

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวด
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดตับแบบเปิดช่องท้อง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH
COLD COMPRESSION ABDOMINAL BINDER ON PAIN
IN PATIENTS WITH OPEN HEPATECTOMY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง
โดย	นางธนิกานต์ กฤษณะ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ธนิกานต์ กฤษณะ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง
 ประคบเย็นต่อความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง. (THE EFFECT OF
 SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH COLD COMPRESSION
 ABDOMINAL BINDER ON PAIN IN PATIENTS WITH OPEN HEPATECTOMY) อ.ที่
 ปริญญาหลัก : ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการ
 ร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง กลุ่ม
 ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 44
 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย ได้รับการจับคู่ด้วย เพศ อายุ
 ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต และชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล
 ตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น
 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) เครื่องมือที่ใช้ในการ
 เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog
 scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติ Independent sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับ
 อาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ
 การพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2565 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6270002136 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: Postoperative pain, Pain management, Abdominal binder, Cold compression, Open hepatectomy

Thanikarn Gridsana : THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH COLD COMPRESSION ABDOMINAL BINDER ON PAIN IN PATIENTS WITH OPEN HEPATECTOMY. Advisor: Asst. Prof. Pol.Sub.Lt. PACHANAT NUNTHAITAWEEKUL, Ph.D.

This quasi experimental, aimed to examine effects of symptom management program combined with abdominal binder with cold compression on pain in patients after open hepatectomy. Participants in the present study were 44 patients undergoing open hepatectomy treated in surgery ward, King Chulalongkorn Memorial Hospital. All of them were adult patients who met the inclusion criteria. They were matched pairs by sex, age, history of surgery and type of analgesics. The control group (n=22) receive routine nursing care while experimental group (n=22) receive routine nursing care with symptom management program combined with abdominal binder with cold compression that developed base on the concept of Dodd et al. (2001). The collecting instruments used for data were Visual analog scale. Data were analyzed by descriptives statistics and Independent sample t-test. The result concluded that:

1. The mean score of pain at the posttest of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p < .05$).

Field of Study: Adult and Gerontological Nursing Student's Signature

Academic Year: 2022 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยทวิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และเมตตาด้วยดีเสมอมา

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบและให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความถูกต้อง ตลอดจนให้คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ทำให้เครื่องมือวิจัยมีคุณภาพดียิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์และเพื่อนร่วมรุ่นสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรุ่นปีการศึกษา 2562 ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนช่วยเหลืออย่างดีเสมอมา

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล พว.วนิดา รัตนานนท์ ผู้ตรวจการพยาบาลศัลยกรรม พว.เพทาย สำรวยผล หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 16B1 เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 16B1 ทุกท่าน ที่ให้โอกาสผู้วิจัยลาศึกษาต่อ รวมทั้งให้กำลังใจและการสนับสนุน เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 16B2, 16C1, 16C2 ที่ให้การสนับสนุนเป็นพื้นที่ของการศึกษาและอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย คอยช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยให้เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยระบบทางเดินอาหารทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่ได้เสียสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย จนทำให้ผู้วิจัยสำเร็จลุล่วงในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณพระเจ้า ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัว “ไผ่เด่นดี” ครอบครัว “กฤษณะ” ครอบครัวใหญ่ที่แม่สะเรียง ที่เป็นกำลังใจสนับสนุนในทุกด้านและเป็นแรงผลักดันให้แก่ผู้วิจัยประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ธนิกานต์ กฤษณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผล	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2	11
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง.....	12
2. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด	16
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ.....	31

4. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง.....	35
5. แนวคิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยความเย็น	37
6. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด.....	40
7. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น.....	41
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	43
9. กรอบแนวคิดการวิจัย	48
บทที่ 3	49
วิธีการดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	60
การวิเคราะห์ข้อมูล	60
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	61
บทที่ 4	62
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 5	69
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	73
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	77
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	88



ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	89
ภาคผนวก ข	หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จดหมายขอรับ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย จดหมายขอใช้เวชระเบียน และจดหมายขอตกลงใช้เครื่องมือ วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	91
ภาคผนวก ค	เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	101
ภาคผนวก ง	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	110
ภาคผนวก จ	ตัวอย่างผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์.....	130
ประวัติผู้เขียน.....		133



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 คุณสมบัติน้ำของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามเพศ อายุ ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต และชนิดของยาแก้ปวด.....	51
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง	63
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	65
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดวันที่ 1-5 ..	67
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	68
ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความปวด.....	131
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test ($n_1=n_2=22$).....	132

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 มาตรฐานวัดความปวดด้วยสายตา.....	25
ภาพที่ 2 มาตรฐานวัดความปวดด้วยคำบรรยาย	25
ภาพที่ 3 มาตรฐานวัดความปวดแบบตัวเลข	25
ภาพที่ 4 McGill pain questionnaire.....	26
ภาพที่ 5 Short-Form McGill pain questionnaire.....	27
ภาพที่ 6 Brief Pain Inventory.....	28
ภาพที่ 7 แสดงองค์ประกอบของแบบจำลองการจัดการอาการ Dodd et al. (2001).....	34
ภาพที่ 8 ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น.....	126
ภาพที่ 9 แผ่นเจลเย็น 3 M Nexcare ® ชนิด cold/hot pack.....	127
ภาพที่ 10 เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท.....	127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปในอวัยวะภายในช่องท้อง เพื่อตรวจวินิจฉัยค้นหาความผิดปกติและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้องแล้วมีการเย็บปิด โดยจะมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่มากกว่า 5 ซม. มีการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (Fairchild, 1996; Potter & Perry, 2007; Reeve et al., 2019) ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องใน 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ ความปวด (Caumo et al., 2002; Sommer et al., 2008) ภาวะอ่อนล้าหลังผ่าตัด (DeCherney, Bachmann, Isaacson, & Gall, 2002) อาการนอนไม่หลับ (Robleda, Roche-Campo, Sánchez, Gich, & Baños, 2015) และภาวะท้องอืด (เนาวรัตน์ สมศรี, 2552) ซึ่งความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่ทำให้เกิดความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 30 (Behman et al., 2019) จากสถิติผู้ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ร้อยละ 38.6, 39.1 และ 37.2 ของการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทั้งหมดตามลำดับ (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564)

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์หรือความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ บางครั้งอาจเกิดร่วมกับการมีสายระบาย และอาจเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดหรือการทากิจวัตรประจำวัน (International Association for the Study of PAIN (IASP), 2020; จวง เพ็ญกมล, 2550; ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องจะมีความปวดชนิดเฉียบพลันในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 20-80 (Caumo et al., 2002) โดยผู้ป่วยร้อยละ 30-55 จะมีความปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Sommer et al., 2008) และความปวดจะลดลงใน 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Behman et al., 2019; Robleda et al., 2015; พงศ์ภารตี เจาทะเกษตริน, 2548) ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดตามแนวตั้ง (Midline) และแนวเฉียง (Oblique) จะเป็นแผลที่มีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก ทำให้มีความปวดมากกว่าผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดตามแนวขวาง (Transverse) การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องจะมีแผลผ่าตัดหน้าท้องแบบ inverted L-shape ซึ่งมีลักษณะแผลทั้งแบบตามแนวตั้ง (Midline) และแนวขวาง (Transverse) ตำแหน่งของแผลผ่าตัดอยู่บริเวณช่องท้องส่วนบนซึ่งความปวดมากกว่าแผลผ่าตัดในบริเวณช่องท้องส่วนล่าง (พูนศรี พัฒนพงษ์,

2538; สุปราณี นิรุตติศาสตร์, 2531) ความปวดจะเริ่มขึ้นหลังจากการลงมีดผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมีการฟื้นตัวจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายจะเริ่มรับรู้อาการปวด และเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีการเคลื่อนไหวร่างกาย พลิกตะแคงตัวหรือขยับตัวลุกนั่ง ยืน เดิน จะทำให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มมากขึ้น (จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุตา งามขำ, 2560) โดยผู้ป่วยร้อยละ 40-55 จะมีความปวดในระดับรุนแรงเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Yimyaem et al., 2006)

ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บจากการลงมีดผ่าตัด ทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ออกมาทำให้กระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาทบริเวณแผล มีการส่งสัญญาณประสาทผ่านเส้นประสาทขนาดเล็ก C-fiber และ A-delta ไปยังไขสันหลังขึ้นสู่สมองทำให้เกิดการรับรู้อาการปวด (พงศภารดี เจาตะเกษตริน, 2547; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2547; สุพร พลยานันท์, 2528) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะได้รับกิจกรรมการพยาบาล การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดจะกระตุ้นกล้ามเนื้อที่ได้รับการผ่าตัดให้มีการยึดหดรัดตัว ทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ออกมากระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กในการส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมอง ส่งผลให้มีความปวดเพิ่มมากขึ้น (เกศริน อินธิยศ, วัลย์ลดา ฉันทน์เรื่องวณิชย์, เกศศิริ วงษ์คงคำ และชินา โอบารัตนพันธ์, 2564) เมื่อมีการรับรู้ความปวดจะเกิดการตอบสนองต่อความปวดโดยเกิดปฏิกิริยาทางจิต มีความรู้สึกทุกข์ทรมานและทำให้เกิดอารมณ์ เช่น กลัว วิตกกังวลโกรธและเศร้า การรับรู้ความปวดและปฏิกิริยาทางจิตจะไปกระตุ้นระบบแสดงผลให้แสดงความปวด ต่อสู้หนี หรือแก้ไขความปวด เช่น หน้ามึนวิงเวียนศีรษะ กัดริมฝีปากและฟัน ร้องเสียงครวญคราง การนอนนิ่งๆ หยุดการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (พงศภารดี เจาตะเกษตริน, 2547; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2547; สุพร พลยานันท์, 2528)

ความปวดหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการแก้ไขและจัดการอย่างเพียงพอ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสังคมเศรษฐกิจ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดจะทำให้ไม่สามารถหายใจแรงๆ หรือไอได้เต็มที่ ทำให้เสมหะคั่งค้างอาจเกิดภาวะปอดอักเสบและปอดแฟบได้ ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หัวใจทำงานหนัก กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายทำให้มีอาการท้องอืด ลำไส้ไม่ทำงาน การระบายปัสสาวะไม่สะดวก มีการคั่งค้างของปัสสาวะ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (พงศภารดี เจาตะเกษตริน, 2547) ความปวดทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น กลัว วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ จดจำข้อมูลไม่ได้ โกรธ หงุดหงิด นอนไม่หลับ แยกตัว ซึมเศร้าและหมดหวัง สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือสูญเสียคุณค่าในตนเอง (สุพร พลยานันท์, 2528) ผลของความปวดทำให้การฟื้น

สภาพร่างกายไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Fang, Chen, Sun, Xu, & Jin, 2020) ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้นแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีรูปแบบที่ชัดเจนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนร้อยละ 23-42 มีความรู้เล็กน้อยถึงปานกลางเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวด (Nasir & Ahmed, 2020) สำหรับวิธีการจัดการกับความปวดที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด ร้อยละ 57 จะใช้วิธีอยู่เฉยๆ นอนพักและขยับตัวให้น้อยที่สุด (จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ, 2560) ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่พยายามที่จะจัดการความปวดด้วยตนเอง จะรอให้พยาบาลมาสอบถามก่อนแล้วค่อยขอยาแก้ปวด (Manias et al., 2006 อ้างถึงใน ภคธิดา มหาแก้ว, 2560) เมื่อมีความปวดในระดับที่รุนแรงผู้ป่วยบางรายไม่กล้าบอกความปวดหรือไม่กล้าขอยาแก้ปวดเพราะกลัวว่าจะรบกวนการทำงานของพยาบาลที่กำลังยุ่ง (Taylor & Stanbury, 2009) และผู้ป่วยบางรายมีความกลัวการฉีดยา กลัวการติดยาและกลัวผลข้างเคียงของยา opioid (วนิดา สอดสี, วิชัย อิทธิชัยกุลพล และกนกพร คุณาวิศรุต, 2556) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังไม่รู้ว่าต้องมีการติดตามความก้าวหน้าของความปวดซ้ำ ไม่คาดหวังว่าบุคลากรทางสุขภาพจะสามารถบรรเทาความปวดให้ได้ จึงยอมทนทุกข์ทรมานอยู่กับความปวด (ธิดา สมบัติยานุชิต, ณะดา บิลทยา และศิวาภรณ์ สังข์แก้ว, 2559) จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม หากผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความปวดในระดับมากจำเป็นที่จะต้องได้รับยาระงับปวด เมื่อผู้ป่วยไม่กล้าขอยา ยอมทนทุกข์ทรมานกับความปวดทำให้ระดับความปวดรุนแรงมากขึ้นอาจเกิดผลกระทบในด้านร่างกายและจิตใจได้และเมื่อต้องให้ยาระงับปวดก็ต้องใช้ยาระงับปวดในกลุ่ม Opioid ในปริมาณที่มากขึ้นทำให้อาจเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ ซึ่งหากผู้ป่วยมีความเข้าใจความปวดและการจัดการความปวดมีรูปแบบชัดเจนจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากอาการปวดที่รุนแรงลดลง (Burns & Moric, 2001 อ้างถึงใน จรินทร์ พวภยะ, 2555) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาประยุกต์ใช้ โดยมีแนวคิดว่า อาการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในสังคม ในการรักษาโรคส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในการรักษาสาเหตุซึ่งไม่สามารถควบคุมอาการได้ ส่งผลให้อาการมีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จึงควรจัดการกับสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน การจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) เน้นแนวคิดหลัก ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้อาการปวดที่เกิดขึ้นจะประเมินว่าอาการปวดนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดและแสวงหาวิธีการจัดการอาการนั้น หากอาการปวดไม่ทุเลาลงจะแสวงหาวิธีการจัดการใหม่ ซึ่งการจัดการอาการเป็นความรับผิดชอบ

โดยตรงของผู้ป่วยและญาติในการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน โดยบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในการจัดการอาการ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของความปวด สาเหตุและการจัดการอาการที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการจะช่วยให้สามารถจัดการอาการได้ โดยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจความปวดของตนเอง และผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพร่วมกันในการจัดการความปวดที่ถูกต้องเหมาะสม

การจัดการความปวดระยะหลังผ่าตัดในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การจัดการความปวดด้วยยาและการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกจะมีความเจ็บปวดที่รุนแรงจำเป็นต้องใช้ยาระงับปวด โดยยาที่แพทย์สั่งจะเป็นยาในกลุ่ม Opioid ซึ่งการใช้ยาระงับปวดในกลุ่ม Opioids อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ป่วย เช่น กตการหายใจและความรู้สึกตัวคลืนไส้ อาเจียน คัน ลำไส้ทำงานช้า และท้องผูก เป็นต้น (Benyamin et al., 2008) การนำวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามาช่วยเสริมจะช่วยลดขนาดการใช้ยาระงับปวดลงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาระงับปวด นอกจากนี้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยายังเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องมามีหลายวิธี ได้แก่ การจัดทำ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การนวด การสัมผัส (นวลสกุล แก้วลาย, 2545) การฟังดนตรีบรรเลง (Kahloul et al., 2017; เพ็ญประภา อิมเอิบ, วรวิพรรณ คงชุม และกรณิศ หริ่มสีบ, 2557) การบริหารกาย-จิตแบบซิงก (จรินทร์พวกยะ, 2555) การใช้สูวคนธบำบัด (จวง เผือกคง, 2550) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (Öztürk, Sevil, Sargin, & Yücebilgin, 2018; สรวุฒิ สีถาน, 2560) การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (Arici, Tastan, & Can, 2016; Cheifetz, Lucy, Overend, & Crowe, 2010; Clay, Gunnarsson, Franklin, & Strigård, 2014; Saeed et al., 2019; Stoker, 2019) การประคบเย็น (Chumkam et al., 2019; Ravindhran, Rajan, Balachandran, & Mohan, 2019; Watkins et al., 2014; วัลยาณี เนื่องโพธิ์, สุกัญญา ศรีนิล, ทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา และมาลีชาติ ศรีพิพัฒนกุล, 2561) การประคบเย็นร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง (เกศริน อินธิยศ และคณะ, 2564) จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการผสมผสานวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดได้ดีกว่าการจัดการความปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียว ดังนั้นแนวทางในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดควรมีการใช้หลายวิธีร่วมกัน ผู้วิจัยได้เลือกนำวิธีการจัดการความปวดโดยใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมาใช้ในการจัดการความปวด เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง

การจัดการความปวด โดยการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเป็นแนวทางในการลดความปวดจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้ผ้ารัดหน้าท้องจะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้ (Arici et al., 2016; Cheifetz et al., 2010; Clay et al., 2014; Saeed et al., 2019) ซึ่งผ้ารัดหน้าท้องช่วยในการบรรเทาความปวดในระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยทำให้เกิดแรงกดที่คั่งที่และประคอง

แผลผ่าตัดให้กระชับ ช่วยลดการเคลื่อนไหวของผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง ลดสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอาการปวด (Ossola, Mascioli, Coletta, Pizzato, & Bononi, 2020) ร่วมกับการประคบเย็น จะช่วยลดความปวดโดยความเย็นจะช่วยลดการส่งกระแสประสาทความปวดจากไขสันหลังไปยังสมองทำให้การรับรู้ความปวดลดลง (Chumkam et al., 2019; Watkins et al., 2014) สำหรับการพยาบาลตามปกติในการจัดการความปวด คือ การให้คำแนะนำในการจัดการความปวดก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลในระยหลังผ่าตัด ได้แก่ การประเมินความปวดและการดูแลให้ได้รับยาาระงับปวดตามแผนการรักษา ส่วนการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา จะเป็นการจัดทำให้สุขสบาย การแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ในการให้ความรู้จะไม่ได้มีการอธิบายในเรื่องพยาธิสรีรภาพของความปวด สาเหตุและผลกระทบของความปวด ในระยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการทำกิจกรรมหลังผ่าตัด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย พลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง ยืน เดิน กิจกรรมเหล่านี้ทำให้ระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความปวดมากจึงไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย มีการขอยาระงับปวดเพิ่มขึ้นและอยากนอนนิ่งๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นจะช่วยลดความปวดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น ซึ่งการใช้ผ้ารัดหน้าท้องในการจัดการความปวดยังไม่มีใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ส่วนการประคบเย็นก็พบว่ายังไม่มีใช้ในกลุ่มนี้เช่นกัน เป็นเพียงการใช้กับกลุ่มผู้ป่วยการผ่าตัดช่องท้องที่มีแผลขนาดเล็ก เช่น การผ่าตัดแบบส่องกล้อง การผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นต้น และการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง เช่น การผ่าตัดทางนรีเวช เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า วิธีการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการใช้ผ้ารัดหน้าท้องสามารถช่วยลดความปวดในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกายได้จากการช่วยกระชับแผลผ่าตัดเวลาเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนการประคบเย็นจะช่วยลดความปวดได้โดยการลดการส่งต่อสัญญาณกระแสประสาทความปวดจากไขสันหลังขึ้นไปสู่สมองทำให้การรับรู้ความปวดลดลง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำผ้ารัดหน้าท้องมา ร่วมกับการประคบเย็น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดการความปวดด้วยการใช้ผ้ารัดหน้าท้องร่วมกับการประคบเย็น ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดนรีเวช ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 วันหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีแผลผ่าตัดบริเวณช่องท้องส่วนล่าง ซึ่งมีความปวดน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวและสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วกว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดตับที่มีแผลผ่าตัดอยู่บริเวณช่องท้องส่วนบนซึ่งมีความปวดมากกว่าทำให้การฟื้นตัวช้ากว่า โดยจะเริ่มลุกนั่งในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ลุกออกจากเตียงในวันที่ 2 หลังผ่าตัด และเดินได้ในวันที่ 3-5 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดตั้งแต่วันที่ออกจากห้องผ่าตัด - วันที่ 5 หลังผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยแนวคิดการจัดการอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในอาการ

ปวดทำให้สามารถจัดการอาการปวดได้ ร่วมกับการใช้ฝ้ายัดหน้าท้องประคบเย็นจะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ฝ้ายัดหน้าท้องประคบเย็นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ฝ้ายัดหน้าท้องประคบเย็นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผล

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นจึงควรมีการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) อธิบายว่า อาการเป็นประสบการณ์หรือการรับรู้เฉพาะบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ความรู้สึก ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดถือเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย แนวคิดการจัดการอาการมีโนทัศน์หลักที่สัมพันธ์กัน ดังนี้

1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experiences) ผู้ป่วยจะมีการรับรู้และประเมินอาการปวดหลังผ่าตัด และมีการตอบสนองกับอาการปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งประเมินการรับรู้ได้โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ความปวด ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวด การจัดการความปวด สาเหตุและผลกระทบของความปวด ซึ่งพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการปวด สามารถให้ความหมายของสาเหตุและความสัมพันธ์ของอาการปวด จนเกิดความเข้าใจ พยาบาลต้องทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในอาการและพยาบาลกับผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ตรงกัน จะทำให้สามารถจัดการอาการปวด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลกระทบที่เกิดจากอาการ โดยพยาบาลจะช่วยพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถควบคุมอาการปวดได้ จากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดในระยะก่อนผ่าตัดที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังผ่าตัดที่สูงขึ้น (Stomberg,

Wickström, Joelsson, Sjöström, & Haljamäe, 2003) ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ ที่ถูกต้องอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้ โดยให้ความรู้ในเรื่องพยาธิสรีรภาพของอาการปวด ผลกระทบของความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องและการประคบเย็น และวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้การใช้ กลวิธีการจัดการความปวดด้วยยาผสมผสานกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา จะช่วยเสริมในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ

สำหรับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ผู้วิจัยใช้แนวคิดการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเป็น กลวิธีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด อธิบายได้ว่า การพันผ้ารัดหน้าท้องในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่ม เคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การลุกนั่ง ยืน เดิน จะทำให้เกิดการกดหรือการดึงน้ำหนักโดยตรงบริเวณที่ เจ็บปวดจะช่วยให้มีการหลั่ง beta-endorphin ออกมาที่ cerebrospinal fluid และกระแสเลือด ออกฤทธิ์ในระดับเซลล์กับสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทำให้ลดความเจ็บปวดได้ (Fields et al., 2006 อ้างถึงใน ศศินาภรณ์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) และการพันผ้ารัดหน้าท้องให้ กระชับบริเวณแผล ไม่รัดแน่นจนเกินไป จะช่วยลดการขยายของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการกระตุ้น การทำงานของเส้นประสาทขนาดเล็ก C-fiber และ A-delta ที่ส่งกระแสประสาทความปวดไปยังไข สันหลัง จึงช่วยลดความปวดได้ (Melzack & Wall, 1965 อ้างถึงใน เกศริน อินธิยศ และคณะ, 2564) นอกจากนี้แรงกดจากผ้ารัดหน้าท้องที่คงที่ช่วยในการพยุงผนังหน้าท้องและแผลผ่าตัดให้ กระชับ ช่วยลดแรงดันในช่องท้องขณะออกแรง ลดแรงเฉือนที่แผลผ่าตัดในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Cheifetz et al., 2010; Ossola et al., 2020; Szender, Hall, & Kost, 2014)

สำหรับการประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัด ความเย็นจะลดการกระตุ้นของเส้นประสาทส่วน ปลายและลดอัตราการนำกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดเล็ก C-fiber และ A-delta ส่งผล ให้เกิดการเพิ่มระดับขีดกั้นของความรู้สึกเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้เมื่อน้ำเยื่อ ได้รับความเย็นยังสามารถกระตุ้นก้านสมองให้เกิดการหลั่งสาร Endorphins สู่อวัยวะความเจ็บปวดที่ ไขสันหลัง สามารถลดความเจ็บปวดได้ (Ernst & Fialka, 1994; Peter E. Wells, Victoria Frampton, & David Bowsher, 1994; Prentice, 2002) โดยความเย็นที่ใช้มีอุณหภูมิระหว่าง 10- 20 องศาเซลเซียส เวลาในการประคบอยู่ระหว่าง 20-30 นาที จะไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ (Chumkam et al., 2019; Watkins et al., 2014; เกศริน อินธิยศ และคณะ, 2564)

3) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้า ท้องประคบเย็น ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความเข้าใจและสามารถจัดการอาการปวดได้ ทำให้ความปวดลดลง

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยเชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการปวดและการจัดการอาการที่ถูกต้อง สามารถจัดการอาการนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความปวดลดลง ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

ตัวแปรตาม คือ ความปวด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์หรือความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายที่เกิดจากการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ บางครั้งอาจเกิดร่วมกับการมีสายระบายและอาจเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประเมินความรุนแรงของความปวดโดยใช้แบบประเมินมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) โดยการแปลระดับความปวดใช้เกณฑ์การแปลจากสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552) ดังนี้

ระดับคะแนนความปวด 0 คะแนน	หมายถึง ไม่มีความปวดเลย
ระดับคะแนนความปวด 1-3 คะแนน	หมายถึง ความปวดเล็กน้อย
ระดับคะแนนความปวด 4-6 คะแนน	หมายถึง ความปวดปานกลาง
ระดับคะแนนความปวด 7-10 คะแนน	หมายถึง ความปวดมาก

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยประยุกต์การใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ได้แก่ การรับรู้ การประเมินอาการและการตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการปวด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม รวมทั้งประเมินความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจที่ตรงกันนำไปสู่การวางแผนในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการปวด แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การให้ความรู้ โดยให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เนื้อหาประกอบด้วย อาการปวด ผลกระทบของความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ประโยชน์ของการประคบเย็น วิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้สื่อประกอบการสอนวีดิทัศน์ และมอบคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่อง

2.2 การพัฒนาทักษะ เป็นการสาธิตใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนสาธิต และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2.3 การลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยกำหนดแนวทางในการบรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม โดยผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดในวันที่ 1-5 หลังผ่าตัด ให้การบรรเทาปวดด้วยผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดย cold pack แช่เย็นควบคุมให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 10-20 องศาเซลเซียส โดยระยะเวลาในการพันผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นไม่เกิน 20 นาที และถอดออกเมื่อเสร็จกิจกรรม และให้ผู้ป่วยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นวันละ 2 ครั้ง คือ เวลา 10.00 และ 16.00 น.

