

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและ
การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง
The Effects of Planned Pain Management Program on Pain and
Self-Practice after Abdominal Surgery in Abdominal Injured Patients

Corresponding author E-mail: moopao7786@gmail.com *

(Received: 2022, November 2; Revised: 2023, June 10;

Accepted: 2023, June 16)

ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย (Thaweesak Kaewpia)^{1*}

อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta)¹

ธิดารัตน์ คำบุญ (Thidarat Khamboon)¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al (2001) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) สมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเอง 3) แบบประเมินอาการผู้ป่วย และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติฟีชเชอร์และสถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) และค่าคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสามารถบรรเทาความปวดและส่งเสริมการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากบาดเจ็บ

คำสำคัญ: การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง, ความปวด, บาดเจ็บช่องท้อง, โปรแกรมการจัดการความปวด

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental research. It was purpose to study the effect of planned pain management program on pain and self-practice after abdominal surgery in abdominal injuries patients. The sample consisted of 52 patients. They were 26 subjects in each control and experimental group. Research tools include a planned pain management program using the symptom management concept of Dodd et al. (2001). The Research collection tools were 1) personal data record 2) pain self-management books 3) patient visit form and 4) self-practice form after abdominal surgery. Data were analyzed by frequency, Percentage, Mean, Standard deviation. Chi-square test, Fisher's exact test and Independent t-test.

Patients will receive a planned pain management program that provides pain relief at the end of 72 hours after in trauma surgical ward. There was a statistical significance at the .01 level ($p < .01$) and the Self-Practice after Abdominal Surgery score. The case of patients who did not follow the program after surgery would be the target of the statistical level of .001 ($p < .001$). Therefore, The planned pain management program should be applied to patients with abdominal injuries to alleviate pain and promote postoperative self-practice rehabilitation.

Keywords: Self-Practice after Abdominal Surgery, Pain, Abdominal Injured, Pain Management Program.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วย อุบัติเหตุ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุทั้งหมด (World Health Organization, 2018) ในรายที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน ประกอบกับอาการของผู้ป่วยทรุดลงและการทำงานของระบบต่าง ๆ มีประสิทธิภาพลดลง (Shippee-Rice, Fetzer & Long, 2012) ส่งผลให้การผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด โดยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากถึงร้อยละ 40-50 อัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดร้อยละ 15-34 (Hinkle & Cheever, 2018) นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ การแสดงอารมณ์เจ็บปวด ภาวะสับสน ภาวะวิตกกังวลภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องรุนแรงที่มีอวัยวะในช่องท้องบาดเจ็บหลายตำแหน่ง มีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด ใช้ระยะเวลาผ่าตัดที่ค่อนข้างนาน ผู้ป่วยจะได้รับการ

รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตร่วมกับได้รับการใช้ยาระงับความรู้สึก จึงอาจพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการท้องอืด ลำไส้อุดตันหรือเป็นอัมพาต รวมถึงอาการปวดฉุกเฉินด้วย โดยในวันที่ 1 หลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยมีความปวดระดับมากถึงระดับรุนแรงโดยเฉพาะเวลาที่มียาแก้ปวด ซึ่งความปวดจะค่อย ๆ บรรเทาลง ในระยะเวลาผ่านไปในช่วงที่ 24, 48, 72 จนถึง 96 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Hinkle & Cheever, 2018) อย่างไรก็ตามความปวดก็จะยังคงอยู่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด ซึ่งคุกคามต่อการจัดการความปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการจัดการความปวดหรือได้รับการจัดการความปวดไม่เหมาะสม ตลอดจนปฏิบัติตนไม่เหมาะสมหลังจากฟื้นจากยาระงับความรู้สึกและภายหลังถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว

