



บทความวิจัย

กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ณัฐพรรณ จรตล* วิวัฒน์ เหล่าชัย** และเสาวลักษณ์ คุณทวี*

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม 73210*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 80 ราย ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก โดยการสุ่มแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ ผลลัพธ์การจัดการความปวด และกระบวนการจัดการความปวด เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงวุฒิ ทั้งหมด 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0, .85 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติ One sample t-test

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวด (ค่าคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน) หลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางกระดูกที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวด อย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .244$) และระยะเวลา 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดอยู่ในระดับเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.001$ ตามลำดับ)

สรุป: หลังผ่าตัดทางกระดูกในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีคะแนนความปวดมากกว่า 3 คะแนน เนื่องจากการผ่าตัดทางกระดูก ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆดวงตาถูกทำลายจากการผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลหรือแพทย์ผู้รักษา ควรมีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น

คำสำคัญ: ปวด/ การจัดการความปวด/ ผ่าตัดกระดูก/ ผลลัพธ์การจัดการความปวด



Process and Outcomes for Pain Management in Patients after Ophthalmic Surgery in Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing)

Natapun Joradol*, Wiwat Laochai** and Saowaluck Koonthawee*
Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing), Nakhon Pathom Province 73210*

Abstract

Purpose: To study the process and pain management outcomes of patients' ophthalmic surgery 24, 48 and 72 hours after ophthalmic surgery.

Design: Retrospective study

Methods: A 3-year retrospective medical record study from 2019-2021 was conducted in 80 cases in patients' ophthalmic surgery. Using random sampling, collect data by case record form, including personal and health information, pain management outcomes, and pain management processes. This research tool was checked for content validity by three experts. The content validity was 1.0, .85 and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and one sample t-test.

Results: Mean pain scores and pain control criteria (Pain score $\leq$ 3 points) after ophthalmic surgery patient with the highest pain score. By one sample t-test, it was found that 24 hours after surgery. Patients had pain scores higher than the pain control criteria. It was not significant ($p = .244$). And 48 and 72 hours after surgery. It was found that patients' pain scores were in the pain control criteria with statistical significance ($p = .001$ and $.001$, respectively).

Conclusion: After ophthalmic surgery within the first 24 hours after surgery the patient had a pain score >3 . Because it is an ophthalmic surgery causing the tissue around the eyes to be destroyed from surgery. Therefore, the nurse or the treating physician Effective pain management should be appropriate for the patient.

Keywords: Pain/ Pain management/ Ophthalmic surgery/ Outcomes for Pain Management



บทนำ

ความปวดเป็นอาการหรือความรู้สึกที่ทำให้เกิดความไม่สบายที่เกิดจากการกระตุ้นประสาทรับความเจ็บปวด อาการปวดหลังผ่าตัด เป็นความปวดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 80 มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง¹ โดยเฉพาะในระยะเวลา 1-3 วันแรก หลังจากเข้ารับการรักษาผ่าตัดจะมีความปวดรุนแรง หลังจากนั้นความปวดจะค่อย ๆ ลดลงตามระยะเวลา² นอกจากนี้ในการผ่าตัดจักษุ มีรายงานว่า หลังผ่าตัดจักษุ ในชั่วโมงแรก ผู้ป่วยร้อยละ 34 มีระดับความปวดรุนแรง และหลังจากออกจากโรงพยาบาลความปวดลดลง ที่ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการปวดบริเวณผ่าตัดจักษุ มีคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน¹⁷ ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ป่วยควรมีระดับความปวดหลังผ่าตัด (Postoperative pain score) ≤ 3 คะแนน หรือในระดับที่ผู้ป่วยรู้สึกสบายและสามารถทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับระยะเวลาที่ผ่านมาไปหลังผ่าตัดได้²¹

การจัดการความปวดจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลในระยะหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสบาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว ถ้าการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพอาจนำไปสู่ความเจ็บปวดเรื้อรังได้³ เนื่องจากร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการปวด ในระบบต่าง ๆ ดังนี้ ระบบทางเดินหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ลดการขยายตัวของปอด ออกซิเจนในเลือดต่ำ คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ภาวะลมแฟบ ปอดอักเสบ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก มีภาวะหัวใจขาดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ เพิ่มการหลั่งฮอร์โมน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว ระบบการย่อยอาหาร ลำไส้เคลื่อนตัวน้อย ทำให้เกิดอาการท้องอืด ระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานน้อยลง ทำให้ปัสสาวะไม่ออก ระบบการไหลเวียนเลือด ทำให้เกล็ดเลือดทำงานมากขึ้น ลดกระบวนการละลายลิ่มเลือดและกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือด

ระบบภูมิคุ้มกัน ลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย แผลติดเชื้อด้านจิตใจผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิดง่าย เกิดความเครียด มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁴ ส่งผลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย จนอาจส่งผลให้เกิดความไม่พอใจต่อการรักษา

นอกจากความปวดที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัด มีผลเสียดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้ สถาบันรับรองคุณภาพบริการด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา⁵ ให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวดปวด ถือเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่จำเป็นต้องมีการประเมินและบันทึก นอกเหนือจาก อุณหภูมิ การหายใจ ชีพจร และความดันโลหิต ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้กำหนดการประเมินความปวด⁶ เป็นสัญญาณชีพที่ 5 รวมถึงโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้รับการประเมินคุณภาพการบริการ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการประกันคุณภาพการพยาบาล จากสภาการพยาบาล เห็นความสำคัญกับการจัดการความปวด โดยให้ระดับความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 เช่นเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรุนแรงของแผลผ่าตัด ชนิดของหัตถการผ่าตัด ประเภทของการดมยาสลบ มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹⁸ ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถลดความปวด พบว่าความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงและสามารถจัดการความปวดได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁹

งานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) มีบทบาทหน้าที่ในการให้การพยาบาลการจัดการความปวด ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด และระงับความรู้สึก จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ. 2562-2564 มีผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุตกแต่งและเสริมสร้างจำนวน 91 ราย 73 ราย และ 43 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัด โดยการ



ใช้ยาระงับความรู้สึก และต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วย จากการเก็บข้อมูลระดับคะแนนความปวดใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พ.ศ. 2564 จำนวน 43 ราย⁷ นอกจากนี้งานการพยาบาลวิสัญญียังเป็นผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด (Pain Management Guideline) มีการนิเทศติดตามเพื่อพัฒนาความรู้แก่พยาบาลประจำการ ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมิน การใช้เครื่องมือ การลงบันทึก การติดตามและการประเมินซ้ำ⁸ จากการสำรวจในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ยังพบว่าการจัดการความปวดยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการบันทึกยังไม่ครอบคลุมและขาดการติดตามความปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกของบทบาทพยาบาลของพยาบาลบนหอผู้ป่วย จึงทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญและสนใจศึกษากระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในบทบาทของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาแนวทางบริหารการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงพัฒนาสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบประสิทธิภาพของบทบาทพยาบาล (The nursing role effective model) เนื่องจากผู้วิจัยสนใจศึกษาย้อนหลังของการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกและการประเมิน

ผลการพยาบาล ภายหลังที่ให้การพยาบาลจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูก ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการประสิทธิภาพของบทบาทพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยเลือกศึกษา 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การบันทึกบันทึกความปวด ความต่อเนื่องในการประเมิน การจัดการความปวดแบบใช้ยา และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา และ 2) ด้านผลลัพธ์ โดยใช้ Numerical Rating Scale ประเมินความปวดหลังผู้ป่วยผ่าตัดภายใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาเวชระเบียน 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2564) จำนวน 80 ราย จากผู้ป่วยที่ได้รับการบริการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