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นการประเมินผลการจัดการความปวดจากการใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นในวันที่ 5 หลังผ่าตัด

การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปภายในช่องท้อง เพื่อรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับตับแล้วมีการเย็บปิด มีการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีลักษณะแผลผ่าตัดเป็นแบบ inverted L-shape ซึ่งมีลักษณะแผลทั้งแบบตามแนวตั้ง (Midline) และแนวขวาง (Transverse) และเป็นการผ่าตัดชนิดกำหนดไว้ล่วงหน้า

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้เป็นประจำของหอผู้ป่วยซึ่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย การให้

ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ในการให้ความรู้จะไม่ได้มีการอธิบายในเรื่องพยาธิสรีรภาพของความปวด สาเหตุและผลกระทบของความปวด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยการดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด การเตรียมลำไส้ การทำความสะอาดบริเวณที่ต้องลงมีดผ่าตัด สำหรับการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินและดูแลแผลผ่าตัด การดูแลสายระบายต่างๆ การประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลให้ยาระงับปวดและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลและเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องในการจัดการความปวดเพื่อส่งเสริมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
2. **ด้านการศึกษา** หลักฐานการวิจัยที่ได้สามารถเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงาน และประบปรุงการเรียนการสอนด้านการจัดการความปวดแก่นักศึกษา เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
3. **ด้านการวิจัย** เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหากิจกรรมการพยาบาลที่สามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ดังนี้

1. ผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
 - 1.1. ความหมายของการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
 - 1.2. ลักษณะของการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
 - 1.3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
 - 1.4. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
 - 1.5. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด
 - 2.1. ความหมายของความปวด
 - 2.2. ชนิดของความปวด
 - 2.3. กลไกการเกิดความปวด
 - 2.4. สรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 2.5. ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 2.6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 2.7. ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง
 - 2.8. การประเมินความปวด
 - 2.9. การระงับความปวดหลังผ่าตัด
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง
5. แนวคิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยความเย็น
6. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
7. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

1.1. ความหมายของการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทั่วไป

การผ่าตัดช่องท้องทั่วไป (Abdominal surgery) หมายถึง การผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) ที่มีการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปในอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ตับอ่อน ถุงน้ำดี ท่อทางเดินน้ำดี และม้าม เพื่อตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับอวัยวะภายในช่องท้องแล้วมีการเย็บปิด โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (Fairchild, 1996)

การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทั่วไป (Open abdominal surgery) หมายถึง การผ่าตัดที่ตัดผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ภายในช่องท้องเพื่อค้นหาความผิดปกติ และรักษาพยาธิสภาพของอวัยวะภายในช่องท้อง โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (Potter & Perry, 2007)

การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปภายในช่องท้อง เพื่อรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับตับแล้วมีการเย็บปิด มีการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

1.2. ลักษณะของการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องทั่วไป

ชนิดและลักษณะของการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องสามารถแบ่งได้ โดยแบ่งโดยยึดเยื่อช่องท้องเป็นหลัก แบ่งตามลักษณะของแผลผ่าตัด และแบ่งตามระยะเวลาการเตรียม ดังนี้

1.2.1. แบ่งโดยยึดเยื่อช่องท้องเป็นหลัก โดยการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าท้องเข้าไปยังช่องท้อง มี 3 ประเภท (พรรณี ไพศาลทักษิณ, 2540) ดังนี้

1) การผ่าตัดนอกเยื่อช่องท้อง (Extra-peritoneal operation) เป็นการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่บริเวณนอกเยื่อช่องท้อง เช่น การผ่าตัดเอามดลูกออก (Hysterectomy) เป็นต้น

2) การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ (Intra-peritoneal and Intra-intestinal operation) เป็นการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้

3) การผ่าตัดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ (Intra-peritoneal and Extra-intestinal operation) หมายถึง การผ่าตัดที่มีการตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่อยู่ในเยื่อช่องท้อง ที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ เช่น ผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (Cholecystectomy) เป็นต้น

1.2.2. แบ่งตามลักษณะของแผลผ่าตัด มี 2 ประเภท (Burt, Tavakkolizadeh, & Ferzoco, 2007) ดังนี้

1) การผ่าตัดตามแนวตั้ง (Vertical Incision) เป็นการผ่าตัดโดยเริ่มผ่าตัดจากกลางลำตัวบริเวณเหนือสะดือลงมาจนถึงบริเวณกระดูกหัวเหน่า เช่น การผ่าตัดกระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น ซึ่งการผ่าตัดตามแนวตั้งกลางลำตัวนั้นสามารถเปิดผ่าตัดช่องท้องได้ง่าย เหมาะสำหรับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินและการผ่าตัดที่การวินิจฉัยโรครก่อนผ่าตัดไม่แน่นอน

2) การผ่าตัดแบบแนวขวางและแนวเฉียง (Transvers and Oblique Incision) เช่น การผ่าตัดบริเวณใต้ชายโครง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ใช้ในการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบแนวเฉียงสามารถเปิดช่องท้องเห็นโครงสร้างอวัยวะภายในช่องท้องได้ชัดเจนเหมาะสำหรับการผ่าตัดแบบวางแผนไว้ล่วงหน้า

1.2.3. แบ่งตามระยะเวลาการเตรียม มี 2 ประเภท (นัทธมน วุฒานนท์, 2554) ดังนี้

1) การผ่าตัดชนิดกำหนดไว้ล่วงหน้า (Elective surgery) เป็นการผ่าตัดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า มีแผนการดำเนินการที่ชัดเจนและใช้เวลาเพื่อเตรียมการ โดยแพทย์จะกำหนดการผ่าตัดขึ้นหลังจากได้วินิจฉัยโรคแล้ว และพิจารณาว่าการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยนั้นต้องการการรักษาหรือวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยวิธีการผ่าตัด การผ่าตัดชนิดนี้แพทย์จะมีข้อมูลผู้ป่วยค่อนข้างมาก เนื่องจากมีเวลาสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยทั้งจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ จนครบถ้วนตามความต้องการก่อนจะกำหนดวันผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยเองก็มีเวลาในการวางแผนจัดการกับชีวิตประจำวัน รวมทั้งได้รับการดูแลเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อรับการผ่าตัดด้วยเช่นกัน การผ่าตัดชนิดนี้จึงมักถูกเลือกใช้เนื่องจากการมีโอกาสรวางแผนก่อนทำผ่าตัดอย่างรอบคอบ ช่วยให้มีความแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อย เช่น การผ่าตัดนิ่วในไต การผ่าตัดเนื้องอกและลำไส้ เป็นต้น

2) การผ่าตัดชนิดฉุกเฉิน (Emergency surgery) เป็นการผ่าตัดที่กำหนดขึ้นอย่างทันทีทันใดโดยมิได้มีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้า เพื่อรักษาชีวิตหรืออวัยวะของผู้ป่วยที่เกิดปัญหาสุขภาพอย่างทันทีทันใด เช่น การผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ถูกปืนยิง หรือใส่ดิ่งอักเสบ เป็นต้น การผ่าตัดชนิดนี้แพทย์มีข้อมูลน้อยกว่าที่ต้องการ และผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวเผชิญกับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาก่อน จึงมักเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมหลังผ่าตัดได้ง่ายกว่า ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้มาก

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ที่เป็นการผ่าตัดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ มีลักษณะแผลผ่าตัดเป็นแบบ inverted L-shape ซึ่งมีลักษณะแผลทั้งแบบตามแนวตั้ง (Midline) และแนวขวาง (Transverse) และเป็นการผ่าตัดชนิดกำหนดไว้ล่วงหน้า

1.3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนี้

1.3.1. ด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง คือ ความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด (Postoperative Discomfort) สาเหตุหลักของความไม่สุขสบายหลังผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมงแรก คือ อาการปวดแผลผ่าตัด ภาวะอ่อนล้า คุณภาพการนอนหลับที่ลดลง และภาวะท้องอืด

1) อาการปวดแผลผ่าตัด เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นอาการปวดแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 20-80 (Caumo et al., 2002; Sommer et al., 2008) โดยผู้ป่วยร้อยละ 30-55 มีความปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Sommer et al., 2008)

2) ภาวะอ่อนล้าหลังผ่าตัด เป็นอาการอ่อนเพลียของร่างกาย พบได้ใน 24 -48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 70 (DeCherney et al., 2002)

3) คุณภาพการนอนหลับที่ลดลง การเข้ารับการผ่าตัดเป็นภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสนอนหลับได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการนอนไม่หลับถึงร้อยละ 49 (Robleda et al., 2015)

4) ภาวะท้องอืด เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพองเนื่องจากการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ถูกดูดซึมในลำไส้ และการสัมผัสลำไส้ในขณะที่ผ่าตัดทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) โดยภาวะท้องอืดพบได้ร้อยละ 95.45 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (เนาวรัตน์ สมศรี, 2552)

1.4.2. ด้านจิตใจ การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดถึงร้อยละ 11-80 (Caumo & Ferreira, 2003) ความวิตกกังวลเหล่านี้เกิดจากความกลัวการผ่าตัด กลัวหลับไม่สนิทขณะผ่าตัด ความกลัวตาย กลัวการดมยาสลบ กลัวว่าเมื่อได้รับยาสลบแล้วจะไม่ฟื้นขึ้นมาอีก (สุพานี เสนาดิสัย, 2551)

1.4.3. ด้านสังคม ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ร้อยละ 6-44 (Lee, Kim, Park, Yoon, & Kim, 2020) ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวของผู้ป่วยได้ (Lång, Niskanen, Miettinen, Alhava, & Takala, 2001)

1.4. ภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

ในการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด ดังนี้

1.4.1. ระบบทางเดินหายใจ การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทำให้เกิดการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อและกระบังลมทำให้ปริมาตรของปอดลดลง นอกจากนี้อาการปวดแผลผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยมีการเกร็งกล้ามเนื้อ ไม่สามารถหายใจเข้าออกลึกๆ ได้ ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้ เกิดการคั่งค้างของเสมหะมากขึ้น เกิดภาวะถุงลมปอดแฟบและปอดอักเสบ (Potter & Perry, 2007; Smith, 2007)

1.4.2. ระบบไหลเวียนเลือด ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดมากกว่าร้อยละ 30 หรือประมาณ 1.5-2 ลิตร จะมีภาวะความดันโลหิตต่ำ พบได้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Porth, 2005) ในระยะต่อมาจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากการอุดตันของลิ่มเลือดที่ขา ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอดได้ (Smeltzer & Bare, 2004) การนอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดดำบริเวณขา จากการที่เกร็ดเลือดเกาะที่ผนังหลอดเลือดดำมากขึ้นทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง (Kozier, Erb, Berman, & Burke, 2000)

1.4.3. ระบบทางเดินอาหาร ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำหน้าที่ของลำไส้ ทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549) การสัมผัสศีรษะเพาะอาหารและลำไส้ในระหว่างผ่าตัด ผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับปวดประเภท Opioid ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้สูญเสียการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด พบได้ใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัด (Smeltzer, Bare, Hukle, & Cheever, 2008)

1.4.4. ระบบกล้ามเนื้อ เกิดการหดเกร็งทำให้เกิดความปวดรวมกับการทำงานที่เพิ่มขึ้นของระบบประสาท sympathetic ส่งผลให้เลือดส่วนปลายหดตัวทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนมายังกล้ามเนื้อลดลงมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น พลังงานสะสมถูกนำมาใช้ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Patton, 2006)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ดังนี้

1.5.1 การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและเข้ารักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เป็นการเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้รับทราบข้อมูลการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด การเตรียมงดอาหารและน้ำทางปาก การเตรียมลำไส้ และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง การทำกิจกรรมบนเตียง การลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1.5.2 การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นกลับสู่หอผู้ป่วย การพยาบาลในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยกิจกรรมในการพยาบาลระยะนี้มีดังนี้

- 1) การประเมินสัญญาณชีพ การหายใจ การทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การทำหน้าที่ของระบบประสาท การประเมินความปวด
- 2) การประเมินแผลผ่าตัดและปริมาณเลือดที่ซึมออกมาจากแผล นอกจากนี้ยังต้องสังเกตสีและปริมาณของเลือดในขวระบายเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด
- 3) การจัดการความปวด ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน ในระยะแรกหลังผ่าตัดระดับความปวดอยู่ในระดับที่รุนแรงจะได้รับยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากออกฤทธิ์เร็ว
- 4) การดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนในระหว่างที่งดน้ำและอาหาร และให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- 5) การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการกระตุ้นการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายกลับมาทำหน้าที่ตามปกติได้เร็วขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

2.1. ความหมายของความปวด

McCaffery (1979) ให้ความหมายของความปวดว่า เป็นสิ่งที่บุคคลบอกหรือแสดงออกว่าปวด และความปวดนั้นยังคงมีอยู่ตราบที่บุคคลนั้นบอกว่ามี (จรินทร์ พวกยะ, 2555)

Caumo et al. (2002) ให้ความหมายของความปวดว่า เป็นประสบการณ์การรับรู้และอารมณ์ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสรีรวิทยา ความรู้สึก อารมณ์ การรู้คิด สังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรม

Steeds (2009) ให้ความหมายว่าความปวด เป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลมาจากการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจต่อการบาดเจ็บ

International Association for the Study of PAIN (IASP) (2020) ให้ความหมายของความปวดว่า เป็นประสบการณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการทำลายเนื้อเยื่อหรือเสมือนว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อ

จวง เผือกคง (2550) ให้ความหมายของความปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่เนื้อเยื่อได้รับอันตราย ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและบุคคลไม่ปรารถนา โดยบุคคลที่กำลังประสบความปวดเท่านั้นที่จะรู้ถึงความปวดของตนเองและจะคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี จะแสดงออกด้วยการพูดและกิริยาท่าทาง

จรินทร์ พงกยะ (2555) ให้ความหมายว่าความปวด เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการบาดเจ็บ เกิดความรู้สึกเจ็บปวด เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายที่แสดงออกถึงพฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคลที่บอกถึงความปวดที่ยังคงมีอยู่ การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) ให้ความหมายว่า ความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ความปวดที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการผ่าตัด บางครั้งอาจเกิดร่วมกับการมีสายระบาย เช่น สายระบายจากหน้าอก และ/หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ความปวดอาจเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัด หรือการทำกิจวัตรประจำวัน

สรุปได้ว่า ความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ประสบการณ์หรือความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายที่เกิดจากการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ บางครั้งอาจเกิดร่วมกับการมีสายระบายและอาจเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวร่างกายการทำกิจวัตรประจำวัน

2.2. ชนิดของความปวด

ความปวดสามารถแบ่งได้เป็นหลายชนิดตามตำแหน่งพยาธิสรีรวิทยา ตามระยะเวลาที่เกิดและสาเหตุ (Abd-Elseyed & Deer, 2019) ดังนี้

2.2.1. แบ่งตามตำแหน่งพยาธิสรีรวิทยา แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1) Nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่กระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดที่เรียกว่า nociceptors แบ่งออกเป็น

1.1) Somatic pain มาจากการกระตุ้นของ Nociceptors ที่บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง โดยบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจนและความปวดไม่กระจายไปยังบริเวณอื่น

1.2) Deep somatic pain มาจากอวัยวะที่อยู่ลึกกว่าชั้นพื้นผิว เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ เป็นต้น ปวดบริเวณกว้าง และระยะปวดนานกว่าความปวดบริเวณผิวหนัง

1.3) Visceral pain มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของ Nociceptors ในอวัยวะภายใน เช่น อวัยวะในช่องท้อง เป็นต้น ไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน โดยความปวดนี้จะกระจายมาถึงระดับผิวหนังที่มีเส้นประสาทเดียวกันกับอวัยวะที่มีพยาธิสภาพ

2) Neuropathic pain เกิดจากการบาดเจ็บของเซลล์ประสาทในระบบประสาทส่วนปลายหรือระบบประสาทส่วนกลาง ไม่สามารถบอกตำแหน่งที่ปวดได้ชัดเจน

3) Mixed pain เป็นความปวดทั้ง Nociceptive pain และ Neuropathic pain เช่น ความปวดจากแผลไฟไหม้ที่มีการทำลายผิวหนังและปลายประสาท เป็นต้น

2.2.2. แบ่งตามระยะเวลาในการเกิดความปวด แบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1) Acute pain เป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เกิดขึ้นทันทีหลังจากได้รับการบาดเจ็บโดยปกติจะมีอาการรุนแรง

2) Chronic pain เป็นความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือยังคงอยู่ภายหลังกการรักษา อาจเริ่มต้นมาจากความปวดแบบเฉียบพลันแต่คงอยู่นานมากกว่า 3-6 เดือน (Mailis, Tepperman, & Hapidou, 2020)

3) Episodic or Recurrent pain เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆ ปวดเป็นระยะเวลายาวนาน และจะมีช่วงระยะเวลาที่ไม่มีอาการปวดหรือความปวดหายไป เช่น อาการปวดของโรค Sickle cell disease เป็นต้น

4) Breakthrough pain เป็นความปวดที่มีการกำเริบขึ้นมา เช่น ความปวดแบบเฉียบพลันของความปวดเรื้อรังหรือระดับความรุนแรงของความปวดเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไป

5) End of dose pain เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเมื่อระดับยาในกระแสเลือดลดลงจนถึงระดับที่ไม่สามารถบรรเทาความปวดได้

2.3 กลไกการเกิดความปวด

ความปวดเกิดจากกลไกหลายอย่างที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง เกิดขึ้นทั้งในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย โดยสรุปกลไกความปวดเกิดจากกระบวนการ 4 ขั้นตอน (พงศภารดี เจาชะ เกษตริน, 2547) ดังนี้

2.3.1 Transduction เป็นการแปลงสัญญาณ เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ free nerve ending จะหลั่งสารเคมีออกมา เช่น Histamine, Bradykinin, Substance P, Serotonin และ Prostaglandin เป็นต้น โดยสารเหล่านี้จะอยู่รอบๆ ตัวรับอาการปวดนำเข้าสู่ส่วนปลาย สารเคมีจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด เซลล์ประสาทมีความไวต่อการกระตุ้น เกิด Depolarization ที่บริเวณเยื่อหุ้มเซลล์ เกิดเป็น Nerve impulse ส่งไปตามใยประสาท C-fiber และ A-delta fiber ส่งต่อไปยังบริเวณ Dorsal horn ไปตามวิธีประสาทรับรู้เข้าไปในระบบประสาทส่วนกลาง

2.3.2 Transmission เป็นการส่งผ่านสัญญาณ เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บ ตัวรับอาการปวดจะนำกระแสประสาทความรู้สึกปวดจากปลายขึ้นไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยเชื่อมกับเซลล์ประสาทรับความรู้สึกตัวที่ 2 ที่บริเวณ Dorsal horn คือ SG cell ซึ่งอยู่ตามแนวยาวของไขสันหลัง จากนั้นส่งต่อกระแสประสาทไปยัง Transmission: T cell โดยมีสาร Substance P และ Glutamate ซึ่งเป็นสาร Neurotransmitter ที่หลั่งมาจากปลายประสาทรับความรู้สึกปวดเป็นตัวกระตุ้นให้มีการส่งผ่านกระแสประสาทผ่านเข้าไปทาง Spinothalamic tract ขึ้นสู่ระบบควบคุมประสาทส่วนกลางผ่านใยประสาท A-delta จะนำกระแสประสาทไปยัง posterior spinothalamic tract ใยประสาท C fibers นำกระแสประสาทไปยัง Lateral spinothalamic tract เชื่อมกับ Reticular formation ผ่านไปยังสมองส่วน Medular และ Pons ไปยัง Thalamus และ Hypothalamus เชื่อมกับ Limbic system ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน มีการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติและผ่านเข้าสู่สมองส่วน Cortex ทำให้เกิดการรับรู้อาการปวด

2.3.3 Perception เป็นการรับรู้ เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นที่ในระดับสมอง หลังจากกระแสสัญญาณอาการปวดถ่ายทอดมาจากไขสันหลัง บุคคลจะมีการตอบสนองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับอิทธิพลของความจำ การแยกแยะและการแปลความหมายของอาการปวดของแต่ละบุคคล สมองส่วน Limbic จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์สมองส่วน Reticular ทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการปวดแบบอัตโนมัติ ระบบ Somatosensory system ทำให้บุคคลรับรู้ตำแหน่งของอาการปวด และรับรู้ลักษณะที่แตกต่างของอาการปวด และสมองส่วน Cortex ทำให้บุคคลแปลความหมายของอาการปวดได้แตกต่างกัน

2.3.4 Modulation เป็นการปรับสัญญาณ เป็นกระบวนการสุดท้ายที่เกิดขึ้นเพื่อทำให้ความปวดบรรเทาลง โดยกลุ่มใยประสาท Descending neuron จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้าย Morphine ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งความปวด ได้แก่ Beta endorphin, Enkephalin และ Dynorphin โดยเฉพาะ Beta endorphin เป็นสารที่ออกฤทธิ์มากที่สุดในการควบคุมความปวดและยังนำกระแสประสาทที่ผ่านการแปลผลจากขั้นตอนการรับรู้อาการปวดจากสมองส่วน Cortex ไปกระตุ้น SG cell บริเวณไขสันหลังให้หลั่ง Endorphin และ Enkephalin ซึ่งจะมีผลไปยับยั้งการทำงานของสาร Substance P ทำให้ไม่เกิดความปวด แต่ถ้า Endorphin และ Enkephalin หลั่งออกมาไม่เพียงพอที่จะยับยั้งการทำงานของสาร Substance P ได้ไม่หมด สาร Substance P ที่เหลือจะไปกระตุ้นให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและเกิดความรู้สึกปวด

2.4 สรีรวิทยาของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

สรีรวิทยาของความปวดหลังการผ่าตัดช่องท้องอธิบายได้ (พงศภารดี เจาพะเกษตริน, 2547; สมบูรณ์ เทียนทอง, 2547; สุพร พลยานันท์, 2528) ดังนี้

การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดเปิดช่องท้องโดยมีการลงมีดตัดผ่านผนังหน้าท้องและเยื่อช่องท้องทำให้เกิดการชอกช้ำหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่รุนแรงและต่อเนื่อง ทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ได้แก่ Histamine, Bradykinin, Substance P, Serotonin และ Prostaglandin สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (Nociceptors) ที่ปลายประสาททำให้เกิดพลังงานไฟฟ้าขึ้น เมื่อพลังงานไฟฟ้ามีระดับสูงกว่าความทน (Threshold) ของเส้นประสาทก็จะทำให้เกิดขบวนการ Depolarization ในเส้นประสาททำให้สามารถนำส่งสัญญาณอาการปวดไปตามเส้นประสาทขนาดเล็ก C-fiber และ A-delta ไปถ่ายทอดที่ Dorsal horn ในไขสันหลัง สัญญาณประสาทจะมีการปรับสัญญาณที่บริเวณ SG จากนั้นจะส่งต่อสัญญาณประสาทไปยัง T cell โดยมีสาร Substance P เป็นตัวส่งสัญญาณประสาทจากไขสันหลังนำขึ้นสู่สมองไปตาม Lateral spinothalamic tract ซึ่งนำสัญญาณประสาทไปยัง Thalamus ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะได้รับกิจกรรมการพยาบาล การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกปวดมากขึ้น จากการที่เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดได้รับการกระตุ้นทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ ออกมา ส่งผลให้มีความปวดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการยึดหดตัว จะไวต่อความปวด ทำให้เกิดความปวดได้ เมื่อ Thalamus มีการรับรู้ความเจ็บปวดแล้ว จะส่งสัญญาณไปยัง Cortex ซึ่งจะบอกถึงความรุนแรง ลักษณะและตำแหน่งที่เจ็บปวด รวมทั้งการตอบสนองต่อความเจ็บปวดโดยเกิดปฏิกิริยาทางจิต เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานและเร้าให้เกิดอารมณ์ เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ และเศร้า การรับรู้ความปวดและปฏิกิริยาทางจิตที่เกิดขึ้นจะไปกระตุ้นระบบแสดงผลให้แสดงความปวดต่อผู้ หู หรือแก้ไขความปวด เช่น ให้น้ำคั้วขมวด กัดริมฝีปากและฟัน การร้องเสียงครวญคราง การนอนนิ่งๆ หยุดการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งการไม่เคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2.5 ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 20-80 (Caumo et al., 2002; Sommer et al., 2008) โดยผู้ป่วยร้อยละ 30-55 มีความปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Sommer et al., 2008) และความปวดจะลดลงใน 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Behman et al., 2019; Robleda et al., 2015; พงศภารดี เจาพะเกษตริน, 2548) โดยผู้ป่วยร้อยละ 40-55 จะมีความปวดในระดับรุนแรงเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Yimyaem et al., 2006) ดัง

การศึกษาของ จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ (2560) ที่พบว่าเวลาเคลื่อนไหวร่างกาย พลิกตะแคงตัวหรือขยับตัวลุกนั่ง ยืน เดิน ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความปวดเพิ่มขึ้น

2.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

2.6.1 อายุ การตอบสนองต่อความปวดในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน อายุที่น้อยลงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น พบว่าคะแนนความปวดหลังผ่าตัดจะลดลง 0.28 คะแนน (95% CI, 0.62-0.44) ต่ออายุที่เพิ่มขึ้น 10 ปี (Gerbershagen et al., 2014) โดยผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ความปวดน้อยกว่าวัยอื่น (Rotbøll Nielsen, Rudin, & Werner, 2007) เนื่องจากมีการสูญเสียเซลล์ประสาทบางเซลล์ จำนวนปลายประสาทรับรู้ความเจ็บปวดที่ลดลง ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2.6.2 เพศ มีอิทธิพลต่อการแสดงออกและการตอบสนองของความปวด เพศหญิงจะมีการตอบสนองทางลบต่อความปวดมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีระดับขีดกั้นของความปวด (Pain threshold) และความทนต่อความปวด (Pain tolerance) น้อยกว่าเพศชาย และการรับรู้ความปวดในเพศหญิงจะมากกว่าเพศชาย เมื่อมีความปวดเกิดขึ้นเพศหญิงจะมีความปวดในระดับที่รุนแรงมากกว่าเพศชาย (Keogh & Herdenfeldt, 2002; Tafelski et al., 2016) พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้องร้อยละ 47.4 มีความปวดมากกว่าเพศชาย (95% CI, -0.62-0.44) (Gerbershagen et al., 2014) เนื่องจากความแตกต่างของฮอร์โมนเพศ การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Rotbøll Nielsen et al., 2007)

2.6.3 ชนิดและตำแหน่งของการผ่าตัด การผ่าตัดแบบเปิด (Open surgical) จะมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ทำให้มีความปวดมากกว่าผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic) (Rotbøll Nielsen et al., 2007) ลักษณะแผลผ่าตัดตามแนวเฉียง (Oblique) หรือแนวตั้ง (Midline) จะทำให้ผู้ป่วยมีความปวดแผลผ่าตัดมากกว่าแผลผ่าตัดตามแนวขวาง (Transverse) เนื่องจากเป็นแผลที่มีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538; สุปราณี นิรุติศาสตร์, 2531) และการผ่าตัดทรวงอกและช่องท้องส่วนบน (ร้อยละ 24.9) มีผลให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดสูงที่สุด (PS 7-10 คะแนน) และลดลงในการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง (ร้อยละ 18.7) (Yimyaem et al., 2006)

2.6.4 ความปวดก่อนการผ่าตัด ความปวดที่เกิดขึ้นก่อนผ่าตัดทั้งความปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรังเป็นตัวทำนายอุบัติการณ์และความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด (Kalkman et al., 2003) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังก่อนผ่าตัดร้อยละ 40.6 จะมีความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดมาก่อนจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเท่ากับ 4.23 คะแนน (95% CI, 4.19-4.27) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดก่อนผ่าตัดเท่ากับ 10 คะแนน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเท่ากับ 5.84 คะแนน (95% CI, 5.67-6.02) (Gerbershagen

et al., 2014) เนื่องจากความปวดที่รุนแรงก่อนการผ่าตัดส่งผลให้เกิดการนำเข้ากระแสประสาทของ Nociceptor อย่างต่อเนื่องซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยมีความปวดก่อนผ่าตัดและได้รับยาาระงับปวดแบบ Opioid อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด (Rotbøll Nielsen et al., 2007)

