

# การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

โสมสุดากรณ์ เสตะวัน พย.บ.\*

## บทคัดย่อ

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นสิ่งสำคัญต่อการฟื้นตัวและป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ยังคงขาดแนวปฏิบัติที่เป็นระบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในบริบทดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ( $n = 15$ ) และกลุ่มทดลอง ( $n = 15$ ) และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 18 คน ณ โรงพยาบาลทองผาภูมิ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยรูปแบบการพยาบาล แบบประเมินความปวด (VAS) และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Independent t-test

**ผลการวิจัย:** ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินความปวด 2) การใช้วิธีที่ไม่ใช่ยา 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) การติดตามและประเมินซ้ำ กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ย (Mean = 3.82, S.D. = 2.66) อยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความปวดระดับปานกลาง (Mean = 5.55, S.D. = 1.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการลดระดับความปวดหลังผ่าตัด และเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับบริบทโรงพยาบาลชุมชนจากการเน้นวิธีที่ไม่ใช่ยาเป็นหลัก ดังนั้น รูปแบบนี้จึงสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้

**คำสำคัญ:** รูปแบบทางการพยาบาล การจัดการความปวด การผ่าตัดช่องท้อง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทองผาภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

Corresponding author E-mail: somsudakorn@hotmail.com

วันที่รับ (received) 2 เม.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ต.ค. 2568

## Development of a Nursing Model Affecting the Effectiveness of Pain Management in Post-Abdominal Surgery Patients

Somsudakorn Setawan B.N.S.\*

### Abstract

Effective management of postoperative abdominal pain is crucial for patient recovery and the prevention of complications. Despite its significance, there is a lack of systematic guidelines for community hospitals in Thailand. This action research aims to develop and evaluate the efficacy of a nursing model specifically designed for pain management in this context. The study sample consisted of 30 patients who underwent abdominal surgery, divided into a control group (n=15) and an experimental group (n=15), along with 18 key medical personnel informants at Thong Pha Phum Hospital. The research instruments employed included a nursing model, a pain assessment form (VAS), and a group discussion guide. Data analysis was performed using descriptive statistics and the Independent t-test.

**Results:** The research findings reveal that the developed model consists of four primary components: 1) pain assessment, 2) non-pharmacological methods, 3) promotion of patient and family participation, and 4) monitoring and reassessment. The experimental group demonstrated an average pain score (Mean = 3.82, S.D. = 2.66) within the mild range, which was significantly lower than the control group's moderate pain score (Mean = 5.55, S.D. = 1.43) ( $p < .05$ ). These results indicate that the developed nursing model is effective in reducing postoperative pain levels and is particularly well-suited for community hospital settings due to its emphasis on non-pharmacological approaches. Consequently, this model can serve as a guideline to enhance the quality of care and facilitate patient recovery.

**Keywords:** nursing practice model, pain management, abdominal surgery

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Thong Pha Phum Hospital, Kanchanaburi Provincial Public Health Office  
Corresponding author E-mail: somsudakorn@hotmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดช่วยรักษาชีวิตในหลากหลายกรณี เช่น การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็ง การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูโครงสร้างร่างกายที่ผิดปกติ<sup>1</sup> การผ่าตัดมีบทบาทในการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และมีความเชื่อมโยงกับบริบททางเลือก เช่น การศัลยกรรมเพื่อความงาม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการผ่าตัดจะมีประโยชน์อย่างมากต่อการรักษา แต่ผลข้างเคียงที่หลีกเลี่ยงได้ยากคือความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ความปวดหลังผ่าตัดโดยเฉพาะหลังการผ่าตัดช่องท้อง ส่วนใหญ่มักเป็น Nociceptive pain ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดในเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย โดยเฉพาะในรูปแบบของ Somatic pain ซึ่งเป็นความปวดที่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน มักเกิดจากบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อส่วนลึกบริเวณแผลผ่าตัด<sup>2</sup> ความปวดประเภทนี้ ไม่เพียงส่งผลต่อความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อกระบวนการฟื้นฟูร่างกาย ความร่วมมือในการรักษา และภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยอีกด้วย องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เน้นย้ำว่า การเข้าถึงการผ่าตัดที่มีคุณภาพและปลอดภัย ควรครอบคลุมถึงระบบการดูแลและจัดการความปวดอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยให้สมบูรณ์ที่สุด<sup>2</sup> ด้วยเหตุนี้ การประเมินและควบคุมความปวดหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ไม่อาจละเลยในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับนโยบายสาธารณสุข

ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเป็น Nociceptive pain ประเภท Somatic pain ที่เกิดจากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดในเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจากการผ่าตัด ซึ่งสามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจนบริเวณแผลผ่าตัด ความเข้มข้นของความปวด (Intensity of pain) มักอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด<sup>3</sup> ดังนั้น การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ความปวดอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การเคลื่อนไหวล่าช้า การติดเชื้อ ภาวะปอดแฟบ<sup>4</sup> รวมถึงเพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์<sup>5</sup> จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพควรอาศัยแนวทางแบบองค์รวมที่คำนึงถึงทั้งการใช้ยา เทคนิคทางกายภาพบำบัด และการสนับสนุนทางจิตสังคม<sup>6</sup> ในบริบทของประเทศไทย การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังคงเผชิญความท้าทายจากทรัพยากรที่จำกัดและความหลากหลายในระดับการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์

ปัจจุบันการผ่าตัดสามารถจำแนกได้หลายประเภทตามเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) การจำแนกตามความเร่งด่วน เช่น การผ่าตัดฉุกเฉิน การผ่าตัดเร่งด่วน 2) การจำแนกตามวัตถุประสงค์ เช่น การผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย การผ่าตัดเพื่อการรักษา 3) การจำแนกตามเทคนิค เช่น การผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) การผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) และ 4) การจำแนกตามระบบอวัยวะ เช่น การผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด การผ่าตัดสมอง<sup>7</sup> เป็นต้น การจำแนกประเภทเหล่านี้ มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการรักษา และการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามลักษณะของการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม หนึ่งในอาการที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญทางคลินิกคือการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเป็นหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการรบกวนเนื้อเยื่อในระดับลึก ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักประสบกับภาวะความปวดแบบ Nociceptive pain โดยเฉพาะในลักษณะของ Somatic pain ซึ่งเป็นความปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ ผิวหนัง หรือเยื่อช่องท้อง สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน ความปวดลักษณะนี้ไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย<sup>6</sup> แต่ยังมีผลกระทบต่อระยะเวลาการฟื้นตัว ความร่วมมือในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในบางกรณี



จำนวนถึง 5,068 คน โดยเป็นผู้ผ่าตัดช่องท้องจำนวน 767 คน ซึ่งพบว่าจากข้อจำกัดในหลายด้านในเชิงปฏิบัติ ส่งผลให้ยังมีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดที่ต้องการการจัดการความปวดให้ลดลง