เกณฑ์คัดเข้า

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
2. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกตกแต่งและเสริมสร้าง และนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยตั้งแต่หลังผ่าตัด 24 – 72 ชั่วโมง
3. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ขึ้นไป
4. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกตกแต่งและเสริมสร้าง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562- ธันวาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์คัดออก

1. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดได้ เช่น ไม่รู้สึกตัว สับสน หรือสื่อสารไม่เข้าใจ



2. เวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยอภิบาล (ICU)

3. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกตกแต่งและเสริมสร้าง

จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรแบบจุด (Point Estimation of Mean) สามารถใช้ค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง () เป็นตัวประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร () โดย N คือจำนวนหน่วยของประชากร และ n คือจำนวนหน่วยตัวอย่าง จากการคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ได้ทั้งหมดเท่ากับ 72 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 80 คน¹⁶

เครื่องมือการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ระยะเวลาพักตัวในโรงพยาบาล และชนิดการผ่าตัดรักษา

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การจัดการความปวด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินคะแนนความปวดด้วย Numerical rating scale (NRS) โดยมีระดับคะแนนความปวด 0-10

ตอนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลกระบวนการจัดการความปวด จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย การบันทึกความปวด 4 ข้อ การจัดการความปวดแบบใช้ยา 4 ข้อ การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา 6 ข้อ โดยให้เลือกตอบปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติจักษุ 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสุขภาพ แบบบันทึกผลลัพธ์การจัดการความปวด และแบบบันทึก

กระบวนการจัดการความปวด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0, .85 และ .96 ตามลำดับ ผู้วิจัยทดลองเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจักษุจำนวน 10 ราย มาทดลองกรอกข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย¹⁰ โดยรายละเอียดดังนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) และได้รับอนุมัติเมื่อ วันที่รับรอง 29 กันยายน พ.ศ. 2565 หมายเลข 020/2565 ภายหลังได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าเวชระเบียน แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าจะเป็นการลับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความเพื่อขอเปิดเผยข้อมูลและศึกษาเวชระเบียนที่ต้องการเก็บข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บบันทึกข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2564)

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าเวชระเบียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย



3. ผู้วิจัยคัดเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 3 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2564) ที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่ออกโดยคณะกรรมการจัดการความปวดของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยมาลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case record form: CRF)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาดำเนินการในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการผ่าตัด คะแนนความปวด และกระบวนการจัดการความปวด นำมาการแจกแจงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ One sample t-test

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.25) เป็นเพศชาย ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 41 – 59 ปี (ร้อยละ 32.50) หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36.20) เกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 42.50) มากกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.50) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 18.80)

มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 62.50) มีระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 วัน มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 68.80) มีประวัติการผ่าตัดทางจักษุ ส่วนชนิดของการผ่าตัดจักษุครั้งนี้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.80) เป็นการผ่าตัด Enucleation รองลงมาคือการผ่าตัด Evisceration และ Orbitotomy ร้อยละ 15.0

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษากระบวนการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ

จากกระบวนการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติมากที่สุดภายใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คือ บันทึกการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด และความต่อเนื่องของการประเมินความปวด คิดเป็นร้อยละ 80

บันทึกการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 51.2 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 25.0 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 5.0

รับประทานยาแก้ปวด

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติร้อยละ 23.8 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 13.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 3.8 ฉีดยาเข้าหลอดโลหิตดำบรรเทาปวด



24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 27.5 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 8.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 2.5

ส่วนการหยดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย (PCA) พบว่าไม่มีการปฏิบัติทั้งในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

การประคบเย็น

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 15.0 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 7.5 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 1.2

การจัดท่าให้สุขสบาย

24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 100 ส่วน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 98.8 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีการปฏิบัติ ร้อยละ 38.8

ส่วนการเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย การประคับประคองด้านจิตใจ การนั่งสมาธิ การนวดเฉพาะที่ และการใช้ดนตรีบำบัด พบว่า 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ไม่มีการปฏิบัติ ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

ระยะเวลาหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง

จากการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 68.8) รองลงมาคือ 13 คน มีระดับความปวดปานกลาง (ร้อยละ 15.7) คะแนนความปวดเฉลี่ย 3.29 คะแนน (SD=2.19)

จากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือ 28 คน ไม่มีความ

ปวด (ร้อยละ 35.0) คะแนนความปวดเฉลี่ย .95 คะแนน (SD=.97)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง

จากการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 52.5) รองลงมาคือ 28 คน (ร้อยละ 7.5) มีระดับความปวดปานกลาง คะแนนความปวดเฉลี่ย 1.45 คะแนน (SD=1.92)

จากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน พบว่าไม่มีความปวด (ร้อยละ 72.5) รองลงมาคือ 22 คน (ร้อยละ 27.5) มีระดับความปวดเล็กน้อย คะแนนความปวดเฉลี่ย .32 คะแนน (SD=.59)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

จากการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน (ร้อยละ 78.8) พบว่าไม่มีความปวด รองลงมาคือ 17 คน (ร้อยละ 21.2) มีระดับความปวดเล็กน้อย คะแนนความปวดเฉลี่ย .30 คะแนน (SD=.66)

จากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน (ร้อยละ 92.5) พบว่าไม่มีความปวด รองลงมาคือ 6 คน (ร้อยละ 7.5) มีระดับความปวดเล็กน้อย คะแนนความปวดเฉลี่ย .09 คะแนน (SD=.32)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวด (ค่าคะแนนความปวด ≤ 3 คะแนน) หลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวดอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .244$) และระยะเวลา 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.001$ ตามลำดับ)



ส่วนหลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนปวดน้อยที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$, $.001$ และ $.001$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์การควบคุมความปวด ในระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ด้วยสถิติ One sample t-test

ระยะเวลา หลังผ่าตัด	คะแนน ปวดเฉลี่ย	SD	ระดับความปวด				One- sample t-test	p-value
			ไม่ปวด (0)	ปวดเล็กน้อย (1-3)	ปวดปานกลาง (4-6)	ปวดมาก (7-10)		
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
คะแนนความปวดมากที่สุด								
24 hr	3.29	2.19	0 (0)	55 (68.8)	13 (15.7)	12 (14.5)	1.18	.244
48 hr	1.45	1.92	28 (35.0)	42 (52.5)	6 (7.5)	4 (5.0)	-7.29	.001
72 hr	.30	.66	63 (78.8)	17 (21.2)	0 (0)	0 (0)	-36.37	.001
คะแนนความปวดน้อยที่สุด								
24 hr	.95	.97	28 (35.0)	50 (62.5)	2 (2.5)	0 (0)	-18.97	.001
48 hr	.32	.59	58 (72.5)	22 (27.5)	0 (0)	0 (0)	-40.51	.001
72 hr	.09	.32	74 (92.5)	6 (7.5)	0 (0)	0 (0)	-79.94	.001

1. การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กระบวนการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ

พบว่าเมื่อ มีการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยได้รับการบันทึกการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า

เนื่องจากเป็นแนวทางและวิธีการที่พยาบาลจะต้องมีการประเมินผลผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดแล้ว ซึ่งพบว่าพยาบาลมีการประเมินความปวดในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทุกรายหลังผ่าตัด รวมทั้งการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด และความต่อเนื่องของการประเมินความปวด ตลอดจนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ดังนั้นการประเมินความปวดเป็น แนวปฏิบัติที่พยาบาลควรปฏิบัติกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย เพื่อจะนำไปสู่