2.6.5 ชนิดของยาาระงับปวด ชนิดของยาาระงับปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดส่งผลต่อระดับความเจ็บปวดแบบเฉียบพลันในระยะหลังผ่าตัด จากการศึกษาของ (Yimyaem et al., 2006) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในช่วง 3 วันหลังผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดวิธีต่างๆ ดังนี้ IV PCA Mean 3.42 (SD = 2.38), IV infusion Mean 3.21 (SD = 2.32), Spinal morphine Mean 2.72 (SD = 2.45), IV PCA + spinal morphine Mean 4.03 (SD = 2.69) และ Epidural morphine Mean 3.02 (SD = 2.85)

2.6.6 สภาวะทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความเครียดและความเศร้ามีอิทธิพลต่อความปวดหลังผ่าตัด พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ($r = .08, p < .05$) (Zhang et al., 2021) อธิบายได้ว่าสภาวะทางอารมณ์ดังกล่าวทำให้เกิดการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้มีการหดตัวมากขึ้นและกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้เปิดประตูระบบควบคุมที่ไขสันหลัง มีผลให้มีความรู้สึกปวดที่รุนแรงขึ้น และความปวดที่รุนแรงมากขึ้นก็จะไปรบกวนอารมณ์ให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538)

2.6.7 ประสบการณ์ความปวดในอดีต ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เชิงลบเกี่ยวกับความปวดมาก่อน มักจะเกิดความกลัวและคาดว่าจะเกิดความปวดมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม หรือผู้ป่วยบางรายคิดในทางตรงกันข้ามอาจมองว่าประสบการณ์ในอนาคตเป็นเชิงบวกมากกว่าเพราะจะไม่มีอะไรจะเลวร้ายไปกว่าที่เคยประสบมาแล้ว (พูนศรี พัฒนพงษ์, 2538)

2.6.8 การจัดการอาการปวดของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า วิธีการจัดการอาการปวดที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเลือกใช้ ร้อยละ 57 จะใช้วิธีอยู่เฉยๆ นอนพักและขยับตัวให้น้อยที่สุด (จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุตา งามขำ, 2560) ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่พยายามที่จะจัดการความปวดด้วยตนเอง จะรอให้พยาบาลมาสอบถามก่อนแล้วค่อยขอยาแก้ปวด (Manias et al., 2006 อ้างถึงใน ภักธิตา มหาแก้ว, 2560) เมื่อมีความปวดในระดับที่รุนแรงผู้ป่วยบางรายไม่กล้าบอกความปวดหรือไม่กล้าขอยาแก้ปวดเพราะกลัวว่าจะรบกวนการทำงานของพยาบาลที่กำลังยุ่ง (Taylor & Stanbury, 2009) และผู้ป่วยบางรายมีความกลัวการฉีดยา กลัวการติดยาและกลัวผลข้างเคียงของยา opioid (วนิดา สอดสี และคณะ, 2556) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังไม่วางใจว่าต้องมีการติดตามความก้าวหน้าของ

ความปวดช้า ไม่คาดหวังว่าบุคลากรที่มีสุขภาพจะสามารถบรรเทาความปวดให้ได้ จึงยอมทนทุกข์ทรมานอยู่กับความปวด (ริวา สมบัติยานุชิต และคณะ, 2559)

2.7 ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ระดับความปวดที่รุนแรงทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วย (พงศภารัติน เจริญเกษม, 2547) ดังนี้

2.7.1 ด้านร่างกาย ความปวดทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายมีความผิดปกติ ดังนี้

1) ระบบทางเดินหายใจ ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจแรง ๆ หรือ ไอได้เต็มที่ ส่งผลให้ความจุอากาศในปอดลดลง การเคลื่อนไหวของทรวงอกและท้องลดลง เนื่องจากการถูกจำกัดด้วยอาการปวด ทำให้เกิดถุงลมปอดแฟบและปอดอักเสบได้

2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ให้หลั่ง Epinephrin เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และในขณะที่หัวใจทำงานหนักมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเกิดลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึกได้

3) ระบบกล้ามเนื้อ ความปวดจะทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และเมื่อกล้ามเนื้อหดเกร็งมากขึ้นและประสาท Sympathetic ทำงานมากขึ้น จะทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว การนำออกซิเจนเข้าสู่กล้ามเนื้อลดลงขณะที่การเผาผลาญเพิ่มขึ้น พลังงานที่สะสมไว้ถูกนำมาใช้มากขึ้น ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อได้

4) ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท Sympathetic กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบบริเวณทรวงอกหดตัว ทำให้มีการหลั่งของน้ำย่อยเพิ่มขึ้น ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง ภาวะอาหาร และลำไส้ยืดขยายรวมทั้งหยุดการเคลื่อนไหว ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้มีอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ลำไส้ไม่ทำงาน

5) ระบบทางเดินปัสสาวะ ความปวดจะกระตุ้นประสาท Sympathetic ทำให้การระบายปัสสาวะไม่สะดวก มีการคั่งค้างของปัสสาวะ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

6) ระบบต่อมไร้ท่อ จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนของร่างกาย เพิ่มการหลั่ง Antidiuretic hormone และ Aldosterone ทำให้เกิดการคั่งของน้ำและ sodium มีการหลั่งของ cortisol และ epinephrine มากขึ้น ขณะที่ลดการหลั่งอินซูลินลง ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

2.7.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ความปวดหลังผ่าตัดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น กลัว วิดกกังวล ไม่มีสมาธิ จดจำข้อมูลไม่ได้ โกรธ หงุดหงิด

นอนไม่หลับ แยกตัว ซึมเศร้าและหมดหวัง สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือสูญเสียคุณค่าในตนเอง (สุพร พลยานันท์, 2528)

2.7.3 ด้านสังคมเศรษฐกิจ ผลของความปวดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Sarpy, Galbraith and Jones, 2000 อ้างถึงใน จวง เผือกคง, 2550)

2.8 การประเมินความปวด

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการจัดการความปวด โดยการประเมินความปวดสามารถกระทำหลายแนวทาง (สุพร พลยานันท์, 2528) ดังนี้

2.8.1 การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงความรู้สึกเจ็บปวดได้ดีที่สุด เป็นข้อมูลที่พยาบาลควรจะเชื่อถือได้ เพราะเป็นความรู้สึกส่วนตัว ที่ไม่มีใครบอกหรือบรรยายแทนกันได้ โดยประเมิน 1) ความรุนแรงความปวด (Intensity) โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกหรือแสดงระดับความรุนแรงความเจ็บปวดตามเครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด 2) ตำแหน่งและขอบเขตของความเจ็บปวด (Localization) ช่วยบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพได้ 3) ลักษณะของความปวด (Quality) ให้ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดอย่างไร เช่น ปวดแปล็บ ปวดตื้อ ปวดหนึบ เป็นต้น 4) เวลาที่เริ่มปวดและระยะเวลาที่ปวด (Duration and onset) เช่น ปวดตลอดเวลา ปวดเป็นพักๆ 5) ประวัติความเจ็บปวดในอดีตและวิธีบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเคยใช้

2.8.2 การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด กัดฟัน เม้มปาก การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น พลิกตัวไปมา ดิ้นไปมา หรือการนอนนิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย หรือนอนในท่าที่ผิดปกติ เช่น นอนงอตัว เป็นต้น

2.8.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สามารถสังเกตและวัดได้ในเชิงปริมาณทราบผลได้ทันที เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว

2.8.4 การประเมินจากการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย ซึ่งการใช้ยาระงับปวดจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ระดับความรุนแรง และระยะเวลาของอาการปวด โดยปริมาณความต้องการการใช้ยาระงับปวดที่เพิ่มขึ้นจะแปรผันตามระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น การขอยาระงับปวดเป็นพฤติกรรมปฏิบัติตนหลังผ่าตัดชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยปกติแล้วการใช้ยาระงับปวดจะมีมากในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากการหลังสารต่างๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความปวดจะมีมากในระยะแรกหลังผ่าตัด และในระยะต่อมาอาการปวดจะเริ่มทุเลาลง (วรลักษณ์ นิมิวัลย์, 2552)

2.8.5 การประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดควรมีการประเมินตามความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นการประเมินที่ดีที่สุด ดังนั้น การ

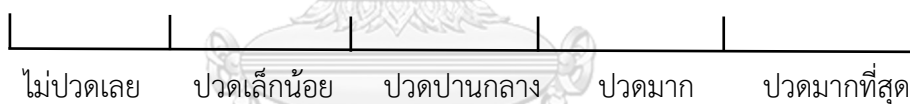
ประเมินความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมจะทำให้สามารถจัดการความปวดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือประเมินความปวด มีดังนี้

1) มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale : VAS) มาตรวัดความปวดชนิดนี้มีความยาว 10 เซนติเมตร อยู่ในแนวนอนหรือแนวตั้ง โดยเริ่มจากด้านซ้ายมือ แสดงถึง ไม่ปวดเลย ส่วนทางด้านขวามือ แสดงถึง ปวดมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนมาตรวัดตามความปวดของตนเอง เหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด



ภาพที่ 1 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา

2) มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย (Verbal Rating Scale : VRS) แบ่งความปวดเป็นระดับต่างๆ จัดเป็นลำดับ บรรยายสั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เช่น ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลขได้ ใช้ร่วมกับมาตรวัดแบบตัวเลข



ภาพที่ 2 มาตรวัดความปวดด้วยคำบรรยาย

3) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale : NRS) มีการแบ่งตัวเลขตั้งแต่ 0-10 หรือ 0-100 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หรือ 100 หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 0-10 เหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ส่วนมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 0-100 เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ปวดเลย

ปวดมากที่สุด

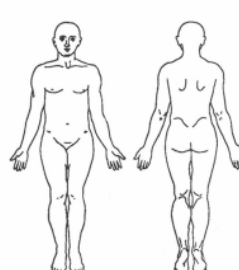
ภาพที่ 3 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข

4) McGill pain questionnaire เป็นการประเมินคุณภาพและลักษณะของความปวด โดย Dr. Ronald Melzack ได้พัฒนาแบบประเมิน McGill Pain Questionnaire ในปี 1975 เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ความปวดโดยผู้พัฒนามีแนวคิดที่ว่าแบบประเมินที่มีใช้อยู่ในขณะนั้นประเมินแค่ด้านความรุนแรงของความปวดเท่านั้น เช่น น้อย ปานกลางและรุนแรง หรือประเมินเป็นตัวเลข ซึ่งความปวดนั้นมีหลากหลายลักษณะที่แตกต่างกันตามสาเหตุของความปวด ความปวดแต่ละลักษณะมีคุณสมบัติเฉพาะตัว เช่น ลักษณะอาการปวดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจแตกต่างจากอาการปวดจากกระดูกหัก เป็นต้น จึงได้พัฒนาแบบประเมิน McGill Pain Questionnaire ซึ่งมีลักษณะความปวดให้เลือกมากถึง 78 คำ (Melzack, 1975) ในการประเมินต้องใช้เวลาประมาณ 5-15 นาทีและผู้ป่วยบางรายเกิดความสับสนในลักษณะความปวด จึงได้มีการดัดทอนเป็นแบบประเมิน Short-form McGill Pain Questionnaire เพื่อลดเวลาประเมินลงเหลือ 2-5 นาที โดยมีลักษณะของความปวด 15 คำ แต่ยังคงความเที่ยงตรงเทียบเท่าฉบับเต็ม (Melzack, 1987)

McGILL PAIN QUESTIONNAIRE
RONALD MELZACK

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING	11 TIRED EXHAUSTING	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>BRIEF</td><td>RHYTHMIC</td><td>CONTINUOUS</td></tr> <tr> <td>MOMENTARY</td><td>PERIODIC</td><td>STEADY</td></tr> <tr> <td>TRANSIENT</td><td>INTERMITTENT</td><td>CONSTANT</td></tr> </tbody> </table>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
BRIEF	RHYTHMIC		CONTINUOUS								
MOMENTARY	PERIODIC		STEADY								
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT									
2 QUIVERING	12 SICKENING SUFFOCATING										
3 PULSING THROBBING BEATING POUNDING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING										
4 JUMPING FLASHING SHOOTING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING										
5 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	15 WRETCHED BLINDING										
6 SHARP CUTTING LACERATING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE	<table border="1" style="width: 50%; margin: auto;"> <tbody> <tr> <td>E = EXTERNAL</td></tr> <tr> <td>I = INTERNAL</td></tr> </tbody> </table>	E = EXTERNAL	I = INTERNAL							
E = EXTERNAL											
I = INTERNAL											
7 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING	<p>COMMENTS:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>									
8 TUGGING PULLING WRENCHING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING										
9 HOT BURNING SCALDING SEARING	19 COOL COLD FREEZING										
10 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	20 HAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING										
11 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	PPI										
12 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING	© R. MELZACK, 1975									

ภาพที่ 4 McGill pain questionnaire

SHORT-FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE
RONALD MELZACK

PATIENT'S NAME: _____ DATE: _____

	NONE	MILD	MODERATE	SEVERE
THROBBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHOOTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
STABBING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SHARP	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
CRAMPING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
GNAWING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HOT-BURNING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
ACHING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
HEAVY	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TENDER	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SPLITTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
TIRING-EXHAUSTING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
SICKENING	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
PUNISHING-CRUEL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

NO PAIN |-----| WORST POSSIBLE PAIN

P P I

0 NO PAIN _____

1 MILD _____

2 DISCOMFORTING _____

3 DISTRESSING _____

4 HORRIBLE _____

5 EXCRUCIATING _____

© R. Melzack, 1984

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพที่ 5 Short-Form McGill pain questionnaire

5) Brief Pain Inventory เป็นการประเมินความรุนแรงและผลกระทบของความปวด โดย Dr. Charles S. Cleeland ได้ทำการศึกษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าเครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้มีหลายเครื่องมือ เช่น McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่าเครื่องมือนี้มีความซับซ้อนและยาวเกินไป ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับมากและบางรายการไม่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งจึงได้มีการพัฒนาแบบประเมิน Brief Pain Inventory เพื่อใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการประเมินเพียงช่วงเวลานั้น ๆ และสามารถเข้าใจได้ง่าย ไม่เพียงแต่ประเมินความรุนแรงของความปวดเท่านั้นแต่ยังรวมถึงประเมินการรับรู้ด้วยว่าความปวดนั้นรบกวนชีวิตประจำวันอย่างไร

(Cleeland & Ryan, 1991) ต่อมา Watt-Watson et al. (2004) ได้ดัดแปลงเป็นแบบประเมิน Modified Brief Pain Inventory เพื่อใช้ศึกษาความปวดในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด CABG เนื่องจากแบบประเมิน Brief Pain Inventory มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งจัดเป็นความปวดแบบเรื้อรัง ในด้านการรบกวนของความปวดบางกิจกรรมไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน โดยมีการดัดแปลงในส่วนของการรบกวนของความปวดได้ตัดออก 2 ข้อ คือ การทำงานและความสุขในชีวิตประจำวัน และเพิ่มการหายใจลึก ๆ และการไอเข้าไปแทน

The image shows two pages of the Brief Pain Inventory (Short Form) questionnaire. Page 1 includes patient information, a pain history question, a body diagram for shading pain, and six pain rating questions. Page 2 includes questions about treatments, relief, and interference with various activities (General Activity, Mood, Walking Ability, Normal Work, Relations with other people, Sleep, and Enjoyment of life).

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาพที่ 6 Brief Pain Inventory

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale : VAS) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย X บนมาตรวัดตามความปวดของตนเองโดยเริ่มจากด้านซ้ายมือ แสดงถึง ไม่ปวดเลย ส่วนทางด้านขวามือ แสดงถึง ปวดมากที่สุด มาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดความปวดที่ได้มาตรฐาน มีการใช้อย่างกว้างขวาง วิธีการใช้ง่าย สะดวก ใช้เวลาในการประเมินน้อย ไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วย จึงเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด

2.9 การระงับความปวดหลังผ่าตัด

การผ่าตัดตัดแบบเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ก่อให้เกิดความปวดในระดับที่รุนแรง การจัดการความปวดควรใช้ multimodal analgesia โดยใช้ยาในกลุ่ม opioid และ non-opioid ทั้งแบบฉีด หรือรับประทานตามเวลา (เมื่อผู้ป่วยพร้อม) มีรายละเอียดดังนี้

2.9.1 ยาที่ใช้ในการระงับปวดแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ยาระงับปวดแบบ Non-opioid และ Opioid (พงศภารดี เจาทะเกษตรริน, 2547; ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2562)

1) ยาระงับปวดแบบ Non-opioid ยาในกลุ่มนี้ใช้ควบคุมความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือใช้เป็นยาเสริมให้กับยากกลุ่มแรกเพื่อระงับความปวดที่รุนแรง ได้แก่

1.1) Paracetamol ออกฤทธิ์ระงับปวด โดยการยับยั้งการสร้าง prostaglandins ลดลง โดยมีผลยับยั้งการสร้าง prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลาง และออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้าง serotonin โดย P-chlorophenylanine ส่งผลให้อาการปวดลดลง (กฤติน กิตติกรชัยชาญ, 2562) ยาถูกดูดซึมได้ในทางเดินอาหาร ช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดประมาณ 1-3 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ 3-4 ชั่วโมง มีค่า half-life ประมาณ 1-4 ชั่วโมง ยาถูกแปลงสภาพที่ตับและถูกขับออกทางไต ขนาดการให้ยาในผู้ใหญ่ ไม่เกิน 10-15 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ให้ทุก 4-6 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 4 กรัมใน 24 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ paracetamol เช่น การทำงานของตับผิดปกติ

1.2) NSAIDs (Non-steroidal antiinflammatory drug) เป็นยาที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ลดอาการปวด ลดไข้ โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase และยับยั้งการสร้างเอนไซม์ COX-1 และ COX-2 ไม่ให้สร้าง Prostaglandin ทำให้ลดอาการปวดได้ แต่ผลจากการยับยั้ง Prostaglandin PEG2 และ PGI2 ทำให้เกิดผลข้างเคียง เนื่องจาก Prostaglandin ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรดในทางเดินอาหาร เมื่อ Prostaglandin ถูกยับยั้งทำให้อาจเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ และ Prostaglandin ทำให้หลอดเลือดที่ไตขยาย เมื่อ Prostaglandin ถูกยับยั้งจะทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงส่งผลให้เกิดภาวะไตวายได้ (ปราณี ทุโพราะ, 2564) ยากลุ่ม NSAIDs ที่ใช้ระงับปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ Celecoxib, Naproxen, Etoricoxib (Arcoxia), Parecoxib sodium (Dynastat), Ibuprofen เป็นต้น

2) ยาระงับปวดแบบ Opioid เป็นยาระงับปวดที่เหมาะสมสำหรับควบคุมความปวดที่รุนแรงสามารถใช้เป็นยาชนิดเดียวหรือใช้ร่วมกับยาเสริมกลุ่ม Non-opioid ทำให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยยากกลุ่ม opioid จะออกฤทธิ์จับที่ μ -opioid receptor ในระบบประสาทส่วนกลางช่วยเพิ่มระดับ pain threshold ของผู้ป่วยในขณะที่เปลี่ยนแปลงการรับรู้ในความเจ็บปวดที่เกิดและยับยั้ง ascending pain pathway ทำให้ความปวดลดลง

2.1) Weak opioid ได้แก่ Codeine และ Tramadol

- Codeine ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ประมาณ 30-45 นาทีและช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดประมาณ 1-2 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์แก้ปวด 4-6 ชั่วโมง มีค่า half-life ประมาณ 2.5-4 ชั่วโมง ขนาดที่ให้ในรูปแบบรับประทาน 30-60 mg. ให้ทุก 4 ชั่วโมง ขนาดยาสูงสุดไม่ควรเกิน 240 mg./วัน

- Tramadol ยาจะออกฤทธิ์ประมาณ 1 ชม. ออกฤทธิ์สูงสุดหลังรับประทาน 2-3 ชั่วโมง และหมดฤทธิ์ภายใน 6 ชั่วโมง ขนาดที่ให้ทั้งแบบรับประทานและฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาด 50-100 mg. ให้ทุก 4-6 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความปวด ขนาดยาสูงสุดไม่ควรเกิน 400 mg./วัน

2.2) Strong opioid ได้แก่ Morphine, Fentanyl และ Pethidine เป็นต้น

- Morphine ในรูปแบบการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที ระยะเวลาการออกฤทธิ์ 4 ชั่วโมง ขนาดยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ 2.5-5 mg. prn ทุก 3-4 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรใช้อายุเป็นตัวกำหนดขนาดยา morphine เนื่องจากความต้องการ morphine มีความแตกต่างกันมากในแต่ละช่วงอายุ (อาจสูงถึง 10 เท่า) ในผู้สูงอายุ ความต้องการขนาดยา morphine ลดลงและระยะเวลาการออกฤทธิ์นานขึ้น ส่วนในผู้ป่วยเด็กควรใช้น้ำหนักตัวเป็นตัวกำหนดขนาดของ morphine (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

- Pethidine ในรูปแบบการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 5 นาที ช่วงเวลาออกฤทธิ์สูงสุด 1 ชั่วโมง ยาจะออกฤทธิ์ประมาณ 2-4 ชั่วโมง ขนาดยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ 20-50 mg. prn ทุก 2 ชั่วโมง

- Fentanyl มีฤทธิ์แรงกว่า Morphine 100 เท่า ออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 นาทีหลังฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้น 30-60 นาที ขนาดยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ 0.001 mg. ต่อน้ำหนักตัว 1 Kg.

ในการเลือกใช้ชนิดของยาระงับปวดนั้นจะบริหารตามความรุนแรงของความปวด (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ดังนี้

ระดับความปวดน้อย (1-3 คะแนน) จะได้รับยา Paracetamol ± NSAIDs

ระดับความปวดปานกลาง (4-6 คะแนน) จะได้รับยา Weak opioid ± Paracetamol ± NSAIDs

ระดับความปวดมาก (7-10 คะแนน) จะได้รับยา Strong opioid ± Paracetamol ± NSAIDs (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

2.9.2 เทคนิคการบริหารยาที่ใช้ในการระงับปวด มีรายละเอียด ดังนี้

1) การบริหารยา opioid ทางหลอดเลือดดำ โดยวิธี PCA (Patient-Controlled Analgesia) เป็นการให้ยาระงับปวดโดยผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมการให้ยาระงับปวดด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยเริ่มเดินหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วไม่มีอาการปวดมาก แพทย์จะถอย PCA โดยเหลือแต่ให้ผู้ป่วยกดเองเป็นครั้งคราว จนไม่กดปุ่มเลยภายใน 12 ชั่วโมงก่อนหน้านั้น ก็จะสามารถเอาเครื่องออกได้

2) การบริหารยา opioid ยาทางช่องเหนือไขสันหลัง (Epidural block) โดยวิธี PCEA (Patient-Controlled Epidural Analgesia) เป็นการใส่สายสวนเข้าช่องเหนือไขสันหลังเพื่อใช้สำหรับให้ยาระงับปวดโดยผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมการให้ยา

3) การบริหารยา opioid ทางหลอดเลือดดำแบบตามเวลา (IV around the clock)

4) การบริหารยา opioid ทางหลอดเลือดดำแบบครั้งคราวตามความต้องการของผู้ป่วย

5) การบริหารยา Paracetamol ร่วมกับยา NSAIDs ชนิดรับประทาน (เมื่อผู้ป่วยพร้อม) ร่วมกับยา Opioid

6) การฉีดยาชาโดยการทำให้ transversus abdominis plane (TAP) block โดยใส่สายให้ยาชาบริเวณแผลผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

แบบที่ 1 หมายถึง ได้ PCA Fentanyl และหรือ Morphine 3-4 mg. ทางหลอดเลือดดำตามความต้องการทุก 4-6 ชั่วโมง และหรือ Tramadol 50 mg. ทางหลอดเลือดดำตามความต้องการทุก 6-8 ชั่วโมง

แบบที่ 2 หมายถึง ได้ Morphine 3 mg. ทางหลอดเลือดดำตามความต้องการทุก 4 ชั่วโมง และหรือ Tramadol 50 mg. ทางหลอดเลือดดำตามความต้องการทุก 6-8 ชั่วโมง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการอาการของ Larson และคณะ (1994) โดย Dodd และคณะ ได้พัฒนาแนวคิดนี้จากงานวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีแนวคิดว่า ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรง ซึ่งอาการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในสังคม การรักษาโรคส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในการรักษาสาเหตุซึ่งไม่สามารถควบคุมอาการได้ ส่งผลให้อาการมีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงควรจัดการกับสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน

Dodd และคณะ อธิบายว่า อาการ (Symptom) เป็นประสพการณ์เฉพาะบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความรู้สึก หรือการรับรู้ของบุคคล ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการสอนถึง

ความสำคัญของอาการ เข้าใจอาการของตนเองและจัดการกับอาการได้ ทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญ การจัดการอาการของ Dodd และคณะเน้นแนวคิดหลัก ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ โดยเน้นปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสุขภาพ รวมเข้าไปด้วย และกล่าวถึงความร่วมมือ (Adherence) ที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างกลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของอาการ

3.1 ข้อตกลงเบื้องต้นของศาสตร์ทางการแพทย์ของแบบจำลองการจัดการอาการ

- 1) บุคคลสามารถรับรู้ประสบการณ์การมีอาการแตกต่างกันในแต่ละบุคคล
- 2) บุคคลอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ เช่น ลักษณะการทำงาน
- 3) บุคคลที่ไม่สามารถสื่อสารได้จะแปลความหมายผ่านทางครอบครัว เช่น เด็กทารก
- 4) กลยุทธ์การจัดการกับอาการมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม
- 5) การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอด ตามความต้องการของผู้ป่วย ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและความเจ็บป่วย

3.2 มโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์

มโนทัศน์ของแนวคิดการจัดการอาการประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล ดังนี้

- 1) บุคคล (Person) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และสรีรวิทยา ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการและวุฒิภาวะ
- 2) สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ ความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการจัดการอาการ
- 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพรวมถึงที่บ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมรวมถึงเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และทางวัฒนธรรมเป็นความเชื่อแต่ละกลุ่มชนหรือเชื้อชาติต่าง ๆ อาจมีวิธีการจัดการกับอาการแตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการให้มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้
- 4) การพยาบาล (Nursing) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดและควบคุมอาการไม่ให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยใช้กระบวนการพยาบาล

3.3 องค์ประกอบของแบบจำลองการจัดการอาการ

แบบจำลองการจัดการอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) กลวิธีในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) ดังนี้

- 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินอาการโดยพิจารณาความรุนแรง สาเหตุ

การรักษาและผลกระทบของอาการ บุคคลจะมีการตอบสนองต่ออาการในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม การทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1. การรับรู้การมีอาการ (perception of symptoms) เกิดจากกระบวนการทำงานของประสาทสัมผัสของบุคคล ทำให้เกิดการรับรู้ และการรับรู้อาการมีความซับซ้อนมากขึ้นเมื่อมีบุคคลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น หากมีการรับรู้อาการที่สอดคล้องกันจะทำให้การจัดการอาการเป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่หากการรับรู้ไม่สอดคล้องกันจะทำให้การจัดการอาการไม่มีประสิทธิภาพ บางครั้งวัฒนธรรมและระยะพัฒนาการสามารถส่งผลกระทบต่อการรับรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

1.2. การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) เป็นการประเมินอาการที่ตนเองเผชิญอยู่ เช่น ความรุนแรง ตำแหน่งที่เกิดอาการ ความบ่อยของอาการ และผลกระทบ รวมทั้งประเมินภาวะคุกคามที่เกิดจากอาการว่ามีอันตรายหรือไม่

