในกลุ่มตัวอย่างได้แก่อาการท้องอืด 19 ราย อาเจียน 2 ราย การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น 10 ราย และแผลอักเสบติดเชื้อ 4 ราย ส่วนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดอยู่ระหว่าง 3 ถึง 30 วันมีค่าเฉลี่ย 7.28 วัน (S.D. = 4.05)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

รัตนา เพิ่มเพ็ชร, และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559) ศึกษาบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด จากการศึกษา พบว่า กิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยให้ความสำคัญด้านการประเมินติดตามสภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เพราะจะทำให้ทราบถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลและความปลอดภัยที่เกิดขึ้นในระยะที่ผ่านมาทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ซึ่งกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดมีแนวทางการประเมินผลการพยาบาลดังนี้ 1) ประเมินและตรวจสอบการถูกทำลายของผิวหนังที่มีสาเหตุมาจากอุปกรณ์ไฟฟ้าห้ามเลือดที่ใช้ในขณะการผ่าตัด การกดทับของปมกระดูกที่ทำให้เกิดแผลกดทับ เป็นต้น 2) ประเมินการถูกทำลายของเส้นประสาทจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ ดึงรั้งบาดแผลขณะผ่าตัด หรือภาวะแทรกซ้อนต่อการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและเส้นประสาทจากการจัดทำในขณะผ่าตัดจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวด อาการชาและหมดความรู้สึก (Numb) รู้สึกปวดเสียวเหมือนถูกของแหลมทิ่มแทง (Tingling sensation) เป็นต้น 3) ประเมินภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อของแผลผ่าตัด การติดตามแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อจากการผ่าตัดโดยประเมินบริเวณรอบแผล ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน ภาวะไข้หลังผ่าตัด และตรวจสอบจากสัญญาณชีพจากบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 4) ประเมินความรู้ความเข้าใจและให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพิ่มเติมในผู้ป่วยรายที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และ 5) ประเมินความพึงพอใจและสอบถามคำแนะนำของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาของฉลาด แสงอาทิตย์, ปารีชาติ กางร่มกลาง, และเดชา ทำดี (2556) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริม Early ambulation ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2556 เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือญาติ 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 10 ราย กลุ่มผู้ดูแลหรือญาติ 10 ราย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ 21 ราย พบว่า ทีมบุคลากร

ทางการพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วย Early ambulation ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัด มีการลุกจากเตียงโดยเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรกของปวงกมล กฤษณบุตร ,อรพรรณ โตสิงห์ ,สุพร ดนัยดุขฎีกุล และเชิดศักดิ์ ไอรณณิรัตน์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของระบบทางเดินอาหาร ตับและทางเดินน้ำดี ที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บทั้งกลุ่มที่มีการนัดหมายการผ่าตัดไว้ล่วงหน้าและกลุ่มผ่าตัดฉุกเฉิน ในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส (Meleis) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 100 ราย เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะโภชนาการ 2) แบบประเมินสภาพผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด 3) เครื่องวัดอุณหภูมิกายทางเยื่อแก้วหูโดยผ่านแสงอินฟราเรด และ 4) แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลการวิจัย พบว่า ภาวะโภชนาการ สภาพผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ $r = .28$ ($p < .01$) และ $r = .29$ ($p < .01$) ตามลำดับ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและค้นคว้างานวิจัย ในส่วนของการบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เกี่ยวกับความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่าความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง จะมีความปวดสูงที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (จรินทร์ พวกยะ, และสุริพร ธนศิลป์, 2556) และหลังจากนั้นความปวดจะยังคงอยู่แต่จะค่อย ๆ ลดลง ในชั่วโมงที่ 72 ,96, 120 ต่อมา (ซัชดา เชาว์สันเทียะ และคณะ, 2555) ซึ่งการจัดการกับความปวดนั้นอาจใช้ยาในการบรรเทาความปวด คือ มอร์ฟินและเพททิดีน (Welch et al., 2003) และในต่างประเทศ นิยมใช้ยาแก้ปวดชนิดมอร์ฟิน และไดนาสแตส (Kochs et al., 2000) ในส่วนของการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความปวด ได้แก่ การจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้สื่ออารมณ์ขัน การฟังดนตรี และเทคนิคการผ่อนคลาย (วรรณุช ฤทธิธรรม และ สมพร ชีโนรส, 2551) ซึ่งจะช่วยให้ฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมการหายของแผล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้น (สมพร ชีโนรส, มยุรี จิรภิญโญ, และขวัญจิตร ปุณโทธิ์, 2549) อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ (กฤษณา สันวงศ์ตา และคณะ, 2560) ซึ่งพยาบาลมีส่วนร่วมในการส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยในส่วนของ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การตรวจสัญญาณชีพ การจัดทำนอน การดูแลบาดแผล การลดอาการปวดแผลผ่าตัด โดยการให้ยาตามแผนการรักษา (เสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, 2557) ทั้งนี้ผู้ป่วย

จำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นจากพยาบาลให้มีการออกกำลังกายบนเตียงและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลและสังเกตภาวะแทรกซ้อน (อัจฉรา สุจาจริง, 2550) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดและปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม (อังคณา จงเจริญ, และสิริกร เทียนหล่อ, 2554) รวมถึงมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มอื่น ๆ (พรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2552) และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐาน (กันตา โกสุมภ์, 2557) เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดช่องท้อง

ในส่วนของการจัดทำเครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง แผนการสอนและคู่มือผู้ป่วย เรื่อง วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง และในส่วนของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง สมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย และแบบบันทึกการเยี่ยมอาการผู้ป่วย ที่เน้นผู้ป่วยในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและถูกต้องหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง โดยการไม่ใช้ยาทั้งในขณะพักและขณะเคลื่อนไหวร่างกาย โดยสอดคล้องกับองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบในแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งได้แก่ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (Symptom-outcome) ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัยในการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง จากนั้นผู้วิจัยใช้การบรรยายโดยใช้สื่อบรรยายประกอบภาพในคอมพิวเตอร์ (โปรแกรม Power point) ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เน้นการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างต่อเนื่อง มีการทำกิจกรรมครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว และการลุกนั่งบนเตียง 2) การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย และการนอนหลับพักผ่อน เมื่อผู้ป่วยได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ และได้รับการติดตามเยี่ยมใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง (วันที่ 1, 2 และ 3) เพื่อประเมินการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ของผู้ป่วย และสอบถามปัญหา อุปสรรคในการจัดการความปวดจากสมุดบันทึกการจัดการอาการ และเวชระเบียนผู้ป่วย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยในส่วนของจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เพื่อส่งเสริมการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยภายหลังที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง พบว่า การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคบแผ่นผ้าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวด ได้ผลดีในการบรรเทาความปวด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ โดยการสอนผู้ป่วย รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ โดยมีผลงานวิจัยที่นำมาประยุกต์ใช้แสดงใน ตาราง 2 ดังนี้



ตาราง 2 แสดงงานวิจัยที่นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ประเภท

งานวิจัยที่นำมาใช้

- | | |
|-----------------------------|--|
| การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา | 1) ขวัญจิตร โอชุม, และสุรียพร ธนศิลป์ (2549) ศึกษาการจัดการปวดร่วมกับการพึงดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบแบบฉุกเฉิน |
| | 2) พรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปรางทิพย์ ฉายพุท (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง วิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพและดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง |
| การฝึกสมาธิ | 3) อังคนา จงเจริญ, และสิริกร เทียนหล่อ (2554) ศึกษาผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง |
| หายใจเข้าออก (Breathing) | 4) จรินทร์ พวงกะ, และสุรียพร ธนศิลป์ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกายจิตแบบซิงก์ ต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน |
| แบบไม่ใช้ยา (meditation) | 5) เสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตนพุ่มวงศ์ (2557) ศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและนรีเวช โรงพยาบาลระนอง |
| | 6) Welch et al. (2003) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองหรือแตก และผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้ขาดเลือด ต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน โดยศึกษาปรากฏการณ์ไปข้างหน้า (Prospective study) จำนวน 56 ราย |

งานวิจัยที่นำมาใช้	
ประเภท	<p>1) อัจฉรา สุจาจริง (2550) ศึกษากิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง</p> <p>2) พรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปรางทิพย์ ฉายพุทธร (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง วิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพและดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง</p> <p>3) ฉลาด แสงอาทิตย์ และคณะ (2556) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลมหามหาสารคามเชียงใหม่</p> <p>4) เสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตนพวงวงศ์ (2557) ศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและนรีเวช โรงพยาบาลระนอง</p> <p>5) กฤษณา สันวงศ์ตา และคณะ (2560) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด Open cholecystectomy แบบผสมผสาน</p> <p>6) Kochs et al. (2000) ศึกษาการจัดการความปวด การฟื้นฟูภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง</p>
การปรับค่า	<p>1) สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรวิญญู, และขวัญจิตร์ ปุณย์ (2549) ศึกษาการจัดการกับความปวดและความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกทรวงอก</p> <p>2) อัจฉรา สุจาจริง (2550) ศึกษากิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง</p>
การปรับค่า (Effective cough)	
การปรับค่า (Positioning)	

ประเภท

งานวิจัยที่นำมาใช้

- 3) พรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง วิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพและดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 4) ฉลาด แสงอาทิตย์ และคณะ (2556) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลมหามหาราชนครเชียงใหม่
 - 5) เสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตนพุ่มวงศ์ (2557) ศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและนรีเวช โรงพยาบาลระนอง
 - 6) สวัสดิ์ สมมงคล และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน และการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน
 - 7) Welch et al. (2003) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองหรือแตก และผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้ขาดเลือด ต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน โดยศึกษาปรากฏการณ์ไปข้างหน้า (Prospective study)
-

ประเภท

งานวิจัยที่นำมาใช้

- 1) วาสนา สุขกันต์ และ พรนิภา แก้ววิจิตร (2554) ศึกษาคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบอุกเขินและกึ่งการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร์
 - 2) ปวงกมล ทัศนบุตร และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรก
 - 3) ฉลาด แสงอาทิตย์ และคณะ (2556) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่
 - 4) กันดา โกสุมภ์ (2557) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี
 - 5) สาวิตรี สมมงคล และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุล้างผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน และการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน
 - 6) ศิริพรรณ ภมรพล (2559) ศึกษาบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด
 - 7) ทัศนวิมล สันวงศ์ตา และคณะ (2560) ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด Open cholecystectomy แบบผสมผสานในผู้ป่วย
-

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

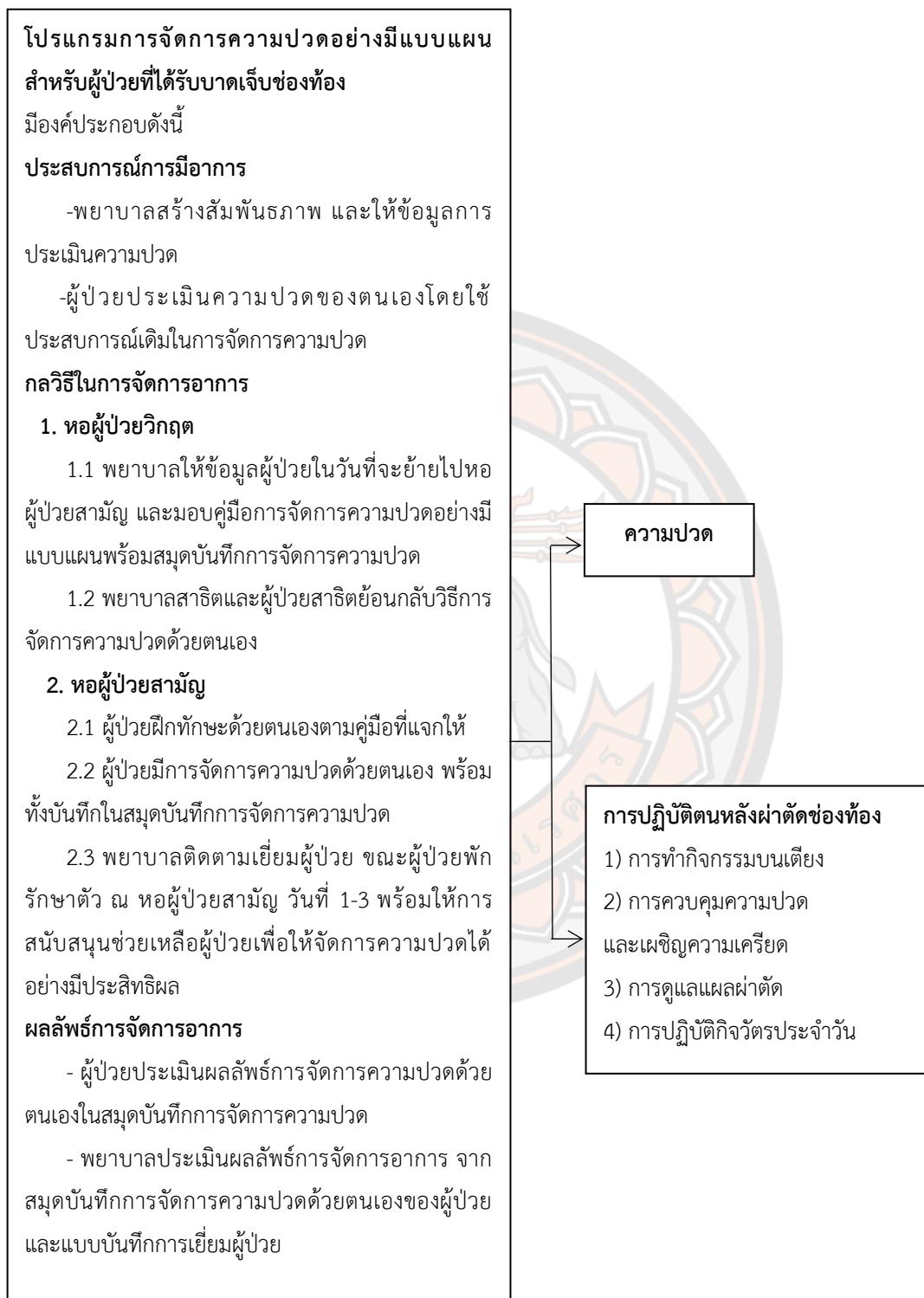
การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้โปรแกรมการจัดการอาการปวดอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความปวดและเพิ่มการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง หลังพ้นระยะวิกฤตพร้อมที่จะย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยสามัญ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการกับอาการ (Symptom management) ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งกล่าวว่า อาการ และอาการแสดงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งที่รบกวนการทํากิจวัตรประจำวัน ซึ่งการจัดการอาการต้องมุ่งจัดการทั้งอาการที่แสดงและสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนั้น ๆ เพื่อให้มีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ โดยพยาบาลมีบทบาทส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งนำแนวทางการจัดการอาการปวดอย่างมีแบบแผนโดยการไม่ใช้ยามาใช้ได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดการจัดการกับอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่เหมาะสมและถูกต้อง

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความปวดและเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่อาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย โปรแกรมพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยใช้องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์การมีอาการ 2) กลวิธีการจัดการอาการ และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcome) ในการสร้างโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการสังเคราะห์งานวิจัย โดยพยาบาลใช้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่รักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ไปจนถึงหอผู้ป่วยสามัญ (อัจฉรา สุจาจริง, 2560) ซึ่งเป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาและใช้ยา (อังคณา จงเจริญ, และสิริกร เทียนหล่อ, 2554) ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ (กฤษณา สันวงศ์ตา และคณะ, 2560) รวมถึงผู้ป่วยที่จะได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ (Nguyen Thi Thu Trang et al., 2017) ตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกลวิธีการจัดการกับอาการ ใช้การจัดการตนเองเพื่อลดความปวดหลังได้รับการผ่าตัดโดยการให้ความรู้โดยใช้คอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Power point ประกอบคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในการสอน รวมถึงการสาธิต และสาธิตย้อนกลับหลังให้ความรู้จบในด้านการจัดการความปวดเกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องท้องและการรักษา การบรรเทาความปวดโดย ไม่ใช้ยา เช่น การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคบแผ่นผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวด โดยตัวผู้ป่วยเองสามารถที่จะจัดการกับอาการปวดภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญได้ เพื่อให้เกิดแนวทางการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมี

ประสิทธิผลสอดคล้องกับระดับความปวด ผู้ป่วยจัดการความปวดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยมีการติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการปฏิบัติตนที่หอผู้ป่วยสามัญในชั่วโมงที่ 72 หลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้เป็นแนวทางช่วยในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่จะย้ายไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถพร้อมที่จัดการกับความปวดในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง และมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการจัดการความปวดแบบองค์รวม ที่เน้นกาย จิต สังคมและความร่วมมือของผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป การวิจัยครั้งนี้มีการประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับความปวด ใช้กลวิธีการจัดการความปวดที่หลากหลาย และติดตามผลลัพธ์จากการจัดการความปวด จึงช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวด และช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



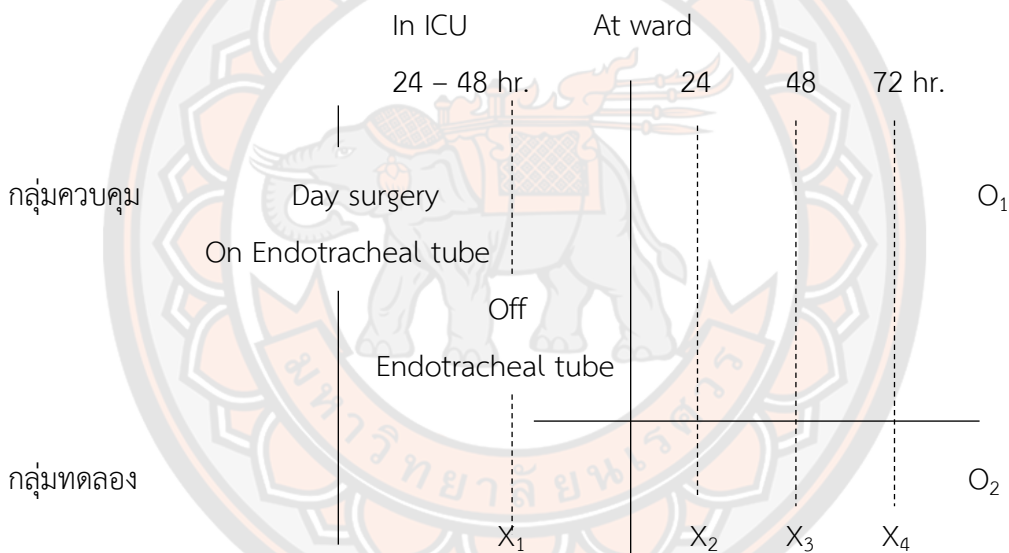


ภาพ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวัดหลังการทดลอง (Posttest only control group design) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547, น. 126-127) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง มีแบบแผนการวิจัย (ภาพ 7) ดังนี้



ภาพ 7 แบบแผนการวิจัย

X₁ หมายถึง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยให้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในวันที่ 2 ก่อนย้ายออกไปหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจแล้ว โดยผู้วิจัยประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในการเข้าสู่โปรแกรมของผู้ป่วยก่อนดำเนินการทดลอง ได้แก่ ความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

X₂ หมายถึง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญครบ 24 ชั่วโมง (ครั้งที่ 1)

X₃ หมายถึง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญครบ 48 ชั่วโมง (ครั้งที่ 2)

X₄ หมายถึง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญครบ 72 ชั่วโมง (ครั้งที่ 3)

O₁ หมายถึง การประเมินความปวดและการปฏิบัติตนของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ

O₂ หมายถึง การประเมินความปวดและการปฏิบัติตนของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน เมื่อครบ 72 ชั่วโมงภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้อง ภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก โดยพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุและได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้ย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้อง ภายหลังการได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก มีสัญญาณชีพปกติ โดยมี เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. เพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 60 ปี
 2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ ภาวะเพาะอาหาร กระบังลม ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน ไต ม้าม ภาวะเพาะปัสสาวะ หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในช่องท้อง รวมถึงอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในช่องท้อง ได้แก่ มดลูก รังไข่ และทวารหนัก ซึ่งต้องมีการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก
 3. ได้รับการวินิจฉัยว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
 4. รู้สึกตัวดี มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ เข้าใจตัวเลขและภาษาไทย ตอบแบบสอบถามได้
 5. ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
- เกณฑ์คัดออก ได้แก่
1. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ตับ เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างมากถึงร้อยละ 80 จากการฉีกขาดของเนื้อตับและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่ตับ รวมถึงจะต้องได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งที่สอง ซึ่งเป็นการผ่าตัดช่องท้องเพื่อนำผ้าซับเลือดในช่องท้องออก (Swab packing) ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
 2. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น กระดูกหัก อาการบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะ หรือสมองที่ไม่รุนแรง เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้ความปวด

เกณฑ์การถอดถอน ได้แก่

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคอื่น ๆ ขณะเข้าร่วมการวิจัย เช่น ภาวะ ติดเชื้อ ในร่างกายอย่างรุนแรง การทำงานระบบต่าง ๆ ของร่างกายล้มเหลว เป็นต้น
2. ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 2 วัน
3. รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลไม่ครบ 72 ชั่วโมง เช่น ถูกส่งไปรักษาที่อื่น
4. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อ ความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง โดยแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับ เปรียบเทียบสองกลุ่ม โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ของ คอแครน (Cochran, 1977 อ้างถึงในธีรวิฑูฒิ เอกะกุล, 2550) คือ

$$n = \frac{\sigma^2 Z^2}{e^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

(กรณีไม่ทราบค่า σ สามารถกำหนดค่า e เป็นเปอร์เซ็นต์ของ σ เช่น 8% ของ σ ($e = 0.08\sigma$) หรือ 10% ของ σ ($e = 0.10\sigma$))

Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

- ถ้าระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ .05 มีค่า $Z = 1.96$

- ถ้าระดับความเชื่อมั่น 99% หรือระดับนัยสำคัญ .01 มีค่า $Z = 2.58$

จากการศึกษาของจิราพร อินนอก (2551) เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อ ความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามคะแนน ความปวด เท่ากับ 25 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 12 คะแนน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ± 5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จะเท่ากับ

$$n = \frac{\sigma^2 Z^2}{e^2}$$

$$n = \frac{12^2 1.96^2}{5^2}$$

$$n = 22.11$$

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างมีการถอนตัวออกจากงานวิจัยด้วย ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 (Polit, & Beck, 2004) สรุปกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้จึงเพิ่มอีก 4 ราย เป็น 26 รายต่อกลุ่ม รวมใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 ราย การวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย ผู้วิจัยจึงศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะของประชากรข้างต้น และทำการศึกษาจนครบ 26 ราย จากนั้นจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง

อนึ่งการวิจัยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย มีการจับคู่ (Match pair) ทั้ง 2 กลุ่ม ตามลักษณะ ดังนี้

1. อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี
2. ลักษณะการได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ได้แก่ การถูกกระทบกระเทือน การถูกยิงและการถูกแทง
3. อวัยวะช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บ
4. ประวัติการได้รับการผ่าตัด
5. ระดับความปวด
6. ชนิดยาบรรเทาปวด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ

1.1 โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง โดยใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เรื่อง การบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (ภาคผนวก ก) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวทางการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยกระบวนการสร้างสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม วารสาร การพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง ประยุกต์ใช้ตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001)

1.1.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่ม ตัวอย่าง ตามเกณฑ์คัดเข้า โดยสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึก ประสบการณ์ภายหลังได้รับการผ่าตัด ช่องท้อง การจัดการความปวด รวมถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง และสอบถามพยาบาลประจำ หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวนทั้งหมด 5 ราย ที่มีเวลาในการให้ข้อมูล ไม่มีภาระ งานที่เร่งด่วน สามารถที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลจัดการความปวด รวมถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ช่องท้องในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง (ภาคผนวก ข)

1.1.3 นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและพยาบาล ประมาณ 2 ใน 3 ของข้อมูลที่ได้ทั้งหมด มาพิจารณากำหนดขอบเขต ของเนื้อหาข้อมูล เรื่องการบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยผู้วิจัย นำเนื้อหา ข้อมูลมาเขียนในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เรียงลำดับการบาดเจ็บช่องท้อง ความหมาย กลไกการบาดเจ็บ การจัดการความปวด รวมถึงการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้สื่อโปรแกรม คอมพิวเตอร์ (Power point) ที่มีความหมายชัดเจน เข้าใจง่าย ตรงกับความเป็นจริง พร้อมทั้งกำหนด ภาพให้ตรงกับเนื้อหา และครอบคลุมแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยมีข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องท้อง ได้แก่ ความหมาย ลักษณะการ บาดเจ็บ การรักษา สภาพแผลผ่าตัดและสภาพการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต

2) ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ การจัดการความปวดแบบใช้ยาและการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา วิธีการบรรเทาความปวด มี 3 วิธี คือ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผลผ่าตัดขณะไอ อย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าบรรเทาปวด (Positioning) รวมถึงการ บรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ การฟัง และการคิด

3) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง และการบริหารกล้ามเนื้อ แขน ขา และเท้า 2) การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด ได้แก่ การประเมินและจัดการ ความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การจัดทำบรรเทาความปวดและการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ

4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน และการสังเกตอาการผิดปกติขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.2 แผนการสอน เรื่อง วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าบรรเทาปวด (Positioning) (ภาคผนวก ค) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวทางการจัดการและบรรเทาความปวดอาศัยหลักในการปฏิบัติ ได้แก่ ความเหมาะสมของช่วงเวลาในการปฏิบัติ ระยะเวลาในการปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ อย่างถูกต้อง มีการสอนแบบสาธิต และสาธิตย้อนกลับ เพื่อจัดการความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างเหมาะสม

1.3 คู่มือผู้ป่วย เรื่อง การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ซึ่งอาศัยแนวทางการจัดการและบรรเทาความปวดโดยหลักการปฏิบัติและผู้ป่วยสามารถทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าบรรเทาปวด (Positioning) (ภาคผนวก ง)

1.4 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องครั้งแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ตามเกณฑ์คัดเข้าเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย (ภาคผนวก ข (1)) เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสอนและให้ข้อมูลผู้ป่วย มีขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ ดังนี้

1.4.1 แนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์

1.4.2 ขอความร่วมมือกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ให้ผู้ป่วยเซ็นเอกสารคำยินยอมการเข้าร่วมสัมภาษณ์

1.4.3 ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในขณะสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยคำถามกว้าง ๆ หลังจากนั้นจะเจาะลึกไปตามบริบท และสิ่งบอกเล่าของผู้ป่วย ในระยะหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยมีประเด็นคำถามหลัก ๆ ดังนี้

- 1) ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด วิตกกังวลหรือกลัวสิ่งใดมากที่สุด ณ ตอนนั้น
- 2) สิ่งแรกที่ท่านต้องการทำหลังจากฟื้นจากยาระงับความรู้สึก คืออะไร
- 3) หลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ว ท่านรู้สึกเจ็บปวดเพียงใด

4) เมื่อท่านปวดแผล ท่านทำอย่างไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น เรียกหรือบอกพยาบาล นอนนิ่ง ๆ ให้อาการทุเลาเอง ทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้าออกเพื่อบรรเทาความปวด ฯลฯ)

5) ท่านประสบกับอาการอื่น ๆ หรือไม่ นอกเหนือจากอาการปวดหลังผ่าตัด (ตัวอย่าง เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ ฯลฯ) ท่านมีการปฏิบัติตัวหรือจัดการกับอาการนั้นอย่างไร

6) สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดให้ผู้ป่วยได้รับฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ยุติการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ในครั้งนี้

1.5 แบบสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง (ภาคผนวก ข (2)) โดยสัมภาษณ์พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จำนวน 5 ราย เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในการสอนและแนะนำผู้ป่วย มีขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ ดังนี้

1.5.1 แนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์

1.5.2 ขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ให้เซ็นเอกสารคำยินยอมการเข้าร่วมสัมภาษณ์

1.5.3 ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในขณะสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยคำถามกว้าง ๆ หลังจากนั้นเจาะลึกไปตามบริบท และสิ่งบอกเล่าของพยาบาล ซึ่งจะแบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ระยะ โดยมีประเด็นคำถามหลัก ๆ ดังนี้

1) หลังจากแรกรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดหอผู้ป่วย จนถึงย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างไรบ้าง

2) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวด หรือมีการร้องขอยาแก้ปวดเพิ่ม พยาบาลมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

3) คำแนะนำต่าง ๆ ที่ให้ผู้ป่วยก่อนย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) มีอะไรบ้าง

4) สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้รับฟัง ยุติการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ในครั้งนี้

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว (ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ลักษณะการบาดเจ็บ ประเภทของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต การใช้เครื่องช่วยหายใจรวมถึงการได้รับยาบรรเทาความปวด

2.2 สมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเอง (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ รหัสผู้ป่วย (Code) อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด วันที่บันทึกข้อมูล เวลาที่บันทึกตามการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ เวลา 06.00 น., 10.00 น., 14.00 น., 18.00 น., 22.00 น. และ 02.00 น. ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยหลับ รวมถึงการจัดการความปวดของตนเองแบบไม่ใช้ยา ในระยะเวลา วันที่ 1-3 หลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ผู้วิจัยได้นำมาตรวัดความปวดความทุกข์ทรมาน (0-10 Numeric pain distress scale) ของ Ignatavicius (2013, p. 48) ด้วยมาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขอยู่ด้านล่าง คือ 0-10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มี ความปวดเลย 10 หมายถึง ความปวดมากที่สุด 1-9 แทนระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น การประเมินความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้องและได้รับการย้ายหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเองในเวลา 06.00 น., 10.00 น., 14.00 น., 18.00 น., 22.00 น. และ 02.00 น. ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยหลับ รวมถึงการจัดการความปวดของตนเองแบบไม่ใช้ยา ผู้ป่วยบันทึกเป็นตัวเลขแทนแสดงวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในการจัดการความปวดด้วยตนเองขณะพักและขณะเคลื่อนไหว รวมถึงคะแนนความปวดหลังการจัดการความปวด 15-30 นาที ขณะรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 1-3 โดยวันที่ 1 สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีเขียว วันที่ 2 สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีเหลือง และวันที่ 3 สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีชมพู ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกความปวดด้วยตนเอง

2.3 แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่บาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการย้ายหอผู้ป่วยสามัญ (ภาคผนวก ช) เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ วันที่และเวลาที่เยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งแบบเยี่ยมอาการเป็นการติดตามกิจกรรมการพยาบาลในส่วนของความรุนแรงของความปวด การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา คือ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคบแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพและการจัดทำบรรเทาปวด ผลลัพธ์การจัดการความปวด การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคและการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งผู้วิจัยจะเยี่ยมอาการผู้ป่วยและบันทึกการเยี่ยมเองใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงตามลำดับ เพื่อสอบถามการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วย

บาดเจ็บช่องท้อง เพื่อส่งเสริมและแนะนำกิจกรรมการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมให้กับผู้ป่วยที่
 หอผู้ป่วยสามัญ โดยใช้แนวทางการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001)
 ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ 2) วิธีการจัดการอาการ และ
 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ นำมาสอบถามผู้ป่วยในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญ
 ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย ระดับความปวดอยู่ในระดับใด ความ
 สอดคล้องกับพยาธิสภาพภายหลังการผ่าตัดช่องท้องหรือไม่ การจัดการความปวดโดยการใช้ยา
 หรือไม่ใช้ยา รวมถึงมีวิธีการจัดการความปวดอย่างไร และผลลัพธ์จากการจัดการความปวด
 ประเมินผลจากการจัดการความปวดของผู้ป่วยมีประสิทธิผลหรือไม่ มีการวิเคราะห์ปัญหาและ
 อุปสรรคในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

2.4 แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง (ภาคผนวก ข) เป็นแบบสอบถามที่
 ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้
 1) การทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง และการลุกเดินจากเตียง
 2) การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการฝึกสมาธิ
 หายใจเข้าออก 3) การดูแลแผลผ่าตัด 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การนอนหลับพักผ่อน
 เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินของ
 ขวัญจิตร โอซุม (2549) ซึ่งใช้แนวทางการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001)
 เป็นข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงตั้งแต่ 48-72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด
 โดยประเมินหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญครบ 72 ชั่วโมง มีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด จำนวน 24 ข้อ
 ซึ่งเป็นความรู้สึกทางบวก 23 ข้อ และเป็นความรู้สึกทางลบ 1 ข้อ คือ ข้อ 15 แบบสอบถามการ
 ปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องชุดนี้ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีการกำหนดคะแนนใน
 แต่ละข้อ 0-2 คะแนน ยกเว้นข้อ 6,7,14,15,21 และ 22 มีคะแนน 0-1 คะแนน รวม 42 คะแนน
 คิดเป็น ร้อยละ 100 จากนั้นแปลผลคะแนนเป็นระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนเทียบเป็นร้อยละ
 (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังนี้

0-8 คะแนน (ร้อยละ 1 – 19) หมายความว่า ไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย

9-16 คะแนน (ร้อยละ 20-39) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้างแต่น้อยมาก

17-25 คะแนน (ร้อยละ 40-59) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีงดเว้นบ้าง

26-33 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ ค่อนข้างบ่อย

34-42 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายความว่า ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) คือ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1.1 สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เรื่อง การบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง

1.1.2 แผนการสอนการบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

1.1.3 คู่มือผู้ป่วย เรื่อง การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

1.2 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว สมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเอง แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง และแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย

1.3 แบบคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ฉ)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ประเภท ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ฉ) คือ แพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านทศัลยกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง 3 ปีขึ้นไป 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิตเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการจัดการกับอาการ 1 ท่าน การจัดการความปวด 1 ท่าน และการพยาบาลทศัลยกรรม 1 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ซึ่งดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.5 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2555, น. 243) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้ค่า IOC 0.60-1.00 ทุกฉบับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเดิมมี 25 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องครั้งแรกที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย 15 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ความเที่ยงของแบบสอบถามควรมีค่า 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร, 2555, น. 232) ซึ่งผลการตรวจสอบแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ เหลือ 24 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี บัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พร้อมกับยื่นเอกสารขอรับคำพิจารณาด้านจริยธรรม เสนอไปยังหน่วยงานโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

1.2 หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อบุคลากรโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้เกี่ยวข้อง หัวหน้ากลุ่มงาน พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ และพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) และเข้าสู่กระบวนการจัดทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่อไป

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานผ่านทางพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ และพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุด้วยตนเอง โดยเมื่อมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ และกลุ่มตัวอย่างตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจ้งผู้วิจัยเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายถึงวัตถุประสงค์ การวิจัย การเก็บข้อมูลในการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิ่งที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย และขั้นตอนของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ก่อนจนครบ จำนวน 26 คน และดำเนินเก็บตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองต่ออีกจำนวน 26 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในการเก็บการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 52 คน ผู้วิจัยมีขั้นตอนดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ได้แก่

2.1.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ที่เข้าพักรักษาตัว ณ หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จากระบบคอมพิวเตอร์ และทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2.1.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ที่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจแล้ว เป็นรายบุคคล โดยมีการแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย

สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้รับทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2.1.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ และใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลกับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก

2.1.4 ผู้วิจัยอธิบายการใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วยข้อความจำนวน 24 ข้อ

2.1.5 ผู้วิจัยอธิบายการใช้สมุดบันทึกการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แพทย์ พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ (หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ) ในวันที่ 1, 2 และ 3 โดยประเมินความปวดตามมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) และระบุวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

2.1.6 ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

2.1.7 ผู้ป่วยส่งเอกสารแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องและสมุดบันทึกการจัดการความปวดฝากไว้ที่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามัญ ในวันที่ 3 ของการพักรักษาตัวใน ณ หอผู้ป่วยสามัญ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ได้แก่

2.2.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง ที่เข้าพักรักษาตัว ณ หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ จากระบบคอมพิวเตอร์ และทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2.2.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจแล้วเป็นรายบุคคล โดยมีการแนะนำตัวกับผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้ป่วย โดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2.2.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ และใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลกับผู้ป่วย เพื่อบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก

2.2.4 ผู้วิจัยอธิบายการใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วยข้อความจำนวน 24 ข้อ

2.2.5 ผู้วิจัยอธิบายการใช้สมุดบันทึกการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แพทย์ พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ (หออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ) ในวันที่ 1, 2 และ 3 โดยประเมินความปวดตามมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) และระบุวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

2.2.6 หลังจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ข้อมูลการพยาบาลปกติ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยรับชมสื่อการสอนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เรื่อง การบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง จากโน้ตบุ๊กที่วางไว้ที่โต๊ะข้างเตียงผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการสอน เป็นระยะเวลา 40 นาที ถ้าผู้ป่วยข้อสงสัยหรือส่วนใดที่ได้รับฟังไม่ชัดเจน หรือยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยซึ่งอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการสอน มีการเปิดทวนซ้ำ เมื่อผู้ป่วยดูสื่อการสอนจบ ผู้วิจัยจะมีการพูดคุยซักถามความเข้าใจและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย

2.2.7 เมื่อผู้ป่วยได้รับการสอนด้วยสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) จบ ผู้วิจัยสอนแบบสาธิต และสาธิตย้อนกลับร่วมกับผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคบแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำบรรเทาปวด และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วย เรื่อง การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง เพื่อผู้ป่วยนำไปปฏิบัติเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริงภายหลังผ่าตัดเมื่อพักรักษาตัว ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) ให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

2.2.8 หลังจากผู้ป่วยย้ายไปพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ (หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ) ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดพร้อมทั้งจัดบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ (หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ) ในวันที่ 1, 2 และ 3 ด้วยตนเอง

2.2.9 หลังจากผู้ป่วยย้ายไปพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ (หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยพร้อมทั้งใช้แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในวันที่ 1, 2 และ 3 เพื่อประเมินความรุนแรงของการจัดการความปวดและผลลัพธ์ของการจัดการความปวด พร้อมทั้งวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

2.2.10 ผู้ป่วยส่งเอกสารแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องและสมุดบันทึกการจัดการความปวดฝากไว้ที่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามัญ ในวันที่ 3 ของการพักรักษาตัวใน ณ หอผู้ป่วยสามัญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB: P3-0063/2563) และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (REC 52/2563) (ภาคผนวก ก)
2. กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตนระหว่างการดำเนินการวิจัย และรับทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมการวิจัย
3. เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความยินดีตอบรับเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องมีการลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการทุกราย และกลุ่มตัวอย่างสามารถขอลอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา
4. การรวบรวมข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลมีการกระทำโดยให้การเคารพศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูล และผลลัพธ์จากการวิจัยที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลทางการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และมีการทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความเท่าเทียมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Independent t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – เมษายน 2564 ซึ่งการนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความเจ็บปวด ความปวด (24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) และการได้รับยาแก้ปวด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความเจ็บปวด ความปวด (24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) และการได้รับยาแก้ปวด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บช่องท้องเป็นครั้งแรก จำนวน 52 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่า ๆ กัน จำนวน 26 ราย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความเจ็บปวด และความปวด (24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) และการได้รับยาแก้ปวด โดยมีการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square test , Fisher's exact test และ Independent t-test ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (ตาราง 3-5)

ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ความเจ็บป่วยและการได้รับยาแก้ปวด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		χ ²	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ¹						
ชาย	15	57.70	16	61.53	0.08	.78 ^{ns}
หญิง	11	42.30	10	38.47		
สถานภาพสมรส²						
โสด	10	38.47	7	26.92	2.15	.54 ^{ns}
คู่	14	53.85	17	65.39		
หย่า/แยกกันอยู่	1	3.84	-	-		
หม้าย	1	3.84	2	7.68		
ศาสนา²						
พุทธ	23	88.46	22	84.62	0.17	.69 ^{ns}
คริสต์	3	11.54	4	15.38		
ระดับการศึกษา²						
ประถมศึกษา	3	11.54	4	15.38	0.29	.96 ^{ns}
มัธยมศึกษา	8	30.77	8	30.77		
อนุปริญญาตรี	4	15.38	3	11.54		
ปริญญาตรี	11	42.30	11	42.30		
อาชีพ²						
นักเรียน	4	15.38	2	7.68	.14	.95 ^{ns}
เกษตรกรรวม	5	19.24	4	15.38		
รับจ้างทั่วไป	4	15.38	5	19.24		
ค้าขาย	4	15.38	5	19.24		
กิจการส่วนตัว	6	23.08	6	23.08		
รับราชการ/เอกชน	3	11.54	4	15.38		
ลักษณะการได้รับบาดเจ็บ²						
กระทบกระแทก	22	84.62	24	92.31	.09	.58 ^{ns}
ถูกแทง	3	11.54	1	3.84		
ถูกยิง	1	3.84	1	3.84		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ²					
กระเพาะอาหาร	4	15.38	4	15.38	0.44	1.00 ^{ns}
กระบังลม	2	7.68	2	7.68		
ลำไส้เล็ก	11	42.30	11	42.30		
ลำไส้ใหญ่	1	3.84	2	7.68		
ตับอ่อน	2	7.68	2	7.68		
ม้าม	5	19.24	4	15.38		
กระเพาะปัสสาวะ	1	3.84	1	3.84		
ประวัติการได้รับการผ่าตัด ¹						
ไม่เคย	17	65.39	18	69.23	0.09	.77 ^{ns}
เคย	9	34.61	8	30.77		
จำนวนครั้งในการได้รับยาแก้ปวด (ยาฉีด)						
ต่อวัน ²						
1 ครั้ง	2	7.68	10	38.47	0.28	.98 ^{ns}
2 ครั้ง	10	38.47	14	53.85		
3 ครั้ง	10	38.47	1	3.84		
4 ครั้ง	4	15.38	1	3.84		

1= Chi square test, 2= Fisher's exact test, ns= not significant (p>.05)

ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=26)			กลุ่มทดลอง (n=26)			t	p-value
	Min-Max	\bar{X}	S.D.	Min-Max	\bar{X}	S.D.		
	อายุ	21-58	36.42	10.14	21-58	38.46		

ns = not significant (p>.05)

จากตาราง 3 และ 4 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีอายุประมาณ 36 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.85) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.46) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.30) ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 23.08) ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากการกระทบกระแทก (ร้อยละ 84.62) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ ลำไส้เล็ก (ร้อยละ 42.30) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 65.39) ภายหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมได้รับยาแก้ปวด 2-3 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 76.94)

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ที่มีอายุประมาณ 38 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.39) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.62) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.30) ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 23.08) ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากการกระทบกระแทก (ร้อยละ 92.31) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ ลำไส้เล็ก (ร้อยละ 42.30) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 69.23) ภายหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มทดลองได้รับยาแก้ปวด 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 53.85)

การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ ลักษณะการได้รับบาดเจ็บ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและการได้รับยาแก้ปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ส่วนเพศ และประวัติการได้รับการผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ในส่วนของอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตาราง 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (มากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย) ภายหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

ความปวด (มากที่สุด ขณะเคลื่อนไหว ร่างกาย)	กลุ่มควบคุม (n=26)			กลุ่มทดลอง (n=26)			t	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	8.92	0.56	มาก	8.92	0.69	มาก	.00	.26 ^{ns}
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง (24-48 ชั่วโมง)	8.54	1.10	มาก	8.62	1.33	มาก	-0.23	.43 ^{ns}

ns= not significant ($p > .05$)

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากที่สุดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง (ในขณะที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย) ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

เมื่อครบ 24 ชั่วโมงของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดมากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 8.92$, S.D.= 0.56) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ($\bar{x} = 8.92$, S.D.= 0.69) เมื่อเวลาผ่านไปครบ 48 ชั่วโมง (24-48 ชั่วโมง) ของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดมากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกับในระยะ 24 ชั่วโมงของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากที่สุด ภายหลังจากย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง ด้วยสถิติ Independent t test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงไว้ในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด (มากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย) หลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง (48-72 ชั่วโมง) ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

ความปวด (มากที่สุดขณะ เคลื่อนไหวร่างกาย)	\bar{x}	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)			t	p-value
		S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ		
		เมื่อครบ 72 ชั่วโมง (48-72 ชั่วโมง)	7.92	1.47	มาก	6.58		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 6 จะพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญมีค่าเฉลี่ยความปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกายแล้ว เกิดความปวดที่มีความรุนแรงมากที่สุด ($\bar{x} = 6.58$, S.D.= 1.75) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{x} = 7.92$, S.D.= 1.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงไว้ใน ตาราง 7



ตาราง 7 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
โดยใช้สถิติ Independent t-test

การปฏิบัติตน หลังผ่าตัดช่องท้อง	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		t	p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	ระดับ		
1. การทำกิจกรรมบนเตียง	17.81	4.67	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มืดวันบ้าง	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	-25.34	.000***
2. การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด	18.12	3.23	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มืดวันบ้าง	ทำกิจกรรมนั้น ๆ ค่อนข้างบ่อย	-13.24	.000***
3. การดูแลแผลผ่าตัด	19.00	5.43	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มืดวันบ้าง	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	-19.17	.000***
4. การทำกิจวัตร ประจำวัน	17.81	4.67	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มืดวันบ้าง	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	-25.36	.000***
รวม 4 ด้าน (42 คะแนน)	17.80	4.67	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มืดวันบ้าง	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ	-15.49	.000***

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด โดยมีระดับการทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีงดเว้นบ้าง ในการทำกิจกรรมบนเตียง ($\bar{x} = 17.81$, S.D.= 4.67) การควบคุมความปวดและเผชิญกับความเครียด ($\bar{x}=18.12$, S.D.= 3.23) การดูแลแผลผ่าตัด ($\bar{x}= 19.00$, S.D.= 5.43) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x}= 17.81$, S.D.= 4.67) ในส่วนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน มีระดับการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ คือ การทำกิจกรรมบนเตียง ($\bar{x}= 41.88$, S.D.= 1.28) การดูแลแผลผ่าตัด ($\bar{x}= 40.72$, S.D.= 1.93) และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x}= 41.92$, S.D.= 1.29) ส่วนการควบคุมความปวดและเผชิญกับความเครียด ($\bar{x}=32.08$, S.D.= 4.30) ระดับการทำกิจกรรมนั้น ๆ ค่อนข้างบ่อย ซึ่งการทำกิจกรรมรวมทั้ง 4 ด้าน ในกลุ่มควบคุม ($\bar{x}= 17.80$, S.D.= 4.67) อยู่ในระดับทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีงดเว้นบ้าง ส่วนกลุ่มทดลอง ($\bar{x}= 41.88$, S.D.= 1.27) อยู่ในระดับทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้องและได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญครบ 72 ชั่วโมง ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในแต่ละด้านและรวมทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยวัดหลังการทดลอง (Posttest only control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2564 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ คือ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพที่ช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บ ยกเว้นพยาธิสภาพที่ตับ ซึ่งต้องมีการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 20 - 60 ปี ระดับความรู้สึกตัวดี มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ เข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้ ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง โดยมีสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เรื่อง การบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) และเอกสารคู่มือการให้ข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมีเนื้อหาเหมือนกับสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ภายหลังผู้ป่วยได้รับการสาธิตและสาธิตย้อนกลับตามแผนการเรียนการสอนเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว 2) สมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเอง มีลักษณะเป็นมาตรวัดความปวด (0-10 Numeric pain distress scale) 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ครอบคลุมการทำกิจกรรมบนเตียง การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด การดูแลแผลผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงตั้งแต่ 48-72 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดโดยประเมินหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญครบ 72 ชั่วโมง มีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ และ 4) แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17.0 โดยวิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent t-test จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ความเจ็บป่วย ความปวด (24 และ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด) และการได้รับยาแก้ปวด วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด หลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด อย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (อายุประมาณ 36 ปี และ 38 ปี ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากการกระทบกระแทก มีพยาธิสภาพที่ช่องท้อง และไม่เคยผ่าตัดช่องท้อง มีความปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกายที่มีความรุนแรงมากที่สุด เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก และได้รับยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาปวด

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดขณะเคลื่อนไหวที่รุนแรงมากที่สุดหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง รวม 4 ด้าน คือ 1) การทำกิจกรรมบนเตียง 2) การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 4) การทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในขณะที่คลื่นไหวร่างกาย และมีความปวดรุนแรงมากที่สุด ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มควบคุมมีความปวดอยู่ในระดับมากทั้งในระยะหลังผ่าตัด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ต่างจากกลุ่มทดลองที่มีความปวดหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อครบ 72 ชั่วโมง มีความปวดระดับปานกลาง เหตุที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง จะมีความปวดสูงที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (จรินทร์ พวกยะ และ สุวีพร ธนศิลป์, 2556) และหลังจากนั้นความปวดจะยังคงอยู่แต่จะค่อย ๆ ลดลงในชั่วโมงที่ 72, 96, 120 ต่อมา (ซัชดา เชาวส์สันเทียะและ คณะ, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันตา โกสุมภ์ (2557) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับมาก ซึ่งเกิดจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น ฟังผืด หลอดเลือดและเส้นประสาทที่ได้รับการผ่าตัด (Gilstrap, et al., 2002, pp. 275-292) สามารถอธิบายด้วยกลไกการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล่าวคือ เมื่อเนื้อเยื่อ หลอดเลือดและเส้นประสาทบริเวณหน้าท้องได้รับบาดเจ็บจากการบาดเจ็บช่องท้องรวมถึงจากมีดผ่าตัด สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นประสาทส่วนปลายบริเวณนั้นจะส่งกระแสประสาทไปยังระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลัง กล่าวคือ ไยประสาทรับรู้ความรู้สึก A delta และ C fiber รับสัญญาณประสาทจาก Nociceptors ส่งต่อสัญญาณไปยังไขสันหลัง เพื่อทำการประสานประสาท (Synapse) กับเซลล์ประสาทในชั้นต่าง ๆ ใน Dorsal horn ซึ่งมี 10 ชั้น (Laminae) โดย A delta จะ Synapse laminae 1 และ 5 ส่วน C fiber จะ Synapse laminae 2 ซึ่ง Laminae 1 และ 2 จะเรียกว่า Substantia Gelatinosa หรือ SG เมื่อประตูเปิด มีการส่งสัญญาณประสาทจาก A delta และ C fiber ที่ไขสันหลังแล้วก็จะมีการปล่อยสาร พี (Substance P) ไปจับกับ Neuroreceptors ที่ SG เกิด Nociceptive transmission ซึ่งจะนำส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง จึงก่อให้เกิดความรู้สึกปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Melzack, 1996 as cited in Smeltzer, et al., 2010, p. 235)

ส่วนในระยะ 48-72 ชั่วโมงขึ้นไปนั้น ความปวดจะยังคงอยู่แต่จะค่อย ๆ ลดลง เนื่องจาก ร่างกายของผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมได้มากขึ้น ให้ความร่วมมือต่อ แผนการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ และขวัญจิตร ปุณโพธิ์ (2549) ในการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดภายหลังได้รับการผ่าตัด ช่องท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) พบว่า 1) ในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับสูง ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลัง ผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับต่ำ 2) วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ พลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย วิธีจัดการกับความปวดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุด คือ ให้ความสนใจและถามถึงอาการปวด 3) ความปวดรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในด้าน การไอและการหายใจเข้าออกลึก ๆ การเคลื่อนไหว การนอนหลับ อารมณ์ และการทำกิจกรรมอื่น ๆ และ 4) ผู้ป่วยมีค่าคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลการ ปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การจัดการกับความปวดในระยะหลังผ่าตัดช่วงแรกอาจทำได้ค่อนข้างยาก มักมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพักผ่อนนอนหลับ ด้านอารมณ์ (สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ และขวัญจิตร ปุณโพธิ์, 2552, น. 327) และการศึกษาของอังคณา จงเจริญ และสิริกิร เทียนหล่อ (2554) เช่นเดียวกับโคชล์ และคณะ (Kochs et al., 2000) พบว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหลังผ่าตัดมากที่สุด คือ นอนนิ่ง ๆ เคลื่อนไหวให้น้อยที่สุด เนื่องจากจะปวดเพิ่มขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย (Good, et al., 2000, p. 96) สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปรางทิพย์ ฉายพุทธ (2552) เช่นเดียวกับการศึกษาของบรรจง จารุงศ์ (2551) เนื่องจากการ เคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนท่า จะทำให้ปวดมากขึ้น ซึ่งแผลผ่าตัดไวต่อการกระตุ้นเป็นอย่างมากแม้จะมีสิ่งมากระตุ้นเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงพฤติกรรมต่าง ๆ ในช่วงแรก ดังนั้น การบรรเทาความปวดในระยะนี้อาจจะต้องใช้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของ แพทย์ ซึ่งระดับความปวดที่ลดลงนั้นอาจใช้ยาในการบรรเทาความปวด คือ มอร์ฟีน (Morphine) และเพทิดีน (Pethidine) ทำให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวดในระยะแรกของการผ่าตัด (24 ชั่วโมงแรก) ผู้ป่วยอาจได้รับยาทุก ๆ 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความปวด รุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับยาค่อนข้างถี่และบ่อย จนถึงระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทุเลापวดแผล ผ่าตัด การได้รับยาแก้ปวดชนิดนี้ก็จะลดลง (Abolfazl et al., 2016)

โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีการนำเสนอในรูปแบบสื่อ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เรื่อง วิธีการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บช่องท้อง เพื่อบรรเทาปวดและการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

มีวิธีการบรรเทาความปวด ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคอง แผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าบรรเทาปวด (Positioning) รวมถึงการบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ การฟังและการคิด ส่วนการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และเท้า การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งข้อระวังในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ช่อง ท้อง ซึ่งมีการสาธิตย้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถ คาดเดา เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ เมื่อผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์จริง สามารถใช้ความรู้ ความเข้าใจ ที่มีอยู่เดิมในการแปลความหมายของข้อมูลนั้น ๆ และพิจารณาตัดสินใจในการเลือกใช้วิธีการเผชิญ กับเหตุการณ์ และควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญได้อย่าง เหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจึงเกิดการรับรู้ความปวดลดลง ทั้งนี้การรับรู้ความปวดเกิดจากการการ ทำงานของระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน (Melzack, 1986, pp. 6-10; Potter, & Perry, 1993, p. 1180) คือ 1) ด้านการรับรู้และแยกแยะ (Sensory discriminative dimension) เป็นการทำงานประสานกันของสมองส่วน Thalamus และ Sensory cortex ทำให้เกิดการรับรู้และแยกแยะความรุนแรง ลักษณะ รวมถึงตำแหน่งของอาการปวด 2) ด้าน เจริญอารมณ์ (Motivational affective dimension) เป็นการทำงานประสานกันระหว่าง Reticular formation และ Limbic system ทำให้เกิดการตอบสนองต่อความปวดด้านต่าง ๆ และ 3) ด้านการ คิดและการประมวลผล (Cognitive evaluative dimension) เป็นการทำงานของสมองส่วน Cortex จึงทำให้เกิดการแปลความหมายของความปวด การที่ระบบควบคุมส่วนกลางวิเคราะห์และแปลข้อมูล ความปวด จะส่งผลย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการเปิดและการปิดของระบบควบคุมประตู หากกลไกทำ ให้ประตูเปิดก็จะกระตุ้น Transmission cells เกิดการนำกระแสประสาท หากเกินระดับ Threshold ก็จะทำให้เข้าสู่ระบบแสดงผล (Action system) เกิดการตอบสนองต่อความปวดด้านพฤติกรรมขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้จึงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อครบ 72 ชั่วโมงภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกันตา โกสุมภ์ (2557) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการ ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี พบว่า คะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระดับความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของทศกร สุธธิประภา, และชนกพร จิตปัญญา (2557) ที่ศึกษาผล ของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัด หัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการ ประกอบด้วยทำให้ข้อมูลร่วมกับการฟังดนตรีในขณะที่มีการลุก

นี้ ผลการศึกษา พบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรก ขณะมีกิจกรรมการลุกนั่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของ อังคณา จงเจริญ และสิริกร เทียนหล่อ (2554) ที่ศึกษาผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่โรงพยาบาลชลบุรี ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ขณะที่คะแนนความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมุติฐานที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องและย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเมื่อครบ 72 ชั่วโมงสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในเรื่องการปฏิบัติตัวรวม 4 ด้าน คือ 1) การทำกิจกรรมบนเตียง 2) การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามโปรแกรม คือ โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนที่นำเสนอผู้ป่วยในรูปแบบของสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) บรรยาย ถามตอบ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ รวมถึงมีคู่มือการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นสื่อการให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่จะย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นและมีการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บช่องท้องได้ถูกต้อง

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ โดยผู้ป่วยประเมินความปวดของตนเองจากประสบการณ์เดิมในการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้อง เกี่ยวกับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่ง ความบ่อย ความถี่ของการปวดรวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น มีการเรียนรู้และตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดในขณะนั้นได้ดี ความปวดจะบรรเทา 2) กลวิธีการ

จัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินความปวด ช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการความปวดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและเป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาให้มากที่สุด มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องท้อง การได้รับการผ่าตัดและความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแก่ผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดช่องท้อง พร้อมทั้งแนะนำวิธีการจัดการความปวด โดยพยาบาลสาธิตและผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะการจัดการความปวดด้วยตนเองตามคู่มือการจัดการความปวดที่แจกให้ พร้อมทั้งบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการความปวดภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ พยาบาลได้ติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับแก้ไขปัญหา อุปสรรค และฝึกทักษะเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง 3) การประเมินผลลัพธ์ในการจัดการความปวดเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการปวด และกลวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วย โดยจุดประสงค์เพื่อบรรเทาความปวด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ส่งเสริมผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อลดปวดและสามารถปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้ด้วยตนเอง ทำให้การกลับมาทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปกติ โดยมีรูปแบบกิจกรรม คือ ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดลงในสมุดบันทึกการจัดการความปวด และพยาบาลได้ติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยจากสมุดบันทึกการจัดการอาการปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยและแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย ขณะพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ

นอกจากแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนได้ถูกออกแบบโปรแกรมโดยคำนึงถึงถึงทัศนคติของศาสตร์ทางการแพทย์ที่ประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ ภายหลังจากบุคคลได้รับการรักษาอาการบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลจะมีการรับรู้ ประเมินและตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นซึ่งแตกต่างกันไปตามลักษณะของแต่ละบุคคล จากนั้นบุคคลจะเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันไป เพื่อให้อาการบรรเทาลงหรือหายไป ซึ่งวิธีการจัดการอาการมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของแต่ละบุคคล เมื่อใช้วิธีการเหล่านั้นได้ดี บุคคลจะใช้วิธีการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง หากวิธีการจัดการอาการไม่ได้ผล บุคคลจะแสวงหาวิธีการจัดการอื่น หรือให้ผู้อื่นเข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการ อาทิ เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนมีแนวทางในการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นโดยการไม่ใช้ยา การประเมินความปวดและวิธีการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถที่จะปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความร่วมมือในกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้น มีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ที่จะปฏิบัติตนได้ด้วยตนเองในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การควบคุมความปวดและเผชิญ