กิจกรรมการพยาบาลบรรเทาความปวด หรือการจัดการความปวดของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดที่ใช้ในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ให้มีการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย และกำหนดให้ประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องมีการประเมินและบันทึกลงในฟอร์มปรอท ซึ่งทำให้เห็นว่าพยาบาลมีความตระหนักและปฏิบัติตามมาตรฐานการจัดการความปวดของโรงพยาบาล และจากการศึกษาของจงลักษณ์ รสสุขุมลชาติ และพนารัตน์ เจนจบ¹¹ ได้มีการพัฒนาแนวทางในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความปวด ประกอบด้วย การจัดทำคู่มือการจัดการความปวด การพยาบาลความปวด การวินิจฉัยทางการแพทย์ การประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้การพยาบาล การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดปวด ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยลด



ความปวดและลดความทุกข์ทรมานได้ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การจัดการความปวดจัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ พยาบาลหรือทีมสุขภาพ ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของการผ่าตัด จักษุ ซึ่งควรมีการพัฒนาแบบบันทึกความปวดของผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพและสะดวกในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น จากที่กล่าวมา พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่เคย

นำมาใช้ในหน่วยงานควรได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทและสามารถครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุให้สมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น เช่น การนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่กระชับ เข้าใจง่าย เป็นต้น

ในส่วนของกิจกรรมการพยาบาลที่พบเพื่อบรรเทาความปวด พบว่าพยาบาลให้การพยาบาลด้วยการจัดท่าให้สุขสบายมากที่สุด ร้อยละ 100 สามารถอธิบายได้ว่า เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีแผนการรักษา โดยจัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติหรือแนะนำผู้ป่วย เช่น สามารถนอนตะแคงไปข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดได้ หรือบางรายนอนคว่ำหน้าตลอด หรือยกศีรษะสูง เพื่อให้ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและความสุขสบายของผู้ป่วย¹² และกิจกรรมการพยาบาลที่พบรองลงมา คือ การประคบเย็นที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ควรปฏิบัติใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แต่ต้องปฏิบัติให้ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละกรณี เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดจักษุจะมีความบอบช้ำง่ายกว่าเนื้อเยื่อบริเวณทั่วไปจึงควรปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้อง¹³

ส่วนยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่ คือ พาราเซตามอล (Paracetamol) ซึ่งสอดคล้องกับระดับความปวดของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความปวดระดับเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3) โดยตามแนวทางจะเป็นการบรรเทาปวดด้วยยาพาราเซตามอล ส่วนยาบรรเทาปวดชนิดฉีดทางหลอดเลือดส่วนใหญ่ คือ

ทรามาดอล (Tramadol) สอดคล้องกับคะแนนปวดของผู้ป่วย โดยจะได้รับเมื่อมีคะแนนความปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6)¹⁴

2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

พบว่าเมื่อมีการประเมินคะแนนความปวดมากที่สุดในช่วงระยะเวลาผ่าตัด 24 ชั่วโมงของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 68.8) หลังระยะเวลาผ่าตัด 48 ชั่วโมงจำนวน 42 คน พบว่ามีระดับความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 52.5) และหลังระยะเวลาผ่าตัด 72 ชั่วโมง จำนวน 63 คน (ร้อยละ 78.8) พบว่าไม่มีความปวด สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจะมีความปวดมากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงแรก และความเจ็บปวดจะค่อย ๆ หมดไป หลัง 72 ชั่วโมงหลังได้รับการผ่าตัด กล่าวคือความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกที่มีกลุ่มใยประสาททำหน้าที่ส่งทอดต่อกันเป็นวิถีประสาทขึ้นไป โดยเริ่มต้นจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ปลายประสาทรับความรู้สึก แล้วส่งสัญญาณประสาทผ่านไปตามประสาทนำเข้าความรู้สึก เข้าไปที่ไขสันหลังและวิ่งไปตามเส้นทางต่าง ๆ ในไขสันหลังจนถึงสมองและจากสมองนำส่งกลับมาไขสันหลัง การนำความรู้สึกเจ็บปวดแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับที่ 1 ตัวรับสัญญาณและเส้นประสาทรับความรู้สึก (peripheral mechanism) ระดับที่ 2 กลไกที่เกิดขึ้นระดับไขสันหลัง (spinal mechanism) ระดับที่ 3 กลไกที่เกิดขึ้นเหนือระดับไขสันหลังและสมอง (supra spinal mechanism)²⁰