1.3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นการตอบสนองต่อการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

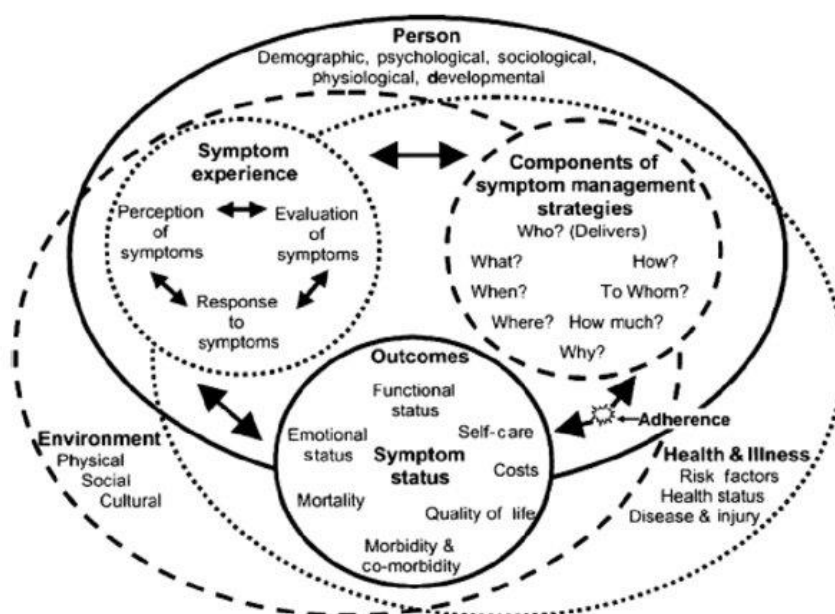
ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไป จึงควรมีการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยควรมีโอกาสในการบอกเล่าประสบการณ์อาการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จะทำให้การจัดการอาการมีประสิทธิภาพ

2) กลวิธีในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลกระทบที่เกิดจากอาการ การจัดการอาการเริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลวิธีจัดการ โดยการจัดการอาการเป็นกระบวนการพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงกลวิธีตลอดเวลาเพื่อตอบสนองต่ออาการ โดยมีรูปแบบคำถาม ประกอบด้วย จัดการอาการด้วยวิธีอะไร (what) เมื่อไร (when) ที่ไหน (where) ทำไมต้องจัดการอาการ (why) ปริมาณเท่าไร (how much) จัดการอาการให้ใคร (to whom) จัดการอาการอย่างไร (how) ใครเป็นคนจัดการ (who) กลวิธีจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ โดยพยาบาลมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

กลวิธีจัดการอาการในทางปฏิบัติยังมีการให้ข้อมูลความรู้ค่อนข้างน้อยมาก ดังนั้น กลวิธีจัดการอาการควรเน้นเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องทักษะการดูแลตนเองและให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วย

3) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีในการจัดการอาการ เพื่อประเมินว่ากลวิธีในการจัดการอาการนั้นได้ผลหรือไม่ โดยผลลัพธ์ประกอบด้วย ค่าใช้จ่าย ภาวะอารมณ์ การดูแลตนเอง การทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดโรคและโรคร่วม อัตราการตาย และสภาวะอาการ ซึ่งผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกัน โดยสภาวะอาการเป็นศูนย์กลางส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น ส่วนคุณภาพชีวิตจะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีอาการเป็นเวลานาน

นอกจากนี้แนวคิดของ Dodd et al. (2001) เสนอเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีในการจัดการอาการและผลลัพธ์จากอาการ โดยการเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ



ภาพที่ 7 แสดงองค์ประกอบของแบบจำลองการจัดการอาการ Dodd et al. (2001)

สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดที่ไม่ถูกต้องเพียงพอ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล หรือมีการจัดการอาการปวดที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องหรือเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จะเกิดการจัดการอาการที่เหมาะสม โดยพยาบาลเป็นผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการอาการที่ถูกต้องเพื่อจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด

4. แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง

4.1 ความหมายของการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง

Fagevik Olsén, Josefson, and Wiklund (2009) อธิบายว่า ผ้ารัดหน้าท้องเป็นผ้าที่ใช้พันรอบช่องท้องในระหว่างกระบวนการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างการลุกเดินและการฝึกการหายใจเพื่อช่วยพยุงผนังหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าท้องจากการยืดขยายและลดความเจ็บปวด

Cheifetz et al. (2010) ให้ความหมายว่า ผ้ารัดหน้าท้องเป็นผ้าที่พันรอบช่องท้องและพยุงแผลผ่าตัด

Rothman, Gunnarsson, and Bisgaard (2014) ให้ความหมายว่า ผ้ารัดหน้าท้องเป็นผ้าขนาดกว้างที่พันรอบช่องท้องและช่วยพยุงแผลผ่าตัด

Saeed et al. (2019) อธิบายว่า ผ้ารัดหน้าท้องเป็นผ้าที่พันรอบช่องท้องซึ่งมักจะใช้เสริมในกระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง เช่น การผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง หรือการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Ossola et al. (2020) ผ้ารัดหน้าท้องเป็นผ้าขนาดกว้างที่ใช้พันรอบท้องเพื่อสร้างแรงกดที่คงที่และพยุงแผลผ่าตัด

สรุปได้ว่า ผ้ารัดหน้าท้อง หมายถึง ผ้าขนาดกว้างที่ใช้พันรอบช่องท้องบริเวณแผลผ่าตัดเพื่อพยุงผนังหน้าท้องและกล้ามเนื้อหน้าท้อง

4.2 การใช้ผ้ารัดหน้าท้อง

การใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัดเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการผ่าตัดที่มักจะใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง การผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด การผ่าตัดกระดูกสันหลัง เป็นต้น หรือใช้ผ้ารัดหน้าท้องในกรณีที่เกิดการบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง การใช้ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัดเป็นวิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Jiang et al., 2021) ช่วยในการประคองบริเวณแผลผ่าตัด ลดความปวดในระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (Ossola et al., 2020)

ตำแหน่งการพันผ้ารัดหน้าท้องจะให้ขอบบนของผ้ารัดหน้าท้องอยู่ในระดับต่ำกว่าขอบของซี่โครง โดยให้กระชับบริเวณแผลผ่าตัด ไม่รัดแน่นจนเกินไป ยึดความสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการพันผ้ารัดหน้าท้องควรพันผ้ารัดหน้าท้องให้มีเส้นรอบวงเล็กกว่าเส้นรอบวงท้องหลังผ่าตัดประมาณ 10-20% โดยวัดที่ระดับสะดือ (Cheifetz et al., 2010) ในการพันผ้ารัดหน้าท้องไม่ควรพันผ้ารัดหน้าท้องแน่นจนเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย หายใจไม่สะดวก ไม่ควรพันทับบริเวณที่เป็นสายระบายเพราะจะทำให้สายระบายหัก พับ งอ

การเฝ้าระวังในระหว่างการพันผ้ารัดหน้าท้อง ได้แก่ การสังเกตบริเวณที่พันผ้ารัดหน้าท้อง หากมีเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งซึมออกมาบริเวณแผลผ่าตัด ควรถอดผ้ารัดหน้าท้องออก และมีการเปลี่ยนผ้ารัดหน้าท้องทุกวันหรือเมื่อเปื้อนสิ่งคัดหลั่งเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

4.3 ชนิดของผ้ารัดหน้าท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผ้ารัดหน้าท้องที่ใช้หลังผ่าตัดในปัจจุบันมีทั้งแบบผ้าและแบบยางยืด และยังมีการพัฒนาผ้ารัดหน้าท้องแบบอื่นๆ ดังนี้

4.3.1 ผ้าพันหน้าท้องแบบ 12 สายผูกด้วยเชือก เป็นผ้าที่ใช้ในโรงพยาบาล โดยใช้ผ้าฝ้ายตัดเย็บเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้าเพื่อใช้รองรับบริเวณหลัง ด้านข้าง 2 ด้านตัดเย็บด้วยผ้าลักษณะเป็นสาย ด้านละ 6 สาย มีเชือกตัดเย็บด้วยผ้าติดที่มุมด้านบน 2 ด้านใช้ผูก วิธีการพันจะใช้ผ้าแต่ละด้านทับเกยกัน โดยเว้นบริเวณที่เป็นสายระบายเพื่อป้องกันการกดทับสายระบาย แล้วใช้เชือกผูกด้านบน

4.3.2 ผ้ารัดหน้าท้องแบบยางยืด เป็นผ้าที่ทำจาก Elastic ที่สามารถยืดหยุ่นได้ ช่วยให้การระชับมากยิ่งขึ้น ลักษณะเป็นผ้าชิ้นเดียวแลบยาวที่ยึดด้วยตีนตุ๊กแก หรือตะขอ สามารถตัดผ้าเป็นรูเพื่อใส่สายระบาย

4.3.3 ผ้ารัดหน้าท้องโดยใช้ Elastic bandage (ราตรี ฉายากุล, วรรณดี เสือมาก และ วีรวรรณ เกิดทอง, 2564) เป็นผ้าขนาดที่มีความกว้างประมาณ 6 นิ้ว ความยาวของผ้าประมาณ 38-46 นิ้ว ตัดให้ความยาวแตกต่างกัน นำมาเย็บประกบกัน 2 ชั้น ด้านที่เหลือติดตีนตุ๊กแกที่ผ้ายึดทั้ง 2 ข้าง

4.3.4 ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นของ ศศินาภรณ์ โลहितไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์ (2562) ได้นำแนวคิดการใช้ผ้ารัดกระชับและการประคบเย็นมาประดิษฐ์ให้อยู่ในผืนเดียวกันออกแบบผ้าเป็น 5 ส่วนโดยใช้ผ้าโสร่งบุด้วยฟองน้ำ ด้านหน้ามีช่องบุด้วยฝ้ายสามารถดูดซับได้ ใช้ใส่แผ่นเจลเย็น ปลายผ้าติดเวลโครเทปหรือตีนตุ๊กแก

4.4 ผลทางสรีรวิทยาของการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง

4.4.1 ผลต่อระบบประสาท เมื่อผ้ารัดหน้าท้องสัมผัสกับผิวหนังจะเกิดการนำเข้าของสัญญาณประสาท และสัญญาณประสาทสัมผัสนี้จะไปแทนที่วิถีประสาทที่ส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมองในระดับหนึ่งทำให้ความปวดลดลง (Cheifetz et al., 2010; Gustafson, Dong, Duong, & Kuhlmann, 2018) การพันผ้ารัดหน้าท้องทำให้เกิดแรงกดเป็นบริเวณกว้างส่งผลให้มีการรับรู้แรงกดมากกว่าอาการปวดจึงทำให้การรับรู้อาการปวดลดลง (Szender et al., 2014) ผลจากแรงกดของผ้ารัดหน้าท้องหรือการทิ้งน้ำหนักโดยตรงบริเวณที่เจ็บปวดจะช่วยให้มีการหลั่ง beta-endorphin ออกมาที่ cerebrospinal fluid และกระแสเลือด ออกฤทธิ์ในระดับเซลล์กับสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทำให้ลดความเจ็บปวดได้ (Fields et al., 2006 อ้างถึงใน ศศินาภรณ์ โลहितไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) และการพันผ้ารัดหน้าท้องให้กระชับบริเวณแผล ไม่รัดแน่นจนเกินไป จะช่วยลดการ

ขยับของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทขนาดเล็ก C-fiber และ A-delta ที่ส่งกระแสประสาทความปวดไปยังไขสันหลัง จึงช่วยลดความปวดได้ (Melzack & Wall, 1965 อ้างถึงใน เกศริน อินธิยศ และคณะ, 2564)

4.4.2 การพันผ้ารัดหน้าท้องบริเวณแผลผ่าตัดจะทำให้เกิดแรงกดที่คงที่และช่วยในการพยุงผนังหน้าท้องและแผลผ่าตัดให้กระชับ ช่วยลดแรงดันในช่องท้องขณะออกแรง ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Cheifetz et al., 2010; Ossola et al., 2020)

4.4.3 ผ้ารัดหน้าท้องจะช่วยลดแรงเฉือน (Shear force) ที่แผลผ่าตัดระหว่างการลุกนั่ง ลุกยืนและการเดิน (Szender et al., 2014) โดยแรงเฉือนคือแรงต่อหน่วยพื้นที่ที่กระทำในแนวขนานกับพื้นที่ผิว จะเกิดขึ้นในขณะที่ยืนหรือเดินแม้มีแรงดันในช่องท้องจากการเคลื่อนไหวร่างกายไปกระทำกับแผลผ่าตัด ซึ่งแรงดันในช่องท้องอาจทำให้เกิดแผลแยกได้ ผ้ารัดหน้าท้องจะช่วยเพิ่มความสามารถในการรับแรงเฉือนป้องกันการเกิดแผลแยกได้

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์และดัดแปลงมาจากผ้ารัดหน้าท้องแบบ 12 สายผูกด้วยเชือก โดยใช้วัสดุคือ ผ้าโทเร นำมาตัดเย็บแล้วบุด้วยฟองน้ำเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและช่วยพยุงหลัง แล้วใช้เวลโครเทปหรือตีนตุ๊กแกสำหรับยึดผ้ารัดหน้าท้อง ส่วนที่เป็นถุงมีซิปลงสำหรับใส่แผ่นเจลเย็น ด้านนอกถุงจะเป็นผ้าโทเร ด้านในถุงจะบุด้วยผ้าฝ้าย เพื่อป้องกันไม่ให้อุณหภูมิจากการคลายตัวของแผ่นเจลเย็นไหลซึมไปยังบริเวณแผลผ่าตัด ซึ่งอาจจะทำให้แผลผ่าตัดอักเสบและติดเชื้อได้

5. แนวคิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยความเย็น

5.1 ความหมายของการรักษาด้วยความเย็น

Prentice (2002) ได้ให้ความหมายว่า Cryotherapy หรือ การรักษาด้วยความเย็น หมายถึง การใช้ความเย็นในการรักษาการบาดเจ็บเฉียบพลันหรือรักษาพยาธิสภาพของโรค

Chesterton, Foster, and Ross (2002) ให้ความหมายว่า Cryotherapy หมายถึง การลดอุณหภูมิของเนื้อเยื่อโดยการดึงความร้อนออกจากร่างกายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการรักษา

Nadler, Weingand, and Kruse (2004) ให้ความหมายว่า Cryotherapy หรือ การรักษาด้วยความเย็น หมายถึง การใช้ความเย็นในการรักษาการบาดเจ็บในระยะเฉียบพลันของเนื้อเยื่อ โดยลดการอักเสบ ลดการบวมและลดความเจ็บปวด

Adie, Kwan, Naylor, Harris, and Mittal (2012) ได้ให้ความหมายว่า Cryotherapy หรือ การรักษาด้วยความเย็น หมายถึง การใช้ความเย็นในการรักษาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หลังได้รับการบาดเจ็บ โดยใช้อุปกรณ์ที่มีอุณหภูมิต่ำ

สรุปได้ว่า การรักษาด้วยความเย็น หมายถึง การใช้ความเย็นในการรักษาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออย่างเฉียบพลัน เพื่อลดความปวด

5.2 การรักษาด้วยความเย็น

มนุษย์รู้จักการนำความเย็นมาใช้ในการบำบัดร่างกายมาตั้งแต่สมัยอดีต เช่น การอาบน้ำเย็นตามแม่น้ำลำธารเพื่อช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการปวดเมื่อยที่เกิดจากการตรากตรำทำงานมาทั้งวัน หรือช่วยรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อที่เกิดจากการใช้งานมากเกินไป เป็นต้น (กันยา ปาละวิวัฒน์, 2557) ในหนังสือ Edwin Smith Papyrus ซึ่งเป็นตำราทางการแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดได้มีการบันทึกไว้ว่ามีการใช้ความเย็นในการรักษามาตั้งแต่ 3,500 ปีก่อนคริสตกาล (Wang, Olivero, Wang, & Lanzino, 2006) นอกจากนี้ยังมีการบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ว่า ฮิปโปเครติสเป็นผู้แนะนำให้ใช้ความเย็นในการรักษาอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นใหม่ (recent trauma) (กันยา ปาละวิวัฒน์, 2557)

สำหรับอุณหภูมิที่ใช้ในการประคบด้วยความเย็นควรอยู่ระหว่าง 10-20 องศาเซลเซียส ระยะเวลาในการประคบควรอยู่ระหว่าง 20-30 นาที เนื่องจากความเย็นที่สัมผัสบนผิวหนัง หากมีความเย็นมากเกินไปจะทำลายเนื้อเยื่อ (Chumkam et al., 2019; Watkins et al., 2014; เกศริน อินธิศ และคณะ, 2564) จากการศึกษาของ วัลยาณี เนื่องโพธิ์ และคณะ (2561) พบว่า การประคบด้วยความเย็นเป็นเวลา 20 นาทีก็เพียงพอต่อการบรรเทาความปวดได้นานเป็นระยะเวลา 6 ชั่วโมง

5.3 เทคนิคการรักษาด้วยความเย็น

การรักษาด้วยความเย็นโดยการประคบด้วยความเย็นมีหลายวิธี ดังนี้

5.3.1 การประคบด้วยแผ่นประคบความเย็น (Cold pack) แผ่นประคบความเย็นจะเป็นแผ่นบรรจุ Silica gel หรือ Sand slurry mixture แผ่นประคบเย็นนี้ควรเก็บรักษาไว้ในตู้แช่แข็งที่อุณหภูมิประมาณ 5 องศาเซลเซียส ประมาณ 2 ชั่วโมง ก่อนนำออกมาใช้ แผ่นประคบความเย็นที่ใช้อยู่ทั่วไปจะรักษาความเย็นได้นานประมาณ 15 - 20 นาที หากต้องการประคบนานกว่านั้นต้องเปลี่ยนแผ่นใหม่

5.3.2 การประคบด้วยถุงน้ำแข็ง (Ice pack) ถุงน้ำแข็งจะใช้พลาสติกห่อน้ำแข็งให้หนาประมาณ 1 นิ้ว ขนาดใหญ่พอที่จะครอบคลุมพอดีกับบริเวณที่ต้องการรักษา ก่อนประคบควรห่อถุงน้ำแข็งด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำหมาดๆ

5.4 ผลทางสรีรวิทยาของการรักษาด้วยความเย็น

การใช้ความเย็นในการรักษานั้นสามารถลดความปวดและเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ เนื่องจากความเย็นมีผลทางสรีรวิทยา ดังนี้

5.4.1 ผลต่อระบบประสาท เมื่อผิวหนังสัมผัสกับความเย็นจะทำให้ลดความเร็วในการนำกระแสประสาท โดยความเร็วของกระแสประสาทจะลดลงเมื่ออุณหภูมิลดลงต่ำกว่า 18 องศาเซลเซียส และเมื่ออุณหภูมิลดลงเหลือ 10 องศาเซลเซียส ความเร็วในการนำกระแสประสาทจะลดลง

32.8% (Chailier, 2009) ความเร็วในการนำกระแสประสาทที่ลดลงของเส้นประสาท A-delta และ C-fiber ทำให้เกิดการยับยั้งกระแสประสาทได้ ส่งผลให้เกิดการเพิ่มระดับขีดกันของความรู้สึกเจ็บปวด (elevate pain threshold) ทำให้ความเจ็บปวดลดลง สามารถกระตุ้นกำนสมองให้เกิดการหลั่งสาร Endorphins สู่ระดับความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง สามารถลดความเจ็บปวดได้ (Ernst & Fialka, 1994) นอกจากนี้เมื่อเนื้อเยื่อได้รับความเย็นยังสามารถกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้เกิดการหลั่งสาร Enkephalin และ Endorphin จึงทำให้ลดความปวดได้ (กันยา ปาละวิวัธน์, 2557; วิจิตรภรณ์ ทวีศรี, ญาณี วงศ์ษา และภาคภูมิ เรื่องสมบูรณ, 2020)

5.4.2 ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต เมื่อผิวหนังสัมผัสกับความเย็นร่างกายจะพยายามรักษาอุณหภูมิภายในโดยการหดตัวของหลอดเลือดที่ผิวหนังชั้นตื้น (Constricting superficial cutaneous vessels) ทำให้ความสามารถในการซึมผ่านของเส้นเลือดฝอยลดลง (decrease capillary permeability) เมื่อมีการหดตัวของหลอดเลือด (Vasoconstriction) ทำให้ปริมาณการไหลเวียนเลือดบริเวณนั้น ๆ ลดลง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดได้ (Chailier, 2009; ศิริวรรณ บุญจิตติกุล และยุพาวรรณ จิตตาวิวัฒน์, 2545)

5.4.3 ผลต่อกล้ามเนื้อ ความเย็นทำให้การเผาผลาญพลังงานของเซลล์ (metabolism) ลดลง เมื่ออัตราการเผาผลาญพลังงานของเซลล์ลดลง จะส่งผลให้กล้ามเนื้อทำงานได้นานขึ้น (เนื่องจากมีพลังงานสำรองใช้ได้ยาวนานขึ้น) และมีอาการเมื่อยล้าช้ากว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าความเย็นสามารถลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อลงได้ โดยมีผลลดการนำสัญญาณประสาทของเซลล์ประสาทแกมมา (γ motor neurons) (กันยา ปาละวิวัธน์, 2557)

5.5 ผลกระทบจากการประคบเย็น

การประคบด้วยความเย็นเป็นการใช้ความเย็นเฉพาะที่ ซึ่งทำให้เนื้อเยื่ออาจถูกทำลายจากความเย็น ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อผิวหนังมีอุณหภูมิต่ำกว่าจุดเยือกแข็ง 0 องศาเซลเซียส โดยผิวหนังสัมผัสกับความเย็นต่ำกว่าจุดเยือกแข็งนานกว่า 30 นาที เป็นผลทำให้เกิดอาการเส้นเลือดหดตัว เลือดมีความหนืด การไหลเวียนเลือดช้าลง ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ลดลง การที่เส้นเลือดหดตัวเป็นระยะเวลาสั้นทำให้เกิดอันตรายต่อหลอดเลือดฝอยของผิวหนัง กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ และเส้นประสาท โดยในระยะแรกผิวหนังบริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า จะมีสีซีด ชา เรียกว่า Frostnip หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นมากขึ้นเรียกว่า Frostbite มีอาการและอาการแสดงโดยเนื้อเยื่อที่ถูกความเย็นจนแข็งตัวจะทำให้ผิวหนังมีสีขาว จนกระทั่งน้ำแข็งในเนื้อเยื่อละลาย จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเริ่มตั้งแต่ ๕ ชั่วโมง ผิวหนังเขียวเป็นจ้ำ ๆ บวม แดง และปวดแสบปวดร้อน บางรายอาจมีอาการขาดเลือดอย่างรุนแรง ทำให้เนื้อเยื่อตาย (Dry gangrene) (Paul, Narasimhan, Kahlen, & Das, 2014)

การเฝ้าระวังในระหว่างการรักษาให้ความเย็นเฉพาะที่ คือการสังเกตการไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย โดยดูจากการไหลเวียนเลือดที่เล็บ (nail bed) การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อพบว่าผิวหนังเริ่มมีอาการของ frostbite คือ การนำอุปกรณ์ให้ความเย็นออก แล้วแช่น้ำอุ่นบริเวณที่ได้รับ ความเย็น หรือประคบด้วยความอุ่นที่อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส (ศิริวรรณ บุญจิตติกุล และยุพาวรรณ จิตตาทิวัฒน์, 2545)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แผ่นประคบเย็น เป็นแผ่นบรรจุ Silica gel โดยอุณหภูมิที่ใช้ประคบอยู่ระหว่าง 10-20 องศาเซลเซียส ระยะเวลาในการประคบ 20-30 นาที

6. บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยสามารถปฏิบัติได้ทั้งบทบาทอิสระและตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เพราะหากจัดการความปวดได้ไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย

6.1 การประเมินความปวด ในการประเมินความปวดต้องมีการประเมินร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยมีการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวดและวิธีการประเมินเครื่องมือประเมินความปวดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ แบบประเมินมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) เนื่องจากมีความสะดวกต่อการใช้งาน โดยช่วงเวลาที่ประเมินควรประเมินก่อนและหลังให้ยาระงับปวด ประเมินก่อนและหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบรรเทาปวด

6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล เมื่อพยาบาลประเมินระดับความปวดแล้วจึงนำมาวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกำหนดจากคะแนนความปวด 0-10 คะแนน ใช้เกณฑ์จากสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย (2552) ดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่ปวด
1-3 คะแนน	หมายถึง	ปวดเล็กน้อย
4-6 คะแนน	หมายถึง	ปวดปานกลาง
7-10 คะแนน	หมายถึง	ปวดมาก

แต่ในการประเมินความปวดนั้นต้องมีการสอบถามทั้งลักษณะของอาการปวด ระยะเวลาของความปวด รวมทั้งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้นหรือทำแล้วความปวดลดลง เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

6.3 การวางแผนทางการพยาบาล เป็นการกำหนดกิจกรรมในการจัดการความปวดให้มีความเหมาะสมกับระดับความรุนแรงและลักษณะของความปวด ซึ่งพยาบาลจะต้องวางแผนว่าจะใช้กิจกรรมใดในการจัดการความปวด โดยการจัดการความปวดมีทั้งการจัดการความปวดด้วยยาและการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

6.4 การปฏิบัติกิจกรรมการจัดการความปวด เป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติเพื่อจัดการความปวด โดยขั้นตอนในการทำกิจกรรมการพยาบาลต้องใช้วิธีหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวด ยาระงับปวด การจัดการความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และให้ความร่วมมือ การดูแลให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังที่เหมาะสมภายหลังได้รับยา กลุ่ม Opioid โดยการประเมินอัตราการหายใจและระดับความง่วงซึม (Sedation score) รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาระงับปวดกลุ่ม Opioid ได้แก่ กดการหายใจและความรู้สึกตัว คลื่นไส้ อาเจียน คัน ลำไส้ทำงานช้าและท้องผูก เป็นต้น (Benyamin et al., 2008) การให้คำแนะนำในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่า การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การฟังดนตรีบรรเลง การสูดดมน้ำมันหอมระเหย การประคบด้วยความเย็น เป็นต้น จะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้

6.5 การประเมินผลการพยาบาล เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์ภายหลังจากให้กิจกรรมการพยาบาลและยังเป็นข้อมูลในการติดตามดูแลและวางแผนจัดการความปวดที่เหมาะสมต่อไป

7. โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ฝ้ายัดหน้าท้องประคบเย็น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดการใช้ฝ้ายัดหน้าท้องประคบเย็น เพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์ โดยผู้วิจัยประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด โดยเริ่มจากศึกษาประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและความเชื่อถือ จากนั้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ตามการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและความปวด ให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ผลของอาการ การตอบสนองต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ประเมินความต้องการของข้อมูลที่ยังไม่ทราบ และประเมินความต้องการกลวิธีจัดการอาการเพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการให้การให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และเกิดความมั่นใจในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการ

2.1 การให้ความรู้ ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้ความรู้จะเป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย โดยให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เนื้อหาประกอบด้วยพยาธิสรีรภาพของอาการปวด สาเหตุความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด วิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ประโยชน์ของการประคบเย็น โดยใช้สื่อประกอบการสอนวีดิทัศน์ และมอบคู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 การพัฒนาทักษะ ก่อนผ่าตัด 1 วัน เป็นการสาธิตการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนสาธิต และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีการพูดคุยให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการพัฒนาทักษะจะทำไปพร้อมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.3 การลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยกำหนดแนวทางในการจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ได้แก่

