

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวด
หลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง*

**The Effects of Symptom Management Program of Gynecological
Patients after Abdominal Surgery on Postoperative Pain and Abdominal
Distention at a Tertiary Level Hospital**

วิริยา คีลา**

ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว***

ดร. วินัส ลีฬุกุล****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด ตามทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ โดยการฟังเพลงบรรเลงและการเคี้ยวหมากฝรั่ง ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัด เวลาเช้า กลางวัน เย็น เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของความปวด และแบบประเมินอาการท้องอืด วิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-Square test, Repeated Measures ANOVA, ANCOVA, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการอาการมาใช้เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง

คำสำคัญ: หลังผ่าตัดทางหน้าท้อง, อาการปวดหลังผ่าตัด, อาการท้องอืด

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

The purpose of this Quasi-experimental study was to examine the effects of symptom management program for gynecological patients after abdominal surgery on postoperative pain and abdominal distention. This program was developed based on the symptom management theory of Dodd, et al. The sample was 52 gynecological patients who had undergone abdominal surgery at ChaophrayaYommaraj Hospital, Suphanburi Province. They were divided into a control and an experimental group with 26 cases in each group. The control group received routine nursing care. The experimental group received a program that consisted of listening to music and chewing gum on the first three days after surgery in the morning, at noon and in the evening. The research instruments included a symptom management program of gynecological patients after abdominal surgery, the demographic data, the pain intensity score

and abdominal distention assessment. The data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-Square test, Repeated Measures ANOVA, ANCOVA, Paired t-test and Independent t-test.

The results of the research study revealed that the mean score of pain after receiving the program on the first three days after surgery for the experimental group was significantly lower than the control group ($p < .05$). The mean score of abdominal distention after receiving the program on the first three days after surgery for the experimental group was significantly lower than the control group ($p < .05$). Based on the results, it is suggested that nurses should apply the symptom management program to help reduce postoperative pain and abdominal distention after abdominal surgery.

Keywords: After Abdominal Surgery, Postoperative Pain, Abdominal Distention

ความสำคัญของการวิจัย

การผ่าตัดทางหน้าท้องที่พบมากที่สุดทางนรีเวชวิทยา คือ การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ เพื่อรักษาโรคทางนรีเวช การที่เนื้อเยื่อร่างกายและเส้นประสาทในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ จะมีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของการอักเสบ ซึ่งสารเหล่านี้จะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความปวด (Rao, 2006) นอกจากนี้เทคนิคการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ จะใช้เครื่องมือเฉพาะในการถ่างขยายช่องท้องและจับโยกมดลูก ทำให้ลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนจากการสัมผัสในระหว่างผ่าตัด (ศศิวิมล ศรีสุข, 2557) ร่วมกับการได้รับยาบรรเทาความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้สูญเสียการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid มีผลทำให้การบีบตัวของกระเพาะอาหารและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549) งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับ

การจัดการอาการหลังผ่าตัดจะเน้นเพียงอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น แต่อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมักเกิดขึ้นหลายอาการร่วมกันและส่งผลซึ่งกันและกัน อาการที่เกิดขึ้นอาการหนึ่งอาจนำไปสู่อีกอาการหนึ่งได้ (Barsevick, Whitmer, Nail, Beck, & Dudley, 2006) จากการศึกษาวิธีการจัดการกับความปวดและอาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทางหน้าท้องพบว่า วิธีจัดการความปวดที่พยาบาลใช้มากที่สุด คือ การให้ความสนใจถามถึงอาการปวด (สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรวิญญู และ ขวัญจิตร ปุณโพร, 2552) วิธีจัดการอาการท้องอืดที่พยาบาลใช้มากที่สุดคือการกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ (ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ, 2552) แต่อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการลุกจากเตียงภายหลังผ่าตัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินเร็วจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่ให้ความร่วมมือและจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการนอนนิ่งๆ บนเตียง

ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ปั่นตัวช้าลง เกิดอาการท้องอืดตามมา (ศิริพรรณ ภูมิพล, 2559) ซึ่งอาการท้องอืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น (พรณทิพย์ เกียรติสิน และคณะ, 2553)

การฟังเพลงบรรเลงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวดแผล เนื่องจาก เสียงดนตรีมีกลไกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสาร Endorphins, Dopamine และ Cortisol ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด (Montgomery, 2016) และการเคี้ยวหมากฝรั่งก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อบรรเทาอาการท้องอืด ด้วยกลไกการหลั่งสารสื่อประสาทในระยะที่อาหารยังไม่ตกลงมาถึงกระเพาะอาหาร (Cephalic phase) กระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวและฟื้นตัวกลับมาทำงานได้เป็นปกติ (Basaran & Pitkin, 2009) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ด้วยการใช้เพลงบรรเลงและการเคี้ยวหมากฝรั่ง ร่วมกับการให้การพยาบาลหลังผ่าตัดทางหน้าท้องตามปกติ เพื่อจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด โดยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นแนวทางในการทำวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดของผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดของผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับ

รับโปรแกรมการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

4. ผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ต่ออาการของแต่ละบุคคล การรู้สึกร่างกายมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ไปจากเดิม โดยผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องมีการรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) ภายหลังผ่าตัดว่าตนเองมีอาการปวดแผลและอาการท้องอืด มีการประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) ของอาการปวดแผลและอาการท้องอืดว่ามีระดับความรุนแรงอย่างไร และมีการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) ที่เกิดขึ้นอย่างไร

2. กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการจัดการโดยพยาบาล (Who) ใช้โปรแกรมการจัดการอาการ (What) ในผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง (To Whom) ที่หอผู้ป่วยนิเวศ โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ (Where) โดยการให้ผู้ป่วยฟังเพลงบรรเลงและเคี้ยวหมากฝรั่งร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติ (How) วันละ 3 ครั้ง (How much) ในวันที่ 1 ถึง 3 หลังผ่าตัด (When) เพื่อจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด (Why)

3. ผลจากการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยประเมินจากสภาพของอาการ (Symptom status) ได้แก่ อาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางนรีเวชที่มีพยาธิสภาพของมดลูกและท่อนำไข่ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออกเพียงอย่างเดียว หรือการตัดรังไข่ 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้าง หรือการผ่าตัดเอามดลูกออกหมดรวมทั้งรังไข่ 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้างออกทางหน้าท้อง ได้รับการรับความรู้สึกร่างกาย หลังผ่าตัดพักอยู่หอผู้ป่วยนรีเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร การเลือกกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-60 ปี รับประทานยาฮอร์โมนก่อนวันผ่าตัดอย่างน้อย 1 วัน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารได้ดี การได้ยินปกติ ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ไม่มีอุปสรรคในการเคี้ยว และชอบฟังเพลงบรรเลง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .74 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย แผนการสอน เรื่อง การบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง แผ่นพับเกี่ยวกับโรคทางนรีเวชที่ต้องผ่าตัดทางหน้าท้อง คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การบรรเทาอาการปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้องของผู้ป่วยนรีเวชและอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องเล่น MP3 บันทึกเพลงบรรเลงความยาวต่อเนื่อง 30 นาที จำนวน 1 เพลง นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านดนตรีจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และค่า IOC เท่ากับ 1.0 หมายเหตุแบบแผนชนิดปราศจากน้ำตาลรสผลไม้ หูฟัง

(Stethoscope) นาฬิกาแบบมีเข็มวินาที และสายวัดรอบเอว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความรุนแรงของความปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันมานาน (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเครื่องมือนี้มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีก

2.3 แบบประเมินอาการท้องอืดดัดแปลงจากแบบประเมินอาการท้องอืดของหนูเพียร์ ซาทองยศ (2550) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยผลของการเคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดหน้าท้อง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 และค่า IOC เท่ากับ 0.87 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน (หมายเลข น. 14/2559) ผู้วิจัยได้ทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ความร่วมมือเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาที่ได้รับ และมีสิทธิออกจากการวิจัยได้ ข้อมูลที่ในการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย และดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียน หมายเลข น. 14/2559 มาเสนอขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเวศ แจ้งเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เมื่อเสร็จแล้วจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัดโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงภายหลังผ่าตัดโดยเร็วที่สุด แนะนำการหายใจลึกและการไออย่างมีประสิทธิภาพประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการท้องอืดก่อนให้การพยาบาล จากนั้นประเมินความรุนแรงของความปวดหลังให้การพยาบาลทันที และประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง รวม 3 ครั้ง และประเมินอาการท้องอืดหลังให้การพยาบาลตามเวลาการวัดสัญญาณชีพ ในตอนเช้า กลางวัน เย็น

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่งแบบแผ่น ชนิดปราศจากน้ำตาล รสผลไม้ 1 ชิ้น วันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น เคี้ยวติดต่อกันครั้งละ 30 นาที และหลังการเคี้ยวหมากฝรั่ง ให้ผู้ป่วยฟังเพลงบรรเลงครั้งละ 30 นาที วันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น ประเมินความรุนแรงของความปวดและอาการท้องอืดก่อนให้โปรแกรมฯ หลังจากนั้นประเมินความรุนแรงของความปวดหลังให้

โปรแกรมฯ ทันที และประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง รวม 3 ครั้ง และประเมินอาการท้องอืดหลังให้โปรแกรมฯ ตามเวลาการวัดสัญญาณชีพ ในตอนเช้า กลางวัน เย็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพและการรักษา ความรุนแรงของความปวด และอาการท้องอืดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพและการรักษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ ทดสอบการแจกแจงโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ANCOVA เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคุณลักษณะด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด แนวทางการมีผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด การได้รับยาบรรเทาอาการปวดระหว่างการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก การได้รับยาบรรเทาอาการปวดและยาบรรเทาอาการท้องอืดในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA (n=26)

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
วันที่ 1 หลังผ่าตัด					
ภายในกลุ่ม	2.306	21.338	9.253	105.605	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	2384.654	2384.654	3299.486	.000
วันที่ 2 หลังผ่าตัด					
ภายในกลุ่ม	2.310	9.337	4.042	64.201	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	934.001	934.001	801.365	.000
วันที่ 3 หลังผ่าตัด					
ภายในกลุ่ม	1.944	2.952	1.518	32.909	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	447.232	447.232	601.969	.000

p-value <.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ในวันที่ 1 วันที่ 2 และ (p <.05) จึงได้ทำการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่าง วันที่ 3 หลังผ่าตัดคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและ รายคู่ โดยใช้ Bonferroni ดังตารางที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี Bonferroni (n=26)

		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
คะแนนความปวด			ทันที	1 ชั่วโมง	2 ชั่วโมง	
<u>วันที่ 1 หลังผ่าตัด</u>		$\bar{X}$	5.55	4.37	4.56	4.67
ก่อนทดลอง		5.55	-	-1.179*	-.987*	-.885*
หลังทดลอง	ทันที	4.37	-	.192*	.295*	
	1 ชั่วโมง	4.56		-	.103	
	2 ชั่วโมง	4.67			-	
<u>วันที่ 2 หลังผ่าตัด</u>		$\bar{X}$	3.50	2.72	2.85	2.92
ก่อนทดลอง		3.50	-	-.782*	-.654*	-.577*
หลังทดลอง	ทันที	2.72	-	.128	.205*	
	1 ชั่วโมง	2.85		-	.077	
	2 ชั่วโมง	2.92			-	
<u>วันที่ 3 หลังผ่าตัด</u>		$\bar{X}$	2.35	1.88	2.03	2.04
ก่อนทดลอง		2.35	-	-.462*	-.321*	-.308*
หลังทดลอง	ทันที	1.88	-	.141	.154	
	1 ชั่วโมง	2.03		-	.013	
	2 ชั่วโมง	2.04			-	

* p-value <.05

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง หลังได้รับโปรแกรมฯ 1 ชั่วโมง และหลังได้รับโปรแกรมฯ รายคู่ พบว่า ในวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ มีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที ทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ ANCOVA และใช้คะแนนเฉลี่ยความปวดก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม ($n=52$)