ความเครียด การดูแลแผลผ่าตัดรวมถึงการทำกิจกรรมบนเตียงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการอาการของดอด้ด และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประเมินสภาวะของโรค กลวิธีในการจัดการกับอาการและอาการแสดง โดยผู้ป่วยได้รับการสอนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง หรือผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ประเมินให้ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตจนสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และสามารถที่จะจัดการกับความปวดและการปฏิบัติตนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการศึกษานี้ใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และคู่มือในการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วย ภายหลังจากย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ มาประยุกต์ใช้ตามแนวคิดการจัดการอาการของดอด้ด (Dodd et al., 2001) ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของซซดา เชาวส์สันเทียะ, อภิญา วงศ์พิริโยธา, เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล, และนางเยาว์ มีเทียน (2555) ที่ศึกษาการจัดการอาการต่อภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวในผู้ป่วยแผลเปิดทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอด้ด และคณะ (Dodd et al., 2001) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสาวิตรี สมมงคล และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน และการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน และการศึกษาของอัจฉรา สุจางริง (2550) ที่ได้ศึกษาศึกษากิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง รวมถึงการศึกษาของเสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตน์พุ่มวงศ์ (2557) ซึ่งศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมและนรีเวช โรงพยาบาลระนอง นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญจิตร โอซุม, และสุรีพร ธนศิลป์ (2549) ที่ศึกษาการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจะมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นได้เองอย่างถูกต้องเหมาะสมและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องใน

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องที่ได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ดังนั้น หออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติยภูมิ ควรมีการดำเนินการต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายให้บุคลากรใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนที่มีการใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์และคู่มือการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง อีกทั้งมีการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการพัฒนาสื่อการให้ข้อมูลผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการนำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์และคู่มือการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องไปใช้ในการให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเตรียมความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ป่วย มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดภาระงานในการเตรียมให้ข้อมูลผู้ป่วย สะดวกและใช้ง่าย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจและสามารถที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ และเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์และทราบถึงปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนตลอดจนสื่อการสอนไปใช้สอนนิสิตพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องหลังผ่าตัด เพื่อช่วยผู้ป่วยบรรเทาปวดและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดิมเปรียบเทียบกับตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน ความพึงพอใจและความทุกข์ทรมาน เป็นต้น

2. การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ เช่น ภาวะเพาะอาหารหรือลำไส้ทะลุ (Hollow viscus organs perforation) มดลูกแตก (Rupture of the uterus) เป็นต้น

3. การศึกษาเปรียบเทียบความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้ากับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กันตา โกสมภ. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- กฤษณา สันวงศ์ตา, ชนาภานต์ กำคำ, ปัญจพร คำแก้ว, นัชรี ชาวเขียววงศ์, ศุภกรปัญญาธิษฐ์ และปิยธิดา จุลละเปี้ย. (2560). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด *open cholecystectomy* แบบผสมผสาน (รายงานวิจัย). ลำปาง: โรงพยาบาลเถิน.
- ขวัญจิต โอชุม และ สุรีพร ธนศิลป์. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการฟังดนตรีต่อความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกละเอิน (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรินทร์ พวงยะ และ สุรีพร ธนศิลป์. (2556). ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกายจิตแบบ ซึ่งกต่อความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกละเอิน. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 6(1), 1-19.
- จตุพร ศิริกุล. (2552). Abdominal trauma. ใน *คณะกรรมการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต, Critical care nursing conference* (น. 342-353). กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- จิราพร พงษ์สุน, ทศนีย์ เดชเสน, พชรวลี ประชุมรักษ์, มานะ สมบัติดี, วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์ ทองสิงห์, จณิสตา สายสุด, และศิริรัตน์ อินทรเกษม. (2560). ประสิทธิภาพของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(2), 14-27.
- จิราพร อินนอก. (2551). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- จุฑามาศ คำแพรวดี, และเบญจวรรณ ชีระทองกุล. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้อง พักพื้น. กรุงเทพฯ: เอ พี ลีฟวิ่ง.
- ฉลาด แสงอาทิตย์, ปาริชาติ กางรัมย์กลาง, และเดชา ทำดี. (2556). การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมโดยเร็วในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษ เฉลิมพระบารมี 10 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพยาบาล สวนดอก*, 19(2), 18-27.

- ซัชดา เชาว์สันเทียะ, อภิญญา วงศ์พิริโยธา, เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล, และนงเยาว์ มีเทียน.
(2555). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวในผู้ป่วย
แผลเปปติกทะลุที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาสารคาม:
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ซัชมน ดำรงรักษัธรรม. (2552). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่ามือต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณฤพร ชัยประกิจ, ขวัญยุพา สุคนธมาน, อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา, ทวีชัย เตชะพงค์วชัย, และสุปราณี
นิรุตติศาสตร์. (2551). ประสิทธิภาพของการกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดอาการปวด
หลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังหรือการผ่าตัดหมอนรองกระดูก: การศึกษาเบื้องต้น.
เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ, 18(3), 73-77.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบุรย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตรประมาณค่า (Rating
Scale) เพื่องานวิจัย. วันที่สืบค้น 22 พฤศจิกายน 2562, จาก [http://ms.src.ku.ac.th/
schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc](http://ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc)
- ทิตากร สุทธิประภา และ ชนกพร จิตปัญญา. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความ
ปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมง
แรก. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 6(1), 3-11.*
- ธราธร ดรงค์พันธุ์. (2552). Review Article/บทฟื้นฟูวิชาการ: การวัดสัญญาณชีพ.
สืบค้น 20 พฤษภาคม 2562, จาก <https://www.taem.or.th/node/144>.
- ธิดารัตน์ คำบุญ. (2560). กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารการ
พยาบาลและสุขภาพ, 11(2), 38-51.*
- ธิดารัตน์ จิรพงศ์เจริญลาภ. (2558). เอกสารประกอบการเรียนการสอน เรื่อง Abdominal injury.
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5).
อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซทการพิมพ์.
- นุชจรี ธรรมพันธ์, พรรณวดี พุฒวัฒน์ และ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม (2558). ผลของโปรแกรมลดอาการ
ท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อ จัดการกับความเจ็บปวด
หลังผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บรรจง จารุงศ์. (2551). *ความปวด การจัดการกับความปวดและผลของความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือ: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวงกมล กฤษณบุตร, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และ เชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 1 สัปดาห์แรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 39-48.
- พนารัตน์ ปะละ และ ฉวีวรรณ ธงชัย. (2555). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรหมทิพย์ เกียรติสิน, สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2552). การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์วรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(2), 87-99.
- เพ็ญประภา อิมเอิบ, วรวิวรรณ คงชุม, กรณิศ หริ่มสีบ. (2551). ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 53-62.
- โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2559). *สถิติสมุดลงทะเลเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ปี 2558-2559*. สืบค้น 25 มกราคม 2565, จาก <http://intranet/soinewintra/download/reportyear61.pdf>.
- โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2560). *สถิติสมุดลงทะเลเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ปี 2559-2560*. สืบค้น 25 มกราคม 2565, จาก <http://intranet/soinewintra/download/reportyear61.pdf>.
- โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2559). *สถิติสมุดลงทะเลเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ปี 2558-2559*. สืบค้น 25 มกราคม 2565, จาก <http://intranet/soinewintra/download/reportyear61.pdf>.
- โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2560). *สถิติสมุดลงทะเลเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ปี 2559-2560*. สืบค้น 25 มกราคม 2565, จาก <http://intranet/soinewintra/download/reportyear61.pdf>.

- วรางคณา อ่ำศรีเวียง, ปรีศนา วะสี, และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2557). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์* (รายงานวิจัย). เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- วาสนา สุขกันต์, และพรนิภา แก้ววิจิตร. (2554). คุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 19(1), 34-46.
- วรนุช ฤทธิธรรม. (2554). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดทางช่องท้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ศศิگانต์ นิมมานรัชต์. (2554). *ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิวาพร ทองสุข. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง: Emergency trauma Nursing: การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็ว ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 14-23.
- ศิรินทรา ทองมี. (2548). *ปัจจัยที่อิทธิพลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ศุภธิดา จันท์บุรี. (2562). *ผลของโปรแกรมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวลความปวดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ. (2555). Abdominal compartment syndrome. ใน พรพรรณ เมืองแมน, เพชร เกษตรสุวรรณ, ธวัชชัย อัครวิพุธ, และวรุฒน์ โล่สิริวัฒน์ (บ.ก.) , *ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 15, หน้า 286-295). กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์.
- สหทัย ไพบูลย์วรชาติ. (2559). *เอกสารประกอบการเรียนการสอน เรื่อง Pain management*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรารุณี สีถาน, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และธวัชชัย อัครวิพุธ. (2560). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(2), 21-35.

- สรราชัย กาญจนลาภ. (2550). Abdominal Injury. ใน สุทธิชาติ พีชผล, นภดล วรอุไร, ศุภวิทย์ มุตตามระ, ปริญญา ทวีชัยการ, ปรียาพันธ์ แสงอรุณ และ วิชัย ประยูรวิวัฒน์, (บ.ก.). *เวชศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 7, น. 333-336). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- สายฝน มหาวัฒน์. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง. ใน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (เล่ม 2, น. 165-189). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี เอ ลีฟวิ่ง.
- สาวิตรี สมมงคล, มยุรี ลีทองอิน, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์, และวสันต์ เจริญสินทรัพย์. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 165-174.
- สาวิตรี สมมงคล, วสันต์ เจริญสินทรัพย์, มยุรี ลีทองอิน, และวิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์. (2559). การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(3), 12-19.
- ไสว นรสาร และ พิรญา ไส้ไหม. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ Trauma nursing. ใน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (บ.ก.), *โครงการตำรา รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สิรินยา พวงจำปา, พิกุล นันทชัยพันธ์, และฉวีวรรณ ธงชัย. (2551). การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคอ่อนคลาย เพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(3), 40-48.
- สมคิด ทองดี. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ และความวิตกกังวลกับการฟื้นตัวด้านสรีรภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้องในระยะวิกฤต* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรภิญโญ, และขวัญจิตร ปุณโพนธ์. (2459). การจัดการกับความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. *รามาธิบดีสาร*, 15(3), 327-343.
- สมพร พงศ์ชู, พัชรี ศรีธัญรัตน์, ปิยวดี ฉาไรสง, นิตยา สอนพรหม, จิราภรณ์ พันธุ์จบสิงห์, และมนพร ซาติขานี. (2555). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารควบคุมโรค*, 38(2), 157-165.
- สมพล ฤกษ์สมถวิล. (2547). การบาดเจ็บช่องท้องจากอุบัติเหตุ. ใน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช, *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (เล่ม 2, น. 399-408). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พี เอ ลีฟวิ่ง.
- สุภาณี เสนาดิสัย, และวรรณภา ประไพพานิช. (2558). *การพยาบาลพื้นฐาน*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.

- สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, ฉวีวรรณ ชงชัย, และมยุลี สำราญญาติ. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม.
วารสารสภาการพยาบาล, 26(4), 82-95.
- สุวิทย์ ศรีอัฐภาพร. (2547). Abdominal Injury. ใน *ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์, และธนิต วัชรพุก*
(บ.ก.), *ตำราศัลยศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 8, น. 859-875). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงโสม ศิริพานิช. (2555). *การป้องกันและดูแลภาวะอุณหภูมิต่ำของร่างกาย(Hypothermia)*.
สืบค้น 5 มกราคม 2563, จาก [http://www.bcn.ac.th/infomation/Files/Attachfile/
ประชุมวิชาการ/.../สมบัติ.p.pdf](http://www.bcn.ac.th/infomation/Files/Attachfile/ประชุมวิชาการ/.../สมบัติ.p.pdf)
- เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และ ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์.(2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้าน
การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง. *วารสารกองการพยาบาล*,
41(2), 23-40.
- อภิชัย อังสพัทธ์. (2552). Vacuum-Assisted Wound Closure (VAC). ใน พรพรม เมืองแมน,
ณัฐพล สันตระกูล, ประยุทธ์ ศิริวงษ์, และเพชร เกษตรสุวรรณ (บ.ก.), *ตำราศัลยศาสตร์*
ทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 8, น. 377-387). กรุงเทพฯ: โฆจิตการพิมพ์.
- อภิชาติ พิริยการนนท์. (2553). Abdominal and pelvic trauma. ใน *วิทยาชาติบัญชาชัย,*
นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์, และพรเลิศ ปลื้มจิตต์มงคล (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยเจ็บและเจ็บป่วย*
ฉุกเฉิน ชั้นสูง (น. 79-90). ขอนแก่น: เพ็ญ พรีนติ้ง.
- อังคณา จงเจริญ. (2558). การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารคณะพยาบาล*
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 23(3), 68-85.
- อังคณา จงเจริญ, และสิริกกร เทียนหล่อ. (2554). ผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผน
ต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง
ณ โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(2), 76-89.
- อัจฉรา สุจาจริง. (2550). *กิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดใน*
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อินทรา ปากันทะ. (2560). *การพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดใน*
โรงพยาบาลตติยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อินทรา ปากันทะ, วัลยา บุญประสิทธิ์, และคัทรียา รัตนวิมล. (2553). ผลของโปรแกรมการปรับ
ตนเองต่อความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยขณะสลายนิวใน
ทางเดินปัสสาวะด้วยเครื่องสลายนิว. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 4(2),13-27.

- อรพรรณ โตสิงห์. (2555). *โครงการ Evidence-Based Practice (EBP) in Nursing*.
 สืบค้น 25 พฤษภาคม 2562, จาก http://www.hospital.tu.ac.th/km/admin/new/310118_154841.pdf.
- Amemiya, C., Schroepel, T. J., & Croce, M. A. (2007). Diagnosis and management of blunt abdominal solid organ injury. *Current opinion in critical care*, 13(4), 399-404.
- Aresco, C. A. (2005). Critical care nursing: A holistic approach. In P. G. Morton, D. K. Fontain, C. M. Hudak., & B. M. Gallo (Eds.), *Trauma*. (8th ed., pp. 1289-1300). Philadelphia: Lippincott-Williams and Wilkins.
- Aimone, L. D. (1992). Neurochemistry and modulation of pain. In R. S. Sinatra, A. H. Hord, & B. Ginsberg (Eds.), *Acute pain: Mechanisms and management* (pp. 29-43). St. Louis: Mosby Year Book.
- Abolfazl, R. Z., Mohammad, A. H., Hamid, R. K., Reza, S. R., & Biglarian, A. (2016). Evaluation of the effect of reflexology massage on pain severity after abdominal surgery. *Medical - Surgical Nursing Journal*, 5(3), 12-17.
- Bacidore, V. (2010). Abdominal and genitourinary trauma. In P. K. Howard, & R. A. Steinmann (Eds.), *Sheehy's emergency nursing : Principles and practice* (6th ed.), St. Louis: Elsevier.
- Bhattacharya, V., Samaraee, A. L., Rhind, G., & Saleh, U. (2010). Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients: A review. *Surgeon*, 8(3), 151-158.
- Bradburn, E. H., & Frank, H. L. (2010). Diagnosis and management of splenic trauma. *Journal Lancaster General Health Penn Medicine*, 5(4), 124-129.
- Beebe, R. W. O., Funk, D. I., & Scadden, J. K. (2010). *Fundamental of basic emergency care*. (3rd ed., pp. 805-809). New York: Delmar.
- Black, J. M., Matassarini-Jacobs, E. (1993). *Luckmann and Sorensen's Medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach*. (4th ed., pp. 409-412). Philadelphia: Saunders.
- Bonica, J. J. (1990). *The Management of Pain* (2nd ed.). London: Lea and Febiger.

- Bowsher, D. (1993). Pain management in nursing. In , D. Carroll, & D. Bowsher (Eds.), *Pain: Management and nursing care*. (pp. 5-15). Oxford, England: Butterworth- Heinemann.
- Bundonis, J. (2009). *Benefits of early mobility with an emphasis on gait training*. England: rifton.
- Cailliet, R. (1988). *Soft tissue pain and disability* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davi.
- Costamagna, G., Tringali, A., Mutignani, M., Perri, V., Spada, C., Pandolfi, M., & Galasso, D. (2009). Endotherapy of postoperative biliary strictures with multiple stents: Results after more than 10 years of follow-up. *Gastrointestinal Endoscopy Journal*, 72(3), 551-557.
- Cupple, J. N. M., & Schumacher, C. (1991). Psychological disorders and chronic pain: Cause and effect relationships. *European Journal of Pain*, 46, 231-260.
- Dwarakanath, G. K. (1991). Pathophysiology of pain. In C. A. Warfield (Ed.), *Manual of pain management* (pp. 3-9). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Ertad, T., Nana, T., Ivliane, N., Gulnazi, G., Rusudan, K., Elene, A., & Merab, G. T. (2009). Evidence for Tolerance Effects induced by non-opioid analgesics microinjected into the central nucleus of amygdala in the rat hot plate test. *Human and Animal Physiology*, 3(2), 141-146.
- Facy, O., Chalumeau, O., Poussier, M., Binguet, C., Rat, P., & Ortega Deballon, P. (2012). Diganosis of pancreatic fistula. *British Journal of Surgery*, 5(99), 1072-1075.
- Fields, H. L. (1989). *Pain*. Singapore: McGrew-Hill.
- Gilstrap, I., Tetroe, D. J., & Merab, G. T. (2002). Psychological disorder and chronic pain. *European Journal of Pain*, 46, 275-292.
- Harris, C. (2013). Abdominal trauma. In B. B. Hammond, P. G. Zimmerman (Eds), *Sheehy's manual of emergency care* (7th ed., pp. 419-425). St. Louis: Elsevier.

- Herman, M. L. (2003). Gastrointestinal trauma. In L. Newberry (Ed.), *Sheehy's emergency nursing principle and practice* (5th ed., pp. 294-303.) St.Louis: Mosby.
- Jarit, & Kowai. (1999). Staff nurse perception of barrier to effective pain management. *Journal of pain and symptom management*, 10(3), 204-213.
- Jones, S. L. (1992). Anatomy of pain. In R. S. Sinatra, A. H. Hord, B. Ginsberg, & L. M. Preble (Eds.), *Acute pain: Mechanisms and management* (pp. 8-28) St. Louis: Mosby Year Book.
- Kochs, E., Argiriadou, H., Himmelseher, S., Papagiannopoulou, P., Georgiou, M., Kanakoudis, F., & Giala, M. (2000). Improvement of pain treatment after major abdominal surgery by intravenous S+-ketamine. *Anesthesia & Analgesia Journal*, 98(5), 1413-1418.
- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J.,...Froelicher, E. S. (1994). A model for symptom management .*IMAGE: Journal of nursing scholarship*, 26, 272-276.
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., & Dirksen, R. S. (2004). *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems* (6th ed., pp. 401-407). St. Louis: Mosby.
- Lewis, S. M., & Corrier, I. C. (1992). *Medical-Surgical nursing: Assessment and management of clinical problem*. (3rd ed.). St.Louis: Mosby.
- Li, D., Puntillo, K., Pasero, C., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., Varkey, B., Gilbert, H. C., Medina, J., & Sessler, C. N. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest Journal*, 135(4), 1069-1074.
- Long, B. C., Phipps, W.J., & Cassmeyer, V. L. (1993). *Medical-surgical nursing: A nursing process approach*. (3rd ed.). Missouri: Mosby.
- Macintyre, P. E., Russell, R. A., Usher, K. A., Gaughwin, M., & Huxtable, C. A. (2010). Pain relief and opioid requirements in the first 24 hours after surgery in patients taking buprenorphine and methadone opioid substitution therapy. *Anesthesia Intensive Care*, 41(2), 222-230.