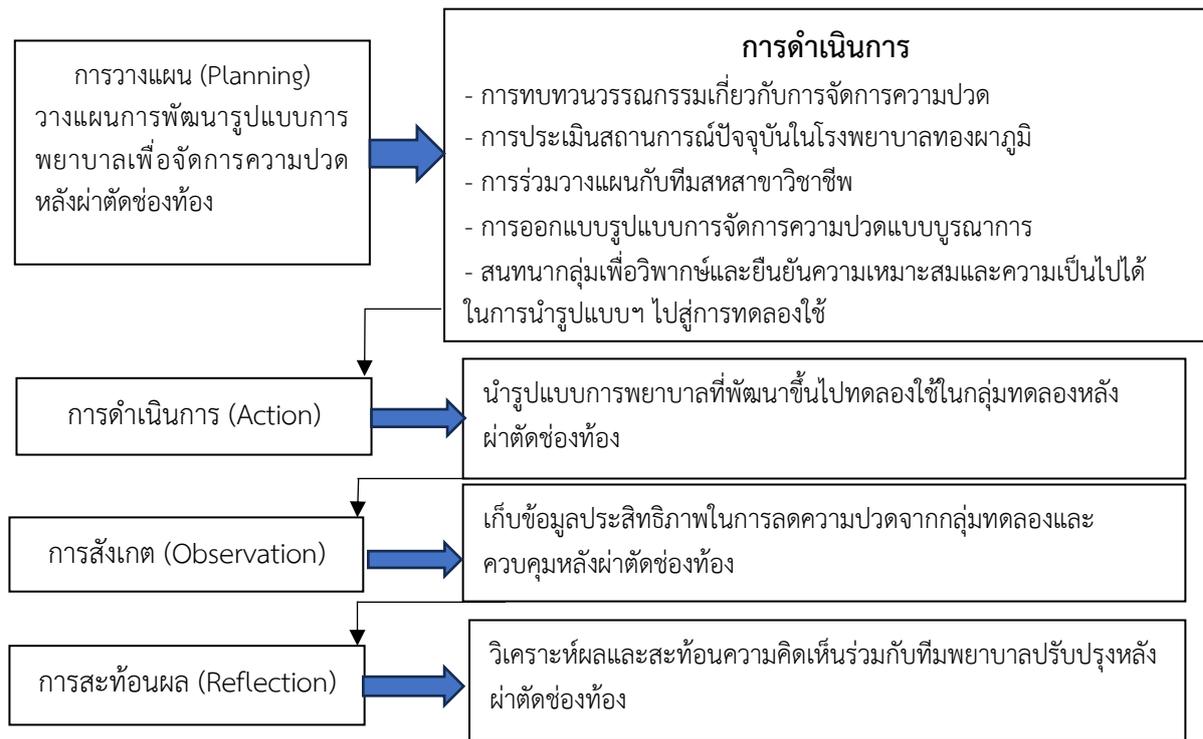
จากความสำคัญของการผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษาอาการ และบทบาทของการพยาบาลในการจัดการความปวดภายหลังการผ่าตัด การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยในงานวิจัยนี้ ประสิทธิภาพการจัดการความปวด หมายถึง ความสามารถของรูปแบบทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการลดระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ วัดจาก คะแนนความปวดด้วยมาตรวัด Visual Analog Scale (VAS) การลดความปวดในบริบทของการพักผ่อน การเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด รวมทั้งการประเมินความต่อเนื่องของการติดตามความปวดและการตอบสนองต่อการดูแลแบบไม่ใช้ยา ซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นตัวที่ดีขึ้นของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดอย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติ เพื่อลดความปวดและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิ
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & McTaggart<sup>10</sup> เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ และใช้แนวคิดการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาของ Melzack & Wall<sup>8</sup> เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาในการนำเสนอกรอบการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการควบคุมประตูความปวด (Gate control theory of pain) ซึ่งอธิบายว่าความปวดไม่ได้เกิดจากสัญญาณชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับผลกระทบของระบบประสาทส่วนกลาง โดยไขสันหลังทำหน้าที่เสมือน “ประตู (Gate)” ที่เปิดหรือปิดต่อสัญญาณความปวดจากเส้นประสาทส่วนปลาย การกระตุ้นเส้นใยรับความรู้สึกชนิดไม่เจ็บปวด (A-beta) เช่น การสัมผัส สูด การประคบอุ่น-เย็น หรือการเคลื่อนไหว สามารถปิดประตูความปวดและลดการส่งสัญญาณไปยังสมองได้ แนวคิดนี้สนับสนุนการใช้วิธีไม่ใช้ยา เช่น การประคบ การจัดทำที่สบาย การหายใจเข้าและลึก การเบี่ยงเบนความสนใจ และการส่งเสริมสภาวะจิตใจที่สงบ เพื่อช่วยลดความปวดควบคู่กับการประเมินและดูแลแบบองค์รวมดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยนี้มีจำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทองผาภูมิในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 423 คน และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทองผาภูมิ จำนวน 18 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทองผาภูมิ จำนวน 30 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 15 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้น จำนวน 15 คน โดยเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามบริบทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานร่วมกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 30 คน (กลุ่มละ 15 คน) ถือว่ามีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการสังเกตผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในบริบทของหอผู้ป่วยเฉพาะแห่ง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

**เกณฑ์คัดเข้า**

1. เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลทองผาภูมิในช่วงเวลาการวิจัยในแบบการผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ซับซ้อน (Minor abdominal surgery)
2. เป็นผู้ที่มีสติรู้ตัวเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย และไม่มีอาการบกพร่องทางการมองเห็น

## เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือ
2. ผู้ป่วยไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จำนวน 18 คน ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี เพื่อให้ได้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย พยาบาลจากตึกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ตามหนังสือรับรองลำดับที่ 63/2567 ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2567