ในปัจจุบันได้มีการนำการบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยามาใช้ในการรักษาแบบผสมผสานในระบบสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเพื่อช่วยลดความปวด (Phamornpon, 2016) และช่วยสนับสนุนภาวะจิตสังคมและลดภาวะในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายที่เร็วขึ้นและยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อผู้ป่วยด้วย เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้วิธีอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกปฏิบัติจริงและเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ในการเผชิญความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้องสามารถจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และเข้าใจที่ถูกต้อง (Thosingha, 2017) ซึ่งควรมีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่าง ๆ ก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตนต่อเหตุการณ์คุกคามที่เผชิญหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมและอาการปวดแผลผ่าตัดดีขึ้นตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากรณีแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ลดปวดได้จริง และส่งผลต่อการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่ชัดเจน สามารถจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถจัดการความปวดได้มากที่สุดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เนื่องจากครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เป็นแนวทางช่วยในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย เพื่อให้มีวิธีการจัดการความปวดอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะจัดการกับความปวดในระยะหลังผ่าตัดช่องท้องและมีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องที่ถูกต้อง ได้แก่ การทำกิจกรรมบนเตียง การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด การดูแลแผลผ่าตัดรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีการจัดการความปวดแบบองค์รวมที่เน้นกาย จิต สังคมและความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมินประสิทธิผลเกี่ยวกับความปวด

การจัดการอาการ (Symptom management) ตามทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและได้ผลดี ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับการประเมินอาการและตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น 2) กลวิธีในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการอาการเพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้คุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดการอาการ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าการใช้กรอบแนวคิดนี้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องส่งผลดีในการจัดการความปวดได้เป็นอย่างดี เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นการบริหารจิตแบบซิกงต่อความวิตกกังวลและความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน

ของจรินทร์ พวกยะและสุริพร ธนศิลป์ (Puakya & Thanaslip, 2013) พบว่าความปวดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษากิจการอาการปวดรวมกับการฟังดนตรีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องแบบฉุกเฉินของขวัญจิตร โอชุม (Ochum, 2006) พบว่าคะแนนความปวดภายหลังการเข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ให้การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บในระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการฝึกหายใจจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจและย้ายไปรักษาหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ก่อนย้ายผู้ป่วยได้รับการแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองในด้านการจัดการความปวด การฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงการจัดท่า จากการประชุมในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับคำแนะนำหรือได้รับคำแนะนำยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งยังไม่มีแบบแผนการสอนและการให้ความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องอย่างเป็นแบบแผนและเป็นรูปแบบที่ชัดเจน จึงทำให้เกิดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 20.4 ด้วยปัญหาภาวะช็อค พังผืดในช่องท้อง แผลแยก แผลติดเชื้อ ผู้ป่วยมักได้รับการผ่าตัดช่องท้องอีกครั้งเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Medical records and statistics of Uttaradit hospital, 2020) ประกอบกับจากผลการศึกษาของอัจฉรา สุจาจริง (Sujajing, 2017) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง การพยาบาลแบบปกติไม่ครอบคลุมสาระสำคัญและไม่เป็นแบบแผนและการติดตามไม่ต่อเนื่องอาจทำให้การส่งเสริมการจัดการความปวดไม่ดีพอ การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจึงไม่เหมาะสม แม้ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักแล้วความปวดก็ยังคงอยู่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน โดยทำการสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ นำมาเป็นกระบวนการในการสร้างโปรแกรมตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ (Dodd et al., 2001) ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่จะย้ายไปสู่หอผู้ป่วยสามัญ ใช้กลวิธีการจัดการความปวดและผลลัพธ์จากการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวดและช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง มีองค์ประกอบ ดังนี้

ประสบการณ์การมีอาการ

- พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ สอบถามถึงประสบการณ์อาการ ความปวดที่พบจากการผ่าตัดช่องท้องและวิธีการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น ร่วมกับสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บช่องท้องและการรักษา วิธีการจัดการความปวด โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ความสนใจและรับฟังผู้ป่วย
- ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การจัดการความปวดของตนเองโดยใช้ประสบการณ์เดิมในการจัดการความปวดเกี่ยวกับความรุนแรง ตำแหน่ง ความถี่ ความบอຍจากการผ่าตัดช่องท้อง

กลวิธีในการจัดการอาการ

1. หอผู้ป่วยวิกฤต

- **กลุ่มควบคุม**
 - พยาบาลให้ข้อมูลวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ใช้ยาให้กับผู้ป่วยในวันที่จะย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญพร้อมสมุดบันทึกการจัดการความปวด
- **กลุ่มทดลอง**
 - พยาบาลให้ข้อมูลวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ใช้ยาให้กับผู้ป่วยในวันที่จะย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีแนวทางและเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใด แบบไหน เมื่อไหร่ ใช้กับใครและจะใช้วิธีนั้นนานเท่าไรในการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น และมอบคู่มือการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนพร้อมสมุดบันทึกการจัดการความปวด
 - พยาบาลสาธิตและผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก การไออย่างมีประสิทธิภาพและการจัดทำเพื่อบรรเทาปวด ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการของตนเองและเพิ่มทักษะการฝึกดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