- Manaporn, C., Namvongprom, A., Henrik, E. & Mazaheri, M. (2016). Thai nurses' experiences of post-operative pain assessment and its' influence on pain management decisions. *BioMed Central of Nursing research*, 15(12), 1-8.
- Mason, P. J. B. (1998). Abdominal trauma. In V. D. Cardona et al. (Eds.), *Trauma nursing: From resuscitate through rehabilitation* (pp. 491-524). Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Meinhart, N. T., & McCaffery, M. (1993). *Pain: A nursing approach to assessment and analysis*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Melzack, R. (1986). Neurophysiological foundations of pain. In R. A. Sternbach (Ed.), *The physiology of pain* (2nd ed., pp. 1-11). NewYork: Raven Press.
- Nguyen Thi Thu Trang., Thosingh. O., & Chanruangvanich, W. (2017). Factors associated with recovery among patients after abdominal surgery. *Journal of Nursing science*, 35(3), 4-12.
- Pasero, C., Paice, J. A., & McCaffery, M. (1999). Basic mechanism underlying the causes and effects to pain. In M. McCaffery, & C. Pasero (Eds.), *Pain: Clinical manual* (2nd ed., pp. 15-34). St.Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations [Electronic version]. *Research in Nursing and Health*, 29, 489-497.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1993). *Basic nursing theory and practice*. Philadelphia: Mosby.
- Puntillo, K. A. (1991). The physiology of pain and its consequences in critical ill patients. In K. A. Puntillo (Ed.), *Pain in the critically ill: Assessment and management*. (pp. 9-29). Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication.
- Puntillo, K. A. (1988). The phenomenon of pain and critical care nursing. *Heart and Lung*, 17, 262-273.
- Puntillo, K. A., Miaskowski, C., Kehrl, K., Stannard, D., Gleeson, S., & Nye, P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain and opioid administration. *Critical Care Medicine*, 25, 1159-1166.

- Rahu, M. A., & Grab, M. J. (2010). Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: State of science review. *Critical Care Nurse*, 26(6), 343-352.
- Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. (2002). *Nursing best practice guideline: Assessment and management of pain*. Retrieved December 2, 2021, from <http://www.rnao.org>.
- Reynolds, D. (1991). Endogenous opiates. In C. A. Warfield (Ed.), *Manual of pain management* (pp. 10-11). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Ringkamp Matthias, Richard, Meyer, A., James, N., Campbell., & Srinivasa, R. N. (2013). Neural mechanisms of hyperalgesia after tissue injury. *Johns Hopkins Applied physics laboratory Technical Digest*, 26(1), 56-66.
- Royle, J. A., Walsh, M., & Watson, J. E. (1992). *Watson's medical-surgical nursing and related physiology*. London: BailliereTindall.
- Rundshagen, I. (2014). Postoperative cognitive dysfunction. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(8), 119-125.
- Small, V. (2008). Abdominal injury. In B. Dolan, & L. Holt (Eds.), *Accident and Emergency: Theory into practice* (2nd ed., pp. 153-170). Edinburgh: BaitersTindall Elsevier.
- Shannon, K., & Bucknall, T. (2003). Pain assessment in critical care: What have we learnt from research. *Intensive Critical Care Nurse*, 19(3), 154-162.
- Sessler, C. N., & Varney, K. (2008). Patient-focused sedation and analgesia in the ICU. *Chest*, 133(2), 552-565.
- Sessler, D. I., Mary, J. G., & Michael, A. E. R. (2008). Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 12(3), 1-13.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2011). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (12th ed.). New York: Lippincott Williams and Wilkins.

- Simss. (1998). Pain medicine: A pain management review. *Pain medicine Journal*, 3-11.
- Simpson, K., Leyendecker, P., & Hopp, M. (2008). Fixed-ratio combination oxycodone/naloxone compared with oxycodone alone for the relief of opioid-induced constipation in moderate-to-severe non cancer pain. *Current Medical Research and Opinion*, 24(12), 3503-3512.
- Shippee -Rise, R. V., Feizer, S., & Long, J.V. (2012). Postoperative pain management. *Nursing journal*, 40(4), 48-51.
- Storfjell, J. L., Omoike, O., & Ohlson, S. (2008). The balancing act : Patient care time versus cost. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 244-249.
- Susan, H., Thomas, H., Herr, K., & Turk, D. C. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The clinical Journal of Pain*, 23, 1-43.
- Schulz-Stubner Sebastian. (2006). The critically ill patient and regional anesthesia. *Anaesthesiology*, 19(5), 538-544.
- Udeani, J., & Geibei, J. (2014). *Blunt abdominal trauma*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/1980980-overview>.
- Wells, J. K., & Howard, G. S. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting & Clinical psychology*, 54, 831-835.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2001). *Whaley and Wong's essentials of pediatric nursing* (5th ed.). St. Louis, Mo: Mosby-Year book.
- World health organization. (2015). *Global status report on road safety 2015*. Retrieved December 21, 2021, from https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/.
- Young Layman, J., Horton, F.M., & Davidhizar, R. (2006). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 412-421.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก สื่อการสอนการบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

สถานที่: หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วิธีการให้ข้อมูล: เป็นรายบุคคล

สื่อการให้ข้อมูล: สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point)

วัตถุประสงค์การให้ข้อมูล: เพื่อลดความปวด และส่งเสริมการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

ภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้องเป็นครั้งแรก รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้ข้อมูล ดังนี้

ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูล 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการย้ายไปพักรักษาตัว ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) ซึ่งผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจแล้ว มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดในการเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมดังนี้


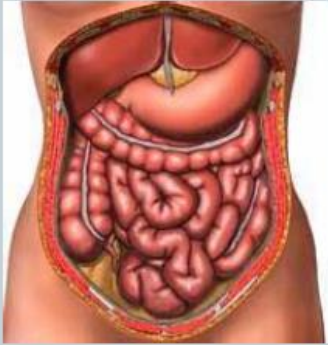
1. การเตรียมผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการให้ข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาในการให้ข้อมูล เนื้อหาของข้อมูล que ผู้ป่วยจะได้รับและชี้แจงบทบาทของผู้ป่วยในการรับข้อมูลเตรียมความพร้อมพร้อม ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยฟัง ร่วมกับการดูสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) อย่างตั้งใจ เมื่อผู้ป่วยดูจบแล้วหากมีเนื้อหาส่วนใดที่ดูไม่ทันหรือมีข้อสงสัย ผู้ป่วยสามารถซักถามได้ ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าใจในเนื้อหาทั้งหมด ส่วนปัญหาอื่น ๆ ที่แตกต่างไปจากข้อมูลที่ให้ ผู้วิจัยบันทึกปัญหาไว้เพื่อจะได้ตอบภายหลัง เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

2. การให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูล โดยใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เป็นรายบุคคลในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน โดยใช้เวลา 40 นาที ผู้วิจัยอำนวยความสะดวก พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะที่ได้รับข้อมูล

3. การประเมินผล เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากการสอนโดยใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยซักถามความเข้าใจ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ป่วย

สื่อการสอนการบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง
(โปรแกรม power point)



ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
1.	<div data-bbox="480 629 1326 1256" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>การบาดเจ็บช่องท้อง และการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง</p> <p>จัดทำโดย นายทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร</p> </div>
2.	<div data-bbox="480 1330 1326 1957" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากการได้รับความกระทบกระเทือน การถูกยิง ถูกแทง หรือได้รับอุบัติเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนก่อให้เกิดความปวดภายหลังการผ่าตัดและผลกระทบบที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาหลังการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ปวดแผล ท้องอืด แผลแยก แผลติดเชื้อ เป็นต้น ● ผู้ป่วยควรมีการเรียนรู้ที่จะจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง ช่วยให้มีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น และสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ใช้จ่ายแก้ปวดลดลง มีวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ทำให้ลดผลกระทบบที่อาจเกิดจากการใช้ยาได้ ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกวิธีการจัดการความปวดและปฏิบัติตนได้ด้วยตนเอง </div>

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
3.	<p style="text-align: center;">ความหมายของการบาดเจ็บช่องท้อง</p> <p style="text-align: center;">○</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การบาดเจ็บช่องท้อง หมายถึง การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้องจากการกระทบกระแทกอย่างรุนแรง จากการถูกแทง ถูกยิง <div style="display: flex; justify-content: space-around;">  </div>
4.	<p style="text-align: center;">○</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เมื่ออวัยวะภายในช่องท้องได้รับอันตรายมีผลทำให้ผนังหน้าท้องหรืออวัยวะภายในช่องท้อง เช่น กระบังลม กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตับ ตับอ่อน ม้าม ไต กระเพาะปัสสาวะ หลอดเลือดภายในช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในช่องท้อง ได้แก่ มดลูกและรังไข่ รวมถึงทวารหนัก ได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย <div style="text-align: right;">  </div>

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
5.	<p data-bbox="507 495 767 533">ลักษณะการบาดเจ็บ</p> <ul data-bbox="507 568 933 1032" style="list-style-type: none"> • การบาดเจ็บชนิดไม่มีบาดแผลฉีกขาด • เกิดได้ตั้งแต่ผนังหน้าท้อง เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ไขมัน กล้ามเนื้อ และเยื่อในช่องท้อง • การบาดเจ็บมีตั้งแต่เล็กน้อย ฟกช้ำทั่วไป จนรุนแรง เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ ผู้ขับถูกพวงมาลัยอัดอย่างแรง ถูกทับร่างกาย ถูกชกต่อยท้อง ส่วนใหญ่บาดเจ็บที่ตับและม้ามอาจมีการบาดเจ็บในระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย 
6.	<p data-bbox="767 1193 1002 1232">ลักษณะการบาดเจ็บ</p> <ul data-bbox="507 1267 1252 1458" style="list-style-type: none"> • การบาดเจ็บชนิดที่มีแผลเปิดหรือแทงทะลุ • ลักษณะการบาดเจ็บจะขึ้นอยู่กับลักษณะของของมีคมที่ทำให้เกิดบาดแผล ขนาด รูปร่าง ความลึก ความยาวของอาวุธที่ ใช้แทง ถ้าถูกยิงด้วยอาวุธปืนลูกซอง กระสุนจะกระจายไปทั่วท้อง ถ้าเป็นอาวุธปืนสงครามหรือสะเก็ดระเบิดแรงอัดจะสูงมาก ทำให้อวัยวะภายในช่องท้องถูกทำลายอย่างรุนแรง 

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
7.	<p style="text-align: center;">การรักษาการบาดเจ็บช่องท้อง</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="496 584 895 1048" style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • วัตถุประสงค์ในการผ่าตัด • การผ่าตัดเพื่อรักษาการบาดเจ็บช่องท้อง คือ การเปิด ช่องท้อง เข้าไป เพื่อสำรวจความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง เช่น จุดเลือดออก ทำการห้ามเลือดและแก้ไขภาวะช็อค ตัดเนื้อเยื่อที่ตายออกและซ่อมแซมอวัยวะที่ฉีกขาดเสียหาย </div> <div data-bbox="922 568 1310 1061">  </div> </div>
8.	<p style="text-align: center;">การรักษาการบาดเจ็บช่องท้อง</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="496 1272 959 1749" style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ได้แก่ • 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ไม่สามารถควบคุมอาการช็อค ได้ จากการมีเลือดออกในช่องท้องอย่างต่อเนื่อง • 2. การบาดเจ็บที่มีแผลเปิดหรือแผลทะลุทางหน้าท้อง ถ้าได้หรืออวัยวะภายในออกมานอกช่องท้อง • 3. มีเลือดออกจากระเพาะอาหาร ทวารหนัก และอวัยวะสืบพันธุ์หลังได้รับการบาดเจ็บ • 4. ผู้ป่วยถูกยิงผ่านช่องท้อง • 5. มีอาการของเยื่อช่องท้องอักเสบภายหลังการบาดเจ็บ เช่น ท้องอืดเพิ่มมากขึ้น กดเจ็บทั่วท้อง </div> <div data-bbox="975 1160 1310 1794">  </div> </div>

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
9.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">  <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • การรักษาพยาบาลที่สำคัญ เพื่อป้องกันภาวะช็อค บรรเทาความปวดและป้องกัน แผลกดทับ ดังนี้ • 1. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เองแล้ว ปริมาณออกซิเจนเพียงพอมากกว่า 95% จะได้รับการฝีกหายใจและเอาท่อช่วยหายใจออก </div> </div>
10.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • 2. พยาบาลทำการประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ตัวซีดเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนกว่าจะปกติและคงที่ เพื่อประเมินภาวะช็อค </div>  </div>

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
11.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="491 618 842 994" style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • 3. ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือด เพื่อรักษาระดับและทดแทน น้ำหรือเลือดที่สูญเสียไป รวมถึงรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย </div> <div data-bbox="868 566 1286 1055">  </div> </div>
12.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="504 1283 847 1738">  </div> <div data-bbox="868 1335 1299 1697" style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • 4. พยาบาลจะใส่สายยางทางจมูก หรือปากลงสู่กระเพาะอาหาร เพื่อบันทึกลักษณะสีและจำนวน ว่ามีเลือดออกเพิ่มในระบบทางเดินอาหารหรือไม่ </div> </div>



ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
13.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="497 645 906 972" style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • 5. ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด ส่งตรวจหาค่าความเข้มข้นของเลือด จำนวนเม็ดเลือดแดง เกร็ดเลือด ค่าความแข็งตัวของเลือด เพื่อติดตามภาวะช็อค </div> <div data-bbox="938 600 1286 1084">  </div> </div>
14.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="497 1301 874 1733" style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • 6. พยาบาลประเมินปริมาณของปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ว่ามีเลือดปนหรือไม่ และบันทึกปริมาณ ลักษณะสีปัสสาวะที่ออกมา เพื่อติดตามความสมดุลของน้ำในร่างกาย รวมถึงการติดตาม ความรุนแรงของอวัยวะที่บาดเจ็บได้ เช่น ไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ </div> <div data-bbox="916 1301 1310 1771">  </div> </div>




ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
15.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7. ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาอาการปวด ทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดหรือบรรเทาอาการปวด 
16.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p>  <ul style="list-style-type: none"> • 8. ผู้ป่วยได้รับการจัดทำให้สุขสบาย เพื่อลดอาการปวด

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
17.	<p style="text-align: center;">การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="494 616 845 1019" style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 9. ผู้ป่วยจะได้รับการทำแผล วันละ 1 ครั้ง หรือเมื่อแผลมีสารคัดหลั่งซึมมาก และอุปกรณ์ปิดแผลหลุด เพื่อป้องกันแผลติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผล </div> <div data-bbox="877 548 1284 1086">  </div> </div>
18.	<p style="text-align: center;">ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง</p> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เนื้อเยื่อภายในช่องท้องได้รับการบาดเจ็บ ทำให้เส้นประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดจากอวัยวะในช่องท้องจะส่งกระแสประสาทไปยังไขสันหลังที่อยู่แนวกลางของลำตัว โดยรับความรู้สึกมาจากทั้งชายและขวา ทำให้เกิดความปวดแบบเฉียบพลัน เป็นแบบปวดจี้คและปวดคู้บๆ มีรูปแบบปวดเป็นครั้งคราว เป็นระยะสั้นๆ จังหวะไม่สม่ำเสมอ บางรายมีอาการปวดแบบเกร็งเล็กน้อย หรือปวดแปล๊บๆ ได้ </div>

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
19.	<p style="text-align: center;">การบรรเทาอาการปวด</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>กรณีศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยได้รับยาฉีดบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำ ทุก 4-6 ชั่วโมง • บางรายถ้าปวดรุนแรงอาจได้รับทุก 2 ชั่วโมง หรือให้ต่อเนื่อง • ซึ่งอาจเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด คือ ผื่นคัน ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน • อีกหนึ่งข้อต้องแจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อขอรับยาบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น </div> 
20.	<p style="text-align: center;">การบรรเทาอาการปวด</p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>กรณีไม่ศึกษา จะมีวิธีการที่หลากหลายวิธี ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> • - การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) • - การประคบแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) • - การจัดท่าเพื่อบรรเทาปวด (Positioning) • - อื่นๆ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ </div> 

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
21.	<p data-bbox="523 548 1289 589">1. การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation)</p> <p data-bbox="502 651 1283 857"> <ul style="list-style-type: none"> • โดยมีหลักการบริหารการหายใจ สามารถทำได้ในท่านอน นิ่ง ยืน ควรทำเช่นนี้บ่อยๆ ประมาณ 8-10 ครั้ง ในทุกๆ 2 ชั่วโมง • ขั้นที่ 1 นอนหงายราบ ชันเข่าทั้งสองข้างวางมือบนหน้าท้อง โดยเอาใจกำหนดไว้ที่ลมหายใจ แล้วหายใจเข้า ลึกๆ ทางจมูกจนหน้าท้องโป่ง ค้นมือสูงขึ้น แล้วหายใจเข้าเต็มที่ กลับไว้ สักครู่ประมาณ 3 วินาที (ขณะหายใจเข้าให้นับ 1...2...3 ในใจ) </p> 
22.	<p data-bbox="523 1305 1276 1346">1. การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation)</p> <p data-bbox="518 1440 1257 1518"> <ul style="list-style-type: none"> • ขั้นที่ 2 หายใจออกทางปากช้าๆ โดยทำปากห่อคล้ายผิวปาก หายใจออกเต็มที่ (ขณะหายใจออกให้นับ 1...2...3 ในใจ) จนกระทั่งมือที่วางอยู่บนหน้าท้องลดต่ำลง </p> 

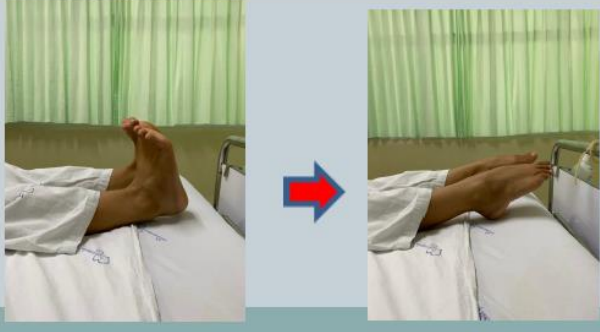

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
23.	<p data-bbox="491 539 1023 618">2. การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)</p> <ul data-bbox="502 645 943 1093" style="list-style-type: none"> • ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ปรับหัวเตียงสูง 45 องศา • ใช้มือ 2 ข้าง กอดคอก้นหรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัด • จากนั้นหายใจเข้าทางจมุกและหายใจออกทางปากช้าๆ 2-3 ครั้ง • ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายซึ่งเป็นครั้งที่ 4 ให้ท่านหายใจเข้าเต็มที่แล้วกลืนไว้ แล้วอ้าปากและขยับเสมหะออกจากส่วนลึกของลำคอออกมา 2-3 ครั้งติดกัน หรือจนรู้สึกว่ามีเสมหะค้างอยู่ เพราะหลังการผ่าตัด และการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจมีเสมหะค้าง 
24.	<p data-bbox="592 1301 1219 1346">3. การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด (Positioning)</p> <ul data-bbox="483 1395 1059 1581" style="list-style-type: none"> • ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย คือ นอนศีรษะสูงเล็กน้อย ประมาณ 45 องศา และงอเข่าเล็กน้อยจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ • ควรพลิกตะแคงตัวทุกๆ 1-2 ชั่วโมง การพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ และช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนของปอดทั้ง 2 ข้าง <p data-bbox="502 1626 703 1659">วิธีการพลิกตะแคงตัว</p> <p data-bbox="502 1664 882 1861">ทำได้โดยเลื่อนตัวมาด้านใดด้านหนึ่งก่อน ใช้มือด้านนั้นจับขอบราวกันเตียง แล้วเลื่อนตัวมาจนชิดขอบเตียง จากนั้นจึงเอื้อมมือไปจับราวกันเตียงอีกข้าง เพื่อช่วยดึงตัวให้นอนตะแคง</p> 


ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
25.	<p style="text-align: center;">4. การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นๆ</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • 4. การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ • การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีที่ดึงดูดความสนใจหรือเปลี่ยนความสนใจ โดยสิ่งทีกระตุ้นใหม่ ให้ผู้ป่วยสนใจความปวดลดลง ตัวอย่างการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น • 1) การดู (Visual distraction) เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ เป็นต้น </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>
26.	<p style="text-align: center;">4. การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นๆ</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • 2) การคิด (Project distraction) เช่น การเล่นเกมส้ เป็นต้น </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>

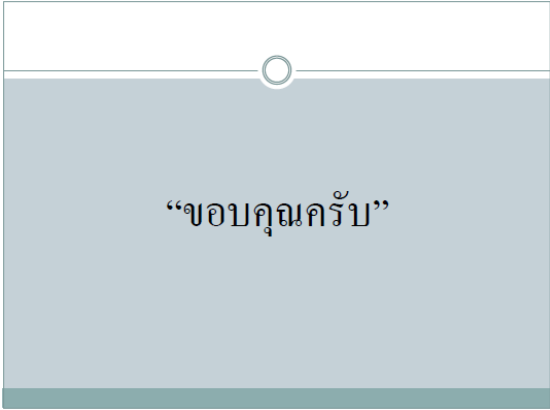
ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
27.	<p data-bbox="678 548 1125 593">4. การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นๆ</p> <p data-bbox="502 683 1276 728">• 3) การฟัง (Auditory distraction) เช่น ฟังดนตรีบรรเลง ฟังธรรมะ เป็นต้น</p> <div data-bbox="582 806 1125 1030">  <p data-bbox="933 851 1117 896">วิทยุธรรมะ</p> </div>
28.	<p data-bbox="502 1467 1268 1624">• นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ หลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย</p> <ul data-bbox="526 1657 861 1769" style="list-style-type: none"> ○ การทำกิจกรรมบนเตียง ○ การดูแลแผลผ่าตัด <div data-bbox="798 1568 1276 1926">  </div>

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
29.	<p style="text-align: center;">การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ</p> <p style="text-align: center;">1. การบริหารกล้ามเนื้อไหล่และกล้ามเนื้อแขน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทำที่ 1 วางแขนทั้ง 2 ข้างลำตัว เขยียดแขนทั้งสองข้างยกขึ้นเหนือศีรษะ แล้ววางข้างลำตัวตามเดิม ทำซ้ำๆ ประมาณ 5 ครั้ง 
30.	<p style="text-align: center;">การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ</p> <p style="text-align: center;">1. การบริหารกล้ามเนื้อไหล่และกล้ามเนื้อแขน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทำที่ 2 ยื่นแขนทั้ง 2 ข้างไปด้านหน้า คว่ำมือ หงายมือ • ทำสลับกันประมาณ 8-10 ครั้ง 

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
31.	<p style="text-align: center;">การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ</p> <p style="text-align: center;">○</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2. การบริหารกล้ามเนื้อขา ● ท่าที่ 1 นอนหงาย ขาเหยียดตรง ยกขาขึ้นสูง 1 ข้าง จากพื้นประมาณ 1 ฟุต ในท่าเหยียดตรง กระดกข้อเท้าขึ้น เกร็งไว้นับ 1-5 แล้ววางลงที่เดิม ● ทำซ้ำ 5 ครั้ง เมื่อครบท่าซ้ำที่ขาอีกข้างเช่นเดียวกัน 
32.	<p style="text-align: center;">การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ</p> <p style="text-align: center;">○</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2. การบริหารกล้ามเนื้อขา ● ท่าที่ 2 นอนหงายขาเหยียดตรง กางขาทั้ง 2 ข้าง ออกไปด้านข้างแล้วหุบขาเข้าวางไว้ที่เดิม ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้ง 

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
33.	<p style="text-align: center;">การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ</p> <p style="text-align: center;">○</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 3. การบริหารเท้า ● <u>ท่าที่ 1</u> นอนหงายขาทั้งสองข้างเหยียดตรง กระดกข้อเท้าทั้งสองข้างขึ้น สูดหายใจเข้า และกระดกข้อเท้าลงพร้อมกับหายใจออก ประมาณ 8-10 ครั้ง </div> <div style="text-align: center;">  </div>
34.	<p style="text-align: center;">การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ</p> <p style="text-align: center;">○</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 3. การบริหารเท้า ● <u>ท่าที่ 2</u> นอนหงายขาทั้งสองข้างเหยียดตรง กระดกนิ้วเท้า ● โดยการงอปลายนิ้วและเหยียดออก ● ทำพร้อมกันทั้งสองข้าง ประมาณ 8-10 ครั้ง </div> <div style="text-align: center;">  </div>

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
35.	<p style="text-align: center;">ข้อควรระวัง</p> <ul style="list-style-type: none"> • สังเกตอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ • หากท่านเกิดอาการดังกล่าว ให้ญาติ หรือเจ้าหน้าที่คอยช่วยพยุงให้ลุกนั่งบนเตียง และใช้หมอนรองบริเวณหลัง เพื่อให้ท่านเกิดความสุขสบาย 
36.	<p style="text-align: center;">การดูแลแผลผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. ขณะเคลื่อนไหว ไอหรือจาม ควรใช้มือ ผ้าห่มหรือหมอนช่วยพยุงแผลผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดแยก • 2. ไม่ให้แผลโดนน้ำ • 3. ถ้าแผลมีเลือดซึมออกมา อุปกรณ์ปิดแผลหลุด ให้รีบแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที  

ลำดับ	ภาพและคำอธิบาย
37.	<div style="text-align: center;"> <h3>บทสรุป</h3> </div> <ul style="list-style-type: none"> • การผ่าตัดช่องท้อง ทำให้เกิดอาการปวด ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการบรรเทาความปวดจากการใช้ยาและไม่ใช้ยาพร้อมกัน • ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและครอบคลุมในส่วนของ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกายและการดูแลแผลผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
38.	<div style="text-align: center;">  <p>“ขอบคุณครับ”</p> </div> <p>ขอขอบพระคุณ นางสาวกัญญาณัฐ สวนเอก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ และ นางสาวเบญจพร มั่นอิม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์</p>

ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและพยาบาล

(1) แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องครั้งแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องครั้งแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

สถานที่: หออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วิธีการสัมภาษณ์: เป็นรายบุคคล (5 ราย)

วัตถุประสงค์การให้ข้อมูล: เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสอนและให้ข้อมูลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์: จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1. แนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. ขอความร่วมมือกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ให้ผู้ป่วยเซ็นเอกสารคำยินยอมการเข้าร่วมสัมภาษณ์

3. ใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในขณะที่สัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยคำถามกว้าง ๆ หลังจากนั้นจะเจาะลึกไปตามบริบท และสิ่งบอกเล่าของผู้ป่วย ในระยะหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยมีประเด็นคำถามหลัก ๆ ดังนี้

3.1 ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด วิตกกังวลหรือกลัวสิ่งใดมากที่สุด ณ ตอนนั้น

3.2 สิ่งแรกที่ท่านต้องการทำหลังจากฟื้นจากยาระงับความรู้สึก คืออะไร

3.3 หลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ว ท่านรู้สึกเจ็บปวดเพียงใด

3.4 เมื่อท่านปวดแผล ท่านทำอะไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น เรียกหรือบอกพยาบาล นอนนิ่ง ๆ ให้อาการทุเลาเอง ทำสมาธิกำหนดลมหายใจเข้า ออกเพื่อบรรเทาปวด ฯลฯ)

3.5 ท่านประสบกับอาการอื่น ๆ หรือไม่ นอกเหนือจากอาการปวดหลังผ่าตัด (ตัวอย่างเช่น ท้องอืด คลื่นไส้ ฯลฯ) ท่านมีการปฏิบัติตัวหรือจัดการกับอาการนั้นอย่างไร

3.6 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดให้ผู้ป่วยได้รับฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ยุติการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ในครั้งนี้

ลำดับที่..... ครั้งที่.....

แบบสัมภาษณ์ (ผู้ป่วย)

ชื่อโครงการวิจัย :ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและ
การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

.....
ผู้ถูกสัมภาษณ์: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องครั้งแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง
คำถามในการสัมภาษณ์

1. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างขณะอยู่ที่ห้องผ่าตัด วิตกกังวลหรือกลัวสิ่งใดมากที่สุด ณ ตอนนั้น

2. สิ่งแรกที่ท่านต้องการทำหลังจากฟื้นจากยาระงับความรู้สึก คืออะไร

3. หลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ว ท่านรู้สึกเจ็บปวดเพียงใด

4. เมื่อท่านปวดแผล ท่านทำอะไรบ้าง

5. ท่านประสบกับอาการอื่น ๆ หรือไม่ นอกเหนือจากอาการปวดหลังผ่าตัด (ตัวอย่าง เช่น ท้องอืด
 คลื่นไส้ ฯลฯ) ท่านมีการปฏิบัติตัวหรือจัดการกับอาการนั้นอย่างไร

ลงชื่อผู้สัมภาษณ์.....
 วันที่.....

(2) แบบสัมภาษณ์ พยาบาลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

กลุ่มเป้าหมาย: พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

สถานที่: หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วิธีการสัมภาษณ์: เป็นรายบุคคล (5 ราย)

วัตถุประสงค์การให้ข้อมูล: เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในการสอนและแนะนำผู้ป่วย

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์: จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. แนะนำ อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ไปใช้เป็นแนวทางในการทำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. ขอความร่วมมือกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เมื่อยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ให้เซ็นเอกสารคำยินยอมการเข้าร่วมสัมภาษณ์

3. ใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูลในขณะที่สัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยคำถามกว้าง ๆ หลังจากนั้นเจาะลึกไปตามบริบท และสิ่งบอกเล่าของพยาบาล ซึ่งจะแบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 3 ระยะ โดยมีประเด็นคำถามหลัก ๆ ดังนี้

3.1 หลังจากแรกรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดหอผู้ป่วย จนถึงย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างไรบ้าง

3.2 เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวด หรือมีการร้องขอยาแก้ปวดเพิ่ม พยาบาลมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

3.3 คำแนะนำต่าง ๆ ที่ให้ผู้ป่วยก่อนย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) มีอะไรบ้าง

3.4 สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้รับฟัง ยุติการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์ในครั้งนี้

ลำดับที่..... ครั้งที่.....

แบบสัมภาษณ์ (พยาบาล)

ชื่อโครงการวิจัย :ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวด

และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

.....
ผู้ถูกสัมภาษณ์: พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

คำถามในการสัมภาษณ์1. หลังจากแรกรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดหอผู้ป่วย จนถึงย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
อุบัติเหตุ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างไรบ้าง.....
.....
.....
.....

2. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวด หรือมีการร้องขอยาแก้ปวดเพิ่ม พยาบาลมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

.....
.....
.....
.....3. คำแนะนำต่าง ๆ ที่ให้ผู้ป่วยก่อนย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ)มี
อะไรบ้าง.....
.....
.....
.....

ลงชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วันที่.....

ภาคผนวก ค แผนการสอนวิธีการจัดการความปวด

เรื่อง: วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าบรรเทาปวด (Positioning)

ผู้เรียน: ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (กลุ่มทดลอง รายบุคคล)

สถานที่สอน : หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ผู้สอน: นายทวิศักดิ์ แก้วเปี้ย นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยนเรศวร

ระยะเวลา: 40 นาที

สาระสำคัญ

การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง โดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และ การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด (Positioning) เป็นวิธีที่ง่ายและมีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง ซึ่งอาศัยหลักในการปฏิบัติ ได้แก่ ความเหมาะสมของช่วงเวลาในการปฏิบัติ ระยะเวลาในการปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ อย่างถูกต้อง เพื่อจัดการความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้	สื่อ การเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>เมื่อสิ้นสุดการสอนผู้ป่วยสามารถ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมความปวดและปฏิบัติตามหลังผ่าตัดช่องท้องด้วยตนเอง 	<p>บทนำ</p> <p>การผ่าตัดช่องท้องในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากกรได้รับผลกระทบกระเทือน การถูกยิง การถูกแทง หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบกระเทือนบริเวณช่องท้อง ต้องได้รับการผ่าตัด ก่อให้เกิดความปวด ซึ่งภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยควรมีการเรียนรู้ที่จะจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง ช่วยให้การฟื้นหายที่เร็วขึ้น และสามารถปฏิบัติตามหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้เกิดการใช้ยาแก้ปวดลดลง มีวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ทำให้ลดผลกระทบที่อาจเกิดจากการใช้ยาได้ ซึ่งผลกระทบบจากการใช้ยาแก้ปวดอาจเกิดอาการผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ง่วงนอน อึดแน่นท้อง เป็นต้น และการที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาแก้ปวดคือ เป็นพิษต่อตับและไต เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกวิธีการจัดการความปวดและปฏิบัติตามได้ด้วยตนเอง</p>	<p>ผู้นำ</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลกล่าวทักทาย แนะนำตัวแล้วกล่าวเข้าสู่ บทเรียน</p>	<p>- สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ power point</p>	3 นาที	<p>-สังเกตการมีส่วนร่วมและความสนใจของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่สะท้อนถึงความตระหนักในการควบคุมความปวดและปฏิบัติตามหลังผ่าตัดช่องท้องด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- บอกข้อดีของวิธีการจัดการความปลอดภัยโดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแอสเฟลต์คอต ขนมะเอ้อย่างมีประสิทธิภาพและการจัดทำเพื่อบรรเทาความปลอดภัย</p>	<p>เนื้อหา การบาดเจ็บช่องท้อง หมายถึง การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง รวมทั้งผนังช่องท้องจากการกระทบกระแทกอย่างรุนแรงหรือจากของมีคม มีผล ทำให้ผนังหน้าท้องหรืออวัยวะภายในช่องท้อง เช่น กระบังลม กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้เล็ก ถ้าใหญ่ ตับ ตับอ่อน ม้าม ต่ กระเพาะปัสสาวะ หลอดเลือดภายในช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในช่องท้อง รวมถึงทวารหนัก ได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย</p> <p>วัตถุประสงค์ในการผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดเพื่อรักษาการบาดเจ็บช่องท้อง คือ การเปิดช่องท้องเข้าไป เพื่อสำรวจความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง เช่น จุดที่มีเลือดออก ทำการห้ามเลือดและแก้ไขภาวะช็อค ตัดเนื้อเยื่อที่ตายออกและซ่อมแซมอวัยวะที่ เสียหาย ทำให้นเนื้อเยื่อและเส้นประสาทเกิดการบาดเจ็บ หลังจากนั้นเมื่อมีการกระตุ้นความปลอดภัย ผู้ป่วยเกิดความปวด</p>	<p>ขั้นตอน - บรรยายประกอบสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ power point เรื่อง การบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง</p>	<p>- สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ power point</p>	<p>10 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกข้อดีของการจัดการความปลอดภัยโดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแอสเฟลต์คอต ขนมะเอ้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปลอดภัย</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้	สื่อ การเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>ปัจจุบันการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา มาใช้ในการรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการใช้ยาเพิ่มขึ้น เพื่อลดการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด ซึ่งการจัดการความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา มีหลากหลายวิธี เช่น การฝึกการหายใจเข้าออก (Breathing mediation) การผ่อนคลายความปวด (Relaxation) โดຍการนวด (Massage Therapy)หรือทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น การประคบองแผลผ้าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning)</p> <p>ดังนั้นการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ภายหลังการได้รับการผ่าตัด จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการเจ็บปวดเฉียบพลัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความชอบของผู้ป่วย</p>	กิจกรรม การสอน			