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสำหรับประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) แบบ 10 ระดับตามหลักการของ Huskisson<sup>12</sup> ซึ่งเป็นมาตรวัดที่ให้ผู้ป่วยประเมินความปวดของตนเอง โดยเลือกจากระดับคะแนน 0 ถึง 10 โดยมีค่ากำกับที่ปลายทั้งสองข้างของมาตรวัดเพื่อแสดงขอบเขตของความรู้สึก คือ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดรุนแรงที่สุดเท่าที่จะจินตนาการได้ การให้คะแนนเป็นตัวเลขที่ชัดเจนนี้ ช่วยให้สามารถวัดและเปรียบเทียบระดับความปวดได้อย่างเป็นรูปธรรม
2. รูปแบบทางการพยาบาลซึ่งพัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Melzack & Wall<sup>8</sup> และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
3. แบบสนทนากลุ่มเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) สถานการณ์และปัญหาปัจจุบันในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (2) ความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยนำเสนอ (3) อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข และ (4) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จากนั้นนำคะแนนไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยกำหนดคะแนนมากกว่า 0.50 ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ สำหรับค่าความเที่ยง (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.865 แสดงว่าเครื่องมือวิจัยมีคุณภาพ และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง จากนั้นนำไปวิพากษ์ในการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือทางการพยาบาล จำนวน 7 คน เพื่อยืนยันความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ โดยผลจากการสนทนากลุ่มพบว่า รูปแบบทางการพยาบาลในงานวิจัยนี้มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การประเมินโดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาใน 4 มิติหลัก ได้แก่ (1) ความสอดคล้องกับหลักการพยาบาลและทฤษฎี (Theoretical consistency) (2) ความชัดเจนของกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน

(Clarity of activities) (3) ความเหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชน (Contextual appropriateness) และ (4) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของบุคลากร (Practical feasibility) โดยผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความเห็นสอดคล้องกันว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นผ่านเกณฑ์การประเมินในทุกมิติ

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ตอบเองเพื่อประเมินความปวดจากการผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากการใช้รูปแบบทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดที่ถูกพัฒนาขึ้นของโรงพยาบาลทองผาภูมิ โดยเป็นการประเมินภายหลังจากการผ่าตัดผ่านไป 48 - 72 ชม.

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เช่น ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลพื้นฐานเพื่อประเมินความเหมาะสมของการเลือกใช้สถิติ ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยค่า Skewness และ Kurtosis โดยใช้เกณฑ์ยอมรับตาม Polit and Beck<sup>13</sup> จากนั้น ทำการทดสอบความเป็นปกติด้วย Shapiro-Wilk test ผลพบว่า ข้อมูลในทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ ( $p > 0.05$ ) จึงใช้ Independent t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยจากคะแนนที่วัดได้ตามหลักการของ Jensen, et al.<sup>14</sup> ดังนี้

คะแนน	การแปลความ
7.50 – 10.00	หมายถึง ปวดรุนแรง
4.50 – 7.49	หมายถึง ปวดปานกลาง
2.50 – 4.49	หมายถึง ปวดเล็กน้อย
0.00 – 2.49	หมายถึง ไม่มีความปวด

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบทางการพยาบาลที่พัฒนาใหม่ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิ ที่ไม่เน้นการใช้ยา 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. การประเมินความปวด (Pain Assessment) โดยใช้มาตรวัดระดับความปวด (Pain scale) Visual Analog Scale (VAS) ตามหลักการของ Huskisson<sup>10</sup> เพื่อประเมินลักษณะของความปวด (ตำแหน่ง ระดับความรุนแรง ลักษณะของความปวด) ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความปวด เช่น ภาวะทางอารมณ์ โรคประจำตัว การตอบสนองของร่างกายและติดตามความปวดอย่างต่อเนื่องทุก 2 - 4 ชั่วโมง ตามแนวทางของโรงพยาบาลทั้งนี้ สิ่งที่รูปแบบใหม่เน้นย้ำเพิ่มเติมคือการประเมินความปวดในเชิงคุณภาพและเชิงหน้าที่ (Qualitative and functional assessment) โดยส่งเสริมให้พยาบาลซักถามถึงผลกระทบของความปวดต่อการฟื้นตัวโดยตรง เช่น “ความปวดรบกวนการหายใจเข้าลึกๆ หรือการไอหรือไม่” และ “ระดับความปวดที่ยอมรับได้เพื่อให้สามารถลุกนั่งหรือพลิกตะแคงตัวได้คือเท่าไร” การประเมินลักษณะนี้ช่วยให้สามารถตั้งเป้าหมายการจัดการความปวดที่สอดคล้องกับการฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient-centered functional goals) ได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation techniques) เช่น การหายใจลึก การทำสมาธิ การประคบร้อนหรือเย็น (ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของแพทย์) การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองผ่อนคลาย และการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างเหมาะสมเพื่อลดแรงกดที่แผลผ่าตัด โดยมีขั้นตอนในแต่ละวิธีการดังนี้