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
วันที่ 1 หลังผ่าตัด					
ตัวแปรร่วม (ก่อนทดลอง)	1	5.066	5.066	63.991	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	3.844	3.844	48.553	.000
ภายในกลุ่ม	49	3.879	.079		
รวม	51	12.479			
วันที่ 2 หลังผ่าตัด					
ตัวแปรร่วม (ก่อนทดลอง)	1	13.277	13.277	128.716	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	1.213	1.213	11.762	.001
ภายในกลุ่ม	49	5.054	.103		
รวม	51	24.333			
วันที่ 3 หลังผ่าตัด					
ตัวแปรร่วม (ก่อนทดลอง)	1	11.387	11.387	280.308	.000
ระหว่างกลุ่ม	1	.780	.780	19.212	.000
ภายในกลุ่ม	49	1.990	.041		
รวม	51	23.065			

p-value <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ในวันที่ 1 วันที่ 2 และ วันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test ($n=26$)

คะแนน อาการท้องอืด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
วันที่ 1 หลังผ่าตัด	10.53	1.78	9.52	1.57	9.56	.000
วันที่ 2 หลังผ่าตัด	7.59	1.23	6.34	0.95	8.01	.000
วันที่ 3 หลังผ่าตัด	5.64	0.81	5.14	0.29	3.85	.000

p-value <.05

จากตารางที่ 4 พบว่าในวันที่ 1 วันที่ 2 และ ท้องอืดหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 5 แสดงผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

หลัง ผ่าตัด	ก่อนทดลอง						หลังทดลอง					
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	(n=26)		(n=26)				(n=26)		(n=26)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
วันที่ 1	10.53	1.78	11.13	1.90	-1.13	.132	9.52	1.57	10.43	2.04	-1.80	.039
วันที่ 2	7.59	1.23	8.14	1.49	-1.45	.076	6.34	0.95	7.40	1.52	-2.99	.002
วันที่ 3	5.64	0.81	6.10	0.99	-1.85	.035	5.14	0.29	5.64	0.89	-2.75	.005

p-value < .05

จากตารางที่ 5 พบว่าในวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

อภิปรายผล

ผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องจะเกิดการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อร่างกายและเส้นประสาทในช่องท้อง มีการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาของการอักเสบไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยมีความปวด (Rao, 2006) จากแนวคิดตามทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ทั้ง 3 มโนทัศน์ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ผู้ป่วยสามารถรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดของตนเองที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ และใช้กลวิธีการจัดการกับอาการตามวิธีการในโปรแกรมการจัดการอาการโดยการฟังเพลงบรรเลงเสียงของดนตรีจะกระตุ้นต่อม Pituitary ให้หลั่งสาร Endorphine เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและไปยับยั้งการทำงานของสาร Substance P ทำให้ไม่มีสัญญาณไป กระตุ้น Tc cell การรับรู้ความปวดจึงลดลง (Hus, 2007) และผลการจัดการอาการ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพร โชติพ้ง และอวยพร ภัทรภักดีกุล (2559) ที่ศึกษาผลของการฟังดนตรีตามชอบต่อความปวดและสัญญาณชีพในผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hook และคณะ (2008) ที่ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดในระยะเวลาดังกล่าว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีที่เลือกด้วยตนเอง ในระยะเวลา 6-54 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที หลังได้รับโปรแกรมฯ 1 ชั่วโมง และหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 ชั่วโมง พบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที ต่ำกว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 ชั่วโมง และหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยได้ฟังเพลงบรรเลง จึงเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด คะแนนเฉลี่ยความปวดจึงลดลงมากที่สุด หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที เท่ากับ 4.37 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 ชั่วโมง และหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 ชั่วโมง เป็น 4.56 และ 4.67 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที ต่ำกว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจาก ผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้ลุกจากเตียงภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงมีความปวดเพิ่มขึ้น

โดยคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันทีเท่ากับ 2.72 เพิ่มขึ้นเป็น 2.92 หลังได้รับโปรแกรมฯ 2 ชั่วโมง และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที หลังได้รับโปรแกรมฯ 1 ชั่วโมง และหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 ชั่วโมง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เนื่องจาก ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเริ่มมีกระบวนการหายใจของแผล (Simon, 2016) ร่วมกับอาการท้องอืดที่ลดลงจากการให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่งดังในสมมติฐานที่ 3 และ 4 จึงส่งผลให้อาการปวดหลังผ่าตัดลดลงด้วย

การผ่าตัดดมลูกและรังไข่ ทำให้ลำไส้ได้รับความกระทบกระเทือนจากการสัมผัสในระหว่างผ่าตัด (ศรีวิมลศรีสุข, 2557) การใช้การดมยาสลบทั่วร่างกาย และการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioid มีผลทำให้การบีบตัวของกระเพาะอาหารและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549) ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดจากแนวคิดตามทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ทั้ง 3 มโนทัศน์ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดของตนเองที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ และใช้กลวิธีการจัดการอาการตามวิธีการในโปรแกรมการจัดการอาการโดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง ซึ่งเป็นการให้อาหารหลอก ทำให้เกิดกลไกการหลั่งสารสื่อประสาทในระยะที่อาหารยังไม่เข้าสู่กระเพาะอาหาร ส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวและฟื้นตัวกลับมาทำงานได้เป็นปกติ (Basaran & Pitkin, 2009) อาการท้องอืดจึงลดลง และผลการจัดการอาการ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 นอกจากนี้ยังพบว่า ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดก่อนทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจาก ระยะเวลาที่ระบบทางเดินอาหารไม่ทำงานหลังผ่าตัดจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ไม่เกิน 24 ชั่วโมงสำหรับ

ลำไส้เล็ก 24-48 ชั่วโมงสำหรับกระเพาะอาหาร และ 48-72 ชั่วโมงสำหรับลำไส้ใหญ่ ซึ่งโดยทั่วไประบบทางเดินอาหารจะกลับมาทำงานเป็นปกติเอง (Kalff, Wehner, & Likouhi, 2016) แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการเคี้ยวหมากฝรั่งเกิดการฟื้นตัวของลำไส้ได้เร็วขึ้นอาการท้องอืดจึงลดลงส่งผลให้อาการปวดหลังผ่าตัดลดลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดหลังผ่าตัดลดลง จึงสามารถลุกเดินเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ดีขึ้น ทำให้อาการท้องอืดลดลงด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเชิดศักดิ์ ดวงจันทร์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังเคี้ยวหมากฝรั่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) และจากผลการศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งนิวโรของ Ertas และคณะ (2013) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเคี้ยวหมากฝรั่งในระยะแรกหลังผ่าตัดดมลูกออกทางหน้าท้องและการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลือง มีการเคลื่อนไหวของลำไส้เริ่มเร็วขึ้นและเริ่มรับประทานอาหารได้เร็วขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับ Nimarta และคณะ (2013) ได้ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่เคี้ยวหมากฝรั่งมีระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้และการผายลมครั้งแรกเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ Li และคณะ (2013) ได้วิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) เกี่ยวกับผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยการสุ่มตัวอย่างจำนวน 17 เรื่องจากทั้งหมด 172 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด มีระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้และการผายลมครั้งแรกเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$)

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนิวโรหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง

มีผลต่อการบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด โดยใช้อุปกรณ์ประกอบทั้ง 3 มโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กันตามทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของตนเองที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ และเมื่อใช้กลวิธีในการจัดการอาการด้วยโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการอาการ เช่น ความรู้สึกปวดลดลง ความรู้สึกแน่นอึดอัดท้องลดลง มีการเรอ มีการผายลม ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมักเกิดขึ้นหลายอาการร่วมกันและส่งผลซึ่งกันและกัน อาการที่เกิดขึ้นอาการหนึ่งอาจนำไปสู่อีกอาการหนึ่งได้ (Barsevick et al., 2006) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาการปวดและอาการท้องอืดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดทางหน้าท้องมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=.541$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และจากการสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 100 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ ที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำโปรแกรมการจัดการอาการ

ไปใช้ในการบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาล

2. พยาบาลควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพพยาบาล

3. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องนอกเหนือจากผู้ป่วยกลุ่มนรีเวชต่อไป

4. สามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลและผู้ที่สนใจในการดูแลผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง เช่น ผ่าตัดกระเพาะอาหาร ผ่าตัดลำไส้ และผ่าตัดคลอด เป็นต้น
2. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้องและการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กษยา ดันติผลาชีวะ. (2549). *Post operative ileus: Cause, prevention and treatment*.