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้	สื่อ การเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- บอกลำดับวิธีการปฏิบัติกรฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผ่นฝ่าตดขณะไออย่างมีประสิทธิธิภาพ และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด</p> <p>1. เป็นวิธีที่ง่าย</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง</p> <p>3. ประสิทธิภาพบรรเทาความปวดได้ดี</p> <p>การบรรเทาความปวดโดยการไม่ใช้ยาเพื่อลดความปวดหลังผ่าตดช่องท้องด้วยวิธีการฝึกกรหายใจเข้าออก การประคองแผ่นฝ่าตดขณะไออย่างมีประสิทธิธิภาพ และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด มีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้</p> <p>1. การฝึกกรหายใจเข้าออก (Breathing meditation)</p> <p>โดยมีหลักการบริหารกรหายใจ สามารถทำได้ในท่านอน นิ่ง ยืน ควรทำเช่นนี้บ่อย ๆ ประมาณ 8-10 ครั้ง ในทก ๆ 2 ชั่วโมง</p>	<p>ซึ่งวิธีที่จะแนะนำต่อไปนี้เป็นวิธีที่ง่ายและสามารถที่จะปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่การฝึกกรหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผ่นฝ่าตดขณะไออย่างมีประสิทธิธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning) ซึ่งมีข้อดีต่าง ๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นวิธีที่ง่าย 2. ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง 3. ประสิทธิภาพบรรเทาความปวดได้ดี <p>การบรรเทาความปวดโดยการไม่ใช้ยาเพื่อลดความปวดหลังผ่าตดช่องท้องด้วยวิธีการฝึกกรหายใจเข้าออก การประคองแผ่นฝ่าตดขณะไออย่างมีประสิทธิธิภาพ และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด มีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้</p> <p>1. การฝึกกรหายใจเข้าออก (Breathing meditation)</p> <p>โดยมีหลักการบริหารกรหายใจ สามารถทำได้ในท่านอน นิ่ง ยืน ควรทำเช่นนี้บ่อย ๆ ประมาณ 8-10 ครั้ง ในทก ๆ 2 ชั่วโมง</p>	<p>- บรรยายประกอบสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ power point เรื่อง การบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง</p>	<p>-สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ power point</p>	<p>20 นาที</p>	<p>- ประเมินจากกรตอบคำถามของ ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอก ลำดับขั้นตอน วิธีการฝึกสมาธิ หายใจเข้าออก</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้	สื่อ การเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- สติชยย้อนกลับการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผลผ่าตัดขณะไอ อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวดได้ถูกต้อง</p>	<p><u>ขั้นที่ 1</u> นอนหงายราบ ชันเข้าทั้งสองข้างวางมือบนหน้าท้อง โดยเอาก้นกดไว้ที่ลมหายใจ แล้วหายใจเข้า ลึก ๆ ทางจมูกจนหน้าท้องโป่ง ต้นมือสูงขึ้น แล้วหายใจเข้าเต็มที่กลั้นไว้ สักครู่ประมาณ 3 วินาที (ขณะหายใจเข้าให้นับ 1...2...3 ในใจ)</p> <p><u>ขั้นที่ 2</u> หายใจออกทางปากช้า ๆ โดยทำปากห่อคล้ายผิวปาก หายใจออกเต็มที่ (ขณะหายใจออกให้ นับ 1...2...3 ในใจ) จนกระทั่งมือที่วางอยู่บนหน้าท้องลงด้นล่าง</p> <p><u>การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)</u></p> <p>ให้ท่านปรับหัวเตียงสูง 45 องศา หรืออยู่ในท่านั่งใช้มือ 2 ข้าง กอดผ้าหนุนหรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัด จากนั้นหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ 2-3 ครั้ง ในขณะที่เข้าครั้งที่ 4 ให้ท่านหายใจเข้าเต็มที่ 4 ให้ท่านหายใจเข้าเต็มที่ แล้วอ้าปากและขับเสมหะออกจากส่วนลึกของลำคอออกมา 2-3 ครั้งติดกัน หรือจนรู้สึกว่ามีเสมหะค้างอยู่</p>	<p>-ผู้ป่วยฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวด</p> <p>-ผู้ป่วยสติชยย้อนกลับ</p>	<p>-สื่อวีดิทัศน์การการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ของศุภฤติดา จันทร์บุรี (2562)</p> <p>นาฬิกาที่ 11.53-14.20 น.</p>		<p>-ประเมินจากการสัทธิย้อนกลับ โดยผู้ป่วยปฏิบัติวิธีการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวดได้ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนทั้งหมด</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้	สื่อ การเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- บอกข้อความร้องหลังการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแอสเฟ้ตัด ขณะเอียงมี ประสิทธิภาพ และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวดได้ถูกต้อง</p>	<p>การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด (Positioning) ให้ทำนอนในท่าที่สบาย คือ นอนศีรษะสูงเล็กน้อย และงอเข่าเล็กน้อยจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ ควรพลิกตะแคงตัวทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง การพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ช่วยให้ปวดขยายตัวได้เต็มที่ และช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนของหลอดเลือด 2 ซ้าง โดยวิธีการพลิกตะแคงตัว ทำได้โดยเลื่อนตัวมาด้านใดด้านหนึ่งก่อน ใช้มือดันนั้นจับขอบราวกันเตียง แล้วเลื่อนตัวมาจันชิดขอบเตียง จากนั้นจึงเอื้อมมือไปจับราวกันเตียงอีกข้าง เพื่อช่วยดึงตัวให้นอนตะแคง</p> <p>ข้อควรระวัง</p> <p>- สังเกตอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ หากทำเกิดอาการดังกล่าว ให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่คอยช่วยพยุงให้ลุกนั่ง บนเตียง และใช้หมอนรองบริเวณหลัง เพื่อให้เกิดความสบาย</p>	<p>การเรียน การสอน</p> <p>-บรรยายประกอบสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เรื่อง การบาดเจ็บช่องท้อง และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง</p>	<p>-สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ power point</p>	<p>2 นาที</p>	<p>- ประเมินจากการตอบคำถามของผู้ป่วย</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- สรุปลักษณะสำคัญของการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผ่นฝ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำและข้อควรระวังได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>- ขณะเคลื่อนไหว หรือจาม ควรใช้มือ ฝ่ามือหรือหมอน ช่วยพยุงแผ่นฝ่าตัดหน้าท้อง เพื่อป้องกันแผลแยก</p> <p>- ไม่ให้แผลโดนน้ำ</p> <p>- ถ้าแผลมีเลือดซึมออกมา ให้รีบแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที</p> <p>บทสรุป</p> <p>การบาดเจ็บช่องท้อง จะต้องได้รับการผ่าตัดที่เร่งด่วน ผู้ป่วยจึงจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและลดภาวะแทรกซ้อนจนถึงถึงการเสียชีวิต</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวด หลังระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้กำหนดกิจกรรมและการฟื้นฟูสภาพตนเอง เพื่อบรรเทาอาการปวด โดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation)</p> <p>การประคองแผ่นฝ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดทำเพื่อบรรเทา</p>	<p>ขั้นสรุป</p> <p>- สรุปลักษณะทั้งหมดและสอบถามหลักการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผ่นฝ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำ</p>	<p>- สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ power point</p>	<p>5 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถบอกข้อควรระวังได้ถูกต้องทั้งหมด</p> <p>- ประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยสรุปหลักการสำคัญของการฝึกสมาธิหายใจ การประคองแผ่นฝ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดทำ</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม การเรียนรู้ การสอน	สื่อ การเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- ผู้ป่วยมีความพร้อมและมั่นใจในการจัดการความปวดด้วยตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง</p>	<p>ความปวด (Positioning) สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ และส่งเสริมการฟื้นฟูของแผลผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้</p>	<p>- บอกข้อควรระวังขณะฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองได้</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม</p> <p>- สอบถามความมั่นใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดเมื่ออยู่ในสถานการณ์จริง</p>	<p>- สื่อวีดิทัศน์การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง ของศุภจิตา จันทร์บุรี (2562) หน้าที่ 11.53-14.20 น.</p>		<p>- ผู้ป่วยบอกข้อควรระวังได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- ผู้ป่วยบอกถึงความมั่นใจในการจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง</p>

เอกสารอ้างอิง

- ศิวาพร ทองสุข. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง (Emergency trauma Nursing): การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณการพิมพ์.
- ศุภธิดา จันทร์บุรี. (2561). การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. [Video file]. สืบค้น 25 มกราคม 2565, จาก <https://www.youtube.com/watch?v=03CVKT9zQA>
- Harris, C. (2013). Abdominal trauma. In B. B. Hammond., & P. G. Zimmerman (Eds.), *Sheehy's manual of emergency care* (7th ed., pp. 419-425). St. Louis: Elsevier.
- Mason, P. J. B. (1998). Abdominal trauma. In V. D. Cardona et al. (Eds.), *Trauma nursing: From resuscitate through rehabilitation* (pp. 491-524). Philadelphia: W.B.Sauners company.
- Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. (2002). *Nursing best practice guideline: Assessment and management of pain*. Retrieved from December 25, 2021, from <http://www.rnao.org>.

ภาคผนวก ง คู่มือสำหรับผู้ป่วย

เรื่อง: คู่มือสำหรับผู้ป่วย ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

ผู้ใช้: ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (กลุ่มทดลอง)

สถานที่ใช้: หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

สาระสำคัญ

คู่มือฉบับนี้ เป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง

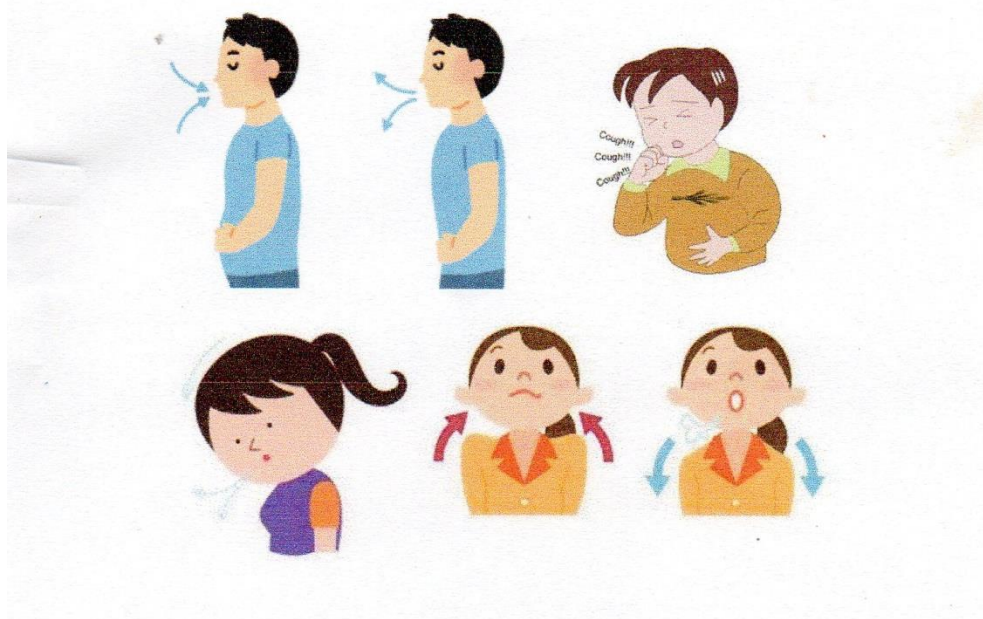
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวดได้อย่างเหมาะสม

คู่มือสำหรับผู้ป่วย

การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง



ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย

นิติพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำนำ

คู่มือฉบับนี้ เป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคบแผล ผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าเพื่อ บรรเทาความปวด (Positioning) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการความปวด ได้ด้วยตนเอง

ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย

ธันวาคม 2562

ผู้จัดทำ

สารบัญ	
	หน้า
การผ่าตัดช่องท้อง	2
การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา	
การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation)	4
การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)	5
การจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning)	6
ข้อควรระวัง	7
บทสรุป	

1

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากการได้รับความกระทบกระเทือน การถูกยิง การถูกแทง หรือได้รับอุบัติเหตุอื่น ๆ ที่ได้รับความกระทบกระเทือนบริเวณช่องท้อง ต้องได้รับการผ่าตัดก่อนให้เกิดความปวด ซึ่งภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยควรมีการเรียนรู้ที่จะจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง ช่วยให้มีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น และสามารถปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การที่ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ทำให้ลดผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดได้ ซึ่งผลกระทบจากการใช้ยาแก้ปวดทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ง่วงนอน อึดแน่นท้อง ผื่นคัน และอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยาแก้ปวด คือ เป็นพิษต่อตับและไต รวมทั้งเกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ หากผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการจัดการความปวดและปฏิบัติตนได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยได้



การบาดเจ็บช่องท้อง

การบาดเจ็บช่องท้อง หมายถึง การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง รวมทั้งผนังช่องท้องจากการกระทบกระแทกอย่างรุนแรงหรือจากของมีคม มีผล ทำให้ผนังหน้าท้องหรืออวัยวะภายในช่องท้อง เช่น กระบังลม กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตับ ตับอ่อน ม้าม ไต กระเพาะปัสสาวะ หลอดเลือดภายในช่องท้อง อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในช่องท้อง รวมถึงทวารหนักที่ได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย

วัตถุประสงค์ในการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดเพื่อรักษาการบาดเจ็บช่องท้อง คือ การเปิดช่องท้องเพื่อสำรวจความผิดปกติของอวัยวะในช่องท้อง เช่น จุดที่มีเลือดออก ทำการห้ามเลือดและแก้ไขภาวะช็อค ตัดเนื้อเยื่อที่ตายออกและซ่อมแซมอวัยวะที่ฉีกขาดเสียหาย ทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทเกิดการบาดเจ็บจึงหลังสารเคมีออกมากระตุ้นความปวด ทำให้เกิดความปวด



3

ปัจจุบันการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช้ยา มาใช้ในการรักษาแบบผสมผสานร่วมกับการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด ซึ่งการจัดการความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา มีหลากหลายวิธี เช่น การฝึกการหายใจเข้าออก (Breathing mediation) การผ่อนคลายความปวด (Relaxation) โดยการนวด (Massage Therapy) หรือทำสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning)

ดังนั้น การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาภายหลังการได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความชอบของผู้ป่วย ซึ่งวิธีที่จะแนะนำต่อไปนี้เป็นวิธีที่ง่ายและสามารถที่จะปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่

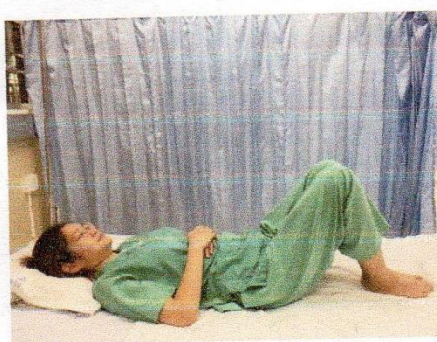
1. การฝึกการหายใจเข้าออก (Breathing mediation)
2. การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)
3. การจัดท่าเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning)

ซึ่งมีข้อดีต่างๆ ดังนี้

1. เป็นวิธีที่ง่าย ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง
2. ประสิทธิภาพบรรเทาความปวดได้ดี

1. การฝึกการหายใจเข้าออก (Breathing mediation)

โดยมีหลักการบริหารการหายใจ
สามารถทำได้ในท่านอน นิ่ง ยืน ควรทำเช่นนี้
บ่อย ๆ ประมาณ 8-10 ครั้ง ในทุก ๆ 2 ชั่วโมง



ขั้นที่ 1 นอนหงายราบ

ชันเข่าทั้งสองข้างวางมือบน
หน้าท้อง โดยเอาจิตกำหนดไว้ที่
ลมหายใจ แล้วหายใจเข้า ลึกๆ ทาง
จมูกจนหน้าท้องโป่งขึ้น ดันมือสูงขึ้น

แล้วหายใจเข้าเต็มทีกลั้นไว้ สักครู่ประมาณ 3 วินาที

(ขณะหายใจเข้าให้นับ 1...2...3 ในใจ)

ขั้นที่ 2 หายใจออกทาง

ปากช้าๆ โดยทำปากห่อคล้าย
ผิวปาก หายใจออกเต็มที่

(ขณะหายใจออกให้นับ 1...2...3

ในใจ) จนกระทั่งมือที่วางอยู่บนหน้าท้องลดต่ำลง



2. การประคองแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ

(Effective cough)



ให้ท่านปรับหัวเตียงสูง 45 องศา หรืออยู่ในท่านั่ง ใช้มือ 2 ข้าง กอดผ้านุ่มหรือหมอนประคองที่บริเวณแผลผ่าตัด จากนั้นหายใจเข้าทาง จมูกและหายใจออกทางปากช้าๆ 2-3 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นครั้งที่ 4 ให้ท่านหายใจเข้าเต็มที่แล้วกลั้นไว้ แล้วอ้าปากและ ขับเสมหะออกจากส่วนลึกของลำคอออกมา 2-3 ครั้ง

ติดกัน หรือจนรู้สึกว่ามีเสมหะคั่งค้างอยู่

หลังการผ่าตัดและการใส่ท่อช่วยหายใจ



3. การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด (Positioning)



ให้ท่านอยู่ในท่าที่สบาย คือ นอนศีรษะสูงเล็กน้อย และงอเข่าเล็กน้อยจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ ควรพลิกตะแคงตัวทุกๆ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งการพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ช่วยให้ปวดขยายตัวได้

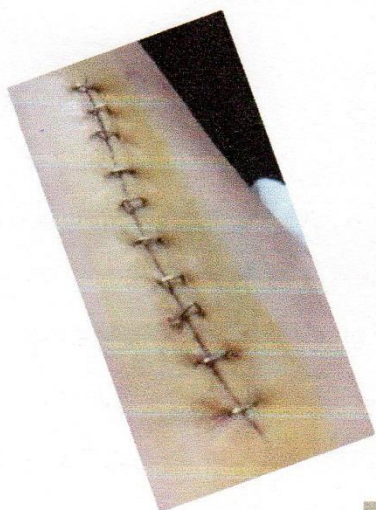
เต็มที่ และช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนของปอดทั้ง 2 ข้าง โดยวิธีการพลิกตะแคงตัว ทำได้โดยเลื่อนตัวมาด้านใดด้านหนึ่งก่อน ใช้มือด้านนั้นจับขอบราวกันเตียง แล้วเลื่อนตัวมาจนชิดขอบเตียง จากนั้นจึงเอื้อมมือไปจับราวกันเตียงอีกข้าง เพื่อช่วยดึงตัวให้นอนตะแคง



ข้อควรระวัง

- สังเกตอาการหน้ามืด

เวียนศีรษะ หากท่านเกิดอาการดังกล่าว ให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่คอยช่วยพยุงให้ ลุกนั่งบนเตียง และใช้หมอนรองบริเวณ หลัง เพื่อให้ท่านเกิดความรู้สึกสบาย



- ขณะเคลื่อนไหว ไอหรือจาม ควรใช้มือ ผ้าห่มหรือหมอน ช่วยพยุงแผลผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดแตก
- ไม่ให้แผลผ่าตัดโดนน้ำ
- ถ้าแผลมีเลือดซึมออกมา ให้รีบแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที



8

บทสรุป

การบาดเจ็บช่องท้อง จะต้องได้รับการผ่าตัดที่เร่งด่วน ผู้ป่วยจึงจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงการเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวด หลังระยะพักฟื้นในหอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้กำหนดกิจกรรมและการฟื้นฟูสภาพตนเอง เพื่อบรรเทาอาการปวด โดยการฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคบของแผลผ่าตัด ขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวด (Positioning) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และส่งเสริมการฟื้นหายของแผลผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้



อ้างอิง

- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด.
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อิงอร พงศ์พุทธชาติ. (2546). การเสริมแรงเพื่อการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- Harris, C. (2013). Abdominal trauma. In B. B. Hammond, & P. G.
Zimmerman (Eds.), Sheehy's manual of emergency care
(7th ed., pp. 419-425). St. Louis: Elsevier.
- Mason, P. J. B. (1998). Abdominal trauma. In V. D. Cardona et al.
(Eds.), Trauma nursing : From resuscitate through
rehabilitation (pp. 491-524). Philadelphia: W.B.Sauners
company.
- Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. (2002). Nursing
best practice guideline: Assessment and management of
pain. Retrieved from <http://www.mao.org>.

ภาคผนวก จ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลข.....

() กลุ่มควบคุม () กลุ่มทดลอง

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้วิจัยบันทึกข้อมูล)

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ..... ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพ () โสด () คู่ () หย่า/แยกกันอยู่ () หม้าย () อื่น ๆ.....
4. ศาสนา () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ.....
5. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียน
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
 - () อนุปริญญาตรี
 - () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าระดับปริญญาตรี
6. อาชีพ
 - () นักเรียน/นักศึกษา
 - () เกษตรกรรม (ทำนา ทำสวน ทำไร่)
 - () รับจ้างทั่วไป
 - () ค้าขาย
 - () กิจกรรมส่วนตัว
 - () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน

ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา (ผู้วิจัยบันทึกข้อมูล)

1. การวินิจฉัยโรค

.....

2. วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....

3. วันที่ได้รับการย้ายหอผู้ป่วยสามัญ.....เวลา.....

4. ลักษณะการได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

() กระแทบกระแทก

() ถูกแทง

() ถูกยิง

5. ชนิดการผ่าตัด.....

6. อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

() กระเพาะอาหาร

() กระบังลม

() ลำไส้เล็ก

() ลำไส้ใหญ่

() ตับอ่อน

() ม้าม

() ไต

() กระเพาะปัสสาวะ

() หลอดเลือดแดง

() หลอดเลือดดำ

() มดลูก/รังไข่

() ทวารหนัก

7. การใช้เครื่องช่วยหายใจ

() ไม่ใช่

() ใช้ ระยะเวลา..... วัน

Mode Ventilator

() CMV

() PCMV

() SIMV

() CPAP/Spont

8. ประวัติการได้รับการผ่าตัด

() ไม่เคย

() เคย จำนวน.....ครั้ง

ชนิดการผ่าตัด.....

ภาคผนวก ฉ สมุดบันทึกการจัดการความปวด

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

สถานที่: หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

วิธีการใช้: ผู้ป่วยจดบันทึกด้วยตนเอง

สื่อการใช้: สมุดบันทึกการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัด

ช่องท้อง และพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ (หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ) วันที่ 1- 3

วัตถุประสงค์: เพื่อส่งเสริมการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ครั้งแรก

รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาในการใช้สมุดบันทึก ดังนี้

ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ รหัสผู้ป่วย (Code) อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด วันที่บันทึกข้อมูล และเวลาที่บันทึกตามการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ เวลา 06.00 น., 10.00 น., 14.00 น., 18.00 น., 22.00 น. และ 02.00 น. ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยหลับ รวมถึงการจัดการความปวดของตนเองแบบไม่ใช้ยา ในระยะเวลา วันที่ 1-3 (72 ชั่วโมง) หลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ผู้วิจัยได้นำมาตรวัดความปวดความทุกข์ทรมาน (0-10 Numeric pain distress scale) ของ Ignatavicius (2013, p. 48) ด้วยมาตรวัดความปวดที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขอยู่ด้านล่าง คือ 0-10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มีความปวดเลย 10 หมายถึง ความปวดมากที่สุด 1-9 แทนระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยบันทึกคะแนนความปวดเป็นตัวเลข

การประเมินความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้อง และได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ซึ่งผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเอง ในเวลา 06.00 น., 10.00 น., 14.00น., 18.00 น., 22.00 น. และ 02.00 น. ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยหลับ รวมถึงการจัดการความปวดของตนเองแบบไม่ใช้ยา ผู้ป่วยบันทึกเป็นตัวเลขแทนแสดงวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาในการจัดการความปวดด้วยตนเองขณะพักและขณะเคลื่อนไหว รวมถึงคะแนนความปวดหลังการจัดการความปวด 15-30 นาที ขณะรักษาตัว ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (หอผู้ป่วยสามัญ) วันที่ 1-3 โดย

วันที่ 1 สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีชมพู

วันที่ 2 สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีเหลือง

วันที่ 3 สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีเขียว

ซึ่งผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกความปวดด้วยตนเอง

สมทบบันทึกการจัดกิจกรรมปวด
ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 1 - 3



สมุดบันทึกการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของห้องฉุกเฉิน พักรักษาตัว ณ ห้องผู้ป่วยสามัญ วันที่ 1

ชื่อผู้ป่วย (Code)..... อายุ.....ปี เพศ.....เรียน..... พ.ศ.....
 วัน-จันทร์..... การวินิจฉัย.....