2. หอผู้ป่วยสามัญ (วันที่ 1-3)

- **กลุ่มควบคุม**
 - พยาบาลให้ข้อมูลการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องโดยใช้ทักษะการพูดอย่างเดียวไม่มีการใช้สื่อการสอน
 - ผู้ป่วยประเมินการจัดการความปวดด้วยตนเองในสมุดบันทึก เมื่อครบวันที่ 3 แล้วให้ฝากสมุดบันทึกไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
- **กลุ่มทดลอง**
 - ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการความปวดด้วยตนเองตามคู่มือที่แจกให้
 - ผู้ป่วยประเมินการจัดการความปวดด้วยตนเอง พร้อมทั้งบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการความปวด
 - พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้จัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์การจัดการอาการ

- พยาบาลประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการจากสมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงวิธีการจัดการความปวด ปัญหา อุปสรรคและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างเหมาะสม

ความปวด

การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง

- 1) การทำกิจกรรมบนเตียง
- 2) การควบคุมความปวดและเผชิญความเครียด
- 3) การดูแลแผลผ่าตัด
- 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยวัดหลังการทดลอง (Posttest only control group design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 – เมษายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้องภายหลังได้รับการบาดเจ็บช่องท้องรุนแรง ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรกโดยพรีกษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมอุบัติเหตุและได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้องภายหลังการได้รับบาดเจ็บช่องท้องรุนแรง ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก มีสัญญาณชีพปกติ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 60 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ กระเพาะอาหาร กระบังลม ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน ไต ม้าม กระเพาะปัสสาวะ หลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำในช่องท้อง รวมถึงอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงในช่องท้อง ได้แก่ มดลูก รังไข่ และทวารหนัก ซึ่งต้องมีการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องเป็นครั้งแรก 3) ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 4) รู้สึกตัวดี มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ เข้าใจตัวเลขและภาษาไทย ตอบแบบสอบถามได้ 5) ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ตับเนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตค่อนข้างมากถึงร้อยละ 80 จากการฉีกขาดของเนื้อตับและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงที่ตับ รวมถึงจะต้องได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งที่สอง 2) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น กระดูกหัก อาการบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะหรือสมองที่ไม่รุนแรง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบสองกลุ่มโดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงของ Cochran (1977 as cited in Vorapongsathorn, 2000) จากการศึกษาของจิราพร อินนอ (Innok, 2008) เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามคะแนนความปวด เท่ากับ 25 คะแนน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 12 คะแนน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ ± 5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เท่ากับ 22 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างมีการถอนตัวออกจากการวิจัยผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2004) สรุปกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงเพิ่มอีก 4 ราย เป็น 26 รายต่อกลุ่ม รวมใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองโดยให้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันเป็นคู่ (matching) กับกลุ่มควบคุม ได้แก่ 1) อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี 2) ลักษณะการได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ได้แก่ การถูกกระแทกกระเทือน การถูกยิงและการถูกแทง 3) อวัยวะช่องท้องที่ได้รับบาดเจ็บ 4) ประวัติการได้รับการผ่าตัด 5) ระดับความปวด 6) ชนิดยาบรรเทาความปวด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากบาดเจ็บช่องท้อง ประกอบด้วยสื่อข้อมูลให้ความรู้เรื่องการบาดเจ็บช่องท้อง การบรรเทาปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง มีการสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง 2) แผนการสอนเรื่องวิธีการจัดการความปวดภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บช่องท้อง 3) คู่มือผู้ป่วยเรื่องวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บ

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

2) สมุดบันทึกการจัดการความปวดด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองเป็นมาตรวัดความปวด 0-10 คะแนน ของ Ignatavicius (2010) กำหนดค่าคะแนนความปวด ตั้งแต่ 0-10 คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด, 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย, 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง, 7-9 คะแนน หมายถึง ปวดมาก และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด เวลาที่บันทึกตามการวัดสัญญาณชีพ ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยหลับ หลังย้ายไปพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยสามัญในวันที่ 1-3 โดย ในวันที่ 1 (24 ชั่วโมง) สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีชมพู วันที่ 2 (24-48 ชั่วโมง) สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีเหลือง และวันที่ 3 (48-72 ชั่วโมง) สมุดบันทึกการจัดการความปวดเป็นสีเขียว ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกความปวดด้วยตนเอง ผู้ป่วยบันทึกเป็นตัวเลขแทนแสดงวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