คลังศาสตร์ วิวัฒน์ 32. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

เชิดศักดิ์ ดวงจันทร์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, สุพร ดนัยดุขฎิกุล และเชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์. (2559). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด. *สารศิริราช*, 68(3), 135-141.

พรณทิพย์ เกียรติสิน, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2553). การฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดในผู้ป่วย ผ่าตัดช่องท้อง: การสังเคราะห์วรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(2), 87.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมศัลยกรรมความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัย.

ศศิวิมล ศรีสุข. (2557). *Overview in Abdominal Hysterectomy*. [ออนไลน์]. สืบค้น 25 กันยายน 2559, จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=894:overview-in-abdominal-hysterectomy&catid=45&Itemid=561.

- ศิริพรรณ งามรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 6(1), 1-11.
- ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ. (2552). ภาวะท้องอืด การจัดการภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรปัญญา และชัชวาลจิตร ปุณโพร. (2552). ความปวด การจัดการกับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 15(3), 327-343.
- หนูเพียร ชาทองยศ. (2550). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดในไต โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัจฉราพร โชติพันธ์ และอวยพร ภัทรภักดีกุล. (2559). ผลของการฟังดนตรีตามชอบต่อความปวด และสัญญาณชีพในผู้ป่วยบริเวณหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 43-53.
- Barsevick AM, WhitmerK, Nail LM, Beck SL, Dudley WN. (2006). Symptom cluster research: conceptual, design, measurement, and analysis issues. *J Pain Symptom Manage*. 31(1), 85-95.
- Basaran, M., & Pitkin, R. M. (2009). Gum chewing to prevent postoperative ileus. *Anatolian Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1(2), 1-3.
- Dodd, M., Janson S., Facione N., Faucett J., Froelicher E, S., Humphreys J., Lee K., Miaskowski C., Puntillo K., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. 33(5), 668-676.
- Ertas, I. E., Gungorduk, K., Ozdemir, A., Solmaz, U., Dogan, A., & Yildirim, Y. (2013). Influence of gum chewing on postoperative bowel activity after complete staging surgery for gynecological malignancies: a randomized controlled trial. *Gynecologic oncology*. 131(1), 118-122.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hook, L., Songwathana, P., & Petpichetchian, W. (2008). Music therapy with female surgical patients: effect on anxiety and pain. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 12(4), 259-271.
- Hus, A. (2007). The Relationship between Music Therapy and Post-Operative Pain Management. Retrieved November 1, 2017, from <http://healthpsych.psy.vanderbilt.edu/web2007/>
- Kalff, J. C., Wehner, S., & Likouhi, B. (2016). *Postoperative Ileus*. Retrieved November 10, 2016, from <http://www.uptodate.com/contents/postoperative-ileus>
- Li, S. et al. (2013). Chewing gum reduces postoperative ileus following abdominal surgery: a meta-analysis of 17 randomized controlled trials. *Journal Gastroenterol Hepato*, 28(7), 1122-1132.

- Montgomery, E. (2016). *The Science of Music Therapy*. Retrieved November 14, 2016, from <https://petersonfamilyfoundation.org/music-therapy/science-music-therapy/musicpain.htm>.
- Nimarta, Singh, N. V., Shruti, & Gupta, R. (2013). Effectiveness of chewing gum on bowel motility among the patients who have undergone Abdominal Surgery. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9(3), 108–117.
- Rao, M. (2006). Acute Post Operative Pain. *Indian J Anaesth.* 50(5), 340–344.
- Simon, P. E. (2016). *Skin Wound Healing*. [Online]. Retrieved November 1, 2017, from <https://emedicine.medscape.com/article/884594-overview>.