ผู้เขียน: คุณพยาบาลวิชาชีพที่เกิดเหตุที่จุดชนวนที่เจ็บป่วยท่าน เป็นส่วนหนึ่งที่มีส่วนร่วม 0 - 10 คะแนน และระบุวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่เลือก **ชก.วัน เมื่อพบ**

ความหมาย ความปวด		กรุณาใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่ท่านได้ปฏิบัติใน 24 ชั่วโมง 1. ทำสมาธิหายใจเข้าออก 2. ให้อาหารที่มีประสิทธิภาพโดยการกลืน / สัมผัส ขณะไอ 3. จัดทำบรรเทาความปวด โดยพลิกตะแคงตัว / นอนศีรษะสูง 4. เบื้องเบนความสนใจ 4.1 การดู เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ 4.2 การคิด เช่น เล่นเกม 4.3 การฟัง เช่น ฟังดนตรี ฟังเพลง ฟังธรรมะ 5. อื่น ๆ ระบุ (เช่น นอนนิ่งๆ)
---------------------	--	---

เวลา	คะแนนความปวด		วิธีการจัดการความปวด	สังเกตความปวด	
	ชดเชย	หลังจัดการความปวด		ชดเชย	ชดเชย
06.00 น.					
10.00 น.					
14.00 น.					
18.00 น.					
22.00 น.					
02.00 น.					

สรุป(ส่วนนี้ : ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)
 คะแนนความปวดที่เริ่มสุด คะแนน
 คะแนนความปวดที่จบสุด คะแนน
 วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ที่ใช้ประจำ คือ
 1).....
 2).....
 3).....

สมุดบันทึกการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของร่างกายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 2

รหัสผู้ป่วย (Code) วันที่ เดือน พ.ศ.
 ชั้นรับใช้ เวลา ปี เพศ
 ชื่อผู้ป่วย การยาระงับ
 ตำแหน่ง
 ตำแหน่งของแผลผ่าตัด ตำแหน่งที่เจ็บของท่อน เป็นลักษณะ มีระดับความปวด 0 - 10 คะแนน และระดับความรู้สึกปวดตามแบบที่ใช้ข้างต้น **ออกวัน เมื่อจบวัน**

<p>ความหนาท่อน</p> <p>ความปวด</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด</p>	<p>คุณสมบัตินี้คือการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่ทันได้ปฏิบัติงาน 3x 24 ชั่วโมง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทำสมาธิพาใจเข้าออก 2. ให้อาหารมีประสิทธิภาพโดยการกลืนนม / ส้ม / น้ำผลไม้ 3. จัดทำบรรเทาความปวด โดยพลิกและเคลงตัว / นอนศีรษะสูง 4. เบี่ยงเบนความสนใจ <ol style="list-style-type: none"> 4.1 การดู เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ 4.2 การคิด เช่น เล่นเกม 4.3 การฟัง เช่น ฟังดนตรี ฟังเพลง ฟังธรรมะ 5. อื่น ๆ ระบุ (เช่น นอนนิ่งๆ)
--	---

เวลา	ระดับความปวด		วิธีการจัดการความปวด	ระดับความปวด	
	ขณะพัก	ขณะเคลื่อนไหว		หลังจัดการความปวด	ขณะเคลื่อนไหว
06.00 น.					
10.00 น.					
14.00 น.					
18.00 น.					
22.00 น.					
02.00 น.					

สรุป (ตัวนี้ : ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

คะแนนความปวดขณะพัก คะแนน

คะแนนความปวดขณะเคลื่อนไหว คะแนน

วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ที่ใช้ประจำ คือ

1).....

2).....

3).....

สมุดบันทึกการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บข้อศอกข้อเท้าหักหรือข้อมือหัก

ชื่อผู้ป่วย (Case) : ว.จ. ปี พ.ศ. เดือน พ.ศ.
 ชื่อผู้บันทึก : ภาควิชา :
 ชื่อและตำแหน่งของแพทย์ผู้บันทึก : วันที่ : เวลา :

ผู้เขียน: กรุณาบอกความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ข้อศอกข้อเท้าหักหรือข้อมือหัก 0 - 10 คะแนน และระบุวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่คิดขึ้น **ยกเว้น เมื่อเจ็บ**

ความปวด ความปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด	กรุณาบอกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่ทำลงไปทุกชั่วโมง ๖- ชั่วโมง 1. ทำสมาธิหายใจเข้าออก 2. ให้อาหารที่มีประสิทธิภาพโดยการกลืนนม / ให้น้ำดื่ม ชดเชย 3. จัดท่าบรรเทาความปวด โดยพลิกและคงตัว / นอนศีรษะสูง 4. เบี่ยงเบนความสนใจ 4.1 การดู เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ 4.2 การคิด เช่น เล่นเกม 4.3 การฟัง เช่น ฟังดนตรี ฟังเพลง ฟังธรรมะ 5. อื่น ๆ ระบุ (เช่น นอนนิ่งๆ)
---	--

เวลา	ระดับความปวดก่อนการจัดการความปวด		วิธีการจัดการความปวด	ระดับความปวดหลังจัดการความปวด 15 - 30 นาที	
	ขณะพัก	ขณะเคลื่อนไหว		ขณะพัก	ขณะเคลื่อนไหว
08.00 น.					
10.00 น.					
14.00 น.					
18.00 น.					
22.00 น.					
02.00 น.					

สรุป (ส่วนนี้ : ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)
 คะแนนความปวดก่อนใช้ยา : คะแนน
 คะแนนความปวดหลังใช้ยา : คะแนน
 วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ที่ใช้ประจำ คือ
 1)
 2)
 3)

ภาคผนวก ข แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วย

รหัสผู้ป่วย (Code)..... วันที่.....เวลา.....

1. ความรุนแรงของความปวด	<input type="checkbox"/> ไม่ปวด (0 คะแนน) <input type="checkbox"/> ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน) <input type="checkbox"/> ปวดปานกลาง (4-6 คะแนน) <input type="checkbox"/> ปวดมาก (7-9 คะแนน) <input type="checkbox"/> ปวดมากที่สุด (10 คะแนน)																																								
2. วิธีการจัดการความปวด	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ใช้ยา</td> <td><input type="checkbox"/> มอร์ฟีน</td> <td><input type="checkbox"/> เพดทิดีน</td> <td><input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> ไม่ใช้ยา</td> </tr> <tr> <td colspan="4">กิจกรรมอะไรบ้าง</td> </tr> <tr> <td colspan="4">1).....</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2).....</td> </tr> <tr> <td colspan="4">3).....</td> </tr> <tr> <td colspan="4">3. การทำกิจกรรมลดความปวด</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> ทำด้วยตนเอง</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> มีผู้ช่วยเหลือ</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ใช้ยา	<input type="checkbox"/> มอร์ฟีน	<input type="checkbox"/> เพดทิดีน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้ยา				กิจกรรมอะไรบ้าง				1).....				2).....				3).....				3. การทำกิจกรรมลดความปวด				<input type="checkbox"/> ทำด้วยตนเอง				<input type="checkbox"/> มีผู้ช่วยเหลือ		<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว				<input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์	
<input type="checkbox"/> ใช้ยา	<input type="checkbox"/> มอร์ฟีน	<input type="checkbox"/> เพดทิดีน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....																																						
<input type="checkbox"/> ไม่ใช้ยา																																									
กิจกรรมอะไรบ้าง																																									
1).....																																									
2).....																																									
3).....																																									
3. การทำกิจกรรมลดความปวด																																									
<input type="checkbox"/> ทำด้วยตนเอง																																									
<input type="checkbox"/> มีผู้ช่วยเหลือ		<input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัว																																							
		<input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์																																							
3. ผลลัพธ์การจัดการความปวด	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> มีประสิทธิผล (ความปวดลดลง)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ไม่มีประสิทธิผล</td> <td> ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไขและให้ความช่วยเหลือ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> มีประสิทธิผล (ความปวดลดลง)		<input type="checkbox"/> ไม่มีประสิทธิผล	ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไขและให้ความช่วยเหลือ																																				
<input type="checkbox"/> มีประสิทธิผล (ความปวดลดลง)																																									
<input type="checkbox"/> ไม่มีประสิทธิผล	ปัญหาและอุปสรรค การแก้ไขและให้ความช่วยเหลือ																																								

ภาคผนวก ข แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง

รหัสผู้ป่วย (Code).....

แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง
(ผู้ป่วยบันทึกและฝากเอกสารไว้ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญ)

คำชี้แจง แบบสอบถามการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องต่อไปนี้เป็นกรปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขณะรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 1-3 โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 4 หัวข้อใหญ่ คือ 1) การทำกิจกรรมบนเตียง 2) การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด 3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (รวม 42 คะแนน) ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่ท่านเลือก และเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง



กิจกรรม	ปริมาณการปฏิบัติ		
	วันที่ 1 (วันที่.....)	วันที่ 2 (วันที่.....)	วันที่ 3 (วันที่.....)
ด้านที่ 1 การทำกิจกรรมบนเตียง			
1. ลุกนั่งห้อยขา ข้างเตียง อย่างน้อยวัน ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อ วัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน
2. ลุกจากเตียงหรือ เดิน อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน
3. บริหารกล้ามเนื้อ แขน ได้แก่ ยกแขน เหยียดแขน คว่ำมือ หงายมือ ตาม การหายใจ อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน
4. บริหารกล้ามเนื้อ ขา ได้แก่ เหยียดขา ยกขา กางขาและหุบ ขา ตามการหายใจ อย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน
5. บริหารเท้า ได้แก่ กระดก ข้อเท้า กระดกนิ้วเท้า ตามการหายใจ อย่าง น้อยวันละ 2 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน
6. พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ..... ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ.....ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ....ครั้งต่อ วัน

กิจกรรม	ปริมาณการปฏิบัติ		
	วันที่ 1 (วันที่.....)	วันที่ 2 (วันที่.....)	วันที่ 3 (วันที่.....)
ด้านที่ 2 การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด			
7. ประเมินระดับ ความปวด ของตนเอง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ..... ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ.....ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ.....ครั้งต่อวัน
8. ขอยาแก้ปวดทันที เมื่อปวดแผล	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
9. ใช้เทคนิคผ่อนคลายโดย การทำสมาธิหายใจเข้า ออกควบคุมความปวด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
10. ปรองคองแผลเวลา ไอ จามหรือเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
11. นิ่งหรือนอน ศีรษะสูง หรือท่าที่ทำ ให้ความปวดลดลง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
12. ใช้เทคนิค เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือดู โทรทัศน์ พูดคุยกับ ญาติ เป็นต้น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
13. แจ้งให้พยาบาล ทราบทันทีว่ามีอาการ ปวดแผลผ่าตัดมาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
14. ประเมินระดับ ความปวดภายหลัง จัดการความปวดด้วย ตนเอง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ.....ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ.....ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ.....ครั้งต่อวัน

กิจกรรม	ปริมาณการปฏิบัติ		
	วันที่ 1 (วันที่.....)	วันที่ 2 (วันที่.....)	วันที่ 3 (วันที่.....)
ด้านที่ 3 การดูแลแผลผ่าตัด			
15. แทะแกแผลหรือ ดึงแผลผ่าตัดด้วย ตนเอง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ....ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ....ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ....ครั้งต่อวัน
16. ระวังแผลผ่าตัด ไม่ให้ถูกน้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
17. สังเกตบริเวณ แผลผ่าตัด ลักษณะ ของแผลหรือ แผลซีมเพิ่มมากขึ้น	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
18. แจ้งให้พยาบาล ทราบทันที เมื่อแผลมี สารคัดหลั่งซีมมาก มีเลือดออกหรืออุปกรณ์ ปิดแผลหลุดออก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
ด้านที่ 4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
19. แปรงฟัน เช้า – เย็น หรือบ้วนปาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน
20. เช็ดตัว ทำความ สะอาดร่างกาย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ 1 ครั้งต่อวัน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติมากกว่าหรือ เท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน
21. นอนหลับพักผ่อน เวลากลางคืน วันละ 8-10 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 8 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มากกว่าหรือเท่ากับ 8-10 ชั่วโมง ต่อวัน	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 8 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มากกว่าหรือเท่ากับ 8-10 ชั่วโมง ต่อวัน	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 8 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มากกว่าหรือเท่ากับ 8-10 ชั่วโมง ต่อวัน
22. ขณะทำกิจกรรม เมื่อรู้สึกปวดแผลมาก จะหยุดทำกิจกรรม นั้น ๆ เลย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ....ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ.....ครั้งต่อ วัน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ....ครั้งต่อวัน

กิจกรรม	ปริมาณการปฏิบัติ		
	วันที่ 1 (วันที่.....)	วันที่ 2 (วันที่.....)	วันที่ 3 (วันที่.....)
23. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของ ปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะใส่น้อย หรือไม่ใส ปัสสาวะมีเลือดปน ออกมา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง
24. สังเกตอาการ ผิดปกติขณะ เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น อึดแน่นท้องเพิ่ม มากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ให้แจ้ง พยาบาลทราบทันที	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> ปฏิบัติ <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> ทุกครั้ง

ภาคผนวก ฅ แบบคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

รหัสผู้ป่วย.....

แบบคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและ
การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง **เป็นครั้งแรก**

หมายเหตุ ประเมินตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออกของผู้เข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน
1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
2. อายุ.....ปี	อายุ 20-60 ปี
3. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้องอวัยวะในช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บ คือ <input type="checkbox"/> กระเพาะอาหาร <input type="checkbox"/> กระบังลม <input type="checkbox"/> ตับอ่อน <input type="checkbox"/> ลำไส้เล็ก <input type="checkbox"/> ลำไส้ใหญ่ <input type="checkbox"/> ไต <input type="checkbox"/> ม้าม <input type="checkbox"/> หลอดเลือดแดง <input type="checkbox"/> หลอดเลือดดำ <input type="checkbox"/> กระเพาะปัสสาวะ <input type="checkbox"/> มดลูก <input type="checkbox"/> รังไข่ <input type="checkbox"/> ทวารหนัก	(ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ตับ)
4. ได้รับบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น กระดูกหัก อาการบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะหรือสมองที่ไม่รุนแรง <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี	
5. ได้รับการวินิจฉัยว่าจะต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้อง <input type="checkbox"/> ได้รับการผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการผ่าตัด	
6. รู้สึกตัวดี มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ เข้าใจตัวเลข ตอบแบบสอบถามได้ <input type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน	
7. ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ <input type="checkbox"/> เข้าร่วมการวิจัย <input type="checkbox"/> ไม่เข้าร่วมการวิจัย	

มีคุณสมบัติ ตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนด

ผ่าน

ไม่ผ่าน

ลงลายมือชื่อผู้คัดกรอง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ภาคผนวก ญ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์ นรนนท์ บุญยืน
นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
2. นางสาวหทัยรัตน์ จิรนนท์พิทธิ
หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช
อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย
4. ดร. ขวัญแก้ว วงษ์เจริญ
อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
5. ดร. ปวงกมล กฤษณบุตร
อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก



ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

COA No. 317/2020
IRB No. P3-0063/2563



AF 12-10/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง
ผู้วิจัยหลัก	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทรา ปากันทะ
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์
ผู้วิจัยร่วม	: นายทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีทบทวน	: แบบคณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
5. โครงร่างการทำวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
6. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
7. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
8. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
9. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
10. AF 04-10 (สำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อผลิตสื่อ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
11. AF 04-10 (สำหรับสัมภาษณ์พยาบาลเพื่อผลิตสื่อ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
12. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัคร) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
13. สื่อการสอนการบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 20 สิงหาคม 2563
14. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้วิจัยบันทึกข้อมูล) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
15. แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง (ผู้ป่วยบันทึกและฝากเอกสารไว้ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563

16. แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (พักรักษาตัว
ณ หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 1-3) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
17. สมุดบันทึกการจัดการความปวด เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
18. แผนการสอนวิธีการจัดการความปวด เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
19. คู่มือสำหรับผู้ป่วย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
20. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อผลิตสื่อ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
21. แบบสัมภาษณ์พยาบาลเพื่อผลิตสื่อ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
22. แบบคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
23. รายละเอียดงบประมาณการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 เมษายน 2563

ลงนาม *อภิษฎา อภิษฎาพรกุล*
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 09 กันยายน 2563
วันหมดอายุ : 09 กันยายน 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานฯ โทร. 5296

ที่ อว 0603.01.13(1)/NU-IRB 3176 วันที่ 09 กันยายน 2563

เรื่อง ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันพะ; สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง (หมายเลขโครงการ : P3-0063/256) มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว และมีมติ รับรอง แบบคณะกรรมการเต็มชุด ซึ่งมีเอกสารที่รับรองดังนี้

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
5. โครงร่างการทำวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
6. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
7. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 พฤษภาคม 2563
8. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
9. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
10. AF 04-10 (สำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อผลิตสื่อ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
11. AF 04-10 (สำหรับสัมภาษณ์พยาบาลเพื่อผลิตสื่อ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
12. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัคร) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
13. สื่อการสอนการบาดเจ็บช่องท้องและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 20 สิงหาคม 2563
14. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้วิจัยบันทึกข้อมูล) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
15. แบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง (ผู้ป่วยบันทึกและฝากเอกสารไว้ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญ) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563

16. แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (พักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 1-3) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
17. สมุดบันทึกการจัดการความปวด เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
18. แผนการสอนวิธีการจัดการความปวด เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
19. คู่มือสำหรับผู้ป่วย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
20. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อผลิตสื่อ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
21. แบบสัมภาษณ์พยาบาลเพื่อผลิตสื่อ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
22. แบบคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 20 กรกฎาคม 2563
23. รายละเอียดงบประมาณการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 24 เมษายน 2563

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการตามข้อปฏิบัติสำหรับนักวิจัยที่ระบุไว้ด้านหลัง

ของใบรับรอง

สุวิทย์ สมบูรณ์

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

AF 09-10
REC No.52/2563



โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 38 ถนนเจริญภูวดินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ โทร. 055-409999 ต่อ 2157,2158

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง
- เลขที่โครงการวิจัย : 52/2563
- ผู้วิจัยหลัก : นายทวิศักดิ์ แก้วเปี้ย
- สังกัดหน่วยงาน : หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
- วิธีทบทวน : คณะกรรมการพิจารณาแบบเร่งด่วน (Expedited Review)
- รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
- เอกสารรับรอง : โครงร่างวิจัยฉบับย่อ, แบบบันทึกข้อมูล, แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมแบบฟอร์มการประเมินโดยผู้วิจัย, เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย, เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย, ประวัติผู้วิจัยหลัก

ลงนาม 
(นายวีระวุฒิ มิ่งขวัญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 
(นายอายุส ณะระภา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

วันที่รับรอง : 16 กันยายน 2563

วันหมดอายุ : 15 กันยายน 2564