1) ผู้ป่วยร่วมมือกับพยาบาลในการประเมินและรายงานความปวดของตนเอง โดยประเมินความปวดและความต้องการการจัดการความปวด

2) การดูแลให้ยาระงับปวดเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกปวดโดยไม่ต้องรอให้มีความปวดรุนแรง

3) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดท่านอนที่สุขสบาย การเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดการดึงของกล้ามเนื้อหน้าท้องที่จะกระตุ้นให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น

4) หลังผ่าตัดวันที่ 1-5 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง คือ เวลา 10.00 น. และ 16.00 น. ประเมินความปวดและสัญญาณชีพ หากมีอาการคงที่ สอบถามปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าอาการภายหลังผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ หากมีอาการคงที่ ผู้วิจัยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นให้ผู้ป่วยตำแหน่งในการพันผ้ารัดหน้าท้องให้ขอบบนของผ้าอยู่ต่ำกว่าชายโครง โดยให้กระชับบริเวณแผลผ่าตัด ไม่รัดแน่นจนเกินไป หลังจากพันผ้าให้ทดสอบโดยการสอดนิ้วเข้าไปในผ้า 2 นิ้ว หากสามารถสอดนิ้วเข้าไปได้แสดงว่าผ้าที่พันไม่แน่น หรือรัดจนเกินไป และไม่พันทับบริเวณที่มีสายระบาย สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการพันผ้ารัดหน้าท้อง และใส่ cold pack ประคบบริเวณแผลผ่าตัด โดย cold pack แช่เย็นควบคุมให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 10-20 องศาเซลเซียส (Chumkam et al., 2019; Watkins et al., 2014; เกศริน อินธิยศ และคณะ, 2564) โดยขณะประคบเย็นผู้วิจัยถามความรู้สึกผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการประคบเย็น รู้สึกว่าความปวดลดลงหรือไม่ จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เมื่อเสร็จกิจกรรมให้ถอดผ้ารัดหน้าท้อง

ประคบเย็นออก โดยระยะในการใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นและการเคลื่อนไหวร่างกายควรอยู่ระหว่าง 20-30 นาที เพราะหากมีความเย็นสัมผัสผิวหนังมากเกินไปจะทำลายเนื้อเยื่อได้ (Chumkam et al., 2019; Watkins et al., 2014; เกศริน อินธิยศ และคณะ, 2564) โดยกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (สิริมนต์ คำรสิทธิ์, 2553) มีรายละเอียดดังนี้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 นิ่งห้อยขาแกว่งเท้า 5 นาที ลูกนั่งเก้าอี้ข้างเตียง 10 นาที

หลังผ่าตัดวันที่ 2 นิ่งห้อยขาแกว่งเท้า 5 นาที ลูกยืน และเริ่มเดินรอบเตียง 10 นาที

หลังผ่าตัดวันที่ 3 การเดินเป็นระยะทาง 20 เมตร

หลังผ่าตัดวันที่ 4 การเดินเป็นระยะทาง 50 เมตร

หลังผ่าตัดวันที่ 5 การเดินเป็นระยะทาง 100 เมตร

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นการประเมินผลการจัดการความปวดจากการใช้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ว่าปฏิบัติได้หรือไม่และได้ผลอย่างไร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวด จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยชี้แจงปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนร่วมกันกับบุคลากรทีมสุขภาพ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามความต้องการของผู้ป่วย

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง

Cheifetz et al. (2010) ศึกษาผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อการทำงานของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยกลุ่มทดลองจะเริ่มใส่ผ้ารัดหน้าท้องในเช้าวันที่ 1 หลังผ่าตัดและสวมใส่ตลอดเวลาเมื่อลุกเดินออกจากเตียง ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะการเดินในวันที่ 5 หลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนความปวด (VAS) วันที่ 1 และ 5 หลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 5 ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Clay et al. (2014) ศึกษาผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อการทำงานของปอด แรงดันในช่องท้อง และความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด โดยกลุ่มทดลองจะใส่ผ้ารัดหน้าท้องตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดวันที่ 5 หลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) สำหรับการทำงานของปอดทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แรงดันในช่องท้องและการหายใจของผลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

Arici et al. (2016) ศึกษาผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำงานของปอด และความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยกลุ่มทดลองจะเริ่มใช้ผ้ารัดหน้าท้องวันแรกหลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีการเคลื่อนไหว จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความปวดวันที่ 1, 4 และ 7 หลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อประเมินการเคลื่อนไหวโดยเปรียบเทียบระยะทางการเดิน กลุ่มทดลองสามารถเดินได้ไกลกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 4 และ 7 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบการทำงานของระบบทางเดินอาหารและการทำงานของปอดของทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

Saeed et al. (2019) ศึกษาผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อการเคลื่อนไหวและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยกลุ่มทดลองจะใส่ผ้ารัดหน้าท้องตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด การศึกษา พบว่า คะแนนความปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1, 4 และ 7 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองสามารถเดินได้ไกลกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 4 และ 7 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Ossola et al. (2020) ได้ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์หือภิมานเกี่ยวกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง พบว่า การใส่ผ้ารัดหน้าท้องหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 1 และ 3 หลังผ่าตัด ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกายในวันที่ 3 หลังผ่าตัด แต่ไม่ส่งผลต่อการทำงานของปอด ซึ่งผ้ารัดหน้าท้องช่วยในการบรรเทาความปวดในระหว่างการลุกเดิน ช่วยประคองแผลผ่าตัดขณะไอและหายใจลึก ๆ โดยผ้ารัดหน้าท้องทำให้เกิดแรงกดที่คงที่และเป็นการประคองแผลผ่าตัดให้กระชับ การกดที่แผลจะช่วยลดการบวมของเนื้อเยื่อและอัตราการเกิดแผลแยกลดลง

กรสกุล บุญเพลิง, สมศักดิ์ ประภุภิกานวตฺร, and ทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา (2564) ศึกษาผลของการใช้ที่รัดหน้าท้องเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดโรคทางนรีเวชวิทยาผ่านหน้าท้อง โดยกลุ่มทดลองเริ่มใช้ที่รัดหน้าท้อง 2 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดใส่ตลอดเวลาเป็นเวลา 2 วัน ถอดออกระหว่าง 22.00 ถึง 8.00 น. ผลการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระยะทางเดินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันที่ 1 คิดเป็น 27 เมตร ($p = .043$) และวันที่ 2 คิดเป็น 71.77 เมตร ($p < .001$) และกลุ่มที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องเดินได้ระยะทางที่ไกลกว่า ระดับความปวดน้อยกว่า เคลื่อนไหวครั้งแรกได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

8.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการประคบด้วยความเย็น

Watkins et al. (2014) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยความเย็นต่อความปวดและการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ Ice packs ประคบบริเวณแผลผ่าตัดทันทีภายหลังผ่าตัดและประคบเป็นเวลา 24 ชั่วโมง และหลังจากครบ 24 ชั่วโมงแล้วก็ประคบ

ด้วยความเย็นต่อได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1 และ 3 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีการใช้ยาแก้ปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Quinlan et al. (2017) ศึกษาผลของการรักษาด้วยความเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประคบเย็นด้วย Cold pack เป็นเวลา 20 นาที ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .589$) และปริมาณการใช้ morphine ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .042$)

Chumkam et al. (2019) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยความเย็นเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประคบด้วย cold pack gel บริเวณแผลผ่าตัดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงโดยจะเปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมงเป็นเวลา 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ปริมาณการใช้ยา Morphine ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ระยะเวลาในการใช้ยา Morphine ครั้งแรกของกลุ่มทดลองนานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Ravindhran et al. (2019) ศึกษาผลของการประคบด้วยความเย็นต่อความปวดและการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการประคบด้วยความเย็นบริเวณแผลผ่าตัดทันทีเป็นเวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ประเมินความปวดทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ หลังผ่าตัดทันที, 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด, วันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้ยา Morphine ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด ($p = .001$) ปริมาณการใช้ยา NSAID ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .03$) กลุ่มทดลองมีการทำงานของปอดดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .01$) และการฟื้นฟูของร่างกายจากการประเมิน sit-to-stand ของกลุ่มทดลองเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

Keawnantawat, Thanasilp, and Preechawong (2018) ศึกษาผลของการรักษาด้วยความเย็นต่อความปวดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจในช่วง 72 ชั่วโมงแรก โดยกลุ่มทดลองจะได้รับเจลเย็นที่ปราศจากเชื้อ โดยควบคุมอุณหภูมิที่ 10-15 °C เป็นเวลา 20 นาที ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้คะแนนความปวดของกลุ่มทดลองลดลงในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

วัลยาณี เนื่องโพธิ์ และคณะ (2561) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ถุงเจลเย็นในการลดระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยกลุ่มทดลองจะ

ได้รับบาดเจ็บในวางบนแผลผ่าตัดที่ 2 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด เป็นเวลานาน 20 นาที ผลการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บปวดที่ 6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บที่มีความเจ็บปวดอยู่ในระดับเจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 11 ราย เป็น 8 ราย ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดอยู่ในระดับเจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรงไม่เปลี่ยนแปลง มีจำนวน 14 ราย ตั้งแต่เริ่มการวิจัย และที่ 6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ($p = .01$)

8.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการประคบเย็นร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง

เกศริน อินธิยศ และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อระดับความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนิ่วเวซที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังลุกนั่งบนเตียง หลังลงมานั่งข้างเตียง หลังเดินรอบเตียง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$) กลุ่มทดลองสามารถเดินรอบเตียงครั้งแรกได้ระยะทางมากกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถนั่งบนเตียงครั้งแรกได้นานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

8.4 งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวด

จวง เผือกคง (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องทางนิ่วเรซกรรม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าคะแนนความปวดของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรินทร์ พวงยะ (2555) ศึกษาผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชีกซ์ต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกละเอิน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นกาย-จิตบริหารแบบชีกซ์ ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความปวดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทศิการ สุทธิประภา (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการให้ข้อมูลการบรรเทาความปวดภายหลังผ่าตัดหัวใจร่วมกับดนตรีในขณะที่มีการลุกนั่งของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัด

หัวใจแบบเปิดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรก ขณะมีกิจกรรมการลูกนึ่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศุภิกา มาลาผอย (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ผลการศึกษาพบว่า หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8, 16, 24, 32, 40 และ 48 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24, 48 และ 72 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงของข้อเข่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า วิธีการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการใช้ผ้ารัดหน้าท้องสามารถช่วยลดความปวดได้จากการช่วยกระชับแผลผ่าตัดเวลาเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนการประคบเย็นจะช่วยลดความปวดได้โดยการลดการส่งต่อสัญญาณกระแสประสาท ความปวดจากไขสันหลังขึ้นไปสู่สมองทำให้การรับรู้ความปวดลดลง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจในการนำผ้ารัดหน้าท้องมาช่วยการประคบเย็น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดการความปวดด้วยการใช้ผ้ารัดหน้าท้องร่วมกับการประคบเย็น ได้ศึกษาในช่วงวันที่ 1 หลังผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยลุกออกจากเตียงและเดินรอบเตียง เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดนรีเวช โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีแผลผ่าตัดบริเวณช่องท้องส่วนล่างซึ่งมีความปวดน้อยกว่า จึงทำให้มีการฟื้นตัวได้เร็วกว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารซึ่งส่วนใหญ่มีแผลผ่าตัดอยู่บริเวณช่องท้องส่วนบน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 1-5 ซึ่งผู้ป่วยจะเริ่มลูกนึ่งในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ลุกออกจากเตียงในวันที่ 2 หลังผ่าตัด และเดินได้ในวันที่ 3-5 หลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการอาการตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการบำบัดด้วยวิธีต่างๆ แสดงว่าการใช้แนวคิดการจัดการอาการร่วมกับวิธีการบำบัดจะช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยแนวคิดการจัดการอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในอาการปวดทำให้สามารถจัดการอาการปวดได้ ร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นจะช่วยลดความปวด อีกทั้งยังเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

ประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และแนวคิดการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความปวด ความรุนแรง การตอบสนองต่อความปวด ประสบการณ์การจัดการความปวด และความต้องการจัดการกับอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยและพยาบาลเกิดความเข้าใจที่ตรงกันนำไปสู่การวางแผนในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการปวด

2.1 การให้ความรู้ ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เนื้อหาประกอบด้วยพยาธิสรีรภาพของอาการปวด ผลของความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ประโยชน์ของการประคบเย็น วิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

2.2 การพัฒนาทักษะ ก่อนผ่าตัด 1 วัน เป็นการสาธิตการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เทคนิควิธีการบรรเทาปวด โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนสาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการพัฒนาทักษะนี้จะทำพร้อมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.3 การลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยกำหนดแนวทางในการบรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ในวันที่ 1-5 หลังผ่าตัด ดังนี้

- ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัยประเมินความปวด เพื่อให้การจัดการอาการปวด
- การใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นในการจัดการอาการปวด
- ผู้วิจัยให้การดูแลในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล เป็นการประเมินผลจากการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ได้ผลอย่างไร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลการจัดการอาการปวด ว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคหรือไม่

→ ความปวด

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The posttest-only with nonequivalent groups) โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม		O1
กลุ่มทดลอง	X	O2

โดย X หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น
O1 หมายถึง ความปวดของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
O2 หมายถึง ความปวดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยในทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super tertiary) เปิดให้บริการคลินิกศึกษาผู้ป่วยครบทุกประเภท มีผู้ป่วยที่หลากหลายในโรคที่ยากและซับซ้อน เป็นแหล่งการเรียนการสอนเชิงลึก มีศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center) ในสาขาเฉพาะโรคต่างๆ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องแบบนัดไว้ล่วงหน้า
2. ไม่มีประวัติติดยาเสพติด หรือใช้ยาระงับปวดเป็นประจำ
3. มีความสามารถในการรับรู้ ไม่มีปัญหาในการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
5. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังก่อนผ่าตัด
2. ผู้ป่วยที่ย้ายไปหผู้ป่วยวิกฤติ
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ทำให้สัญญาณชีพหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป
4. ผู้ป่วยที่มีแผลผ่าตัดหน้าท้องแบบเปิดที่ยังไม่ได้เย็บปิดแผล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอำนาจทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .50 (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการเปิดตาราง Statistical Power Table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมจำนวน 44 คน (Burns & Grove, 2009) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อทำการสำรวจผู้ป่วย โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและประวัติจากคอมพิวเตอร์
2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในช่วงเย็นก่อนวันผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling)
3. ผู้วิจัยพิจารณาจับคู่ (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ดังนี้
 - 1) เพศ ในแต่ละคู่เป็นเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงจะมี Pain threshold และ Pain tolerance น้อยกว่าเพศชาย และการรับรู้ความปวดในเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชาย (Keogh & Herdenfeldt, 2002)
 - 2) อายุ ในแต่ละคู่อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ความปวดน้อยกว่าวัยอื่น (Rotbøll Nielsen et al., 2007)
 - 3) ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต เนื่องจากผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ความปวดมาก่อน หากมีประสบการณ์เชิงลบเกี่ยวกับความปวดจะทำให้เกิดความกลัวและมีความปวดมากขึ้น (พูนศรีพัฒนาพงษ์, 2538)

4) ชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับ ในแต่ละคู่ได้รับชนิดของยาแก้ปวดเหมือนกัน (Yimyaem et al., 2006) สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้จำแนกชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 PCA Fentanyl, Morphine, Tramadol

กลุ่มที่ 2 Morphine, Tramadol

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 22 คน แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบ 22 คน รวมจำนวน 44 คน เพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการทดลองและเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 8 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามเพศ อายุ ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต และชนิดของยาแก้ปวด

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=22)				กลุ่มทดลอง (n=22)			
	เพศ	อายุ	ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต	ชนิดของยาแก้ปวด	เพศ	อายุ	ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต	ชนิดของยาแก้ปวด
1	ช	72	ไม่เคย	1	ช	68	ไม่เคย	1
2	ช	69	ไม่เคย	1	ช	66	ไม่เคย	1
3	ช	52	ไม่เคย	1	ช	52	ไม่เคย	1
4	ช	45	ไม่เคย	1	ช	49	ไม่เคย	1
5	ช	58	ไม่เคย	1	ช	57	ไม่เคย	1
6	ช	49	ไม่เคย	1	ช	50	ไม่เคย	1
7	ช	60	ไม่เคย	1	ช	55	ไม่เคย	1
8	ช	42	ไม่เคย	1	ช	39	ไม่เคย	1
9	ช	51	ไม่เคย	1	ช	51	ไม่เคย	1
10	ช	44	ไม่เคย	1	ช	49	ไม่เคย	1
11	ช	45	ไม่เคย	1	ช	48	ไม่เคย	1
12	ช	69	ไม่เคย	1	ช	65	ไม่เคย	1
13	ช	65	เคย	1	ช	65	เคย	1
14	ช	66	เคย	1	ช	70	เคย	1
15	ช	40	เคย	1	ช	38	เคย	1
16	ช	63	เคย	1	ช	59	เคย	1

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=22)				กลุ่มทดลอง (n=22)			
	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ การผ่าตัดในอดีต	ชนิดของ ยาแก้ปวด	เพศ	อายุ	ประสบการณ์ การผ่าตัดในอดีต	ชนิดของ ยาแก้ปวด
17	ญ	55	ไม่เคย	1	ญ	51	ไม่เคย	1
18	ญ	69	ไม่เคย	1	ญ	66	ไม่เคย	1
19	ญ	59	ไม่เคย	1	ญ	55	ไม่เคย	1
20	ญ	61	ไม่เคย	1	ญ	59	ไม่เคย	1
21	ญ	43	เคย	1	ญ	46	เคย	1
22	ญ	62	เคย	1	ญ	59	เคย	1

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ทั้งสองกลุ่มได้รับชนิดของยาแก้ปวด แบบกลุ่มที่ 1 PCA Fentanyl, Morphine, Tramadol เนื่องจากแนวทางการจัดการความปวดของฝ่ายวิสัญญีวิทยา ใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะให้ยาระงับปวด opioid โดยวิธี PCA (Patient-Controlled Analgesia) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และข้อมูลการได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัด

2. แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด ใช้มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS) เป็นเส้นตรงแนวนอนมีความยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลข 0 และ 10 กำกับ ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาท X บนมาตรวัดความปวดของตนเอง เริ่มจากปลายเส้นด้านซ้ายมือเป็นจุดที่ไม่มีความปวด ไปจนถึงจุดที่ตรงกับความปวดที่มีอยู่ โดยปลายเส้นด้านซ้ายมือ แสดงถึง ไม่ปวดเลย ส่วนปลายเส้นด้านขวามือ แสดงถึง ปวดมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดวัดระยะทางที่วัดได้ คือ ระดับความปวดของผู้ป่วย โดยการแปลระดับความปวดใช้เกณฑ์การแปลจาก สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552) ดังนี้

ระดับคะแนนความปวด 0 คะแนน	หมายถึง ไม่มีความปวดเลย
ระดับคะแนนความปวด 1-3 คะแนน (0.1-3.9 เซนติเมตร)	หมายถึง ความปวดเล็กน้อย
ระดับคะแนนความปวด 4-6 คะแนน (4.0-6.9 เซนติเมตร)	หมายถึง ความปวดปานกลาง
ระดับคะแนนความปวด 7-10 คะแนน (7.0-10 เซนติเมตร)	หมายถึง ความปวดมาก

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยการประเมินความปวดซ้ำ (Test-retest method) ห่างกัน 1 ชั่วโมง แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยเกณฑ์ในการตัดสินความคงที่ของเครื่องมือ คือ $r \geq .70$ (Carmines & Zeller, 1979) จากการตรวจสอบค่าแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและแนวคิดของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย

1) แผนการสอน เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เนื้อหาประกอบด้วย ลักษณะของการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร สาเหตุของอาการปวด ผลของความ

ปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ฝ้ายรัดหน้าท้องประคบเย็น และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

2) สื่อประกอบการสอนวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

3) คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

4) ฝ้ายรัดหน้าท้องประคบเย็น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์และดัดแปลงมาจากฝ้ายรัดหน้าท้องแบบ 12 สายผูกด้วยเชือก (ดังภาพที่ 8 ในภาคผนวก ง)

5) แผ่นเจลเย็น 3 M Nexcare® ชนิด cold/hot pack (ดังภาพที่ 9 ในภาคผนวก ง)

6) เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท (ดังภาพที่ 10 ในภาคผนวก ง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการรวมกับการใช้ฝ้ายรัดหน้าท้องประคบเย็น ประกอบด้วยแผนการสอน สื่อประกอบการสอนวีดิทัศน์ คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ฝ้ายรัดหน้าท้อง เจลประคบเย็น เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม จำนวน 1 คน 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม จำนวน 1 คน 3) อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 คน (ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ควรปรับการเขียนแผนการดำเนินการตามโปรแกรมฯ ให้กระชับและปรับการเขียนวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ชัดเจนขึ้น

2) ควรปรับการเขียนแผนการสอน ปรับแก้วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและการประเมินผลเพิ่มเนื้อหาเรื่อง การผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร และการใช้ Incentive spirometer

3) ควรปรับเนื้อหาในวีดิทัศน์ให้กระชับ บรรยายแต่ประเด็นที่สำคัญ เพิ่มเติมเนื้อหาอธิบายการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ตัดส่วนบรรยายวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด เนื่องจากมีรายละเอียดในคู่มือ

4) ควรปรับการเขียนเนื้อหาในคู่มือ หัวข้อประโยชน์ของการใช้ฝ้ายรัดหน้าท้องประคบเย็น เพิ่มหัวข้อการใช้ Incentive spirometer

5) ควรลดขนาดความสูงของฝ้ายรัดหน้าท้องเป็น 8 นิ้วและเพิ่มเติมคำอธิบายวิธีการพันฝ้ายรัดหน้าท้องประคบเย็น

6) ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพแผ่นเจลเย็น 3 M Nexcare® โดยแช่แผ่นเจลเย็นในช่องธรรมดาเป็นเวลา 4 ชั่วโมงตามคำแนะนำในคู่มือการใช้ พบว่า เมื่อนำออกจากตู้เย็นทันทีวัดระดับอุณหภูมิได้

10-11 องศาเซลเซียส และเมื่ออยู่ในอุณหภูมิห้องเป็นเวลา 20 นาที วัดระดับอุณหภูมิได้ 16-17 องศาเซลเซียส

หลังการแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้องเหมาะสมและนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง จึงนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 3 คน พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ คู่มือ ผ้ารัดหน้าท้อง แผ่นเจลเย็น สามารถนำไปใช้ได้จริง กิจกรรมและเนื้อหาที่มีความเหมาะสม เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ราย ให้ความสนใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถนำการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปใช้ในการดำเนินการวิจัยได้

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อลดความปวดของผู้ป่วย มีจำนวน 9 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการอาการปวดว่าได้มีการปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ มีคะแนนเต็ม 18 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลย
- 1 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำทุกครั้ง

หากคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 (>14 คะแนน) แสดงว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการอาการปวดได้ แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้สอบถามและให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม สำหรับในการศึกษานี้ ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้องเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม จำนวน 1 คน 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม จำนวน 1 คน 3) อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 คน มีการแก้ไข ดังนี้

1) ข้อ 1 “เมื่อท่านรู้สึกปวด ท่านหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ และหายใจออกช้าๆ สม่าเสมอ 5-10 นาที เพื่อให้ผ่อนคลาย” ปรับแก้เป็น “เมื่อท่านรู้สึกปวด ท่านใช้วิธีหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ และหายใจออกช้าๆ สม่าเสมอ 5-10 นาที เพื่อให้ทุเลापวด”

2) ข้อ 3 “ท่านขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือญาติ เมื่อต้องการเปลี่ยนท่า เมื่อท่านไม่สามารถทำได้ เช่น การพลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา การเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง การลุกยืน” ปรับแก้เป็น “เมื่อท่านต้องการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น พลิกตะแคงตัวจากซ้าย-ขวา หรือจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือลุกยืน ท่านขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือญาติ”

3) ข้อ 9 “ท่านวางแผนร่วมกับพยาบาลในการแก้ไขปัญหาคความปวดที่เกิดขึ้น” ปรับแก้เป็น “ท่านได้พูดคุยและวางแผนร่วมกับพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการแก้ไขปัญหาคความปวดที่เกิดขึ้น”

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม โดยการค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

1.2. ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเพื่อลดความปวด

1.3. ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ซึ่งประกอบด้วย แผนการสอน สื่อประกอบการสอน คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน

1.4. ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และติดต่อเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.5. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการวิจัย หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล ขอใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก จำนวน 44 คน เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1. กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยการดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณที่ต้องลงมีดผ่าตัด สำหรับการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินและดูแลแผลผ่าตัด การประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลให้ยาระงับปวดและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลา 20-30 นาที หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อประเมินความปวด และมอบคู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดด้วยแบบเปิดช่องท้อง จากนั้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการทำวิจัยและกล่าวขอบคุณในความร่วมมือในการวิจัยและจะไม่มีภาระเพิ่มเติมอีก ใช้เวลา 10-15 นาที

2.2. กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ครั้งที่ 1 ช่วงเย็นก่อนวันผ่าตัด เป็นการดำเนินในขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การมีอาการ และขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการเป็นการให้ความรู้และพัฒนาทักษะ ใช้ระยะเวลาประมาณ 40-60 นาที โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามใบยินยอม ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นให้กลุ่มตัวอย่างทราบ จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การรับรู้ การประเมินอาการ และการตอบสนองของ

อาการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวด ประสบการณ์การผ่าตัดที่ผ่านมา สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดในอดีต (สำหรับผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัด ให้ติดตามประเมินประสบการณ์ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด) เพื่อให้ทราบความต้องการของผู้ป่วย เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยใช้รูปแบบคำถามปลายเปิด จากนั้นให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยใช้สื่อการสอน จากนั้นผู้วิจัย แนะนำกลวิธีการจัดการอาการเพื่อลดความปวดโดยการสาธิตการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ผู้วิจัย มอบคู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวน แนวทางปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการอาการในวันถัดไป

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับการผ่าตัด (หลังจากผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วย 1 ชั่วโมง) ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้ป่วยประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ผู้วิจัยแนะนำผู้ป่วยให้นอนในท่าที่สบายคือ ศีรษะสูง เล็กน้อยและงอขาเล็กน้อย และแนะนำการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ 5-10 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อ ช่วยบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด

ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เวลา 10.00 น. สอบถามปัญหา เปิด โอกาสให้ผู้ป่วยเล่าอาการภายหลังผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ หากมีอาการคงที่ ผู้วิจัยใส่ผ้ารัดหน้า ท้องประคบเย็นให้ผู้ป่วย ตำแหน่งในการพันผ้ารัดหน้าท้องให้ขอบบนของผ้าอยู่ต่ำกว่าชายโครง โดย ให้กระชับบริเวณแผลผ่าตัด ไม่รัดแน่นจนเกินไป หลังจากพันผ้าให้ทดสอบโดยการสอดนิ้วเข้าไปในผ้า 2 นิ้ว หากสามารถสอดนิ้วเข้าไปได้แสดงว่าผ้าที่พันไม่แน่น หรือรัดจนเกินไป และไม่พันทับบริเวณที่มี สายระบาย สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการพันผ้ารัดหน้าท้อง และใส่ cold pack ประคบบริเวณแผลผ่าตัด โดย cold pack แช่เย็นควบคุมให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 10-20 องศา เซลเซียส โดยขณะประคบเย็นผู้วิจัยถามความรู้สึกผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการประคบเย็น รู้สึกว่า ความปวดลดลงหรือไม่ จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมโดยการนั่งห้อยขาแกว่งเท้า 5 นาที จากนั้นลุก จากเตียงนั่งข้างเตียงเป็นเวลา 10 นาที ถอดผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นออก ผ้ารัดหน้าท้องจะไม่มีการ ใช้ซ้ำ โดยจะเปลี่ยนผ้ารัดหน้าท้องผืนใหม่ทุกครั้งเพื่อความสะอาดและป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ส่วนแผ่นเจลเย็นมีการล้างทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้งานก่อนนำไปเก็บแช่ในตู้เย็น และผู้วิจัยเข้า พบผู้ป่วยอีกครั้งในเวลา 16.00 น. ดำเนินกิจกรรมเช่นเดิมเหมือนเวลา 10.00 น. จากนั้นพูดคุย สอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอุปสรรคในการปฏิบัติ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ครั้งที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเวลา 10.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ หากมีอาการคงที่ ผู้วิจัยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นให้ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมโดยการ ลุกนั่งห้อยขาแกว่งเท้า 5 นาที จากนั้นลุกยืนและเดินรอบๆ เตียงเป็นเวลา 10 นาที ถอดผ้ารัดหน้า ท้องประคบเย็นออก และผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยอีกครั้งในเวลา 16.00 น. ดำเนินกิจกรรมเช่นเดิมเหมือน

เวลา 10.00 น. จากนั้นพูดคุยสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอุปสรรคในการปฏิบัติ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ครั้งที่ 5 หลังผ่าตัดวันที่ 3 วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เวลา 10.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ หากมีอาการคงที่ ผู้วิจัยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นให้ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมโดยการลุกเดินเป็นระยะทาง 20 เมตร ถอดผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นออก และผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยอีกครั้งในเวลา 16.00 น. ดำเนินกิจกรรมเช่นเดิมเหมือนเวลา 10.00 น. จากนั้นพูดคุยสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอุปสรรคในการปฏิบัติ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ครั้งที่ 6 หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเวลา 10.00 น. ประเมินสัญญาณชีพ หากมีอาการคงที่ ผู้วิจัยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นให้ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมโดยการลุกเดินเป็นระยะทาง 50 เมตร ถอดผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นออก และผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยอีกครั้งในเวลา 16.00 น. ดำเนินกิจกรรมเช่นเดิมเหมือนเวลา 10.00 น. จากนั้นพูดคุยสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอุปสรรคในการปฏิบัติ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ครั้งที่ 7 หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย สอบถามปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย สอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอุปสรรคในการปฏิบัติ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน จากนั้นผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพ หากมีอาการคงที่ ผู้วิจัยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นให้ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมโดยการลุกเดินเป็นระยะทาง 100 เมตร ถอดผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นออก และผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยอีกครั้งในเวลา 16.00 น. ดำเนินกิจกรรมเช่นเดิมเหมือนเวลา 10.00 น. จากนั้นพูดคุยสอบถามความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและอุปสรรคในการปฏิบัติ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินผลการจัดการอาการ โดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง มีคะแนนเต็ม 18 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 (>14 คะแนน) แสดงว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการอาการปวดได้ แต่ถ้าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้สอบถามและให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการทำวิจัยและกล่าวขอบคุณในความร่วมมือในการวิจัย

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อน โดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวดหลังได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด และประเมินการจัดการอาการของกลุ่มทดลองภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยวัดจากแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง มีคะแนนเต็ม 18 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 (>14 คะแนน) แสดงว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการอาการปวดได้

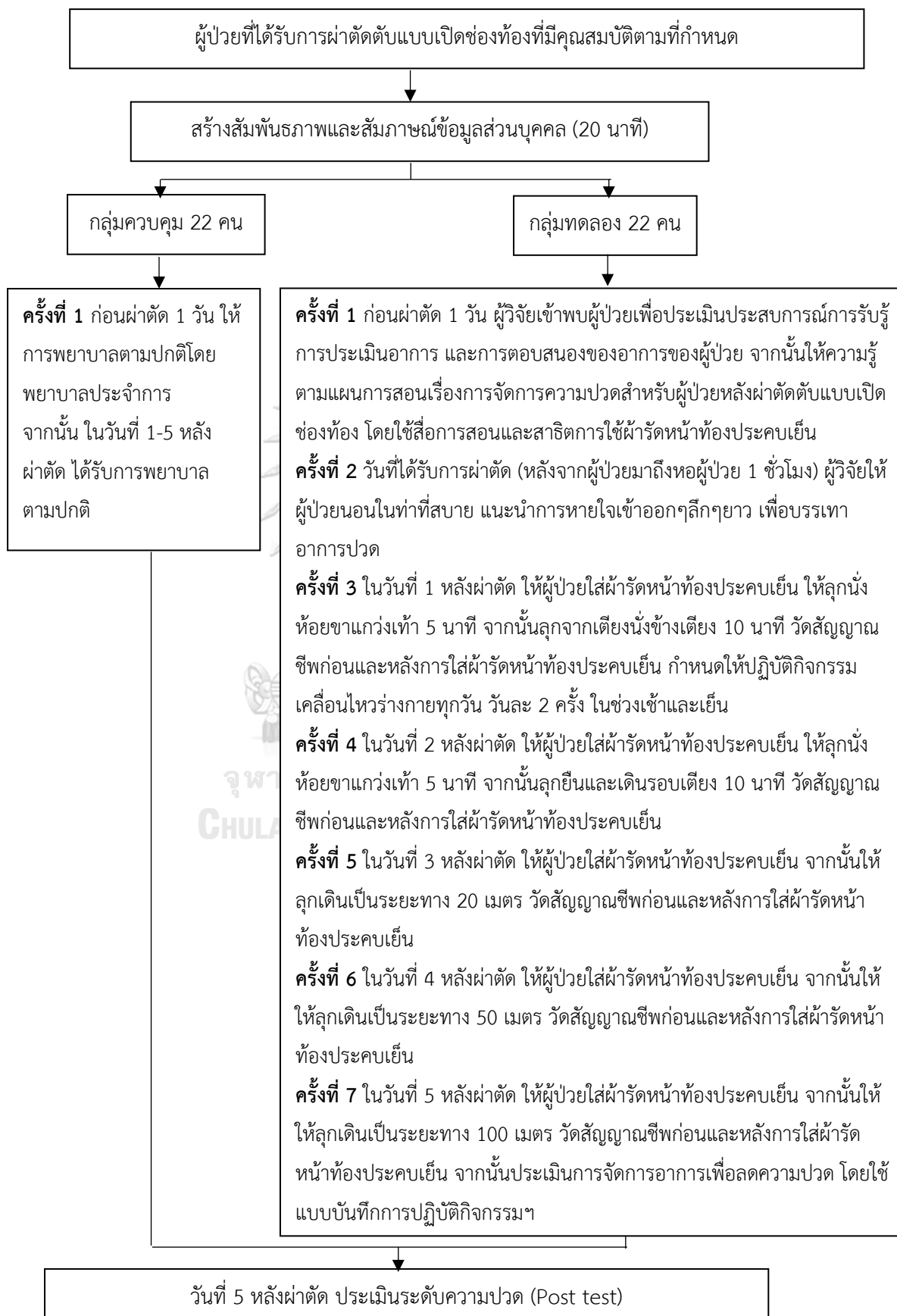
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยโครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบในวันที่ 26 พฤษภาคม 2565 เอกสารรับรองรหัสโครงการวิจัย เลขที่ 0182/65 หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า การตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด เมื่อท่านมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) โดยข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณชน สำหรับการนำเสนอข้อมูลจะมีการนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการรวมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The posttest-only with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย รวมทั้งสิ้น 44 ราย ผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	16	72.7	16	72.7	32	72.7
หญิง	6	27.3	6	27.3	12	27.2
อายุ (ปี)						
31-40	1	4.5	2	9.1	3	6.8
41-50	6	27.3	5	22.7	11	25.0
51-60	4	18.2	9	40.9	13	29.5
61-70	10	45.5	6	27.3	16	36.4
มากกว่า 70	1	4.5	0	0.0	1	2.3
อายุเฉลี่ย	$\bar{X} = 56.32,$ SD=10.19		$\bar{X} = 55.32,$ SD=8.99		$\bar{X} = 55.82,$ SD=9.51	
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)						
18.5-22.9	4	18.2	8	36.4	12	27.3
23.0-24.9	10	45.5	9	40.9	19	43.2
25.0-29.9	8	36.4	5	22.7	13	29.5
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย	$\bar{X} = 24.20,$ SD=1.99		$\bar{X} = 23.28,$ SD=2.00		$\bar{X} = 23.89,$ SD=2.00	
สถานภาพสมรส						
สมรส	15	68.2	17	77.3	32	72.7
โสด	7	31.8	5	22.7	12	27.3
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	13.6	0	0.0	3	6.8
มัธยมศึกษา	4	18.2	8	36.4	12	27.3

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประกาศนียบัตร	2	9.1	2	9.1	4	9.1
ปริญญาตรี	11	50.0	10	45.5	21	47.7
สูงกว่าปริญญาตรี	2	9.1	2	9.1	4	9.1
อาชีพ						
เกษตรกร	2	9.1	0	0.0	2	4.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	50.0	6	27.3	17	38.6
ค้าขาย	2	9.1	3	13.6	5	11.4
พนักงานบริษัท	1	4.5	4	18.2	5	11.4
รับจ้าง	2	9.1	6	27.3	8	18.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	18.2	3	13.6	7	15.9
ประสบการณ์การได้รับผ่าตัด						
ไม่เคย	16	72.7	16	72.7	32	72.7
เคย	6	27.3	6	27.3	12	27.3

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 มีอายุเฉลี่ย 55.82 ปี (SD = 9.51) โดยมีอายุระหว่าง 61-70 ปี มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.89 kg/m² (SD = 2.00) โดยมีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.0-24.9 kg/m² มากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 47.7 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 และไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค						
Hepatocellular carcinoma	16	72.7	19	86.4	35	79.5
Colorectal liver metastasis	6	27.3	3	13.6	9	20.5
ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ						
Hepatectomy	22	100.0	22	100.0	44	100.0
ระยะเวลาในการผ่าตัด						
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	0	0.0	2	9.1	2	4.5
3.01- 4 ชั่วโมง	3	13.6	3	13.6	6	13.6
4.01- 5 ชั่วโมง	4	18.2	4	18.2	8	18.2
5.01- 6 ชั่วโมง	1	4.5	1	4.5	2	4.5
6.01- 7 ชั่วโมง	2	9.1	4	18.2	6	13.6
7.01- 8 ชั่วโมง	3	13.6	5	22.7	8	18.2
มากกว่า 8 ชั่วโมง	9	40.9	3	13.6	12	27.3
ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย	\bar{X} = 6.52, SD=2.04		\bar{X} = 5.85, SD=1.86		\bar{X} = 6.12, SD=1.96	
ลักษณะแผลผ่าตัด						
Mirror L	22	100.0	22	100.0	44	100.0
ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด						
0 – 200 ml	3	13.6	5	22.7	8	18.2
201-400 ml	9	40.9	13	59.1	22	50.0
401-600 ml	10	45.5	4	18.2	14	31.8
	\bar{X} = 376.36, SD=141.37		\bar{X} = 308.18, SD=127.57		\bar{X} = 342.27, SD=137.47	
ทอระบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด						
การคาสายสวนปัสสาวะ	22	100.0	22	100.0	44	100.0
การใส่สายยางทางจมูก	6	27.3	7	31.8	13	29.5
ทอระบายต่างๆ	22	100.0	22	100.0	44	100.0

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=22)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการแสดงออกต่อความปวดแผลผ่าตัด						
อดทน	0	0.0	0	0.0	0	0.00
แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ	22	100.0	22	100.0	44	100.0
ความต้องการลดความปวดแผลผ่าตัด						
ต้องการมาก	4	18.2	4	18.2	8	18.2
ต้องการมากที่สุด	18	81.8	18	81.8	36	81.8
วิธีลดความปวดด้วยตนเอง						
ไม่มี	19	86.4	20	90.9	39	88.6
มี						
- ฟังเพลง	0	0.0	2	9.1	2	4.5
- ทำสมาธิ	3	13.6	0	0.0	3	6.8

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Hepatocellular carcinoma มากที่สุด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 79.5 ได้รับการผ่าตัด Hepatectomy จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 6.12 ชั่วโมง (SD = 1.96) โดยมีระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 8 ชั่วโมงมากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 มีลักษณะแผลผ่าตัด Mirror L จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัดเฉลี่ย 342.47 ml (SD = 137.47) โดยมีปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด 201-400 ml มากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีการคาสายสวนปัสสาวะ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีการใส่สายยางทางจมูกจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 มีท่อระบายอื่นๆ เช่น Jackson drain, Penrose drain เป็นต้น จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 เมื่อมีความปวดแผลผ่าตัดจะมีวิธีการแสดงออกต่อความปวดโดยแจ้งให้พยาบาลหรือแพทย์ทราบ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีความต้องการลดความปวดแผลผ่าตัดในระดับมากที่สุด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 ไม่มีวิธีลดความปวดด้วยตนเองจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 และมีวิธีลดความปวดด้วยตนเอง ได้แก่ การฟังเพลง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 และทำสมาธิ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับหลังผ่าตัดวันที่ 1-5

ชนิดของยาแก้ปวด	กลุ่มควบคุม (n=22)	กลุ่มทดลอง (n=22)
Fentanyl (mcg)	\bar{X} = 368.91, SD=112.17	\bar{X} = 277.45, SD=82.38
Morphine (mg)	\bar{X} = 16.14, SD=3.75	\bar{X} = 11.36, SD=6.19
Tramadol (mg)	\bar{X} = 325.00, SD=222.41	\bar{X} = 122.73, SD=110.98

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมได้รับยา Fentanyl เฉลี่ย 368.91 mcg (SD=112.17) ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับยา Fentanyl เฉลี่ย 277.45 mcg (SD=82.38) กลุ่มควบคุม ได้รับยา Morphine เฉลี่ย 16.14 mg (SD=3.75) ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับยา Morphine เฉลี่ย 11.36 mg (SD=6.19) และกลุ่มควบคุมได้รับยา Tramadol เฉลี่ย 325.00 mg (SD=222.41) ส่วนกลุ่มทดลอง ได้รับยา Tramadol เฉลี่ย 122.73 mg (SD=110.98)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความปวด	\bar{x}	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	9.18	.91	42	.18	.86
กลุ่มทดลอง	9.14	.77			
หลังการทดลอง					
กลุ่มควบคุม	3.95	.65	35.49	6.46	.00
กลุ่มทดลอง	2.27	1.03			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทดลอง ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

หมายความว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียว (The posttest-only with nonequivalent groups) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ดำเนินการวิจัยโดยเปรียบเทียบคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง Statistical Power Table โดยกำหนดอำนาจทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .50 (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมจำนวน 44 คน (Burns & Grove, 2009) แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง โดย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) โดยระหว่างการทดลองไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างออกจากการเข้าร่วมการวิจัย

การ Matched pair กลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสัมพันธ์ของเพศ อายุ ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ชนิดการผ่าตัด และชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับมีผลต่อความปวดหลังผ่าตัด เพื่อเป็นความคุ้มครองตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความปวด ผู้วิจัยจึงทำการจับคู่ (Matched pair) เพศ อายุ ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต และชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างจนครบ 22 คู่ และเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และข้อมูลการได้รับยาระงับปวดในระยะหลังผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความปวด ใช้มาตราวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและแนวคิดของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย

2.1 แผนการสอน เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เนื้อหาประกอบด้วย ลักษณะของการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร สาเหตุของอาการปวด ผลของความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

2.2 สื่อประกอบการสอนวิดีโอ เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

2.3 คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

2.4 ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์และดัดแปลงมาจากผ้ารัดหน้าท้องแบบ 12 สายผูกด้วยเชือก (ดังภาพที่ 8 ในภาคผนวก ง)

2.5 แผ่นเจลเย็น 3 M Nexcare® ชนิด cold/hot pack (ดังภาพที่ 9 ในภาคผนวก ง)

2.6 เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท (ดังภาพที่ 10 ในภาคผนวก ง)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบช่องท้อง พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการอาการปวดว่าได้มีการปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการทดลองและเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 8 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม โดยการค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการและการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

2. ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเพื่อลดความปวด

3. ผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ซึ่งประกอบด้วย แผนการสอน สื่อประกอบการสอน คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน

4. ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และติดต่อเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

5. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการวิจัย หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล ขอใช้สถานที่และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก จำนวน 44 คน เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยการดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณที่ต้องลงมีดผ่าตัด สำหรับการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินและดูแลแผลผ่าตัด การประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลให้ยาระงับปวดและยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยไม่ได้รับผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยทั้งหมด 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยศึกษาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย จากนั้นเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อประเมินความปวด จากนั้นมอบคู่มือการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดฉบับเปิดช่องท้อง และกล่าวสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย 7 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยศึกษาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย จากนั้นเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ประเมินประสบการณ์การมีอาการปวด การรับรู้ของผู้ป่วย และให้โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น พร้อมมอบคู่มือการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดฉบับเปิดช่องท้อง

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับการผ่าตัด (หลังจากผู้ป่วยกลับมาถึงหอผู้ป่วย 1 ชั่วโมง) ผู้วิจัยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย แนะนำการหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด

ครั้งที่ 3 - 6 หลังผ่าตัดวันที่ 1-5 เป็นการดำเนินการขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการ (การลงมือปฏิบัติ) โดยให้ผู้ป่วยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นครั้งละ 20 นาที วันละ 2 ครั้ง ในเวลา 10.00 และ 16.00 น.

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อน โดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวดหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด และประเมินการจัดการอาการของกลุ่มทดลองภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยวัดจากแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยใช้สถิติ Independent sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ผลการวิจัย คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถอธิบายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้ เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

โดยโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) และการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น เป็นการนำกลวิธีการจัดการกับอาการปวดวิธีหนึ่งซึ่งบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดได้ตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ

1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ โดยพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการปวด สามารถให้ความหมายของสาเหตุและความสัมพันธ์ของอาการปวดจนเกิดความเข้าใจ และพยาบาล ต้องทำความเข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดความเข้าใจใน อาการและพยาบาลกับผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ตรงกันจะทำให้สามารถจัดการอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) กลวิธีการจัดการอาการ โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ที่ถูกต้องอย่าง เพียงพอแก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้ในเรื่อง พยาธิสรีรภาพของอาการปวด ผลกระทบของความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของ การใช้ผ้ารัดหน้าท้องและการประคบเย็น และวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลเป็นผู้ สาสิตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และ 3) ผลลัพธ์ พยาบาลเป็นผู้ประเมินผลจากกลวิธีการจัดการอาการ ปวดว่าได้ผลหรือไม่ โดยประเมินว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการอาการหรือไม่ อาการปวด ลดลงหรือไม่ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นก่อนผ่าตัด 1 วัน ในวันแรกจะเป็นการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การรับรู้ถึงความรุนแรง การตอบสนอง ต่ออาการและการให้ความรู้ มีการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และมีการแนะนำวิธีการจัดการอาการ ปวดด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการปวดและการรักษาที่เกิดขึ้น และวันที่ 2-7 เป็นการให้การบรรเทาปวดโดยพยาบาลเป็นผู้จัดการกระทำด้วยการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นหลัง ผ่าตัดวันที่ 1-5 ผู้ป่วยจะได้รับผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยพันผ้ารัดหน้าท้องในตำแหน่งที่เหมาะสม ให้กระชับบริเวณแผลผ่าตัด ไม่รัดแน่นจนเกินไป และประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัดโดย cold pack แห้งเย็นควบคุมให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 10-20 องศาเซลเซียส ระยะเวลาในการประคบนาน 20 นาที วันละ 2 ครั้ง ในเวลา 10.00 และ 16.00 น. และมีการประเมินผลการจัดการอาการปวดและประเมิน คะแนนความปวดภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นในครั้งนี้สอดคล้องกับ งานวิจัยที่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) เช่น จรินทร์ พวงยะ (2555) ได้ศึกษาผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชีกิ้งต่อความวิตกกังวลและ ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการที่เน้นกาย-จิตบริหารแบบชีกิ้ง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความปวดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษา ของ ทิศากร สุทธิประภา (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำ กิจกรรมลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก โดยกลุ่มทดลองจะ ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการให้ข้อมูลการบรรเทาความปวดภายหลังผ่าตัดหัวใจร่วมกับ

การใช้ดนตรีบำบัดในขณะที่มีกิจกรรมการลูกนึ่งของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรก ขณะมีกิจกรรมการลูกนึ่งของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภิสมา มาลาผอย (2561) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและบวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ผลการศึกษาพบว่า หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8, 16, 24, 32, 40 และ 48 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24, 48 และ 72 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบวงของข้อเข่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อการลดความเจ็บปวด ได้ดังนี้คือ การพันผ้ารัดหน้าท้องในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การลูกนึ่ง ยืน เดิน จะทำให้เกิดการกดหรือการทิ้งน้ำหนักโดยตรงบริเวณที่เจ็บปวดจะช่วยให้มีการหลั่ง beta-endorphin ออกมาที่ cerebrospinal fluid และกระแสเลือด ออกฤทธิ์ในระดับเซลล์กับสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทำให้ลดความเจ็บปวดได้ (Fields et al., 2006 อ้างถึงใน ศศินาภรณ์ โลหิตไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์, 2562) และการพันผ้ารัดหน้าท้องให้กระชับบริเวณแผล ไม่รัดแน่นจนเกินไป จะช่วยลดการชยับของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทขนาดเล็ก C-fiber และ A-delta ที่ส่งกระแสประสาทความปวดไปยังไขสันหลัง จึงช่วยลดความปวดได้ (Melzack & Wall, 1965 อ้างถึงใน เกศริน อินธิยศ และคณะ, 2564) นอกจากนี้แรงกดจากผ้ารัดหน้าท้องที่คงที่จะช่วยในการพยุงผนังหน้าท้องและแผลผ่าตัดให้กระชับ ช่วยลดแรงดันในช่องท้องขณะออกแรง ลดแรงเฉือนที่แผลผ่าตัดในขณะที่เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้สามารถเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Cheifetz et al., 2010; Ossola et al., 2020; Szender et al., 2014) ผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องสามารถลดความปวดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Arici et al. (2016) ได้ศึกษาผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำงานของปอด และความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดวันที่ 1, 4 และ 7 หลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ กลุ่มทดลองสามารถเดินได้ไกลกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 4 และ 7 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Saeed et al. (2019) ได้ศึกษาผลของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อการเคลื่อนไหวและความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความปวดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1, 4 และ 7 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองสามารถเดินได้ไกลกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 4 และ 7 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กรสกุล บุญเพ็ญ และคณะ

(2564) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้ที่รัดหน้าท้องเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดโรคทางนรีเวชวิทยาผ่านหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้ผ้ารัดหน้าท้องเดินได้ระยะทางที่ไกลกว่า ระดับความปวดต่ำกว่า เคลื่อนไหวครั้งแรกได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

ส่วนผลของความเย็นต่อการลดความเจ็บปวดนั้น ความเย็นจะลดการกระตุ้นของเส้นประสาทส่วนปลายและลดอัตราการนำกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดเล็ก C-fiber และ A-delta ส่งผลให้เกิดการเพิ่มระดับขีดกันของความรู้สึกเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดลดลง นอกจากนี้เมื่อเนื้อเยื่อได้รับความเย็นยังสามารถกระตุ้นก้านสมองให้เกิดการหลั่งสาร Endorphins ผู้ระดับความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง สามารถลดความเจ็บปวดได้ (Ernst & Fialka, 1994; Peter E. Wells, Victoria Frampton, & David Bowsher, 1994; Prentice, 2002) การประคบเย็นสามารถลดความปวดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumkam et al. (2019) ศึกษาผลของการบำบัดด้วยความเย็นเพื่อลดความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Ravindhran et al. (2019) ได้ศึกษาผลของการประคบด้วยความเย็นต่อความปวดและการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยของปริมาณการใช้ยา Morphine ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศริน อินธิยศ และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นร่วมกับใช้ผ้ารัดหน้าท้องต่อระดับความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังลุกนั่งบนเตียง หลังลงมานั่งข้างเตียง หลังเดินรอบเตียงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองสามารถเดินรอบเตียงครั้งแรกได้ระยะทางมากกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถนั่งบนเตียงครั้งแรกได้นานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องได้ เพราะโปรแกรมการจัดการอาการจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสาเหตุของอาการปวดที่เกิดขึ้น สามารถจัดการอาการปวดได้ และการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นจะช่วยให้ความรุนแรงของอาการปวดลดลง และเป็นบทบาทอิสระในการให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดความปวดได้ร่วมกับการใช้ยา และช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเพื่อช่วยในการบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น การฟื้นตัวมีประสิทธิภาพ
2. ส่งเสริมให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดและแนะนำวิธีการจัดการอาการปวดด้วยตนเองแก่ผู้ป่วยร่วมกับการนำผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยใช้เทคโนโลยีที่สามารถควบคุมการทำความเย็นอัตโนมัติได้ เช่น การใช้ cooling coil ที่จะทำหน้าที่แลกเปลี่ยนปริมาณความร้อนกับสารทำความเย็นให้เกิดการระเหยกลายเป็นไอและทำความเย็นออกมา เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรสกุล บุญเพลิง, สมศักดิ์ ประภูภาณวัตร และทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา. (2564). การใช้ที่รัดหน้าท้องเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและการเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดโรคทางนรีเวชวิทยาผ่านหน้าท้อง: การทดลองแบบสุ่ม *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 10-16.
- กฤติน กิตติกรชัยชาญ. (2562). การระงับปวดเฉียบพลันโดยใช้พาราเซตามอล รูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ. *วิสัญญีสาร*, 45(3), 117-123.
- กษยา ตันติผลาชีวะ. (2549). Postoperative ileus: Cause, Prevention and Treatment. In ประยุทธ์ ศิริวงษ์ สมบุญ เจริญเศรษฐมท และปริญญาทวีชัยการ (Eds.), *ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32 (Current practice in colorectal surgery)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- กันยา ปาละวิวัฒน์. (2557). *การรักษาด้วยความร้อนและความเย็น*. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน จำกัด.
- เกศริน อินธิยศ, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์, เกศศิริ วงษ์คงคำ และชินา โอหารรัตน์พันธ์. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดด้วยการประคบเย็นร่วมกับการใช้ฝ้ายรัดหน้าท้องต่อระดับความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(3), 83-102.
- จรินทร์ พวงยะ. (2555). *ผลของการจัดการอาการที่เน้นการบริหารกาย-จิตแบบชี้ก่งต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉลุเกิน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จวง เพ็ญกมล. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11, 1-11.
- ทิตาการ สุทธิประภา. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 24 ชั่วโมงแรก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ธิวา สมบัติยานุชิต ณะดา บิลทยา และศิวาภรณ์ สังข์แก้ว. (2559). สภาพและปัญหาการปฏิบัติของพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในโรงพยาบาลสงขลา.

- วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(1), 77-94.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นัทธมน วุฒานนท์. (2554). การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม. เชียงใหม่: นันทพัทธ์ พรินต์ติ้ง.
- เนาวรัตน์ สมศรี. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะท้องอืดสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพนม. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2564). คู่มือยา (พิมพ์ครั้งที่ 15 ed.). กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2564). สถิติผู้ป่วยใน.
- พงศ์ภรดี เจาทะเกษตริน. (2547). ความปวด Pain ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- พงศ์ภรดี เจาทะเกษตริน. (2548). บำบัดความปวด (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัททิมส์ ประเทศไทย จำกัด.
- พรธณี ไทศาลทักษิณ. (2540). ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พูนศรี พัฒนพงษ์. (2538). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. วารสารพยาบาลกองทัพบก, 139, 13-27.
- เพ็ญประภา อิมเอิบ, วรวิพรรณ คงขุ่ม และกรณิศ หริมสีบ. (2557). ผลของดนตรีบรรเลงต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 23(3), 53-62.
- ภคธิดา มหาแก้ว. (2560). ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด: *Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management* (ฉบับที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักหอสมุดแห่งชาติ.
- ราตรี ฉายากุล, วรณดี เสือมาก และวิวรรธน์ เกิดทอง. (2564). ประสิทธิภาพของการใช้ฝ้ายยืดพุงแผลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 8(7), 447-463.
- วนิดา สอดสี, วิชัย อธิชัยกุลชล และกนกพร คุณาวิศรุต. (2556). ทักษะการรับรู้ถึงความปวดและการบำบัดความปวดของผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกทั่วไปในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วิสัญญีสาร*, 39(4), 275-283.

- วรลักษณ์ นิมวิชัย. (2552). ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความปวดและจำนวนครั้งขอการใช้ยา
ระงับปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แลทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วัลยาณี เนื่องโพธิ์, สุกัญญา ศรีนิล ทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา และมาลีชาติ ศรีพิพัฒนกุล. (2561). การศึกษา
ทดลองแบบสุ่มเรื่องการใช้ถุงเจลเย็นเพื่อลดระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชที่
ไม่ใช่มะเร็ง. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 52-58.
- วิจิตรารณณ์ ทวีศรี ญาณินี วงศ์ษา และภาคภูมิ เรื่องสมบุรณ์. (2020). ทำความรู้จักกับ Whole Body
Cryotherapy. *เวชบันทึกศิริราช*, 13(4).
- ศศิณาภรณ์ โลहितไทย และบุญยิ่ง ทองคุปต์. (2562). ผลของรูปแบบผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความ
ปวดแผลผ่าตัดในมารดาหลังคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัย
บูรพา*, 27(1), 23-32.
- ศิริวรรณ บุญฐิติกุล และยุพาวรรณ จิตตภาวิวัฒน์. (2545). การประคบด้วยถุงเจลเย็นเพื่อลดความปวด
ของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพข้อเข่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารชมรม
พยาบาลออร์โธปิดิกส์*, 7(2), 47-52.
- ศุภิสมา มาลาผอย. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการประคบเย็นต่ออาการปวดและ
บวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมบุรณ์ เทียนทอง. (2547). ธรรมชาติของอาการปวดหลังผ่าตัด. In *เทคนิคทางวิสัญญีวิทยาเล่มที่ 4*.
กรุงเทพฯ: พี ยอนด์ เอ็นเทอไพรซ์ จำกัด.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน
(Clinical Guidance for Acute Pain Management)*. กรุงเทพฯ.
- สรารุณี สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเข้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อ
ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *JOURNAL OF THE POLICE NURSES*, 9(1),
37-46.
- สิริมนต์ ดำริห์. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะ
ของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปราณี นิรุตติศาสตร์. (2531). การระงับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 32(8), 753-
763.

สุพานี เสนาดิสัย. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน สุพานี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช (Eds.), *การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ Vol. 37*. กรุงเทพฯ: จุดทอง จำกัด.

สุพร พลยานันท์. (2528). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับความเจ็บปวด*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยกรรมศาสตร์ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *เวชบันทึกศิริราช*, 9(3), 189-193.

ภาษาอังกฤษ

Abd-Elsayed, A., & Deer, T. R. (2019). Different Types of Pain. In A. Abd-Elsayed (Ed.), *Pain*. doi:https://doi-org.chula.idm.oclc.org/10.1007/978-3-319-99124-5_3

Adie, S., Kwan, A., Naylor, J. M., Harris, I. A., & Mittal, R. (2012). Cryotherapy following total knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). doi:10.1002/14651858.CD007911.pub2

Arici, E., Tastan, S., & Can, M. F. (2016). The effect of using an abdominal binder on postoperative gastrointestinal function, mobilization, pulmonary function, and pain in patients undergoing major abdominal surgery: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 62, 108-117. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.07.017

Behman, R., Cleary, S., McHardy, P., Kiss, A., Sawyer, J., Ladak, S. S. J., . . . Karanicolas, P. J. (2019). Predictors of Post-operative Pain and Opioid Consumption in Patients Undergoing Liver Surgery. *World Journal of Surgery*, 43(10), 2579-2586. doi:10.1007/s00268-019-05050-7

Benyamin, R., Trescot, A. M., Datta, S., Buenaventura, R., Adlaka, R., Sehgal, N., . . . Vallejo, R. (2008). Opioid complications and side effects. *Pain physician*, 11, S105-S120.

Burt, M. B., Tavakkolizadeh, A., & Ferzoco, J. S. (2007). Incision closure and management of the abdominal wound. In Z. J.M. & A. W.S. (Eds.), *Maingot's Abdominal Operation* (11th ed.). New York: McGraw-Hill.

Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Beverly Hills: Lippincott.

Caumo, W., & Ferreira, M. B. C. (2003). Perioperative anxiety: psychobiology and effects

- in postoperative recovery. *The Pain Clinic*, 15(2), 87-101.
- Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L. C., . . . Ferreira, M. B. C. (2002). Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 46(10), 1265-1271.
- Chailier, M. (2009). *Cold therapy for the management of pain associated with deep breathing and coughing post cardiac surgery*. (M.Sc.). University of Ottawa (Canada), Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Global database. (MR61309)
- Cheifetz, O., Lucy, S. D., Overend, T. J., & Crowe, J. (2010). The effect of abdominal support on functional outcomes in patients following major abdominal surgery: a randomized controlled trial. *Physiother Can*, 62(3), 242-253.
doi:10.3138/physio.62.3.242
- Chesterton, L. S., Foster, N. E., & Ross, L. (2002). Skin temperature response to cryotherapy. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 83(4), 543-549.
- Chumkam, A., Pongrojpraw, D., Chanthasenanont, A., Pattaraarchachai, J., Bhamarapratana, K., & Suwannarurk, K. (2019). Cryotherapy Reduced Postoperative Pain in Gynecologic Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Pain Res Treat*, 2019, 2405159. doi:10.1155/2019/2405159
- Clay, L., Gunnarsson, U., Franklin, K. A., & Strigård, K. (2014). Effect of an elastic girdle on lung function, intra-abdominal pressure, and pain after midline laparotomy: a randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis*, 29(6), 715-721.
doi:10.1007/s00384-014-1834-x
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. (1991). The brief pain inventory. *Pain Research Group*, 143-147.
- DeCherney, A. H., Bachmann, G., Isaacson, K., & Gall, S. (2002). Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 99(1), 51-57. doi:[https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01622-2](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01622-2)
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., . . . Rankin, S. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of*

advanced nursing, 33(5), 668-676.

- Ernst, E., & Fialka, V. (1994). Ice freezes pain? A review of the clinical effectiveness of analgesic cold therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(1), 56-59. doi:[https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90150-3](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90150-3)
- Fagevik Olsén, M., Josefson, K., & Wiklund, M. (2009). Evaluation of abdominal binder after major upper gastrointestinal surgery. *Advances in Physiotherapy*, 11(2), 104-110. doi:10.1080/14038190802141073
- Fairchild, S. S. (1996). *Perioperative nursing: Principles and Practice*. Boston: Lirllle, Brown, and Company.
- Fang, L., Chen, L., Sun, H., Xu, Y., & Jin, J. (2020). The Effectiveness of Using a Nurse-Led Pain Relief Model for Pain Management among Abdominal Surgical Patients: A Single-Center, Controlled before-after Study in China. *Pain Management Nursing*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.004>
- Gerbershagen, H. J., Pogatzki-Zahn, E., Aduckathil, S., Peelen, L. M., Kappen, T. H., van Wijck, A. J. M., . . . Meissner, W. (2014). Procedure-specific Risk Factor Analysis for the Development of Severe Postoperative Pain. *Anesthesiology*, 120(5), 1237-1245. doi:10.1097/aln.0000000000000108
- Gustafson, J. L., Dong, F., Duong, J., & Kuhlmann, Z. C. (2018). Elastic abdominal binders reduce cesarean pain postoperatively: a randomized controlled pilot trial. *Kansas journal of medicine*, 11(2), 48.
- International Association for the Study of PAIN (IASP). (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>
- Jiang, N., Hao, B., Huang, R., Rao, F., Wu, P., Li, Z., . . . Guo, T. (2021). The Clinical Effects of Abdominal Binder on Abdominal Surgery: A Meta-analysis. *Surg Innov*, 28(1), 94-102. doi:10.1177/1553350620974825
- Kahloul, M., Mhamdi, S., Nakhli, M. S., Sfehyi, A. N., Azzaza, M., Chaouch, A., & Najja, W. (2017). Effects of music therapy under general anesthesia in patients undergoing abdominal surgery. *Libyan Journal of Medicine*, 12(1), 1260886. doi:10.1080/19932820.2017.1260886
- Kalkman, C. J., Visser, K., Moen, J., Bonsel, G. J., Grobbee, D. E., & Moons, K. G. M. (2003).

- Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*, 105(3), 415-423.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00252-5](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00252-5)
- Keawnantawat, P., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2018). Effectiveness of cold therapy in reducing acute pain among persons with cardiac surgery: A randomized control trial. *Songklanakarin Journal of Science & Technology*, 40(6).
- Keogh, E., & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *Pain*, 97(3), 195-201. doi:[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00427-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00427-4)
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. J., & Burke, K. (2000). *Fundamental of nursing: concept, Process and Pracice* (6th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Lång, M., Niskanen, M., Miettinen, P., Alhava, E., & Takala, J. (2001). Outcome and resource utilization in gastroenterological surgery. *British Journal of Surgery*, 88(7), 1006-1014.
- Lee, D.-H., Kim, D., Park, Y. H., Yoon, J., & Kim, J. S. (2020). Long-term surgical outcomes in patients with hepatocellular carcinoma undergoing laparoscopic vs. open liver resection: A retrospective and propensity score-matched study. *Asian Journal of Surgery*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2020.05.028>
- Mailis, A., Tepperman, P. S., & Hapidou, E. G. (2020). Chronic Pain: Evolution of Clinical Definitions and Implications for Practice. *Psychological Injury and Law*, 13(4), 412-426. doi:10.1007/s12207-020-09391-w
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patients with pain* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299. doi:[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.
- Nadler, S. F., Weingand, K., & Kruse, R. J. (2004). The physiologic basis and clinical applications of cryotherapy and thermotherapy for the pain practitioner. *Pain physician*, 7(3), 395-400.
- Nasir, M., & Ahmed, A. (2020). Knowledge About Postoperative Pain and Its Management in Surgical Patients. *Cureus*, 12(1).
- Ossola, P., Mascioli, F., Coletta, D., Pizzato, M., & Bononi, M. (2020). Evidence on postoperative abdominal binding: A systematic review with meta-analysis of

- randomized controlled trials. *The Surgeon*.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.07.003>
- Öztürk, R., Sevil, Ü., Sargin, A., & Yücebilgin, M. S. (2018). The effects of reflexology on anxiety and pain in patients after abdominal hysterectomy: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, *36*, 107-112.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.12.005>
- Patton, R. M. (2006). Interventions of postoperative clients. In D. D. Ignatavicius & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Paul, A., Narasimhan, A., Kahlen, F. J., & Das, S. K. (2014). Temperature evolution in tissues embedded with large blood vessels during photo-thermal heating. *Journal of thermal biology*, *41*, 77-87.
- Peter E. Wells, Victoria Frampton, & David Bowsher. (1994). *Pain management by physiotherapy* (2 ed.). Great Britain: Bath Press Ltd Avon.
- Porth, C. M. (2005). *Pathophysiology: Concept of altered health status* (7th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). *Basic nursing* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Prentice, W. E. (2002). Infrared modalities. In *Therapeutic Modalities for Physical Therapists*. New York: McGraw-Hill.
- Quinlan, P., Davis, J., Fields, K., Madamba, P., Colman, L., Tinca, D., & Cannon Drake, R. (2017). Effects of Localized Cold Therapy on Pain in Postoperative Spinal Fusion Patients: A Randomized Control Trial. *Orthopaedic Nursing*, *36*(5), 344-349.
doi:10.1097/nor.0000000000000382
- Ravindhran, B., Rajan, S., Balachandran, G., & Mohan, L. N. (2019). Do Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain, NSAID or Narcotic Use? *World J Surg*, *43*(11), 2651-2657. doi:10.1007/s00268-019-05129-1
- Reeve, J., Anderson, L., Raslan, Y., Grieve, C., Ford, J., & Wilson, L. (2019). The physiotherapy management of patients undergoing abdominal surgery: A survey of current practice. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, *47*(2), 66-75.
doi:10.15619/nzjp/47.2.02
- Robleda, G., Roche-Campo, F., Sánchez, V., Gich, I., & Baños, J.-E. (2015). Postoperative discomfort after abdominal surgery: an observational study. *Journal of*

PeriAnesthesia Nursing, 30(4), 272-279.

Rotbøll Nielsen, P., Rudin, Å., & Werner, M. U. (2007). Prediction of postoperative pain.

Current Anaesthesia & Critical Care, 18(3), 157-165.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.cacc.2007.07.005>

Rothman, J. P., Gunnarsson, U., & Bisgaard, T. (2014). Abdominal binders may reduce pain and improve physical function after major abdominal surgery - a systematic review. *Dan Med J*, 61(11), A4941.

Saeed, S., Rage, K. A., Memon, A. S., Kazi, S., Samo, K. A., Shahid, S., & Ali, A. (2019). Use of Abdominal Binders after a Major Abdominal Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Cureus*, 11(10), e5832. doi:10.7759/cureus.5832

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Concepts and challenges in patients management. In *Brunner and Suddarth's Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hukle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing volume 1* Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.

Smith, J. D. (2007). Nursing management postoperative care. In M. S. Lewis, M. M. Heitkemper, & R. S. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. St. Louis: Mosby.

Sommer, M., de Rijke, J. M., van Kleef, M., Kessels, A. G. H., Peters, M. L., Geurts, J. W. J. M., . . . Marcus, M. A. E. (2008). The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *European Journal of Anaesthesiology | EJA*, 25(4), 267-274. doi:10.1017/s0265021507003031

Steeds, C. E. (2009). The anatomy and physiology of pain. *Surgery (Oxford)*, 27(12), 507-511. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2009.10.013>

Stoker, K. C. (2019). Use of Abdominal Binders for Postoperative Pain After Gastrointestinal Surgery: An Integrative Review. *J Perianesth Nurs*, 34(4), 829-833. doi:10.1016/j.jopan.2018.10.010

Stomberg, M. W., Wickström, K., Joelsson, H., Sjöström, B., & Haljamäe, H. (2003). Postoperative pain management on surgical wards—do quality assurance strategies result in long-term effects on staff member attitudes and clinical

outcomes? *Pain Management Nursing*, 4(1), 11-22.

doi:<https://doi.org/10.1053/jpmn.2003.3>

Szender, J., Hall, K., & Kost, E. (2014). A randomized-clinical trial examining a neoprene abdominal binder in gynecologic surgery patients. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 41(5), 525.

Tafelski, S., Kerper, L. F., Salz, A.-L., Spies, C., Reuter, E., Nachtigall, I., . . . Krampe, H. (2016). Prospective clinical observational study evaluating gender-associated differences of preoperative pain intensity. *Medicine*, 95(27), e4077.

doi:10.1097/md.00000000000004077

Taylor, A., & Stanbury, L. (2009). A review of postoperative pain management and the challenges. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 20(4), 188-194.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.cacc.2009.02.003>

Watkins, A. A., Johnson, T. V., Shrewsbury, A. B., Nourparvar, P., Madni, T., Watkins, C. J., . . . Master, V. A. (2014). Ice Packs Reduce Postoperative Midline Incision Pain and Narcotic Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(3), 511-517.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.057>

Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, G. J., & David, T. (2004). Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *Pain*, 109(1), 73-85. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.012>

Yimyaem, P. R., Kritsanaprakornkit, W., Thienthong, S., Horatanaruang, D., Palachewa, K., Tantanatewin, W., . . . Theerapongpakdee, S. (2006). Post-operative pain management by acute pain service in a University Hospital, Thailand. *Acute Pain*, 8(4), 161-167. doi:<https://doi.org/10.1016/j.acpain.2006.08.041>

Zhang, L., Hao, L.-J., Hou, X.-L., Wu, Y.-L., Jing, L.-S., & Sun, R.-N. (2021). Preoperative anxiety and postoperative pain in patients with laparoscopic hysterectomy. *Frontiers in psychology*, 12, 727250.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. อ.นพ.ณัฐวรรธ นฤพนธ์จิรกุล | อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยกรรม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รศ.ดร.ณัฐฐา เจียรนิกุลชัย | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. อ.ดร.เกศศิริ วงศ์คงคำ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รศ.ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ | อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. นางสาววนิดา รัตนานนท์ | ผู้ตรวจการพยาบาลศัลยกรรม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |



ภาคผนวก ข
หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
จดหมายขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
จดหมายขอใช้เวชระเบียน
และจดหมายขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๘๑๑๓๓ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ ฮว ๖๔.๑๓/ ๐๑๑๒๖

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางธนิษานต์ กฤษณะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ นายแพทย์ อนุวรรธ นฤพนธ์จิรกุล ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกายภาพ และอาจารย์ประจำภาควิชาศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทียพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ นายแพทย์ อนุวรรธ นฤพนธ์จิรกุล

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๔๔

ชื่อนิสิต

นางธนิษานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๔-๓๓๔๘

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๓๑๐๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางธนิภานต์ กฤษณะ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นินไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชา เจียรนิกุลชัย อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชา เจียรนิกุลชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นินไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๔๔

ชื่อนิสิต

นางธนิภานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๙๗๓๙-๓๓๔๘

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๑๐๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางธนิษานต์ กฤชณะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.เกศศิริ วงศ์คงคำ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร.เกศศิริ วงศ์คงคำ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๕๔๘-๑๑๔๔

ที่อนิสิต

นางธนิษานต์ กฤชณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๙-๓๓๔๘



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ พบ ๑๖๔๓

วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางอนิกานต์ กฤษณะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๔๔

ที่อนิสิต

นางอนิกานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๔-๓๓๔๘

ที่ ฮว ๖๔.๑๑/ ๐๑๑๒๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางธนิภานต์ กฤษณะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณภรณ์ นันทไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนิตา รัตนานนท์ ผู้ตรวจการพยาบาลสัลยกรรม และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวนิตา รัตนานนท์
ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๘๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณภรณ์ นันทไทยวิกุล โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๔๔
ชื่อนิสิต นางธนิภานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๔-๓๓๔๘



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๓๔๐ วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. เอกสารรับรองหัวข้อวิทยานิพนธ์ (Approval document from thesis committee) จำนวน ๑ ชุด
 ๒. Submission form for ethical review จำนวน ๑ ชุด
 ๓. Self-assessment form for PI จำนวน ๑ ชุด
 ๔. Conflict of interest and funding form จำนวน ๑ ชุด
 ๕. Conflict of interest for Co-Investigator จำนวน ๑ ชุด
 ๖. โครงการวิจัยฉบับย่อ (Protocol synopsis) จำนวน ๑ ชุด
 ๗. โครงการวิจัยฉบับเต็ม (Full protocol) จำนวน ๑ ชุด
 ๘. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet) จำนวน ๑ ชุด
 ๙. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร (Consent form) จำนวน ๑ ชุด
 ๑๐. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล (Questionnaires/scale) จำนวน ๑ ชุด
 ๑๑. เครื่องมือวิจัย จำนวน ๑ ชุด
 ๑๒. Investigator's CV template จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางธนิษานต์ กฤษณะ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอากาศร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางธนิษานต์ กฤษณะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๔๔
ชื่อ นิสิต นางธนิษานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๔-๓๓๔๘

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๓๓๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลจากเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางธนิกานต์ กฤษณะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาหารร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๕ - พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางธนิกานต์ กฤษณะ ใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้างานเวชระเบียน

โทร. ๐๒-๒๑๔๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล โทร. ๐๒-๒๑๔๘-๑๑๔๙

นางธนิกานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๙-๓๓๔๘



ที่ ฮว ๒๔.๑๑/ ๐๐๘๑๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการวิจัยนิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางชนิกานต์ กฤษณะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ ขอขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด และโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง สื่อประกอบการสอนวีดิทัศน์เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น แผ่นเจลเย็น และเทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางชนิกานต์ กฤษณะ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเวียน หัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๐๗๖๑ E-mail: fonbox@chula.ac.thอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยทวีกุล โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๔๔ชื่อนิสิต นางชนิกานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๔-๓๓๔๘

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๓๓๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตและขอให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางอนิกานต์ กฤษณะ นิลิตขึ้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.หญิง ดร.ปานัญญ์ นันไทยวิกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตและขอให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน ๔๔ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ประกอบด้วยแผนการสอน เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง สื่อประกอบการสอนวีดิทัศน์ เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น แผ่นเจลเย็น และเทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอให้ นางอนิกานต์ กฤษณะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญทศร อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๐๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.หญิง ดร.ปานัญญ์ นันไทยวิกุล โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๔๔

ชื่อนิลิต นางอนิกานต์ กฤษณะ โทร. ๐๘-๔๗๓๙-๓๓๔๘





COA No. 0668/2022

IRB No. 0182/65

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

(COA No. 0668/2022)

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH ABDOMINAL BINDER WITH COLD COMPRESSION ON PAIN IN PATIENTS AFTER OPEN GASTROINTESTINAL SURGERY

Study Code :-

Principal Investigator : Mrs. Thanikarn Gridsana

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 3.0 Date 26/04/2022
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 08/03/2022
3. Information sheet for research participant (experimental group) Version 2.0 Date 04/04/2022
4. Information sheet for research participant (control group) Version 2.0 Date 04/04/2022
5. Informed consent for participating volunteers Version 1.0 Date 08/03/2022

see back of this Certificate



6. Information sheet for the participants in the research tool quality test Version 2.0 Date 04/04/2022
7. Informed consent to participate in research tool quality testing Version 1.0 Date 08/03/2022
8. Information sheet for the participant in the assessment quality test Version 2.0 Date 04/04/2022
9. Questionnaire Version 1.0 Date 08/03/2022
10. Pain assessment form after surgery Version 1.0 Date 08/03/2022
11. Record form for pain reduction activities for patients with open-abdominal gastrointestinal surgery Version 1.0 Date 08/03/2022
12. Tools used in the experiment Version 1.0 Date 08/03/2022
13. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Mrs. Thanikarn Gridsana
 - Asst.Prof. Dr. Pachanut Nunthaitaweekul

Signature Tada Sueblinvong Signature Supecha
 (Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Associate Professor Supeecha Wittayalertpanya)
 Chairperson Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
 The Institutional Review Board The Institutional Review Board

Date of Approval : May 26, 2022
 Approval Expire Date : May 25, 2023

see back of this Certificate



COA No. 0668/2022

IRB No. 0182/65

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

(COA No. 0668/2022)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อ
 ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางธนิกานต์ กฤษณะ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก
 ดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง


1. โครงร่างการวิจัย Version 3.0 Date 26/04/2565
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 08/03/2565
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง) Version 2.0 Date 04/04/2565
4. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม) Version 2.0 Date 04/04/2565

ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย




5. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1.0 Date 08/03/2565
6. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย Version 2.0 Date 04/04/2565
7. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย Version 1.0 Date 08/03/2565
8. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมทดสอบคุณภาพแบบประเมิน Version 2.0 Date 04/04/2565
9. แบบสอบถาม Version 1.0 Date 08/03/2565
10. แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด Version 1.0 Date 08/03/2565
11. แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง Version 1.0 Date 08/03/2565
12. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง Version 1.0 Date 08/03/2565
13. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Mrs. Thanikarn Gridsana
 - Asst.Prof. Dr. Pachanut Nunthaitaweekul


 ลงนาม
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย


 ลงนาม.....
 (รองศาสตราจารย์สุพิชา วิทโยเลิศปัญญา)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 26 พฤษภาคม 2565
 วันหมดอายุ : 25 พฤษภาคม 2566

คู่ด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0182 / 65
วันที่รับรอง : 26 พ.ค. 2565

Version 1.0 Date 08/03/2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1 หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....


.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0182 165
วันที่รับรอง : 26 พ.ศ. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารขออนุญาตข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)	AF 06-05/6.1
			หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางธนิกานต์ กฤษณะ
สถานศึกษาของผู้วิจัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำงานของผู้วิจัย หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ ชั้น 16 โซน B1 ศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564000 ต่อ 81606-8
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 084-7393348
E-mail Thanikarn.grid@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล
ที่อยู่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2181364
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 091-8869249
E-mail Pachanut.n@gmail.com


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0192 / 65
วันที่รับรอง : 26 พ.ค. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)	หน้า 1/8

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางธนิกานต์ กฤษณะ
 สถานศึกษาของผู้วิจัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 สถานที่ทำงานของผู้วิจัย หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ ชั้น 16 โชน B1 ศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564000 ต่อ 81606-8
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 084-7393348
 E-mail Thanikam.grid@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชานันท์ นันไทยวิกุล
 ที่อยู่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2181364
 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 091-8869249
 E-mail Pachanut.n@gmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0182 / 65
วันที่รับรอง : 26 พ.ค. 2565

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2. แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ประกอบด้วย

2.1.1 แผนการสอน เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

2.1.2 สื่อประกอบการสอนวิดีโอ เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

แบบเปิดช่องท้อง

2.1.3 คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

2.1.4 ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

2.1.5 แผ่นเจลเย็น 3 M Nexcare® ชนิด cold/hot pack

2.1.6 เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1. แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

เลขที่.....

 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง**แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้วิจัย)**

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและแฟ้มประวัติผู้ป่วย ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความหรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา
<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย**ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาในอดีต**

1. ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด

<input type="checkbox"/> ไม่เคย (ไม่ต้องทำข้อ 2)
<input type="checkbox"/> เคย ระบุ ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ..... ปีที่ได้รับการผ่าตัด.....
2. ต่อจากข้อ 1 ท่านเคยใช้วิธีการลดความปวดแผลผ่าตัด (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> ใซยา
<input type="checkbox"/> ไม่ใซยา วิธีการที่ใช้

<input type="radio"/> ทำสมาธิ	<input type="radio"/> ฟังเพลง
<input type="radio"/> อ่านหนังสือ	<input type="radio"/> ประคบเย็น
<input type="radio"/> การนวด	<input type="radio"/> อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลในครั้งนี้

1. การวินิจฉัยโรค
.....
2. ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ
.....
3. วันที่ผ่าตัด วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
4. ระยะเวลาในการผ่าตัด.....ชั่วโมง.....นาที
5. ลักษณะของแผลผ่าตัด Upper midline Midline
 Lower midline Long Midline
 Transverse อื่นๆ.....
6. ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด ไม่มี
 มี ระบุ.....มิลลิลิตร
7. ท่อระบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายกระเพาะอาหาร
 สาย/ ท่อระบายต่างๆ ระบุ
.....
8. ท่านจะแสดงออกต่อความปวดแผลผ่าตัดอย่างไร
 อดทน ร้องเสียงดัง แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบ
9. ความต้องการลดความปวดแผลผ่าตัด
 ไม่ต้องการ ต้องการน้อย ต้องการมาก ต้องการมากที่สุด
10. ท่านมีวิธีลดความปวดด้วยตนเองในการผ่าตัดที่ได้รับครั้งนี้
 ไม่มี
 มี ระบุ
.....