2.1 การหายใจลึก (Deep breathing exercise) ให้ผู้ป่วยนอนหรือนั่งในท่าสบาย สูดลมหายใจเข้าลึกทางจมูกนับ 1-4 กลั้นหายใจ 1-2 วินาที และผ่อนลมหายใจออกทางปากนับ 1-6 ทำซ้ำ 5-10 รอบ วันละ 3 ครั้ง เพื่อช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและบรรเทาความปวด

2.2 การทำสมาธิ (Meditation) โดยใช้เทคนิคการกำหนดลมหายใจและการรับรู้ปัจจุบันขณะ ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที วันละ 2 ครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มการควบคุมความรู้สึกปวด

2.3 การประคบร้อนหรือเย็น (ตามข้อบ่งชี้ของแพทย์) บริเวณรอบแผลผ่าตัด ครั้งละ 15-20 นาที ทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการอักเสบและบรรเทาความปวด

2.4 การใช้ดนตรีบำบัด (Music therapy) ให้ผู้ป่วยฟังเพลงจังหวะช้า ทำนองผ่อนคลาย ครั้งละ 20-30 นาที วันละ 2-3 ครั้ง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด

2.5 การเปลี่ยนอิริยาบถอย่างเหมาะสม เช่น การนอนตะแคงโดยมีหมอนหนุนใต้ท้องหรือเข้าเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณแผลผ่าตัด ปรับทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการกดทับและลดความปวดจากแรงดึงของเนื้อเยื่อ

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว (Promoting the participation of patients and families) โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือ แนะนำเทคนิคการควบคุมความปวดด้วยตนเอง เช่น การหายใจลึก การใช้หมอนรองแผลขณะไอหรือจามเป็นต้นและสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ ลดความวิตกกังวลซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดมากขึ้น

4. การติดตามผล/ประเมินซ้ำ (Follow-up & reassessment) โดยประเมินระดับความปวดหลังให้การพยาบาล ปรับแผนการดูแลตามความจำเป็น บันทึกข้อมูลและสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

**ตารางที่ 1** การกำกับกิจกรรมและช่วงเวลาดำเนินการหลักของรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

ขั้นตอน	ช่วงเวลาดำเนินการหลัก
1. การประเมินความปวด	ทันทีหลังพ้นจากยาสลบ/ยาชา ทุก 2-4 ชม. ก่อน/หลังกิจกรรม
2. การใช้วิธีที่ไม่ใช้ยา	เริ่มทันทีเมื่อรู้สึกตัวดี ทุก 2-4 ชม. ก่อนกิจกรรมกระตุ้นความปวด
3. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว	หลังฟื้นสติ วันแรกหลังผ่าตัด สม่ำเสมอระหว่างพักฟื้น
4. การติดตามผลและประเมินซ้ำ	หลังกิจกรรมบรรเทาปวด ทุก 2-4 ชม. ก่อนเปลี่ยนแผนดูแล

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม พบว่า พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างเป็นระบบ เห็นความจำเป็นของการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการประเมิน การใช้วิธีที่ไม่ใช้ยา และการสื่อสารร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ สะท้อนจากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล เช่น

“ก่อนหน้านี้เราประเมินความปวดไม่เป็นระบบ บางครั้งก็ถามแค่คนไข้บอกว่าปวดหรือไม่ปวด แต่ไม่มีการใช้สเกลชัดเจน ทำให้การให้ยาหรือการดูแลต่อเนื่อง” (F1,1,12)

“พอมีแนวปฏิบัติที่เน้นวิธีไม่ใช้ยาร่วมด้วย เช่น การสอนหายใจลึก การใช้หมอนกอดเวลาลุกหรือไอ คนไข้บอกว่าปวดน้อยลง แล้วก็กล้าขยับตัวมากขึ้น” (F1,2,25)

“แนวปฏิบัติใหม่ช่วยให้ทีมทำงานไปในทิศทางเดียวกัน เรารู้เลยว่าช่วงไหนใครต้องประเมินความปวด ใครต้องให้ยา หรือใช้วิธีผ่อนคลายอื่น ๆ ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องกว่าเดิม” (F2,1,8)

การยืนยันความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบทางการพยาบาลฯ มาใช้ดำเนินการผ่านการสนทนากลุ่มและการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญพบว่ารูปแบบทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในระดับมาก (Mean = 4.71, S.D. = 0.49) และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมากที่สุด (Mean = 4.86, S.D. = 0.38) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่ารูปแบบดังกล่าวมีความถูกต้องทั้งในเชิงทฤษฎีและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.33 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักปกติ (50 - 69 กก.) ร้อยละ 50.00 ในด้านการศึกษา พบว่า ส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 และมีสถานภาพสมรสร้อยละ 40.00 และมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00

ประสิทธิภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบทางการพยาบาลแบบปกติทั่วไปซึ่งเป็นการใช้ยา โดยผู้เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องมีความปวดภายหลังการจัดการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 5.55, S.D. = 1.43) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความปวดในช่วงเวลาต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 5.61, S.D. = 1.34) รองลงมา คือ ความปวดในบริบทของการดูแลหลังผ่าตัด (Mean = 5.54, S.D. = 1.55) และความปวดในสภาวะทั่วไป (Mean = 5.50, S.D. = 1.40) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสิทธิภาพการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบทางการพยาบาลแบบปกติทั่วไป

รายการประเมิน	คะแนน		
	Mean	S.D.	การแปลผล
<b>ความปวดในสภาวะทั่วไป</b>			
1. ความปวดที่รู้สึกในขณะที่ประเมิน	5.56	1.54	ปวดปานกลาง
2. ความปวดบริเวณแผลผ่าตัดขณะพักนอน	5.16	0.98	ปวดปานกลาง
3. ความปวดบริเวณแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวเล็กน้อย (เช่น การขยับตัวบนเตียง)	5.60	1.65	ปวดปานกลาง
4. ความปวดขณะทำกิจกรรมเช่นการลุกนั่งหรือเดินครั้งแรกหลังการผ่าตัด	5.70	1.41	ปวดปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	5.50	1.40	ปวดปานกลาง
<b>ความปวดในบริบทของการดูแลหลังผ่าตัด</b>			
1. ความปวดขณะพยาบาลเปลี่ยนผ้าปิดแผลหรือขณะทำแผล	5.23	1.50	ปวดปานกลาง
2. ความปวดขณะไอหรือจาม	6.63	2.18	ปวดปานกลาง
3. ความปวดขณะรับประทานอาหารหรือน้ำ	4.86	0.93	ปวดปานกลาง
4. ระดับความปวดที่รบกวนการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา	5.46	1.56	ปวดปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	5.54	1.54	ปวดปานกลาง
<b>ความปวดในช่วงเวลาต่าง ๆ</b>			
1. ความปวดที่รู้สึกในตอนเช้าหลังตื่นนอน	5.56	1.35	ปวดปานกลาง
2. ความปวดที่รู้สึกในช่วงเย็นหลังจากทำกิจกรรมประจำวัน	5.66	1.32	ปวดปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	5.61	1.33	ปวดปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ยในภาพรวม</b>	5.55	1.42	ปวดปานกลาง

ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มที่ใช้รูปแบบทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นในภาพรวมมีความปวดเล็กน้อย (Mean = 3.82, S.D. = 2.65) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความปวดในสภาวะทั่วไปมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.09, S.D. = 2.47) รองลงมาคือ ความปวดในบริบทของการดูแลหลังผ่าตัด (Mean = 3.83, S.D. = 2.77) และความปวดในช่วงเวลาต่าง ๆ (Mean = 3.56, S.D. = 2.72) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้น

รายการประเมิน	คะแนน		
	Mean	S.D.	การแปลผล
<b>ความปวดในสภาวะทั่วไป</b>			
1. ความปวดที่คุณในขณะประเมิน	3.70	2.79	ปวดเล็กน้อย
2. ความปวดบริเวณแผลผ่าตัดขณะพักนอน	3.00	2.18	ปวดเล็กน้อย
3. ความปวดบริเวณแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวเล็กน้อย (เช่น การขยับตัวบนเตียง)	4.86	2.48	ปวดปานกลาง
4. ความปวดขณะทำกิจกรรมเช่นการลุกนั่งหรือเดินครั้งแรกหลังการผ่าตัด	4.80	2.42	ปวดปานกลาง
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	4.09	2.47	ปวดเล็กน้อย
<b>ความปวดในบริบทของการดูแลหลังผ่าตัด</b>			
5. ความปวดขณะพยาบาลเปลี่ยนผ้าปิดแผลหรือ ทำแผล	3.46	2.89	ปวดเล็กน้อย
6. ความปวดขณะไอหรือจาม	5.93	3.09	ปวดปานกลาง
7. ความปวดขณะรับประทานอาหารหรือน้ำ	2.13	2.06	ไม่ปวด
8. ความปวดที่รบกวนการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา	3.80	3.05	ปวดเล็กน้อย
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	3.83	2.77	ปวดเล็กน้อย
<b>ความปวดในช่วงเวลาต่าง ๆ</b>			
9. ความปวดที่รู้สึกในตอนเช้าหลังตื่นนอน	3.46	2.75	ปวดเล็กน้อย
10. ความปวดที่รู้สึกในช่วงเย็นหลังจากทำกิจกรรมประจำวัน	3.66	2.69	ปวดเล็กน้อย
<b>ค่าเฉลี่ย</b>	3.56	2.72	ปวดเล็กน้อย
<b>ค่าเฉลี่ยในภาพรวม</b>	3.82	2.65	ปวดเล็กน้อย

ประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อวัดจากคะแนนความปวดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบทางการพยาบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิที่ถูกพัฒนาขึ้นมีคะแนนความปวดที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับรูปแบบทางการพยาบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิแบบปกติทั่วไปซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	t-test	p-Value
กลุ่มควบคุม (n = 15)	5.55	1.43	2.221	0.035*
กลุ่มทดลอง (n = 15)	3.82	2.66		

\*p-value &lt; .05

#### การอภิปรายผล

รูปแบบทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาในงานวิจัยนี้เป็นแนวทางที่ไม่เน้นการใช้ยา มี 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การประเมินความปวด 2) การใช้วิธีที่ไม่ใช้ยา 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) การติดตามผลและการประเมินซ้ำ โดยแนวทางดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้อย่างครอบคลุม การประเมินความปวดอย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลเข้าใจระดับความปวดของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้นและสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมต่อบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

ในขั้นตอนของการใช้วิธีที่ไม่ใช้ยา พบว่าพยาบาลและผู้ป่วยมีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการที่ทำให้ได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และเห็นผลได้ทันที โดยวิธีที่ถูกนำมาใช้บ่อยที่สุดคือการหายใจเข้าและลึก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ รองลงมาคือการประคบอุ่นหรือเย็น เพื่อช่วยลดอาการบวมและลดการอักเสบเฉพาะที่ การจัดทำทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันแรงกดทับที่แผลผ่าตัด ส่วนการฟังดนตรีบำบัดหรือการทำสมาธิ แม้มีประสิทธิผลในการลดความปวดและความวิตกกังวล แต่มีการใช้น้อยกว่าเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การสื่อสารให้เข้าใจวิธีผ่อนคลายหรือการช่วยประคบแผลเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมอาการปวด ลดความกลัว และเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟู ขณะเดียวกันการติดตามผลและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินประสิทธิภาพของมาตรการที่ใช้และปรับปรุงการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ฌักทร ไวบุรินทะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบาราศนราดูร พบว่าการจัดทำทางและการประคบอุ่นเป็นวิธีที่พยาบาลเลือกใช้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมถึงการศึกษาของ อุกศณี เอ็มอิมอนันต์ และคณะ<sup>16</sup> ที่รายงานว่าการประเมินและจัดการความปวดอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการติดตามประเมินซ้ำในระบบการพยาบาล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Fan, et al.<sup>17</sup> ที่ศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยเน้นการบำบัดทางจิตใจและกายภาพ เช่น การฝึกสมาธิ การหายใจผ่อนคลาย และการบำบัดด้วยดนตรี ซึ่งมีประสิทธิผลในการลดระดับความปวดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุปรูปแบบการพยาบาลที่เน้นการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาที่พัฒนาในครั้งนี้ เป็นแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากใช้วิธีที่ง่าย ปลอดภัย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่าความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบทางการพยาบาลแบบปกติทั่วไปอยู่ในระดับปวดปานกลางโดยมีคะแนนปวดเฉลี่ย 5.55 สอดคล้องกับฌักทร ไวบุรินทะ<sup>15</sup> ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนปวดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดมีคะแนนปวดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ใช้รูปแบบทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นในภาพรวมมีความปวดเล็กน้อยโดยมีคะแนน

ปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 ซึ่งลดลงน้อยกว่าของกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับอูศณี เอมอิมอนันต์ และคณะ<sup>16</sup> การพัฒนาระบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัด แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย พบว่าการพัฒนานวัตกรรม Pain kits ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดลดลง และยังสอดคล้องกับทวิศักดิ์ แก้วเปี้ย<sup>18</sup> พบว่าผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดของห้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง โดยโปรแกรมดังกล่าวเป็นรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบซึ่งบูรณาการกิจกรรมหลายมิติเข้าด้วยกัน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การสอนและฝึกปฏิบัติเทคนิคการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี และการใช้หมอนประคองแผลเพื่อลดแรงดึงขณะไอหรือเคลื่อนไหว ควบคู่ไปกับการติดตามประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนการลดความปวดมีประสิทธิภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของโรงพยาบาลทองผาภูมิในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดช่องท้องแบบ Minor Abdominal Surgery ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อวัดจากระดับความปวดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับทวิศักดิ์ แก้วเปี้ย<sup>18</sup> ที่พบว่าผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญในกลุ่มทดลองมีการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับ กิตติ์รวิ ประเสริฐจิตสรร และดวงกมล ภิมาลย์<sup>19</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการทางการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบ (Systematic nursing protocol) ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การใช้แบบประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐาน และการจัดการความปวดเชิงรุก ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาตามแผนการดูแลที่ชัดเจน พบว่า คะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งตามช่วงระยะเวลาของการประเมินความปวด พบว่าคะแนนความปวดแรกกลับจากห้องผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวด โดยเฉพาะการประเมินความปวดอย่างเป็นมาตรฐานและการจัดการเชิงรุกแบบไม่ใช้ยา ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านความปวดดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องที่เป็นระบบไปประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติการทางการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมการประเมินความปวดอย่างเป็นมาตรฐานและการจัดการความปวดเชิงรุกแบบไม่ใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องขนาดใหญ่ (Major abdominal surgery) เพื่อประเมินความสามารถในการประยุกต์ใช้รูปแบบในบริบทที่ต้องอาศัยการจัดการความปวดที่เข้มข้นกว่าเดิม

2. ควรศึกษา ผลกระทบระยะยาว (Long-term effects) ของการใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การกลับมาใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด (Chronic post-surgical pain) หรือความพึงพอใจต่อการดูแลต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงนวลจันทร์ เวชสุวรรณมณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทองผาภูมิ ดร.รณิดา มนต์ขลัง และคุณวลีทิพย์ สุดแสง สำหรับความอนุเคราะห์ คำปรึกษา และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ที่กรุณาพิจารณารับรองโครงการ รวมถึงทีมวิสัญญีแพทย์ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *Lancet* 2015;385:S11. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60806-6.
2. Brennan TJ. Pathophysiology of postoperative pain. *Pain* 2011;152(3 Suppl):S33-40. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.005.
3. World Health Organization. WHO surgical safety checklist and implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003;362:1921-8. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14966-5.
5. Kehlet H, Dahl JB. Postoperative pain management and patient outcomes: time to return to the basics?. *Anesth Analg* 2022;135:45-52.
6. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin* 2014;30:149-60. doi: 10.1185/03007995.2013.860019
7. Schwartz SI, editor. *Schwartz's principles of surgery*. 11th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2019.
8. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965;150:971-9.
9. World Health Organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>

10. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2000. p. 567-605.
11. Jünger S, Payne SA, Brearley SG, Ploenes V, Radbruch L. Reporting on stakeholder engagement in a multi-stakeholder Delphi study in palliative care: adherence to reporting guidance and its impact. Patient Educ Couns 2024;117:107948.
12. Huskisson EC. Measurement of pain. Lancet 1974;2:1127-31.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
14. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. J Pain 2003;4:407-14.
15. ณภัทร ไวกุรินทะ. กระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค; 2560.
16. อุกฤษณ์ เอ็มอีมอนันต์, พรพิมล คำประเสริฐ, นฤมล วาญญูคุณากร, สุวิมล ชียงคະบุตร, พรวิภา ขจรนาม. การพัฒนาระบบการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัด แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564;36:227-37.
17. Fan M, Chen Z. A systematic review of non-pharmacological interventions used for pain relief after orthopedic surgical procedures. Exp Ther Med 2020;20:36. doi: 10.3892/etm.2020.9163.
18. ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย. ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
19. กิตติ์รวี ประเสริฐจิตสรร, ดวงกมล ภิมาลย์. ประสิทธิภาพของการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. อุดรธานี: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี; 2566.