

**Pain Management and Outcomes Among Patients After Thoracic
or Abdominal Surgery***
การจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง*

สิรานันท์	จันทร์ชুম**	Siranun	Janchum**
วิภา	แซ่เซี่ย***	Wipa	Sae-Sia***
ประณีต	สงวัฒนา****	Praneed	Songwathana****

Abstract

This descriptive and correlational study aimed to examine nurses' management using clinical nursing practice guidelines (CNPG) for pain management among patients within 72 hours after thoracic or abdominal surgery. The sample was comprised of 150 patients who underwent thoracic or abdominal surgery, and 90 nurses working in one tertiary care hospital in Southern Thailand. The research instruments consisted of the CNPG questionnaire (which collected data on pain management); the Short Form of the Thai version of the Pain Intensity Questionnaire (which collected data on pain outcomes), the Pain Interference Questionnaire, and the Mobility Record. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results showed that:

1. Nurses' application of CNPG for pain management was at a good level, overall, and for each dimension.

2. Pain intensity at 24 hours after surgery was at a moderate level and had decreased to a mild level by 72 hours after surgery. Pain interference 24 hours to 72 hours after surgery was at a mild level, whereas patients' mobility increased from 24 hours after surgery through 72 hours later.

3. Pain intensity showed a positive correlation with pain interference at 48 hours after surgery ($p < .001$) and had a negative association with mobility at 72 hours after surgery ($p < .001$).

This study indicates that application of CNPG leads to good pain outcomes among patients after thoracic or abdominal surgery.

Keywords: Pain management; Pain outcomes; Post-thoracotomy; Post-abdominal surgery

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adults and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus

** Graduate Student of Master of Nursing Science Program in Adults and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus; e-mail: wipa.sa@psu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai campus

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 90 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง จำนวน 150 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล และแบบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย แบบสอบถามความปวดอย่างสั้น ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามการรบกวนจากอาการปวด และแบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation

ผลการศึกษา พบว่า

1. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี
2. ความรุนแรงของความปวดในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลาง และลดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง การรบกวนจากอาการปวดในระยะหลังผ่าตัด 24 ถึง 72 ชั่วโมงอยู่ในระดับเล็กน้อย ขณะที่ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัด
3. ความรุนแรงของความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ($p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ($p < .001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การจัดการความปวดของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดช่วยให้เกิดผลลัพธ์การจัดการความปวดที่ดีในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ผลลัพธ์การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
e-mail: wipa.sa@psu.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

วันที่รับบทความ 2 พฤษภาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 3 กรกฎาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 25 สิงหาคม 2565

ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้โดยเฉพาะการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อช่วยหายใจหรือการเคลื่อนไหวน เช่นกล้ามเนื้อทรวงอกหรือหน้าท้อง เป็นต้น (Saeangchai, Piyasut & Kaewkulpat, 2019) มักมีความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับสูงในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Dinic et al., 2018; Wang et al., 2017; Mesbah, Yeung, & Gao 2016) ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยถึงร้อยละ 85 มีความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับรุนแรงมาก ขณะที่ร้อยละ 40 มีความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้หากผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ มีเลือดอุดตัน ท้องอืด หรือกลุ่มอาการปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ กลัว วิดก กังวล หรือนอนไม่หลับได้ (American Lung Association, 2019; Mesbah et al., 2018; Shargall, & Little, 2018) ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

จากการทบทวนแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากองค์กรต่างๆในปัจจุบัน สามารถประมวลองค์ประกอบของการจัดการความปวดได้เป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วย 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวดแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา 4) การประเมินความปวดซ้ำและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด และ 5) การประเมินผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป การเคลื่อนไหว การนอน และอารมณ์ทางลบของผู้ป่วย (American Lung Association, 2019; Chou et al., 2016; Royal College of Anesthesiologist of Thailand and Thai Association for the Study of Pain, 2019) ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ขนาด 900 เตียง ได้ประกาศใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดตั้งแต่ปี 2560 จนถึงปัจจุบัน เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของแนวปฏิบัติดังกล่าว พบว่าประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วย การประเมินความปวด การจัดการความปวดแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา และการประเมินความปวดซ้ำและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด อย่างไรก็ตาม การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด พยาบาลประเมินเฉพาะความรุนแรงของความปวดภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการประเมินผลลัพธ์การรบกวนความปวดต่อกิจกรรมทั่วไป การเคลื่อนไหว การนอน และอารมณ์ทางลบของผู้ป่วย และยังไม่มีการรายงานผลลัพธ์ของการจัดการความปวดที่เฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ในมิติความรุนแรงความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