เลขที่.....

วันที่ประเมิน.....

แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด

คำชี้แจง แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความเจ็บปวดตามความรู้สึกของท่าน เส้นตรงที่ท่านเห็นข้างล่างนี้ใช้สำหรับวัดระดับความเจ็บปวด โดยเริ่มจากทางด้านซ้ายมือสุด เป็นจุดที่ท่านไม่มีความรู้สึกปวดเลย และจากตำแหน่งซ้ายสุดไปจนถึงขวาสุดเป็นตำแหน่งที่ความปวดค่อยๆ เพิ่มมากขึ้น โดยที่ตำแหน่งขวามือสุดเป็นจุดที่ท่านมีความปวดมากที่สุด ขอให้ท่านประเมินความปวด ณ ขณะปัจจุบันว่าท่านมีความปวดในระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย **X** ลงบนเส้นให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นที่จัดทำขึ้นนี้ มีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง โดยพัฒนาจากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องและการรักษาด้วยความเย็น

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ 2) กลวิธีการจัดการกับอาการปวด 3) การประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ

จากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ได้กล่าวถึง ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experiences) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยประเมินความรุนแรง สาเหตุ การรักษาและผลกระทบของอาการ มีการตอบสนองต่ออาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม

ในขั้นตอนนี้จะเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จากนั้นจะเป็นการประเมินประสพการณ์เกี่ยวกับอาการปวด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสพการณ์เกี่ยวกับความปวดหรือประสพการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดในอดีต ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด ความรุนแรง สาเหตุและผลของอาการปวด การตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร และประเมินความต้องการกลวิธีการจัดการกับอาการปวดด้วยวิธีการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยการสอบถามผู้ป่วย ประเมินความต้องการของข้อมูลที่ยังไม่ทราบ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และเกิดความมั่นใจในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการปวด

จากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ได้กล่าวถึง กลวิธีในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลอผลกระทบที่เกิดจากอาการ ซึ่งในการจัดการกับอาการปวดด้วยตนเองนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ กลไกการเกิดอาการ ผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงวิธีการจัดการกับอาการปวด เพื่อนำความรู้ที่ได้รับมาใช้จัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง นอกจากนี้บุคลากรทางแพทย์เป็นผู้มีบทบาทในการช่วยเหลือในการจัดการกับอาการปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดนี้ ได้นำวิธีการจัดการกับอาการปวดโดยไม่ใช้ยา คือ การใช้ผ้ารัดหน้าท้องร่วมกับการประคบด้วยความเย็นเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด ขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การพัฒนาทักษะ และการลงมือปฏิบัติ ดังนี้

2.1 การให้ความรู้ โดยผู้วิจัยสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งการให้ความรู้จะเป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับอาการปวด และการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย โดยให้ความรู้ตามแผนการสอนเรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง มีเนื้อหาประกอบไปด้วย ลักษณะของการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร สาเหตุของอาการปวด ผลของความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด โดยใช้สื่อประกอบการสอนวีดิทัศน์ เรื่องการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการอาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

2.2 การพัฒนาทักษะ เป็นการสาธิตการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สอนสาธิต และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีการพูดคุยให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล โดยการพัฒนาทักษะจะนำไปพร้อมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

2.3 การลงมือปฏิบัติ มีการกำหนดแนวทางในการจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วยและแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ได้แก่ การประเมินความปวด และความต้องการบรรเทาปวดของผู้ป่วย การดูแลช่วยเหลือในการจัดท่าที่สุขสบาย การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเพื่อบรรเทาอาการปวด การปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ระยะเวลาในการพันผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายไม่เกิน 20 นาที กำหนดให้ใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นวันละ 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง คือเวลา 10.00 และ 16.00 น.

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

จากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ได้กล่าวถึง ผลลัพธ์ เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีการจัดการกับอาการนั้นว่าได้ผลหรือไม่ ในการศึกษาเป็นการประเมินผลการจัดการกับอาการปวดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด ผลกระทบของความปวด การจัดการกับอาการปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาว่าได้ผลเป็นอย่างไร และประเมินผลการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นต่อความปวดหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องว่าได้ผลเป็นอย่างไร โดยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale)

แผนดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

โปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการใช้ผ้ารัดหน้าท้องและการรักษาด้วยความเย็นจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย โดยรูปแบบโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นจะเป็นการเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดและการจัดการอาการปวด สาธิตและฝึกการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ครั้งที่ 2 เป็นการจัดทำและแนะนำการหายใจเข้า-ออกแบบลึกๆ ยาวๆ ครั้งที่ 3-6 (หลังผ่าตัดวันที่ 1-5) เป็นการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นเพื่อบรรเทาอาการปวด และให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดตามคู่มือฯ วันละ 2 ครั้ง ระยะเวลาในการใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นและเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด 20 นาที โปรแกรมฯ จะเสร็จสิ้นและมีการประเมินระดับความปวด (Post-test) ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับลักษณะของการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร สาเหตุของอาการปวด ผลของความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สามารถจัดการอาการปวดด้วยตนเองหลังผ่าตัดด้วยแบบเปิดช่องท้องได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สื่อที่ใช้ในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

1. แผนการสอน เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยแบบเปิดช่องท้อง
2. สื่อประกอบการสอนวิดีโอทัศน์ เรื่อง การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยแบบเปิดช่องท้อง
3. คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง
4. ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

วิธีการประเมินผล

1. กิจกรรมการให้ความรู้ บรรยายและการสาธิตการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น ประเมินโดยการสอบถามและให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ
2. ประเมินระดับความปวด และบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวด ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ในวันที่ 5 หลังผ่าตัด

การดำเนินงาน

ครั้งที่	กิจกรรม
<p>ครั้งที่ 1 ก่อนผ่าตัด 1 วัน (ในช่วงเย็น)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมฯ ให้แก่ผู้ป่วยทราบ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และกิจกรรมในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมถึงระยะเวลาในการเข้าร่วมและการยุติการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 3. ผู้วิจัยสอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวดของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการปวด ประสบการณ์การผ่าตัดที่ผ่านมา สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด (สำหรับผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัด ให้ติดตามประเมินประสบการณ์ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด) รวมถึงการตอบสนองต่ออาการปวด กลวิธีในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วย การรายงานความปวด ประเมินความต้องการกลวิธีในการจัดการอาการปวดด้วยการใช้ฝารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยการสอบถามผู้ป่วย ประเมินความต้องการของข้อมูลที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย 4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร อาการปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง สาเหตุ ผลกระทบของความปวด การประเมินความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ประโยชน์และข้อควรปฏิบัติในการใช้ฝารัดหน้าท้องประคบเย็น โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ 5. ผู้วิจัยสาธิตการใช้ฝารัดหน้าท้องประคบเย็นและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามจนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 6. ผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง สำหรับให้ผู้ป่วยอ่านทบทวน
<p>ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับการผ่าตัด (หลังจากผู้ป่วยมาถึง หอผู้ป่วย 1 ชั่วโมง)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ 2. ผู้วิจัยแนะนำผู้ป่วยให้นอนในท่าที่สบายคือ ศีรษะสูงเล็กน้อยและงอขาเล็กน้อย และแนะนำการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ 5-10 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด
<p>ครั้งที่ 3 - 6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

ครั้งที่	กิจกรรม
<p>หลังผ่าตัดวันที่ 1-5 (วันละ 2 ครั้ง คือ เวลา 10.00 และ 16.00 น.)</p>	<p>2. หากผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้วิจัยใส่ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นให้ผู้ป่วย ตำแหน่งในการพันผ้ารัดหน้าท้องให้ขอบบนของผ้าอยู่ต่ำกว่าชายโครง โดยให้ กระชับบริเวณแผลผ่าตัด ไม่รัดแน่นจนเกินไป หลังจากพันผ้าให้ทดสอบโดยการ สอดนิ้วเข้าไปในผ้า 2 นิ้ว หากสามารถสอดนิ้วเข้าไปได้แสดงว่าผ้าที่พันไม่แน่น หรือรัดจนเกินไป และไม่พันทับบริเวณที่มีสายระบาย สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย ว่ารู้สึกอย่างไรต่อการพันผ้ารัดหน้าท้อง และใส่ cold pack ประคบบริเวณแผล ผ่าตัด โดย cold pack แช่เย็นควบคุมให้มีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 10-20 องศา เซลเซียส สอบถามความรู้สึกผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไรต่อการประคบเย็น รู้สึกว่าความ ปวดลดลงหรือไม่</p> <p>3. ให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการใส่ผ้า รัดหน้าท้องประคบเย็นและลูบนึ่งห้อยขาแกว่งเท้าและนั่งข้างเตียงไม่เกิน 20 นาที</p> <p>4. เมื่อครบ 20 นาที ถอดผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นออก ผู้วิจัยสอบถาม ความรู้สึกของผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไร</p> <p>5. ผู้วิจัยแจ้งเวลาในการเข้าพบอีกครั้ง เวลา 16.00 น. เพื่อใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ประคบเย็นและปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด (ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อ 1-4)</p> <p>6. ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติตามโปรแกรมในวันถัดไป</p>
<p>ครั้งที่ 7 หลังผ่าตัดวันที่ 5 (หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมฯ)</p>	<p>1. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้า ท้องประคบเย็น ว่าได้ผลเป็นอย่างไร</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดตับแบบเปิดช่องท้อง</p> <p>3. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Post-test)</p> <p>4. ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกล่าวขอบคุณในความร่วมมือ</p>

แผนการสอน เรื่อง การจัดการความปลอดภัยสำหรับผู้ช่วยเหลือผู้ประสบเหตุระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

แผนการสอนเรื่อง

“การจัดการความปลอดภัยสำหรับผู้ช่วยเหลือผู้ประสบเหตุระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง”

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับลักษณะของการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร สาเหตุของอาการปวด ผลของความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัด ประโยชน์ของการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบน้ำเงิน และวิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด
 2. เพื่อให้ผู้ปวยสามารถจัดการอาการปวดด้วยตนเองหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้องได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

สถานที่

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง อาคารภูมิสิริฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระยะเวลา

30 - 40 นาที

ผู้ดำเนินการ

นางณิกันต์ กฤษณะ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชานัญญ์ นนไทยทวีกุล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ</p> <p>2. ผู้ป่วยสามารถอธิบายประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและความปวดในอดีตและบอกวิธีการจัดการความปวดที่เคยปฏิบัติ</p>	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางธนิกานต์ ฤกษ์ณะ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนีดิฉันจะมาให้ข้อมูลเรื่องความปวดหลังผ่าตัด ผลของความปวด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดด้วยการใช้ฝักรัดหน้าท้องประคบเย็น วิธีปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด ใช้เวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 40 นาที นอกจากนี้ขอเชิญดิฉันจะให้วันนี้แล้ว ดิฉันจะมี “คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด” ให้ท่าน 1 เล่ม ถ้ามีข้อสงสัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความปวดหรือการจัดการความปวด ก็สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ค่ะ</p> <p>ก่อนอื่นจะขอสอบถามผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดหรือไม่ อากการปวดแผลผ่าตัดเป็นอย่างไร แล้วเคยใช้วิธีการลดความปวดแผลผ่าตัดอย่างไรบ้างคะ (สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับผ่าตัด จะสอบถามประสบการณ์ความปวดจากการผ่าตัดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด)</p> <p>การผ่าตัดระบบทางเดินอาหารเป็นการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้องที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การ</p>	<p>ชั้นนำ</p> <p>1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายกิจกรรมในการให้ความรู้และระยะเวลาในการเรียนรู้</p> <p>2. ผู้วิจัยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ผ่าตัดและอาการปวดแผลผ่าตัดในอดีต และวิธีการจัดการความปวดที่เคยปฏิบัติ</p>	<p>ผู้วิจัย</p>	<p>1. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มพูดคุยกับผู้วิจัย</p> <p>2. ผู้ป่วยบอกเล่าประสบการณ์ การผ่าตัดและความปวดในอดีต และบอกวิธีการจัดการความปวดที่เคยปฏิบัติ</p>

**วีดิทัศน์ เรื่อง การจัดการความปวด
สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบช่องท้อง**

บทวีดิทัศน์

ชื่อเรื่อง : การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

ผู้เขียนบท : นางธนิภานต์ กฤษณะ


อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัญญ์ นันไทยทวิกุล

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง

ความยาว : 15 นาที

Story board

ลำดับ ที่	ลักษณะภาพ (ตัวอย่าง)	บทบรรยาย/ระยะเวลา
1	ภาพนิ่ง มีข้อความ “การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง นำเสนอโดย นางธนิภานต์ กฤษณะ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” 	ไม่มีเสียงบรรยาย มีดนตรีบรรเลง (เวลา 5 วินาที)
2	ภาพนิ่ง มีข้อความบรรยาย	การผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร เป็นการผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้องที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การผ่าตัดกระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ตับอ่อน

ลำดับ ที่	ลักษณะภาพ (ตัวอย่าง)	บทบรรยาย/ระยะเวลา
		<p>มีลม ภาวะน้ำดี และท่อทางเดินน้ำดี วิธีการผ่าตัดมีทั้งแบบเปิดช่องท้องและแบบส่องกล้อง สำหรับวิธีการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องนั้นจะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารแบบเปิดช่องท้อง จะต้องเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการแก้ไขและจัดการอย่างเพียงพอ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ได้ค่ะ (เวลา 35 วินาที)</p>
3	<p>ภาพมีข้อความ “อาการปวดหลังผ่าตัดมีสาเหตุจากอะไร ?”</p> 	<p>ก่อนอื่นเราจะมาทำความรู้จักกับความปวดหลังผ่าตัดก่อนนะคะ ความปวดหลังผ่าตัดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ทำให้เกิดการหลั่งของสารเคมีต่างๆ ที่ส่งผลต่อความเจ็บปวด ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นตัวรับรู้ความรู้สึกที่ปลายประสาท โดยการนำสัญญาณความเจ็บปวดไปตามเส้นประสาทขนาดเล็ก ไปสู่เส้นประสาทไขสันหลังขึ้นไปยังสมอง ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น (เวลา 25 วินาที)</p>
4	<p>ภาพ ผ่ารัดหน้าท้อง</p> 	<p>การนำผ่ารัดหน้าท้องประคบเย็นมาใช้ในการจัดการความปวด จะทำให้ความปวดลดลงได้ โดยการใช้ผ่ารัดหน้าท้องจะทำให้เกิดแรงกดที่คงที่และประคองแผลผ่าตัดให้กระชับ ช่วยลดการเคลื่อนไหวของผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการปวด ช่วยบรรเทาความปวดในระหว่างการเคลื่อนไหวร่างกาย ร่วมกับการประคบเย็นจะช่วยลดการส่งสัญญาณความปวดจากไขสันหลังไปยังสมองทำให้ความปวดลดลงได้ค่ะ (เวลา 30 วินาที)</p>
5	<p>ภาพการหายใจ ภาพหัวใจ</p>	<p>อาการปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้ค่ะ</p>

คู่มือ

การจัดการความปวด สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง



จัดทำโดย

นางอนิภานต์ กฤษณะ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณัญญ์ นนไทยทวีกุล

คำนำ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นและต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรกระบบทางเดินอาหารด้วยวิธีการผ่าตัด ส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดหลังผ่าตัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ คู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด ผลของความปวด และการปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ผู้ป่วยจะสามารถจัดการอาการของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะประโยชน์และช่วยในการจัดการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้เป็นอย่างดี

นางอนิภานต์ กฤษณะ

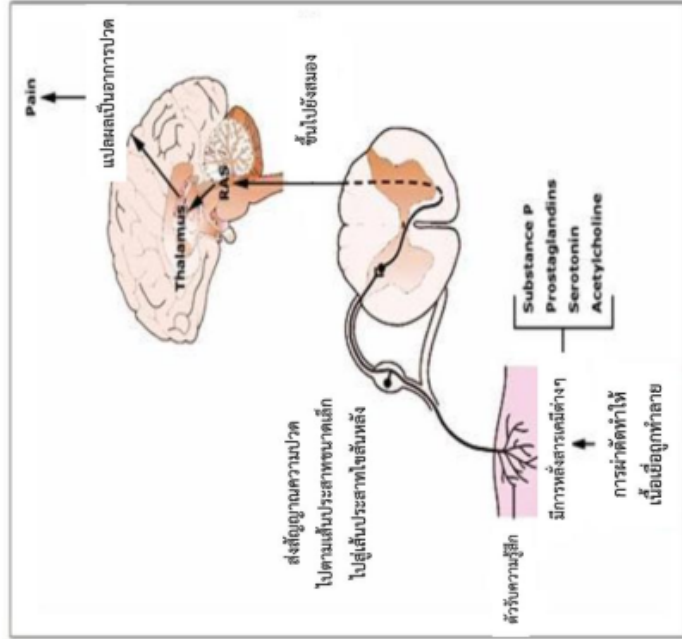
ผู้จัดทำ

สารบัญ

หน้า	
➤ อาการปวดหลังผ่าตัด	1
➤ ผลของความปวดหลังผ่าตัด	2
➤ วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	3
○ วิธีการจัดการความปวดแบบไขยา	3
○ วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ไขยา	4
➤ การใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น	6
➤ วิธีปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด	9
○ วิธีปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด	9
○ วิธีปฏิบัติตนหลังผ่าตัด	10
➤ เอกสารอ้างอิง	18

อาการปวดหลังผ่าตัด

อาการปวดหลังผ่าตัดเกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากกรากผ่าตัดทำให้มีการหลั่งของสารเคมีต่างๆ ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นความรู้สึกที่ปลายประสาท ทำให้มีอาการส่งสัญญาณประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดเล็ก ไปสู่เส้นประสาทไขสันหลังซึ่งไปยังสมองและแปลผลเป็นอาการปวด

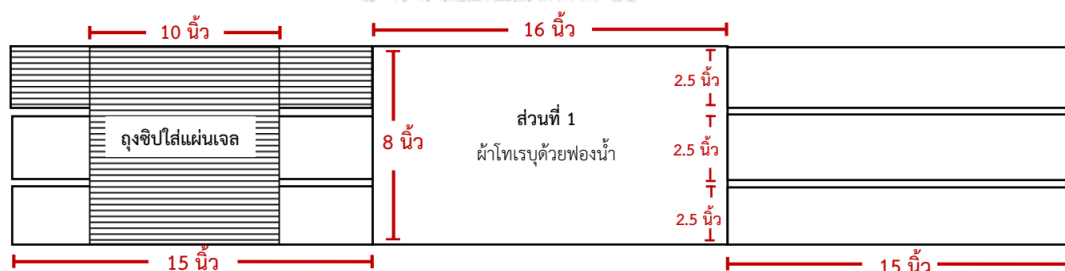


ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์และดัดแปลงมาจากผ้ารัดหน้าท้องแบบ 12 สายผูกด้วยเชือก ร่วมกับการศึกษาการลดปวดจากการใช้ความร้อน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดมารวมกันแล้วออกแบบให้ผ้ารัดหน้าท้องและถุงประคบเย็นอยู่ในผืนเดียวกัน โดยออกแบบเป็น 3 ส่วน ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น



ส่วนที่ 2 ผ้าโสร 3 สาย

สายที่ 1 มีถุงซิปลงสำหรับใส่แผ่นเจลเย็น
สาย 2 และ 3 เป็นสายยาวติดตีนตุ๊กแกด้านที่เป็นห่วง

ส่วนที่ 3 ผ้าโสร 3 สาย

ติดตีนตุ๊กแกด้านที่เป็นตะขอ

ผ้าส่วนที่ 1 เป็นส่วนด้านหลังของลำตัว ตัดเย็บด้วยผ้าโสร ขนาด 16x8 นิ้ว บุด้วยฟองน้ำหนาประมาณ 0.5 - 1 เซนติเมตร เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและช่วยพยุงหลัง

ผ้าส่วนที่ 2 เป็นด้านที่ติดกับแผ่นผ้าตัด (เมื่อสวมใส่) ใช้ผ้าโสรตัดเป็น 3 สาย ขนาดกว้าง 2.5 นิ้ว ยาว 15 นิ้ว ติดตีนตุ๊กแกด้านที่เป็นห่วง และใช้ผ้าโสรตัดเย็บขนาด 10x8 นิ้ว เป็นกระเป๋าสำหรับใส่แผ่นเจลเย็นนำมาเย็บติดกับสายที่ 1 ลักษณะกระเป๋าเป็นถุงมีซิปลงด้านในบุด้วยผ้าฝ้ายเพื่อป้องกันไม่ให้ไอน้ำจากแผ่นเจลเย็นไหลซึมไปยังบริเวณแผ่นผ้าตัด เพื่อป้องกันไม่ให้แผลอับชื้นและเกิดการติดเชื้อ

ผ้าส่วนที่ 3 เป็นส่วนด้านนอกสุด ใช้ผ้าโสรตัดเย็บเป็น 3 สาย ขนาดกว้าง 2.5 นิ้ว ยาว 15 นิ้ว ติดตีนตุ๊กแกด้านที่เป็นตะขอ ผ้าส่วนนี้จะใช้ประกบกับผ้าส่วนที่ 2 สามารถปรับระดับได้ตามความต้องการ

แผ่นเจลเย็น



ภาพที่ 9 แผ่นเจลเย็น 3 M Nexcare ® ชนิด cold/hot pack

แผ่นเจลเย็นเป็นถุงที่บรรจุ Silica gel หรือ Sand slurry mixture แผ่นเจลเย็นจะรักษาความเย็นได้นานประมาณ 15-20 นาที ก่อนการประคบเย็นควรรนำแผ่นเจลเย็นไปปรับอุณหภูมิตามความต้องการ ดังนี้ (จากเอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ประคบเย็นและร้อน 3เอ็ม เน็กซ์แคร์)

หากต้องการอุณหภูมิเย็นมาก (4-5 °C) ให้แช่ในช่องทำน้ำแข็งของตู้เย็น เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

หากต้องการอุณหภูมิเย็นปานกลาง (8-9 °C) ให้แช่ในน้ำแข็ง เป็นเวลา 20 นาที

หากต้องการอุณหภูมีย่นน้อย (13-14 °C) ให้แช่ในช่องธรรมดาของตู้เย็น เป็นเวลา 4 ชั่วโมง

เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท



ภาพที่ 10 เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอท

เทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอทสำหรับวัดอุณหภูมิของแผ่นเจลเย็น เป็นเทอร์โมมิเตอร์ชนิดแห้ง ผลิตจากแก้ว สามารถวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 0-100 องศาเซลเซียส โดยมีแถบสีแดงแสดงระดับของอุณหภูมิ

ขั้นตอนการพันผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น

1. เตรียมอุปกรณ์ประคบเย็น โดยนำแผ่นเจลเย็นไปแช่ในช่องธรรมดาของผู้เย็น 4 ชั่วโมง จะได้แผ่นเจลเย็นที่มีอุณหภูมิ 13-14 องศาเซลเซียส (เอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ประคบเย็นและร้อน 3เอ็ม เน็กซ์แคร์)
2. นำเทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอทมาวัดอุณหภูมิของแผ่นเจลเย็น โดยอุณหภูมิที่ใช้ประคบเย็นควรอยู่ระหว่าง 10-20 องศาเซลเซียส
3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย ให้ผู้ป่วยยกลำตัวขึ้น สอดผ้ารัดหน้าท้องเข้าไปใต้หลังผู้ป่วย ให้ส่วนที่ 1 อยู่บริเวณหลังผู้ป่วย ตำแหน่งในการพันผ้ารัดหน้าท้อง คือ ขอบบนของผ้าอยู่บริเวณใต้ชายโครง
4. นำผ้าแต่ละด้านทับกันยึดด้วยตีนตุ๊กแก เริ่มจากพันส่วนที่ 2 (ส่วนที่มีถุงซิปล) พันจากด้านล่างก่อน และไม่พันทับบริเวณที่เป็นสายระบายเพื่อป้องกันการกดทับสายระบาย
5. นำแผ่นเจลเย็นใส่ในช่องด้านหน้าเป็นถุงที่มีซิปล
6. นำผ้าส่วนที่ 3 มาพันทับส่วนที่ 2 ไม่พันทับบริเวณที่เป็นสายระบาย
7. หลังจากพันผ้ารัดท้องให้ทดสอบโดยการสอดนิ้วเข้าไปในผ้า 2 นิ้ว หากสามารถสอดนิ้วเข้าไปได้ แสดงว่าผ้าที่พันไม่แน่นหรือรัดเกินไป การพันผ้ารัดหน้าท้องให้กระชับจะยึดความสบายของผู้ป่วยเป็นหลัก
8. ระยะเวลาในการพันผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น 20 นาที ในระหว่างพันผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็น สอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นระยะ ว่ารู้สึกแน่นอึดอัดหรือไม่ รู้สึกเย็นเกินไปหรือชาหรือไม่ เพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย

เลขที่.....

วันที่.....

แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อลดความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละข้อมีคำตอบดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรม
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำ

รายละเอียดกิจกรรม	การปฏิบัติกิจกรรม		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติทุกครั้ง
1. เมื่อท่านรู้สึกปวด ท่านใช้วิธีหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ และหายใจออกช้าๆ สม่่าเสมอ 5-10 นาที เพื่อให้ทุเลापวด			
2. เมื่อท่านมีอาการไอ ท่านใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัด			
 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>			
8. ท่านใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นขณะปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายตามคำแนะนำของพยาบาล วันละ 2 ครั้ง คือ 10.00 น. และ 16.00 น.			
9. ท่านได้พูดคุยและวางแผนร่วมกับพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการแก้ไขปัญหาคความปวดที่เกิดขึ้น			

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความปวด

Correlations

		คะแนนความปวด ชั่วโมงที่ 1	คะแนนความปวด ชั่วโมงที่ 2
คะแนนความปวดชั่วโมงที่ 1	Pearson Correlation	1	.893**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
คะแนนความปวดชั่วโมงที่ 2	Pearson Correlation	.893**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test ($n_1=n_2=22$)

หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Group Statistics

	กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Posttest	กลุ่มควบคุม	22	3.95	.653	.139
	กลุ่มทดลอง	22	2.27	1.032	.220



Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Posttest	Equal variances assumed	11.599	.001	6.460	42	.000	1.682	.260	1.156	2.207
	Equal variances not assumed			6.460	35.493	.000	1.682	.260	1.154	2.210

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางธนิกานต์ กฤษณะ
วัน เดือน ปี เกิด	19 กันยายน 2531
สถานที่เกิด	จ.แม่ฮ่องสอน
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน	98/7 ม.1 ต.ลำโพ อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY