

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปวดและการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

The Correlation between Pain Perception and Pain Management in elderly patients undergoing surgery at a Tertiary Level Hospital

จันทร์ฉาย มณีวงษ์ (พย.ม.)¹

Janchai Maneewong (M.N.S)

ขวัญฤทัย พันธุ์ (พย.ม.)², เรวดี โพธิ์รัง (พย.ม.)²

Khunruetai panthu (M.N.S), Rewadee Phorang (M.N.S)

Received: June 15, 2020

Revised: October 27, 2020

Accepted: November 30, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวด ความรุนแรงความปวด ความคาดหวังและการจัดการอาการปวดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 100 คน จากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเก็บ ข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรุนแรงของความปวด แบบสอบถามการรับรู้อาการรบกวน แบบสอบถามความคาดหวังและแบบสอบถามการจัดการอาการปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าสหสัมพันธ์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัยและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้อาการรบกวน และระดับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .039$, $r = .404$ ตามลำดับ) และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .616$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินและการจัดการอาการปวดอย่างต่อเนื่องและควรพัฒนา รูปแบบการจัดการอาการปวดโดยการไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้นและในการจัดการอาการปวดหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุควรใช้วิธีการหลายวิธีร่วมกัน เพื่อลดระดับความรุนแรงของอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความปวด อาการรบกวนผู้สูงอายุ การจัดการอาการปวดความคาดหวัง

Abstract

The purpose of this research was to study the relationship among perception of disturbance, Level of pain, severity of pain, expectation and pain management in elderly patients undergoing surgery. Sample group included 100 elderly patients after abdominal

¹อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

Corresponding author: janchai@snc.ac.th.

²อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

surgery at a Tertiary Level Hospital. Data were collected Patient's Demographic Form, disturbance awareness questionnaire, Pain Intensity Scale, Severity of pain questionnaire, expectation questionnaire, and pain management questionnaire. Collected data were analyzed using descriptive statistics for frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's range and correlation coefficient.

The results showed that perception of disturbance, level of pain after surgery was low correlated with pain management undergoing surgery at level of .05 ($r = .039$, $r = .404$, respectively), and moderately positive expectation associated with pain management statistic significant at level of .05 ($r = .616$). Recommendation, the nurse should consider pain assessment and pain management for the elderly after surgery with a continuation and should apply several pain management methods for effectiveness to release pain.

Keywords: Pain, disturbances, elderly, pain management, expectation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้ป่วยสูงอายุมารับการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งความก้าวหน้าทางด้านศาสตร์และวิสัญญีแพทย์ในปัจจุบันจะส่งผลดีให้การรักษาโรคต่าง ๆ ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดทำได้มากขึ้นแต่การผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการแม้ว่าการผ่าตัดจะช่วยในการรักษาโรคแต่ผลกระทบบที่เกิดขึ้น เช่น การทำลายเนื้อเยื่อร่างกายทำให้มีโอกาสในการสูญเสียเลือด มีการบาดเจ็บและปวดบริเวณแผลผ่าตัดโดยเฉพาะในช่วง 24-72 ชั่วโมงจะพบความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ความปวดแผลผ่าตัดที่เกิดจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทำให้เกิดการติดเชื้อได้ (วิลยาพร คำมอญ, กนกพร สุคำวัง และโรจน์ จินตนาวัฒน์, 2557) นอกจากนี้การผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ว่าเหตุ การรับรู้คุณค่าของตนเองลดลงและมีอาการซึมเศร้า อีกทั้งผู้สูงอายุมีการคืนสู่สภาพปกติได้ช้าเนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค

และสรีรวิทยาที่เสื่อมลงตามวัย การทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสียความสมดุลและทรุดตัวอย่างรวดเร็วส่งผลในการปรับสภาพต่อความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจลดลง รวมถึงการมีโรคเรื้อรังและโรคร่วมหลายโรค หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุได้ (Dhesi, 2010)

ปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่าเป็นความสำคัญองค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital signs) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษา เรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) ดังนั้น พยาบาลควรจะต้องประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและการจัดการที่เหมาะสมเพียงพอ นอกจากนี้สมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Pain Society: APS) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการความปวดว่า ควรประเมินทั้งกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ควบคู่กัน โดยตัวชี้วัดเชิง

กระบวนการที่ส่งผลต่อระดับความรุนแรงของความปวด คือ วิธีการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา (Chassin & Galvin, 1998) และอาการปวดหลังการผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาคุณภาพของกระบวนการดูแลและขั้นตอนการผ่าตัด รวมทั้งการจัดการความเจ็บปวดที่ประสบความสำเร็จ (Stephan & Esther, 2019)

การผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ยาระงับปวดทั่วร่างกายและใช้เวลานานในการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายพบว่าผู้สูงอายุมีอาการปวดแผลผ่าตัดอย่างรุนแรง รู้สึกไม่สบาย การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดได้เต็มที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (วัลยาพร คำมอญ, กนกพร สุคำวัง และโรจณี จินตนาวัฒน์, 2557) ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจึงพยายามหากวิธีแก้ไข ควบคุมหรือบรรเทาอาการต่าง ๆ เมื่อมีอาการและอาการแสดงตลอดจนหากวิธีในการจัดการอาการปวดตามการรับรู้ของตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความหวังและตั้งใจปฏิบัติตัวเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหลังจากการผ่าตัด

จากรายงานสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรีปี พ.ศ. 2560-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยได้รับผ่าตัดช่องท้องด้วยโรกระบบทางเดินอาหารเพิ่มสูงขึ้นจำนวน 560 - 615 คน ตามลำดับ (หน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2562) และการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ เช่น ผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ การผ่าตัดถุงน้ำดีและท่อทางเดินน้ำดี อีกทั้งมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคทางเดินระบบหายใจ ทำให้เกิดอาการ

รบกวนและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวด ระดับความรุนแรงความปวด ความคาดหวังและการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารพบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้องเผชิญกับอาการรบกวนจากการผ่าตัดโดยในแต่ละคนมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความปวด ระดับความรุนแรง ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดจึงพยายามหาวิธีแก้ไขควบคุมหรือบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ เมื่อมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุมักศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรัง ส่วนการศึกษาความปวดเฉียบพลันในผู้สูงอายุยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวด ระดับความรุนแรงของความปวด ความคาดหวังและการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อไปเพื่อนำสู่การจัดการความปวดและใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการบริการด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้องได้แก่ การรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวด ระดับความรุนแรงของความปวดและความคาดหวังของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษากรอบแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า อาการเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องไปหาที่มสุขภาพ อาการเป็นปัญหาสำคัญที่บุคคลและครอบครัวต้องได้รับการจัดการและอาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม และความรู้สึกรู้สึกคิด ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการที่เหมาะสม การจัดการอาการของดอดด์และคณะประกอบด้วย 3 มิโนทัศน์ คือ 1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) เป็นการรับรู้และการสังเกตการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่รู้สึกหรือพฤติกรรมที่เป็นปกติของผู้ป่วย มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้อาการ (perception of symptom) การประเมินอาการ (evaluation of symptom) และ การตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) 2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป็นเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช่วิธีต่าง ๆ จัดการกับอาการ ได้แก่ การจัดการด้วยตนเอง การให้ยาและได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกลวิธีการจัดการอาการเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่าง ๆ

จนกว่าผู้ป่วยจะพอใจในการดูแลตนเอง สำหรับการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใช้ในที่นี้เป็น การจัดการของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีการจัดการกับอาการอะไร จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหน และใช้วิธีการจัดการอย่างไร 3. ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่ได้จากประสบการณ์การเกิดอาการและกลวิธีการจัดการกับอาการของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์มี 8 ด้าน ได้แก่ สภาพอาการ อาการทำหน้าที่ สภาพอารมณ์ การดูแลตนเอง อัตราตาย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นรวมถึงรายได้และระบบบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดโรค และการเกิดโรคร่วม