3) แบบเยี่ยมอาการผู้ป่วยภายหลังได้รับการย้ายหอผู้ป่วยสามัญที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ วันที่เยี่ยมผู้ป่วย เวลา ยาบรรเทาปวดที่ได้รับรวมถึงสภาพผู้ป่วยขณะเยี่ยมอาการ ซึ่งผู้วิจัยติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยและบันทึกการเยี่ยมเอง

4) แบบประเมินการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินของขวัญจิตร โอชุม (Ochum, 2006) ข้อคำถามรวมทั้งหมด จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบรวม 42 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นแปลผลคะแนนเป็นระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนเทียบเป็นร้อยละของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังนี้ 0-8 คะแนน (ร้อยละ 1 – 19) หมายถึง ไม่ได้ทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย 9-16 คะแนน (ร้อยละ 20-39) หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้างแต่น้อยมาก 17-25 คะแนน (ร้อยละ 40-59) หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีดเว้นบ้าง 26-33 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น ๆ ค่อนข้างบ่อย 34-42 คะแนน (ร้อยละ 80-100) หมายถึง ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index : IOC) เท่ากับ .60-1.00 ทุกฉบับ การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเดิมมี 25 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับการ

ผ่านตัดช่องท้องครั้งแรกที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 15 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ เหลือ 24 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB: P3-0063/2563) และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (REC 52/2563) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย มีการลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการทุกราย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การรวบรวมข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลมีการกระทำโดยให้การเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลและผลลัพธ์จากการวิจัยที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลทางการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น และมีการทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ 1) สืบจรรยาชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับบาดเจ็บช่องท้องที่เข้าพักรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุจากกระบอกปืนและทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด 2) ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บที่ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจแล้วเป็นรายบุคคล แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้รับทราบ โดยยึดหลักของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) สัมภาษณ์โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4) อธิบายการใช้แบบประเมินการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง การใช้สมุดบันทึกการจัดการความปวดภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่หอผู้ป่วยสามัญ ในวันที่ 1, 2 และ 3 5) ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญในเรื่องการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยไม่มีสื่อการสอน 6) ผู้ป่วยส่งเอกสารแบบประเมินการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องและสมุดบันทึกการจัดการความปวดฝากไว้ที่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามัญ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับขั้นตอนเหมือนกลุ่มควบคุม ข้อ 1) - 6) จากนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญให้ข้อมูลการพยาบาลตามปกติเรื่องการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในวันที่ 1 ที่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ระยะเวลา 20 นาที โปรแกรมประกอบด้วยการสอน 1) เรื่องการบาดเจ็บช่องท้อง 2) วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ 2.1) การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก 2.2) การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด และ 2.3) การประคบแผ่นผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ 3) การปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการบาดเจ็บ ประกอบด้วย 3.1) เรื่องการทำกิจกรรมบนเตียง 3.2) การควบคุมความปวดและเผชิญกับความเครียด 3.3) การดูแลแผลผ่าตัด และ 3.4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้การสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือส่วนใดที่ได้รับฟังไม่ชัดเจน มีการเปิดทวนซ้ำหรือซักถามได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่องการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดพร้อมทั้งจดบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการความปวดของผู้ป่วย

ในวันที่ 1, 2 และ 3 ด้วยตนเอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยพร้อมทั้งใช้แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บาดเจ็บช่องท้องภายหลังได้รับการผ่าตัดเพื่อประเมินความรุนแรงของความปวด การจัดการความปวดและผลลัพธ์ของการจัดการความปวด พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย จากนั้นผู้ป่วยส่งเอกสารแบบประเมินการปฏิบัติตนหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องและสมุดบันทึกการจัดการความปวดฝากไว้ที่พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความเท่าเทียมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สถิติ Independent t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความเจ็บป่วย ความปวด และการได้รับยาบรรเทาความปวด

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีอายุประมาณ 36 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.85) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.46) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.30) ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 23.08) ได้รับบาดเจ็บช่องท้องจากการกระทบกระแทก (ร้อยละ 84.62) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ ลำไส้เล็ก (ร้อยละ 42.30) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 65.39) ภายหลังผ่าตัดช่องท้อง ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมได้รับยาแก้ปวด 2-3 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 76.94)