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในบริบทการจัดการความปวดในบริบทผู้ป่วยหลังผ่าตัดจักษุ ผู้วิจัยจึงอธิบายกลไกความปวดไว้ดังนี้ การผ่าตัดเป็นสิ่งเร้าเชิงกลทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน ฮิสตามีน เป็นต้น ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจะเป็นเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อผ่าตัด สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อการเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อปลาย



ประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดจะนำส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็ก คือใยประสาทเอ เดลตา และใยประสาทซีไปยังไขสันหลัง เข้าสู่ระบบควบคุมประตู่ในบริเวณคอร์ซอลฮอร์น จะมีการปรับสัญญาณประสาทบริเวณเอสจี โดยสัญญาณประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่จะกระตุ้นการทำงานของเอสจีที่ทำหน้าที่ขัดขวางการทำงานของทีเซล ดังนั้นจึงไม่สามารถส่งต่อสัญญาณประสาทได้ ส่วนใยประสาทขนาดเล็กจะยับยั้งเอสจี ทีเซลจึงส่งสัญญาณประสาทไปด้านตรงข้ามของไขสันหลังและนำขึ้นสู่สมองที่ระดับไขสันหลังนั้นนอกจากจะมีการปรับเปลี่ยนสัญญาณตามระบบควบคุมประตู่แล้วยังเกิดรีเฟล็กซ์ มีผลให้กล้ามเนื้อลายหดตัว หลอดเลือดตีบตัว ระบบทางเดินอาหารและระบบการขับถ่ายปัสสาวะมีการทำงานลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง กล้ามเนื้อได้รับออกซิเจนน้อยลง จึงมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดกรดแลคติกและเกิดภาวะความเป็นกรดเฉพาะที่ กรดแลคติกจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวดกล้ามเนื้อที่รุนแรงขึ้นจะทำให้มีรีเฟล็กซ์ที่ไขสันหลังมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป¹⁵

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเกณฑ์การควบคุมความปวด (ค่าคะแนนความปวด ไม่เกิน 3 คะแนน) หลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p = .244$) สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดจักษุมีความปวดมากกว่า 3 คะแนน เนื่องจากการผ่าตัดทางจักษุ ซึ่งเป็นการทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ดวงตาถูกทำลายจากการผ่าตัด รวมถึงการเย็บปิดกลับของแผลผ่าตัด เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ดวงตาเป็นเนื้อเยื่อที่บอบช้ำง่ายและส่งผลต่อความปวดของผู้ป่วย จึงทำให้ความปวดระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสูงกว่าเกณฑ์ควบคุมความปวด ส่วนระยะเวลา 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมี

คะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$ และ $.001$ ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความปวดลดลงน้อยกว่า 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด รวมทั้งได้รับการพยาบาลและการรักษาที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์ควบคุมความปวด

ส่วนหลังจากผู้ป่วยผ่าตัดทางจักษุที่มีคะแนนความปวดน้อยที่สุด ด้วยสถิติ One sample t-test พบว่าระยะเวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความปวดสอดคล้องกับเกณฑ์ควบคุมความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$, $.001$ และ $.001$ ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการประเมินคะแนนความปวดน้อยที่สุดในแต่ละวัน จึงทำให้ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดน้อย ส่งผลต่อคะแนนความปวดน้อยกว่าเกณฑ์ควบคุมความปวดที่กำหนดไว้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างจากเกณฑ์ควบคุมความปวด