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวด ระดับความรุนแรงของความปวดและความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้อง

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดสุพรรณบุรี จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อาการรบกวน หมายถึง ความรู้สึกการเกิดอาการนั้นทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ๆ ที่เคยรู้สึกหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง หรือ ผิดปกติไปจากเดิม

ระดับความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ประเมินได้จากการใช้มาตรวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) มีมาตรวัดคะแนนตั้งแต่ 0-10

ระดับความรุนแรงของความปวด หมายถึง การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานหรือความไม่สุขสบาย



ของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัด ประเมินด้วย แบบวัดความรุนแรง โดยประเมินเป็นตัวเลข 0-4

ความคาดหวัง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือพลังภายในที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่และสนับสนุนให้บุคคลคิดถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของตน

การจัดการกับอาการปวด หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีการปฏิบัติเพื่อ บรรเทา หรือขจัดอาการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ช่วยให้รู้สึกสบายขึ้น ทั้งการจัดการกับความเจ็บปวดโดยการให้ยาและการจัดการกับความเจ็บปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ อาการรบกวน ระดับความปวด ระดับความรุนแรงและความหวัง ในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.12 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) กำหนดใช้สถิติสหสัมพันธ์ไบวาเรียต (Correlation bivariate normal model) ในการทดสอบความสัมพันธ์ตัวแปรแบบทางเดียว (One tail test) ระบุขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นแบบขนาดกลาง หาค่า r ในงานวิจัยที่ใกล้เคียงหาค่าเฉลี่ยเท่ากับ .22 เลือกขนาดอิทธิพลเท่ากับ .25 เพราะงานพยาบาลส่วนใหญ่มีค่าอิทธิพลน้อยกว่า .30 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการ

ตรวจสอบ (Power of test) ที่ .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 97 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 3 ราย เพื่อลดการสูญเสียข้อมูลได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ จำนวน 100 ราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากร ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) อายุมากกว่า 60 ปี
- 2) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
- 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจเฉียบพลัน
- 4) มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ
- 2) ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดในอดีต โรคประจำตัว ความปวดในอดีต การผ่าตัด ระยะเวลาที่ผ่าตัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาอาการปวด แนวรอยการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความปวด ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความปวดแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale: NRS) มีการระบุตัวเลขต่อเนื่องไปตามเส้นตรง 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย จนถึง 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด ค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0คะแนน หมายถึง ไม่ปวดเลย, 0.01-3.99 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย, 4.00- 6.99 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7.00-10.00 คะแนน หมายถึง ปวดมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การรบกวน ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้การรบกวน มีจำนวน 10 ข้อ ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรมอาการรบกวนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับประกอบด้วย ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง มาก แปลค่าเป็น 4 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนน้อย, 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนปานกลาง, 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนมาก และ 3.51 - 4.00 คะแนน หมายถึง มีอาการรบกวนมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามระดับความรุนแรง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามระดับความรุนแรง มีจำนวน 10 ข้อ ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงน้อย, 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงปานกลาง, 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงมาก และ 3.51 - 4.00 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความหวังของสุนทรี วัฒนเบญจโสภาน ซึ่งแปลมาจาก The Herth Hope Index (HHI) ของ Herth (Herth, 1990 : 1250 - 1259) คำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อความลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 12 - 48 คะแนน โดยคะแนน 12 - 23 คะแนน หมายถึง มีความหวังในระดับต่ำคะแนน 24 - 35 คะแนนหมายถึง มีความหวังในระดับปานกลาง และ

คะแนน 36 - 48 คะแนน หมายถึงมีความหวังในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการจัดการอาการปวด ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการจัดการอาการปวด เป็นแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับประกอบด้วย น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก แปลค่าเป็น 4 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดน้อย, 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดปานกลาง, 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดมาก และ 3.51 - 4.00 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความ เป็นปรนัยของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ ประยุกต์ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่มี ประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรม ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม 2 ท่าน

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมา ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ และ จัดทำเป็นต้นฉบับเพื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มี ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ก่อนจะ นำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1990) ได้ดังนี้

- แบบสอบถามการรับรู้อาการรบกวนมีค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

- แบบสอบถามระดับความรุนแรง มีค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85



- แบบสอบถามความคาดหวังผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

- แบบสอบถามการจัดการอาการปวดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เลขที่ 010/2562 และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเลขที่ YM 004/2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามจนเกิดความเข้าใจชัดเจนก่อนเข้าร่วม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาและแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบนัดหมายไว้ล่วงหน้าที่จะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ขออนุมัติเข้าเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามลักษณะประชากรที่กำหนดไว้

3) แนะนำตัวเพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจของผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนและรายละเอียดต่าง ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย

4) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามประมาณ 15- 30 นาที อธิบายวิธีตอบ

แบบสอบถามเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ในช่วงเวลาเย็นของแต่ละวัน ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยประเมินอาการรบกวน ความปวด ระดับความรุนแรงความปวดหลังผ่าตัด ความคาดหวังและประเมินการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด

5) เมื่อสิ้นสุดการให้ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุด

6) เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่วิเคราะห์ทางสถิติ สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนระดับความปวด ระดับความรุนแรงความปวด ความคาดหวังและการจัดการอาการปวดด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระดับความปวด แบบสอบถามการรับรู้อาการปวด การจัดการตนเองความหวังและการจัดการอาการปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) ซึ่งตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผ่านการทดสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบสถิติ Kolmogorov Smirnov Test พบว่าการกระจายของตัวแปรดังกล่าวเป็นโค้งปกติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ



ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 60 - 89 ปี ค่าเฉลี่ย 69.07 ร้อยละ 60 มีประวัติเคยผ่าตัด ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 28, 17 และ 16 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ร้อยละ 90 จบชั้นประถมศึกษา การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พบว่าร้อยละ 65 ของผู้สูงอายุมีความผิดปกติเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 15 มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยร้อยละ 49 ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วนออกแล้วเชื่อมกับลำไส้เล็กส่วนกลาง ร้อยละ 30 ได้รับการเย็บปิดเพื่อซ่อมแซมกระเพาะอาหารจากภาวะลำไส้ที่อุดตัน ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 30- 165 นาที ใช้ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 113.4 นาที และร้อยละ 90 มีแผลผ่าตัดแนวตั้งลำตัว

สำหรับยาบรรเทาปวดที่ได้รับในสามวันแรกหลังผ่าตัด พบว่าแพทย์มีคำสั่งแผนการรักษาให้ยาบรรเทาปวดกลุ่มออปิอยด์ (opioids) ได้แก่ ยา มอร์ฟีน (Morphine) ได้รับมากที่สุดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกคือ ร้อยละ 70 รองลงมาคือยาทรามาโดล (Tramadol) ร้อยละ 11 ในรูปการฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำเป็นแบบครั้งคราวตามความต้องการของผู้ป่วยโดยขอจากพยาบาล (p.r.n.) หรือให้ตามเวลา (Around the clock) และมีการให้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs) ได้แก่ ยาไดนาสแตท (Dynastat) ร้อยละ 9 ในรูปการฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ

2. การรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวด ระดับความรุนแรง ความคาดหวังและการ

จัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดช่องท้อง

การรับรู้อาการรบกวนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ที่พบบ่อย 5 อันดับแรกเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ (1) ปวดแผลผ่าตัด เป็นอาการที่รบกวนมากที่สุด (Mean = 3.70, S.D. = .59) (2) นอนไม่หลับ (Mean = 3.33, S.D. = 1.10) (3) อ่อนเพลีย (Mean = 3.31, S.D. = 1.17) (4) แน่นอึดอัดท้อง (Mean = 3.32, S.D. = 1.11) และ (5) อาการไอ (Mean = 3.27, S.D. = 1.13)

ระดับของความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องโดยภาพรวมพบว่าช่วง 3 วันแรก ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับของความปวดสูงสุดในวันที่ 1 อยู่ระดับมาก (Mean = 7.83, S.D. = .94, Range 6-10) และความปวดลดลง อยู่ระดับปานกลางในวันที่ 2 (Mean = 6.93, S.D. = .83) และในวันที่ 3 (Mean = 5.38, S.D. = 1.02) ตามลำดับ

ระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยภาพรวมพบว่า มีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.62, S.D. = .22)

ความคาดหวังของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยรวมพบว่าความคาดหวังอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.15, S.D. = .34)

การจัดการอาการปวดตามการรับรู้ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด 5 อันดับแรก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ (1) นอนพักนิ่งๆ ร้อยละ 96 (Mean = 3.80, S.D. = .68) (2) จัดทำนอนที่สบาย ร้อยละ 94 (Mean = 3.72, S.D. = .75) (3) ใช้มือพุงแผล ร้อยละ 93 (Mean = 3.45, S.D. = .91) (4) การขอยาแก้ปวดจากพยาบาล ร้อยละ 91 (Mean = 3.73, S.D. = .82) และ (5) การสวดมนต์ ร้อยละ 90 (Mean = 3.43, S.D. = 1.04)

ตารางที่ 1 แสดงการรับรู้อาการรบกวนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดและวิธีการจัดการอาการต่างๆ (n=100)

อาการ	วิธีการจัดการอาการ
ปวดแผลผ่าตัด (ร้อยละ 100)	นอนพักนิ่งๆ จัดทำนอนที่สบาย ใช้มือพยุงแผล การขอยาแก้ปวดจากพยาบาล การได้รับยาแก้ปวดทันทีเมื่อมีอาการหลังผ่าตัด การสวมมนต์เทคนิคผ่อนคลาย การพูดคุย
นอนไม่หลับ (ร้อยละ 91)	นอนพักนิ่งๆ จัดทำนอนที่สบายอ่านหนังสือ การสวมมนต์นั่งสมาธิ
อ่อนเพลีย (ร้อยละ 88)	นอนพักนิ่งๆ จัดทำนอนที่สบายการสวมมนต์นั่งสมาธิ
แน่นอึดอัดท้อง (ร้อยละ 84)	เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น
ไอ (ร้อยละ 82)	ไออย่างมีประสิทธิภาพฝึกบริหารปอดโดยใช้ intensive spirometer ใช้มือพยุงแผล ไม่นึกถึงอาการไอ บ้วนปาก แปรงฟัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดพบว่าการรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวด ความคาดหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .039$, .404, .616) ตามลำดับ ระดับ ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.272$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างการรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวดระดับความรุนแรงของอาการ ความคาดหวัง ต่อการจัดการอาการปวด (n=100)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
การรับรู้อาการรบกวน	1				
ระดับความรุนแรง	-.062	1			
ระดับความปวด	.799**	-.396	1		
ความหวัง	.403	.434	-.061	1	
การจัดการอาการปวด	.039*	-.272*	.404*	.616*	1

$p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model: SMM) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เนื่องจากสามารถอธิบายการรับรู้อาการ ระดับความปวด ระดับความรุนแรง ความคาดหวังและการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุได้ หากวิธีใดที่สามารถจัดการความปวดได้

อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยมักเลือกใช้วิธีดังกล่าวในการจัดการความปวดครั้งต่อไป หากวิธีดังกล่าวไม่สามารถจัดการความปวดได้บุคคลก็จะเลือกวิธีใหม่เพื่อจัดการความปวดนั้น โดยพบว่า การรับรู้อาการรบกวน ระดับความปวดความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .039$, .404, .616) ตามลำดับ ระดับความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการ



อาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.272$)