คำถามการวิจัย

1. การปฏิบัติของพยาบาลในตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ในมิติความรุนแรงความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เป็นอย่างไร
3. ความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของโฮลซีเมอร์ (Holzemer, 1994) 2 องค์ประกอบ จาก 9 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านกระบวนการดูแลของผู้ให้บริการและ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ร่วมกับ แนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากองค์กรต่างๆในปัจจุบัน เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยกระบวนการดูแลของผู้ให้บริการครั้งนี้เป็นการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ที่ประกาศใช้โดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคใต้ ตั้งแต่ ปี 2560 ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดให้กับผู้ป่วย 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวดแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา และ 4) การประเมินความปวดซ้ำและผลข้างเคียงของยาแก้ปวด โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เพิ่มองค์ประกอบที่ 5 ในเรื่อง การประเมินผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจกรรมทั่วไป การเคลื่อนไหว การนอน และอารมณ์ทางลบของผู้ป่วย จาก แนวปฏิบัติการจัดการความปวดขององค์กรต่างๆในปัจจุบัน ได้แก่ American Lung Association, (2019); Chou et al., (2016); Royal College of Anesthesiologist of Thailand และ Thai Association for the Study of Pain, (2019) เพื่อให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการคือผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในประเด็นความรุนแรงของความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคใต้ และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 3 หอผู้ป่วย ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ช่วยวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ไม่อยู่ในระหว่างลาพักร้อน ลาคลอดบุตร ได้กลุ่มตัวอย่าง 90 ราย
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 หอผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งแบบเปิดและแบบส่องกล้อง ประเภทเร่งด่วนและไม่เร่งด่วน โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงความเจ็บป่วย (American Society of Anesthesiologists: ASA) ระดับ 5 ขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยวิสัญญีแพทย์ มีความปวดจากสาเหตุของโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เช่น ปวดจากโรคมะเร็ง มะเร็งกระดูก มีภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด ต้องย้ายเข้าหอผู้ป่วยอภิบาลวิกฤต ภายใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หรือย้ายโรงพยาบาลก่อนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane (Yamane, 1973) จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ ในปี 2562 ที่จำนวนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทรวงอกหรือหัวใจลดลงจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 1,200 ราย กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 300 ราย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ยังคงระบาดต่อเนื่อง ทางโรงพยาบาลยังคงลดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดน้อยลงในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีเท่ากับ 150 ราย เพื่อป้องกันการสรุปผิดพลาดชนิดที่ 2 (type II error) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบค่าขนาดอิทธิพล (effect size) และอำนาจการทดสอบ (power analysis) พบว่าค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดและการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง .07, .27 และ .20 ตามลำดับ ส่วนอำนาจการทดสอบ (power analysis) อยู่ระหว่าง .67, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งโดยภาพรวมพบว่าเพียงพอในการป้องกันการเกิด type II error (Polit & Beck, 2018) หลังจากนั้น ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละหอผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องจากสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับพยาบาล

2. แบบสอบถามการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลที่โรงพยาบาลประจำที่ใช้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด 2) การประเมินความปวด 3) การบันทึกความปวด 4) เครื่องมือประเมินความปวด 5) การจัดการความปวด และ 6) ตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวด มีข้อคำถามรวม 22 ข้อ คำตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 4 (ปฏิบัติทุกครั้ง) ผลรวมของคะแนนอยู่ระหว่าง 22 -88 คะแนน การแปลผลจะทำการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ และแบ่งระดับการจัดการความปวดเป็น 4 ระดับ คือ ต้องปรับปรุง (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25) พอใช้ (ร้อยละ 26-74) ปานกลาง (ร้อยละ 75-99) และระดับดี (ร้อยละ 100)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. แบบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วย แบบสอบถามความปวดแบบสอบถามการรบกวนจากอาการปวด และ แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดโดย มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสอบถามความปวดอย่างสั้นฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน (Chaudakshetrin, 2009) ที่แปลจากแบบประเมินความปวดฉบับย่อ (Brief Pain Inventory Short Form [BPI-SF]) ของ คลีแลน และคณะ (Cleeland et al., 1988) ใช้ประเมินความปวดใน 2 มิติ คือ ความรุนแรงของความปวดและการรบกวนจากอาการปวด โดย

1) ความรุนแรงของความปวด ประเมินจากการสอบถามระดับความปวด โดยมีข้อคำถาม 4 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุด (worst pain) รุนแรงน้อยที่สุด (least pain) รวมถึงระดับความปวดโดยเฉลี่ย (average pain) และระดับอาการปวดที่รู้สึกในขณะที่ยกข้อถาม (pain right now) โดยใช้มาตรวัดแบบเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale: NRS) 0 ถึง 10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด การแปลผลคะแนนความรุนแรง

ความปวด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ปวดเลย (0 คะแนน) ปวดเล็กน้อย (0.01-3.99 คะแนน) ปวดปานกลาง (4.00-6.99 คะแนน) และปวดมาก (7.00-10.0 คะแนน)

2) การรับกวนจากอาการปวด ประเมินจากการสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยว่าอาการปวดนั้นรบกวนต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ รวม 7 ด้านมากน้อยเพียงใด สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามในเรื่องการรบกวนจากอาการปวดต่อการทำงานประจำวัน ดัดแปลงเป็นการรบกวนจากอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และในเรื่องการรบกวนจากอาการปวดต่อความสุขในชีวิตประจำวัน ดัดแปลงเป็นการรบกวนจากอาการปวดต่อการไอและการหายใจแบบลึก เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกและช่องท้อง โดยใช้มาตรวัดแบบเรียงลำดับตัวเลข 0 ถึง 10 เช่นเดียวกัน การแปลผลคะแนนการรบกวนจากอาการปวดเป็น 4 ระดับ เช่นเดียวกับมิติความรุนแรงของความปวด

3.2 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด เป็นแบบบันทึกที่พัฒนาโดย ศศิวิมล เพ็งแก้ว (Pengkaew, 2015) เพื่อใช้ประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง (บนเตียง/ข้างเตียง) และการลุกเดิน โดยการนับจำนวนครั้งของการเคลื่อนไหว การคิดคะแนนเป็นดังนี้ พลิกตะแคงตัว 1 ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ลุกนั่ง 1 ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) และ ลุกเดิน 1 ครั้งเท่ากับ 3 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) การเคลื่อนไหวคิดจากการรวมคะแนนทั้ง 3 กิจกรรมซึ่งมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน หารด้วย 6 คิดเป็น 10 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดมาก แบ่งการเคลื่อนไหว ออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคลื่อนไหวเลย (0 คะแนน) เคลื่อนไหวเล็กน้อย (0.01 -4.0 คะแนน) เคลื่อนไหวปานกลาง (4.01-6.0 คะแนน) และเคลื่อนไหวมาก (6.01-10.0 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล แบบสอบถามความปวดอย่างสั้น นำไปตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามความปวดอย่างสั้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา เท่ากับ .98 หลังจากนั้น นำแบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ไปตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำ โดยให้พยาบาล จำนวน 5 คน ตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 วัน จากนั้นนำข้อมูลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation) ได้เท่ากับ 1.0 และนำแบบสอบถามความปวดอย่างสั้นทั้งด้านความรุนแรงของความปวด และการรบกวนจากอาการปวด รวมทั้งแบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ไปตรวจสอบความเที่ยงแบบวัดซ้ำ กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น เท่ากับ .98, 1.0 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 63-045-19-6) กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือการรักษาที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ใส่ซองเอกสารตามจำนวนพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 3 หอผู้ป่วย ไปมอบให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าเวรเพื่อแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลซึ่งการทำแบบสอบถามนั้นจะไม่รบกวนเวลาการปฏิบัติงานสามารถใช้เวลาส่วนตัวในการทำแบบสอบถามได้ โดยผู้วิจัยกำหนดเวลารับแบบสอบถามคืนภายใน 5 วัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัด 2 วัน และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการผ่าตัด โดยการสอบถามผู้ป่วยและเก็บข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย หลังการผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามข้อมูล ดังนี้ 1) ความรุนแรงของความปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา 2) การรบกวนจากอาการปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา สอบถามวันละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง ส่วนการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา
2. ข้อมูลการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนพิสัยควอไทล์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และกำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ ค่าน้อยกว่า 0.30 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ระหว่าง 0.30-0.50 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง มากกว่า 0.50 มีความสัมพันธ์ระดับสูง (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (98.90%) มีอายุเฉลี่ย 32.41 ปี (SD = 7.73) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (98.90%) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.99 ปี (SD = 8.0) เคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับความปวดจำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 86.60

การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลร้อยละ 77.30 มีการปฏิบัติตามการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดฯ โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mdn = 100, IQR = .28) และเมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การบันทึกการปวด การใช้เครื่องมือประเมินความปวด การจัดการความปวด และตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวด พบว่าทุกด้านมีการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี (Mdn = 100, IQR = .00 ทุกด้าน)

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (80%) อายุเฉลี่ย 56.60 ปี (SD = 9.57) สถานภาพสมรสคู่ (79.30%) ส่วนใหญ่ (99.30%) มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยประเมินโดย ASA class อยู่ในระดับ I ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วย

แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่ได้รับยาแก้ปวดก่อนไปห้องผ่าตัดสำหรับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งปอด (17.33%) และมะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดี (17.33%) ชนิดของการผ่าตัด ร้อยละ 66 ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง และร้อยละ 44 ได้รับการผ่าตัดทรวงอก ส่วนใหญ่ (71.33%) มีระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 1 ชั่วโมงเฉลี่ย 4.97 ชั่วโมง มีขนาดแผลผ่าตัดเฉลี่ย 17.56 เซนติเมตร (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด (n = 150)

ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งปอด	26	17.33
มีหนองในเยื่อหุ้มปอด	25	16.66
โรคอ้วน	23	15.33
ใส่ตั้งแตก	17	11.33
มะเร็งท่อน้ำดีและถุงน้ำดี	26	17.33
มะเร็งลำไส้ใหญ่และเล็ก	25	16.66
มะเร็งต่อมลูกหมาก	8	5.36
ชนิดของการผ่าตัด		
ผ่าตัดทรวงอก	51	34
ผ่าตัดช่องท้อง	99	66
วิธีและเทคนิคการผ่าตัด		
ผ่าตัดแบบเปิดทรวงอกหรือช่องท้อง	94	62.67
ผ่าตัดปอดแบบส่องกล้อง	56	37.33
การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	150	100.00
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด		
มี	0	0
ไม่มี	150	100.00
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระยะเวลาการผ่าตัด (ชั่วโมง)	4.97	2.19
(Min = 1, Max = 16)		
ขนาดแผลผ่าตัด (เซนติเมตร.)	17.56	3.43
(Min = 10, Max = 24)		

หมายเหตุ: Min = minimum, Mx = maximum

กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน 72 ชั่วโมงแรก วิธีการบริหารยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 48 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ (99.3%) ได้รับการบริหารยาระงับปวดโดยผู้ป่วยควบคุมเอง (patient controlled analgesia) ส่วนการบริหารยาหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.33 ได้รับการบริหารยาด้วยยาระงับปวดเฉพาะเมื่อต้องการ สำหรับชนิดของยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับ คือ ยามอร์ฟิน (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง จำแนกตามวิธีการบริหารยาระงับปวดและชนิดของยาแก้ปวด (n = 150)

วิธีการบริหารยาระงับปวด ชนิดยาแก้ปวด	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง - 48 ชั่วโมง		
ยาระงับปวดโดยผู้ป่วยควบคุมเอง	149	99.30
ยาระงับปวดช่องเหนือไขสันหลัง	1	.70
วิธีการบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง- 72 ชั่วโมง		
ยาระงับปวดช่องเหนือไขสันหลัง	1	.70
ยาระงับปวดเฉพาะเมื่อต้องการ	149	99.30
ชนิดของยาระงับปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง- 72 ชั่วโมง		
มอร์ฟีน 3-5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง	116	77.33
เฟนทานิล 75-80ไมโครกรัมต่อชั่วโมง	34	22.67

ความรุนแรงของความปวด

กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความปวดที่รู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (Mdn = 5.0, IQR = 2.0) และลดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะเวลาหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง (Mdn = 3.0, IQR = 1.0) ส่วนความปวดที่รู้สึกน้อยที่สุด อาการปวดโดยเฉลี่ย และความปวดที่รู้สึกในขณะที่ถูกถามข้อมูล หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ต่างอยู่ในระดับเล็กน้อย และลดลงจนไม่มีอาการปวดเลยในระยะเวลาหลังผ่าตัดแล้ว 72 ชั่วโมง (ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่ามัธยฐานและพิสัยคลอไทล์ของความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมงแบ่งตามความรุนแรงมากที่สุด ความรุนแรงน้อยที่สุด ความปวดโดยเฉลี่ย และอาการปวดที่รู้สึกในขณะที่ถูกถามข้อมูล (n = 150)

ความรุนแรงความปวด	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง	
	Mdn (IQR)	ระดับ	Mdn (IQR)	ระดับ	Mdn (IQR)	ระดับ
รุนแรงมากที่สุด	5.00 (2.00)	ปานกลาง	3.00 (2.00)	เล็กน้อย	3.00 (1.00)	เล็กน้อย
รุนแรงน้อยที่สุด	2.00 (3.00)	เล็กน้อย	0.00 (2.00)	ไม่ปวด	0.00 (0.00)	ไม่ปวด
ความปวดโดยเฉลี่ย	3.00 (1.00)	เล็กน้อย	2.00 (2.00)	เล็กน้อย	0.00 (2.00)	ไม่ปวด
ความปวดที่รู้สึกในขณะที่ถูกถามข้อมูล	3.00 (1.00)	เล็กน้อย	1.00 (2.01)	เล็กน้อย	0.00 (1.00)	ไม่ปวด

หมายเหตุ: Mdn = median, IQR = interquartile range

การรบกวนจากอาการปวด

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมง อยู่ในระดับเล็กน้อย (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนจากอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแบ่งตามรายด้านและคะแนนรวม (n = 150)

การรบกวนจากอาการปวด ด้านที่รบกวน	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง	
	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ
กิจวัตรประจำวัน	4.63 (1.69)	ปานกลาง	3.89 (1.56)	เล็กน้อย	2.64 (2.01)	เล็กน้อย
อารมณ์	1.09 (1.36)	เล็กน้อย	0.61 (1.10)	เล็กน้อย	0.24 (0.67)	เล็กน้อย
การเดิน	2.34 (2.40)	เล็กน้อย	2.38 (2.19)	เล็กน้อย	2.61 (2.38)	เล็กน้อย
การเคลื่อนไหว	4.75 (1.60)	ปานกลาง	3.03 (2.19)	เล็กน้อย	2.49 (2.18)	เล็กน้อย
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	0.87 (1.20)	เล็กน้อย	0.40 (0.87)	เล็กน้อย	0.18 (0.61)	เล็กน้อย
การนอนหลับ	1.12 (1.41)	เล็กน้อย	0.57 (0.99)	เล็กน้อย	0.20 (0.59)	เล็กน้อย
การโอและหายใจลึก	4.51 (1.58)	ปานกลาง	3.90 (1.46)	เล็กน้อย	2.95 (1.97)	เล็กน้อย
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.76 (1.01)	เล็กน้อย	2.11 (0.80)	เล็กน้อย	1.61 (1.14)	เล็กน้อย

หมายเหตุ: M = mean, SD = standard deviation

การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นตลอดช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัด โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ถึง 48 ชั่วโมงอยู่ระดับเล็กน้อย (M = 2.66, SD = 0.80) และ (M = 3.20, SD = 0.87) ตามลำดับ ส่วนหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง (M = 4.93, SD = 1.58) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (n = 150)

การเคลื่อนไหว หลังผ่าตัด	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง		หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง	
	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ	M (SD)	ระดับ
พลิกตะแคงตัว	6.91 (1.90)	มาก	7.65 (1.73)	มาก	8.09 (1.70)	มาก
ลุกนั่งบนเตียง/ ข้างเตียง	8.80 (3.77)	มาก	10.39 (3.41)	มาก	11.37 (4.22)	มาก
ลุกเดิน	0.25 (1.19)	น้อย	1.18 (2.89)	น้อย	10.11(6.25)	มาก
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.66 (0.80)	น้อย	3.20 (0.87)	น้อย	4.93 (1.58)	ปานกลาง

หมายเหตุ: M = mean, SD = standard deviation

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ในระยะ 72 ชั่วโมง

อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ตามลำดับ แต่อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง นอกจากนี้ พบว่าอาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

ตามลำดับ แต่อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับเล็กน้อยกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง (ตาราง 6)

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ความรุนแรงของความปวดกับการรบกวนจากอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก (n = 150)

ความรุนแรงความปวด	การรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด		
	24 ชั่วโมง	48 ชั่วโมง	72 ชั่วโมง
อาการปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด			
24 ชั่วโมง	.09		
48 ชั่วโมง		.42**	
72 ชั่วโมง			.15
	การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด		
24 ชั่วโมง	.80		
48 ชั่วโมง		.04	
72 ชั่วโมง			-.22**

หมายเหตุ: ** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาล ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากฝ่ายบริการพยาบาลมีนโยบายในการกำหนด ให้พยาบาลทุกคนใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ร่วมกับการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี จึงทำให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ลำดวน มีภาพ, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (Meepap, Methakanjanasak, & Saensom, 2017) ที่พบว่าพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตสม่ำเสมอ ทำให้ผลการศึกษา พบว่าความรุนแรงของความปวดลดลงในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาล ร้อยละ 93.3 ได้ผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด 1-3 ครั้งต่อปี จึงอาจทำให้มีความรู้ ทักษะที่ดีในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ

ผลลัพธ์การจัดการความปวด

ผู้วิจัยอภิปรายผลลัพธ์การจัดการความปวดตามมิติดังนี้ คือ ความรุนแรงความปวด การรบกวนจากอาการปวด และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ความรุนแรงของความปวด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของความปวดในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลมีประสิทธิภาพผลดังที่กล่าวมาแล้ว ร่วมกับการจัดการความปวดแบบใช้ยาเพียงพอ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยร้อยละ 99.3 ได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง (patient controlled analgesic: PCA) ใน 24 ชั่วโมงแรก ถึง 48 ชั่วโมงแรก จึงทำให้ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวดที่เหมาะสมและเพียงพอ นอกจากนี้ ในการศึกษา

ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 เป็นเพศชาย ซึ่งมีขีดความอดทนต่อความปวด (pain threshold) สูงกว่าเพศหญิง (Akhani, Mendpara, Palan, & Harsoda, 2014) จึงทำให้ความรุนแรงของความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและลดลงเป็นระดับเล็กน้อยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง นอกจากนี้ แนวแผลผ่าตัดแนวขวางก็ส่งผลต่อความรุนแรงของความปวดน้อยกว่าแผลผ่าตัดแนวตั้ง โดยพบว่า เส้นประสาทที่ได้รับความรู้สึกปวดจากอวัยวะในช่องท้องจะส่งไปยังไขสันหลังที่อยู่แนวกลางของลำตัว ทำให้ผู้ป่วยมักบอกว่าปวดบริเวณแนวกลางลำตัวมากกว่า (Steven & Peter, 2005) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะแผลผ่าตัดตามแนวขวาง จึงทำให้ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างแนวตั้งและแนวขวาง พบว่ามารดาที่มีแผลผ่าตัดแนวขวางจะมีความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงต่ำกว่ามารดาที่มีแผลผ่าตัดแนวตั้ง (Suwannarurk et al., 2017) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมากกว่าผ่าตัดทรวงอก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะแผลผ่าตัดตามแนวขวาง จึงทำให้ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย

การบรรเทาอาการปวด

การที่ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ส่งผลให้การบรรเทาอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อยเช่นกัน นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดใน ระยะ 72 ชั่วโมงแรก ที่เป็นเช่นนั้น เพราะกลุ่มตัวอย่าง มี ASA class I และพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวตั้งแต่หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะการลุกนั่งข้างเตียง ทำให้ช่วงลดอาการท้องอืด ส่งผลให้ลดการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อการหายของแผลผ่าตัด (Theoret, 2017) จึงทำให้การบรรเทาอาการปวดน้อยลงได้เช่นกัน

การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้นนับตั้งแต่หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จนถึงหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง โดยเฉพาะในเรื่องการลุกนั่งบนเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทำได้เร็วกว่าการพลิกตะแคงตัว และการลุกเดินเป็นเพราะว่าความรุนแรงของความปวดและการบรรเทาอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่งบนเตียง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ง่าย นอกจากนี้ พยาบาลมีส่วนช่วยส่งเสริมกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเคลื่อนไหว โดยเริ่มจาก การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียงและข้างเตียง และการลุกเดิน ซึ่งเริ่มจากกิจกรรมที่ง่ายไปยาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยเร็วในผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง พบว่าการเริ่มเคลื่อนไหวจากกิจกรรมง่ายไปยาก ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรม และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ในระดับมาก (Longwet, Srimoragot, Danaidutsadeekun, & Airamaneera, 2020)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของความปวดกับการบรรเทาอาการปวดและการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา พบว่าความรู้สึกปวดที่มากที่สุด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ไม่มีความสัมพันธ์กับการบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างยังมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม ร่วมกับในระยะหลังผ่าตัด 24 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.3 ได้ยาระงับปวดโดยผู้ป่วยควบคุมเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงจากฤทธิ์ของยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ไม่มีกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับการบรรเทาอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงอยู่ในระดับเล็กน้อย เนื่องจากได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอ และแผลผ่าตัดเริ่มมีกระบวนการหายตามระยะเวลา

จึงไม่รบกวนต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนความรู้สึกปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นการฟื้นฟูหลังผ่าตัดจากพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมมากขึ้น จึงทำให้รู้สึกว่าการรบกวนจากอาการปวด และยังพบว่าความรู้สึกปวดมากที่สุดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงความสัมพันธ์เชิงลบกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความรุนแรงความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อย จึงทำให้สามารถเคลื่อนไหวตนเองในการพลิกตะแคงตัว ลูกนั่งและลุกเดินได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่พบว่าความปวดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการรบกวนจากอาการปวด ในเรื่องการหายใจลึก การไอ และการทำกิจกรรมทางกายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง แต่การศึกษาดังกล่าวไม่ได้ศึกษาหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง (Ögüt & Dağ, 2019) จึงไม่มีข้อมูลอ้างอิงในระยะเวลาดังกล่าว

สรุปผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องมีความรุนแรงของความปวดและการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรกอยู่ในระดับปานกลางถึงเล็กน้อย และพบว่าความรู้สึกปวดมากที่สุดมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการรบกวนจากอาการปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงและมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาล ไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และควรประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. ควรศึกษาการปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องของพยาบาลโดยใช้วิธีการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลร่วมกับการใช้แบบสอบถาม
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดแยกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก หรือระหว่างกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

References

- Akhani, P., Mendpara, S., Palan, B., & Harsoda, J. (2014). Gender differences in response to experimental pain among medical students from a Western State of India. *The International Journal of Medical Students*, 2(1), 13-17.
- American Lung Association. (2019). *Complication after thoracotomy*. Retrieved from <https://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-procedures-and-tests/thoracotomy.html>
- Chaudakshetrin, P. (2009). Validation of the Thai version of brief pain inventory (BPI-T) in cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 19(2), 34-40. (in Thai)

- Cleeland, C. S., Ladinsky, J. L., Serlin, R. C., & Nugyen, C. T. (1988). Multidimensional measurement of cancer pain: Comparisons of US and Vietnamese patients. *Journal of Pain Symptom Management, 3*, 23-27.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, L. C. (2016). Guideline of management of postoperative pain. *The Journal of Pain, 17*(2), 131-157.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic.
- Dinic, V. D., Stojanovic, M. D., Markovic, D., Cvetanovic, V., Vukovic, A. Z., & Jankovic, R. J. (2018). Enhanced recovery in thoracic surgery: A review. *Frontiers in Medicine, 5*(14), 2-7. doi: 10.3389/fmed.2018.00014
- Holzemer, W. L. (1994). The impact of nursing care in Latin America and the Caribbean: A focus on outcomes. *Journal of Advance Nursing, 20*(1), 5-12.
- Longwet, O., Srimoragot, P., Danaidutsadeekun, S., Airamaneera, C. (2020). Impact of early rehabilitation programme on post-open abdominal surgery gastrointestinal patients' ability to perform activities of daily living. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 35*(2), 32-51. (in Thai)
- Meepap, L., Methakanjanasak, N., & Saensom, D. (2017). Clinical nursing practice guideline for acute pain management in critically ill patients. *Srinagarind Medical Journal, 32*(6), 561-570. (in Thai)
- Mesbah, A., Yeung, J., & Gao, F. (2016). Pain after thoracotomy. *British Journal of Anaesthesia Education, 11*(1), 1-7. doi:10.1093/bjaceaccp/mkv005
- Öğüt, S., & Dağ, G. S. (2019). Pain characteristics and pain interference among patients undergoing open cardiac surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 34* (4), 757-766.
- Pengkaew, S. (2015). *Effects of foot reflexology on abdominal distention and postoperative recovery in elderly patients with abdominal surgery* (Master's thesis, Prince of Songkla University). Retrieved from <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9983> (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Royal College of Anesthesiologist of Thailand and Thai Association for the Study of Pain. (2019). *Clinical guidance for acute postoperative pain management*. Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Saeangchai, J., Piyasut, C., Kaewkulpat, S. (2019). Multimodal pain management: Goal setting for postoperative pain. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(2), 161-171. (in Thai)
- Sawangchai, J., & Ngamkham, S. (2017). Postoperative pain in patients after abdominal surgery at Sawanpracharak Hospital. *Journal of Health Science Research, 11* (Suppl 1), 1-10. (in Thai)

- Shargall, Y., & Litle, V. R. (2018). European perspectives in Thoracic Surgery, the ESTS venous thromboembolism (VTE) working group. *Journal of Thoracic Disease, 10*(8), 963–968. doi: 10.21037/jtd.2018.04.70
- Steven, B., & Peter, G. (2005). Transverse versus midline incisions for abdominal surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online). 19. CD005199. doi:10.1002/14651858.CD005199.pub2
- Suwanarurk, K., Kasemsin, P., Pongrojpraw, D., Chanthasenont, A., Lertvutivivat, S., Pattaraarchachai, J., & Bhamarapratana, K. (2017). Post-cesarean pain associated with skin incision: Vertical versus pfannenstiel. *Journal of Medical Association of Thailand, 100* (Suppl. 5), S162-S167
- Theoret, C. (2017). Physiology of wound healing in C. Theoret & J. Schumacher (Eds.), *Equine Wound Management* (3 rd ed). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wang, H., Li, S., Liang, N., Lui, W., Lui, H., & Lui, H. (2017). Postoperative pain experiences in Chinese adult patients after thoracotomy and video-assisted thoracic surgery. *Journal Critical of Nursing, 26*(17), 2744-2754. doi: 10.1111/jocn.13789
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3 rd ed). New York: Harper & Row.