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

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

ในส่วนของความปวด เมื่อครบ 24 ชั่วโมงของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดมากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 8.92$, $SD = .56$) เช่นเดียวกับกลุ่ม

ทดลอง ($\bar{x}=8.92$, $SD= .69$) เมื่อเวลาผ่านไปครบ 48 ชั่วโมง (24-48 ชั่วโมง) ของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดมากที่สุดขณะเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกับในระยะ 24 ชั่วโมง ของการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดมากที่สุด ภายหลังจากย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดภายหลังการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความปวด (มากที่สุดขณะ เคลื่อนไหวร่างกาย)	กลุ่มควบคุม (n=26)			กลุ่มทดลอง (n=26)			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	7.92	1.47	มาก	6.58	1.75	ปานกลาง	3.01	.00

จากตารางที่ 1 จะพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังจากย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญมีค่าเฉลี่ยความปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกายแล้วเกิดความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงไว้ใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การปฏิบัติตน หลังผ่าตัดช่องท้อง	กลุ่มควบคุม (n=26)			กลุ่มทดลอง (n=26)			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1. การทำกิจกรรม บนเตียง	17.81	4.67	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีดเว้นบ้าง	41.88	1.28	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ	-25.34	.000
2. การควบคุม ความปวดและ เผชิญความเครียด	18.12	3.23	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีดเว้นบ้าง	32.08	4.30	ทำกิจกรรมนั้น ๆ ค่อนข้างบ่อย	-13.24	.000
3. การดูแล แผลผ่าตัด	19.00	5.43	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีดเว้นบ้าง	40.72	1.93	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ	-19.17	.000
4. การทำกิจวัตร ประจำวัน	17.81	4.67	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีดเว้นบ้าง	41.92	1.29	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ	-25.36	.000
รวม 4 ด้าน (42 คะแนน)	17.80	4.67	ทำกิจกรรมนั้น ๆ บ้าง มีดเว้นบ้าง	41.88	1.27	ทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ	-15.49	.000

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายหลังได้รับการโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$) โดยกลุ่มควบคุมมีความปวดอยู่ในระดับมากทั้งในระยะหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ต่างจากกลุ่มทดลองที่มีความปวดหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อครบ

72 ชั่วโมง มีความปวดระดับปานกลาง เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องจะมีความปวดสูงที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Puakya & Thanaslip, 2013) และหลังจากนั้นความปวดจะยังคงอยู่แต่จะค่อย ๆ ลดลงในชั่วโมงที่ 72, 96, 120 ต่อมา (Chowsantia, et al., 2012) ในการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ พบว่า 1) ในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับสูง ส่วนในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของความปวดสูงสุดอยู่ในระดับต่ำ 2) วิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย วิธีการจัดการกับความปวดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือให้ความสนใจและถามถึงอาการปวด 3) ความปวดรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในด้านการไอและการหายใจเข้าออกเล็กน้อย การนอนหลับ อารมณ์และการทำกิจกรรมอื่น ๆ และ 4) ผู้ป่วยมีค่าคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

โปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมีการนำเสนอในรูปแบบสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เรื่องวิธีการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บช่องท้องเพื่อบรรเทาปวดและการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา มีวิธีการบรรเทาความปวด ได้แก่ การฝึกสมาธิหายใจเข้าออก (Breathing meditation) การประคบแผลผ่าตัดขณะไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และการจัดท่าบรรเทาปวด (Positioning) รวมถึงการบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ การฟังและการคิด (Saeangchai et al., 2019) ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อแขน ขาและเท้า การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งข้อระวังในการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งมีการสาธิตย้อนกลับทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพชัดเจน เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Saleesongsom et al., 2022) เมื่อผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์จริงสามารถใช้ความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมในการแปลความหมายของข้อมูลนั้น ๆ และพิจารณาตัดสินใจในการเลือกใช้วิธีการเผชิญกับเหตุการณ์และควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจึงเกิดการรับรู้ความปวดลดลง

จะเห็นว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประเมินสภาวะของโรค กลวิธีในการจัดการกับอาการและอาการแสดงโดยผู้ป่วยได้รับการสอนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองหรือผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นผู้ประเมินให้ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรจนสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถที่จะจัดการกับความปวดและการปฏิบัติตนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการศึกษานี้ใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์และคู่มือในการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วยภายหลังย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญมาประยุกต์ใช้ตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีมีประสิทธิภาพต่อตัวผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของซัดดา เซาว์สันเทียะและคณะ (Chowsantia et al., 2012) ที่ศึกษาการจัดการอาการต่อภาวะลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราวในผู้ป่วยแผลเปิดกึ่งหุ้ที่ได้รับผ่าตัดฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสาวิตรี สมมงคลและคณะ

(Sommongkol et al., 2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน และการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วน และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรา สีสองสมและคณะ (Saleesongsom et al., 2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนช่วยลดปวดและส่งเสริมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง ดังนั้นผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายให้บุคลากรใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผน พยาบาลควรนำสื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์และคู่มือการจัดการความปวดและการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องไปใช้ในการให้ข้อมูลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ตลอดจนสื่อการสอนไปใช้สอนนิสิตพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องหลังผ่าตัดเพื่อช่วยผู้ป่วยบรรเทาปวดและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดิมเปรียบเทียบกับตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง อุณหภูมิ ความพึงพอใจและความทุกข์ทรมาน เป็นต้น ทำการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ เช่น ภาวะอาหารหรือลำไส้ทะลุ (Hollow viscus organs perforation) มดลูกแตก (Rupture of the uterus) เป็นต้น ตลอดจนทำการศึกษาเปรียบเทียบความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ผ่าตัดช่องท้องแบบนัดล่วงหน้ากับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉินที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน

References

- Chowsantia, Ch., Wongpiriyayothar, A., Boonpromteerakul, Ch., & Meethien, N. (2012). Effects of a symptom management program on postoperative ileus among peptic ulcer perforation patients after emergency surgery. (Master's thesis). Mahasarakham University, Mahasarakham. (In Thai).
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miasowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Hinkle, J., & Cheever, K.H. (2018). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical-surgical nursing*. (14th). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Ignatavicius, D.D., & Workmann, M. L. (2010). Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care (volume 2) (6th). St.louis: Elsevier Saunder.
- Innok, J. (2008). The effects of preparatory information on pain and distress in patients undergoing abdominal surgery. (Master's thesis). Mahasarakham University, Mahasarakham. (in Thai).
- Medical records and statistics of Uttaradit Hospital. (2020). Statistical of patients admitted for ICU trauma . Uttaradit Hospital. (in Thai)
- Ochum, K. (2006). The effect of pain management program with music listening on pain of post emergency abdominal surgical patients. Chularongkorn University, Bangkok. (in Thai).
- Phamornpon, S. (2016). The role of nurse in promoting early poatoperative ambulation. Thai Red Cross Nursing Journal, 9(2), 14-23. (in Thai).
- Puakya, J., & Thanaslip, S. (2013). Effects of a symptom management program on postoperative ileus among patients after emergency surgery. Journal of Bureau of Alternative Medicine, 6(1), 3-19. (in Thai).
- Saeangchai, J., Piyasut, Ch., & Kaewkulpat, S. (2020). Multimodal pain management: goal setting for postoperative pain. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal, 11(2),161-171. (in Thai).
- Saleesongsom, P., Wangsrikhun, S., & Sukonthasarn, A. (2022). Effect of the constipation prevention program on constipation occurrence in immobilized patients. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal, 14(1), 16-30. (in Thai).
- Shippee-Rise, R. V., Feizer, S., & Long, J.V. (2012). Postoperative pain management. Nursing journal, 40(4), 48-51.
- Sommongkol, S., Leethong-in, M., Panpruek, W., & Charoensinsub, V. (2016). Factor related to the recovery after urgent abdominal surgery in older persons. Journal of Nursing and Health care, 35(3), 165-174. (in Thai).
- Sujajing, A. (2017). Pre-and post-operative nursing activities and post-operative recovery among patients undergone abdominal surgery. Chiangmai University, Chiangmai. (in Thai).
- Thosingha, O. (2017). Factors related to recovery in patients after total hysterectomy. Nursing Science Journal of Thailand, 35(2), 12-20. (in Thai).
- World health organization. (2018). Global status report on road safety 2018. Retrieved (2023, May 1) from <https://www.sdgmove.com/2022/02/10/who-global-sttus-report-on-road-safety-2018/>