การรับรู้อาการรบกวนมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับต่ำกับการจัดการอาการปวดของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .039$) จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการรับรู้อาการรบกวน ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ (1) ปวดแผลผ่าตัดร้อยละ 100 (2) นอนไม่หลับ ร้อยละ 91 (3) อ่อนเพลียร้อยละ 88 (4) แน่นอึดอัดท้องร้อยละ 84 และ (5) มีอาการไอ ร้อยละ 82 ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า อาการรบกวนที่พบได้บ่อย 5 อันดับแรก อาจมีความสัมพันธ์กันหรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอาการเดียวกันได้ เช่น อาการปวด นอนไม่หลับ อาจเสริมให้เกิดอาการอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้นในขณะเดียวกันเกิดความทนต่อความปวดลดลงและรับรู้ว่ามีอาการปวดที่รุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร ช้อย่น, วิศรดา ภูทวีและอาภา ศรีสร้อย (2560) ที่พบว่า การผ่าตัดช่องท้องมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ ซึ่งมีผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น การทำลายเนื้อเยื่อร่างกาย ทำให้มีโอกาสในการสูญเสียเลือด มีการบาดเจ็บและปวดบริเวณแผลผ่าตัด มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคเข้าร่างกายทำให้เกิดการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังเกิดอาการข้างเคียงของการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยเกิดจากการที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพองเนื่องจากมีการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ดูดซึมในลำไส้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ที่ควบคุมการหดตัวและการเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารมีการยับยั้งการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้ลำไส้เล็กไม่ทำงาน ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืดและปวดท้องเนื่องจากมีลมคั่งในทางเดินอาหารมากโดยพบภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดขึ้นชั่วคราวใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

ระดับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการจัดการอาการปวดของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .039$) จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีระดับของความปวดสูงสุดในวันที่ 1 อยู่ระดับมาก (Mean = 7.83, S.D. = .94, Range 6-10) และลดลงในต่อมาทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า ความเจ็บปวดแผลเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัด โดยทั่วไปจะมีอาการเจ็บปวดในระยะ 24 -48 ชั่วโมงแรก นอกจากนี้ระดับความปวดไม่คงที่ในรอบ 24 ชม.และอาจเชื่อมโยงไปถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับในการควบคุมความปวด ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 98) ได้รับความวิตกกังวลจากการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราวร่วมกับวิธีอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศราภรณ์ กันวี, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์และวารินทร์ บินโฮเซ็น(2555) ที่พบว่าความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน และเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญ เมื่อผู้ป่วยพ้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกจะมีระดับความปวดรุนแรงมากถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 40 -70 ระดับความปวดปานกลางถึงมาก ร้อยละ 80 ส่วนความปวดเล็กน้อยมี เพียงร้อยละ 20 เท่านั้น หลังจากนั้นความปวดจะค่อย ๆ บรรเทาตามระยะเวลา

ระดับความรุนแรงของความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการจัดการ อาการปวดของผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.272$) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าระดับความรุนแรงหลังการผ่าตัดช่องท้องใน 3 วันแรกของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องโดยภาพรวมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง (Mean = 2.62, S.D. = .22) ทำให้มีการรับรู้ว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ลดลงมีความเจ็บปวดจากแผลขนาดใหญ่ มีการใส่ท่อระบายต่าง ๆ บริเวณแผลผ่าตัด อาจทำให้เกิดการดึงรั้งหรือระคายเคืองทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นได้รวมทั้งมีอาการปวดยังไม่หายขาดและมีร่างกายเสื่อมตามวัย ซึ่งการรับรู้ระดับความรุนแรงของความ

ปวดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษาทัศนคติต่อความปวด ประสบการณ์ความปวดในอดีต ความกลัว ความวิตกกังวล ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะใช้กลวิธีการจัดการอาการปวดให้เหมาะสมกับตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของจิตา รัตน์ คำบุญ (2560) พบว่า ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้นทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้นเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นย่อมทำให้ภาวะการทำงานที่ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจากภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อคงภาวะการทำงานที่ของร่างกายตามปกติ

ความคาดหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับสูงกับการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ($r = .616$) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในระดับสูง (Mean = 37.8) สามารถอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีความคาดหวังหรือการตั้งเป้าหมายที่จะได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลและทีมสุขภาพหลังการผ่าตัดในการบรรเทาปวดซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดสามารถเผชิญกับอาการเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์สว่างชัยและศรีสุตา งามขำ (2560) พบว่าความปวดเป็นอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ที่มีความปวดแบบเฉียบพลันจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้มาก ดังนั้นผู้ป่วยอาจคาดหวังในใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือดูแลบรรเทาปวดจากทีมสุขภาพ จากญาติหรือแม้แต่ตัวผู้ป่วยเอง