บทสรุป

บทบาทการจัดการความปวดของพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย และลดความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมจักษุที่มีระดับความเจ็บปวดมากกว่า 3 คะแนน ใน 24 ชั่วโมงแรก ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการพยาบาลจัดการความปวด โดยปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานอย่างเคร่งครัดเพื่อให้การจัดการความปวดกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่กิจกรรมการพยาบาลบรรเทาความปวดที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระ



2. ควรมีการจัดระบบการบันทึกข้อมูลความปวดอย่างชัดเจน สะดวกในการใช้งาน เช่น แบบบันทึกคะแนนความปวดทั้งก่อนและหลังการทำการหัตถการทางการแพทย์ รวมทั้งก่อนและหลังได้รับยาบรรเทาปวด

3. ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจักษุอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องของความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด

2. ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดจักษุ

References

1. Balas, MC, Gerald LW, Linda D, Gerald C, Bram R, Cherl JM, et al. Interpreting and implementing the 2018 pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption clinical practice guideline. *Crit Care Med* 2018;46(9):1464-70.
2. Werner MU, Kongsgaard UE. I. Defining persistent post-surgical pain: is an update required?. *Br J Anaesth*. 2014;113(1):1-4.
3. Rawal N. Current issues in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol* 2016;33(3):160-71.
4. Atichart, S. Acute pain relief for nurses. in the documents accompanying the academic conference of Chonburi Hospital at Dr. Suchin Phalakornkul's meeting room; 2011. [In Thai].
5. Guenter P, Jensen G, Patel V, Miller S, Mogensen KM, Malone A, et al. Addressing disease-related malnutrition in hospitalized patients: a call for a national goal. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2019;41(10):469-73.
6. Rogers, Michael P, Paul C. Pain as the fifth vital sign. *J Am Coll Surg* 2020;231(5):601-02.
7. Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing). Statistics of plastic and reconstructive ophthalmic surgery patients, fiscal year 2019 - 2021. Nakhon Pathom; 2021. [In Thai].
8. Kannicha M. Practice Guidelines for Pain Management. Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing); 2013. [In Thai].
9. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ* 1998;16(2):58.
10. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. Sage Publications; 2021.
11. Jonglak R, Panarat J. Development of pain management guidelines for Nurses at King Taksin Hospital. *Chiang Rai Med J* 2021;13(1):182-99. [In Thai].
12. Molao C, Mmoloki T. Postoperative eye care in Botswana: the role of ophthalmic nurses. *Community Eye Health* 2020;33(1):52.
13. Elliott DB. Clinical procedures in primary eye care E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020.
14. Puntillo F, Giglio M, Varrassi G. The routes of administration for acute postoperative pain medication. *Pain Ther* 2020;10(2):909-25.
15. Freys SM, Pogatzki-Zahn E. Pain therapy to reduce perioperative complications. *Innov Surg Sci* 2019;4(4):158-66.



16. Das S, Mitra K, Mandal M. Sample size calculation: Basic principles. *Indian J Anaesth* 2016;60(9):652-65.
17. Porela-Tiihonen S, Kaarniranta K, Kokki M, Purhonen S, Kokki H. A prospective study on postoperative pain after cataract surgery. *Clin Ophthalmol* 2019; 4(3):1429-35.
18. Lesin M, Dzaja Lozo M, Duplancic-Sundov Z, Dzaja I, Davidovic N, Banozic A, et al. Risk factors associated with postoperative pain after ophthalmic surgery: a prospective study. *Ther Clin Risk Manag* 2018;21(1):93-102.
19. Kadović M, Čorluka S, Dokuzović S. Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(9):568-79.
20. Marcotti A, Fernández-Trillo J, González A, Vizcaino-Escoto M, Ros-Arlanzón P, Romero L, et al. TRPA1 modulation by Sigma-1 receptor prevents oxaliplatin-induced painful peripheral neuropathy. *Brain* 2023;146(2):475-91.
21. Brennan TJ. Pathophysiology of postoperative pain. *Pain* 2011;152(3):33-40.