การจัดการอาการปวด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาด้วยวิธีการนอนพักนิ่งๆมากที่สุด ร้อยละ 95 รองลงมา ได้แก่การจัดทำนอนที่สุขสบาย

ร้อยละ 94 และเลือกวิธีใช้ยาโดยขอยาแก้ปวดจากพยาบาล ร้อยละ 91 โดยใช้วิธีหนึ่งหรือเลือกใช้หลายวิธีร่วมกัน ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้อาการรบกวนว่ามีความรุนแรงจะแสวงหาความช่วยเหลือและข้อมูลวิธีการจัดการ การดูแลตนเองให้หายจากโรคและความเจ็บป่วยในเวลาอันรวดเร็ว หายจากความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดซึ่งปฏิบัติได้ง่ายและมีความลดปวดได้โดยวิธีการนอนพักนิ่งๆ ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองด้วยวิธีที่ทำได้ง่ายและไม่ต้องใช้เครื่องมือ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ สว่างชัยและ ศรีสุตา งามขำ (2560) วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดต้องทำ ให้ ความปวดลดลง คือ การนอนพัก (ร้อยละ 57.00) วิธีการจัดการความปวดที่เลือกใช้คือ การไม่ใช้ยา (ร้อยละ 47.50) รองลงมาคือ การใช้ยาแก้ปวด (ร้อยละ 29.50) สำหรับวิธีการให้นยาในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องในระยะแรกยังมีกรงดอาหารและน้ำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงได้รับการบริหารยาบรรเทาปวดในรูปยาชนิดทั้งแบบให้เมื่อผู้ป่วยต้องการหรือให้ตามเวลา ซึ่งมีฤทธิ์ระงับปวดได้เร็วและให้ผลเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่าระดับความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำต่อการจัดการอาการปวด จึงควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบหรือสื่อที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ก่อน การผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่าง ๆ และความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนที่เกิดจากการผ่าตัด

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรับรู้และเข้าใจโรค เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งในการมองโลก กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วย



เอกสารอ้างอิง

- จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา นามขำ (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11 (ฉบับพิเศษ), 1-11.
- จิตารัตน์ คำบุญ. (2560). กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 38 - 51.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- วัลยาพร คำมอญ, กนกพร สุคำวังและโรจน์ จินตนาวัฒน์. (2557). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 41(2), 83 - 96.
- สิริอร ช้อย่น, วริศรา ภูทวีและอาภา ศรีสร้อย. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพองเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 378 - 384.
- สุนทร วิฒนเบญจโสภณ. (2551). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยงานห้องผ่าตัด. (2562). *รายงานสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด*. สุพรรณบุรี :โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาเมธราช.
- อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียรและศศิธร พุมดวง. (2549). ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคลความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของที่มีสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(2), 101-109.
- อิศราภรณ์ กันวี, น้ำอ้อย รักดีวงศ์และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2555). สถานการณ์การจัดการความปวดในท้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. *วารสารบำราศนราดูร*. 6(2), 87-97.
- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of medicine national roundtable on health care quality. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1000-1005.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York : Harper Collins Publishers.
- Dhesi, J. (2010). Improving outcomes in older people undergoing elective surgery. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 40, 348-353.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behavior Research Method* 2009, 41(4), 1149-1160.
- Herth, K. (1990). Fostering hope interminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250 - 1259.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (2019). IASP pain terminology. April 23, 2019.
- Momani, M. M. (2016). Gap Analysis between perceptions and expectations of medical-surgical patients in a public hospital in Saudi Arabia. *Medical and Practice*, 25(1), 79-84.
- Stephan, M.F., & Esther. P.Z. (2019). Pain therapy to reduce perioperative complications. *Innovative Surgical Sciences*, 4(4), 158 - 166.