

# คุณภาพของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

จตุพงษ์ พันธวิไล ปร.ด., ณัฏฐา นิลแก้ว พย.บ., นิดา แพทย์รักษ์ พย.บ.,  
จุกากรณ์ รุระพ้อคำ พย.บ., จิรากรณ์ ภัคดี พย.บ., บุชนวรรณี ศีลประเสริฐ ส.ป.ม.  
ภาครีกอจัดการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่  
50200

## Abstract: The Quality of Postoperative Pain Management in Patients undergoing Spine Surgery at Chiang Mai Neurological Hospital

Jatupong Panwilai, Ph.D., Nattha Ninkaew, B.N.S., Nida Phatthayarak, B.N.S.,  
Chuthaporn Turaporka, B.N.S., Jiraporn Pakdee, B.N.S., Nuchnawarat Sinprasoed, M.P.A.  
Nursing Cluster, Chiang Mai Neurological Hospital, Suthep, Mueng, Chiang Mai, 50200  
(E-mail: beer.panwilai@gmail.com)  
(Received: 18 January, 2023; Revised: 2 March, 2023; Accepted: 8 July, 2023)

**Background:** Postoperative pain is a common problem worldwide, and most patients undergoing surgery are treated with inappropriate assessment and management. **Objective:** This study aimed to explore the incidence and the quality of postoperative pain management in patients undergoing spine surgery at Chiang Mai Neurological Hospital. **Method:** In this descriptive research, 135 spine surgery patients who met the inclusion criteria were included in this study from January to December 2022. The research questionnaire comprised of 1) demographic, 2) quality of postoperative pain management, and 3) numerical pain rating scale. Data were analyzed using descriptive statistic. **Results:** Pain intensity levels at 24 hours, 48 hours, and 72 hours were at severe pain (64.44%, mean 7.13, SD 1.99), moderate pain (45.19%, mean 5.96, SD 1.84), and moderate pain (56.30%, mean 4.89, SD 1.92) respectively. Moreover, the qualities of postoperative pain management including 4 components; communication, action, trust, and environment, were at a low level. **Conclusion:** The effective management of postoperative pain is an indicator for nursing quality. To enhance the nursing quality, the quality of postoperative pain management guideline comprising components; communication, action, trust and environment should be developed.

**Keywords:** Quality of postoperative pain management, Patients undergoing spine surgery

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** ความปวดหลังผ่าตัด เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลก และผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับการประเมินและจัดการกับอาการปวดที่ไม่เหมาะสม **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์อาการปวดแผล และคุณภาพของการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง **วิธีการ:** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 135 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม – ธันวาคม 2565 ตามเกณฑ์การคัดเลือกเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินคุณภาพของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และ 3) แบบประเมินความปวดวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา **ผล:** พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน

ความปวดภายใน 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอยู่ในระดับรุนแรง (ร้อยละ 64.44, mean 7.13, SD 1.99) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.19, mean 5.96, SD 1.84) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.30, mean 4.89, SD 1.92) ตามลำดับ มีคะแนนคุณภาพของการจัดการความปวดอยู่ในระดับต่ำ ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การสื่อสาร 2) การลงมือปฏิบัติ 3) การไว้วางใจ และ 4) สิ่งแวดล้อม **สรุป:** การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาล ดังนั้น เพื่อยกระดับคุณภาพของการพยาบาล ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการเพิ่มคุณภาพของการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมทั้งด้านการสื่อสาร การลงมือปฏิบัติ การไว้วางใจ และสิ่งแวดล้อม **คำสำคัญ:** คุณภาพของการจัดการความปวด, ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

## บทนำ

ความปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain) เป็นปัญหาที่พบบ่อย และสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยในปัจจุบันความปวดได้มีการยอมรับและถือว่าเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (the 5<sup>th</sup> vital sign) ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญในการประเมินผู้ป่วย<sup>1</sup> ดังนั้นการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain management; POPM) จึงถือเป็นส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม<sup>2</sup> ซึ่งในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการผ่าตัด และมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในระดับที่แตกต่างกันไป โดยพบว่าเกือบ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีอาการปวดรุนแรง<sup>2-3</sup> และถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในความรู้เกี่ยวกับกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของการปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด เกล็ดชีวิตา และการพัฒนาทางเทคโนโลยี ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวด (pain management)<sup>4</sup> ทั้งในระยะระหว่าง และภายหลังการผ่าตัด แต่ยังคงพบว่าร้อยละ 30 – 75% ของผู้ป่วยมีอาการปวดอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับรุนแรง

เป้าหมายของการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นการปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) ได้แก่ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งเสริมการหายของแผล ป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากการให้ยาลดปวด ป้องกันการเกิดการปวดแบบเฉียบพลันกลายเป็นปวดเรื้อรัง (chronic pain) และลดความถี่และความรุนแรงของอาการปวด<sup>5</sup>

การผ่าตัดกระดูกสันหลัง (spinal surgery) ประกอบด้วย การผ่าตัดยกกระดูกงูลามินาออก (laminectomies) การผ่าตัดนำหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออก (discectomies) การผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง (spinal fusions) การผ่าตัดเพื่อใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสันหลัง (instrumentations) การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะกระดูกสันหลังคด (scoliosis corrections) และการผ่าตัดเนื้องอกไขสันหลัง (spinal cord tumor excision) โดยการผ่าตัดดังกล่าวต้องมีการผ่าตัดผ่านชั้นผิวหนัง ชั้นใต้ผิวหนัง กระดูก เอ็นยึดกระดูกต่าง ๆ ซึ่งการผ่าตัดบริเวณกระดูก และเยื่อหุ้มกระดูกเป็นบริเวณที่ไวต่อความเจ็บปวดมากที่สุดจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง และอาจพบได้นานถึง 3 วันหลังผ่าตัด<sup>6</sup> และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของรวมของผู้ป่วย คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>7</sup> นอกจากนี้ อาการปวดยังส่งผลให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เกิดการหลั่งสารเคมีต่าง ๆ ที่เป็นปฏิกิริยาของการอักเสบ ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดทำให้เกิดความเจ็บปวด เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อปวดเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนียวล้า การเคลื่อนไหวลดลง ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย การไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำลดลงเกิดการตกตะกอนเป็นลิ่มของเลือดดำ เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และอาจเกิดภาวะที่ลิ่มเลือดหลุดลอยไปตามกระแสเลือด ไปอุดตันที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด เป็นต้น<sup>8-10</sup> ดังนั้นหากมีการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากร่างกายตอบสนองต่อความปวดที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็วขึ้น รวมทั้งสามารถช่วยป้องกันการเกิดอาการปวดเรื้อรังได้

นอกจากนี้การจัดการความเจ็บปวดถือเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของมาตรฐานการรับรองด้านสุขภาพและคุณภาพในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญต่อคุณภาพการดูแล และจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยการเข้าใจเกี่ยวกับสรีรวิทยา พฤติกรรมและอารมณ์ที่บ่งชี้ถึงอาการ และอาการแสดงของความเจ็บปวด รวมถึงการประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด ซึ่งควรถูกบันทึกเป็น “สัญญาณชีพที่ 5” มีการบันทึกความเจ็บปวด มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งที่ใช่ยา และไม่ใช่ยา (pharmacological and non-pharmacological approaches) โดยการจัดการความเจ็บปวดถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพของการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (quality of healthcare services) โดยคุณภาพของการจัดการความปวด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสื่อสาร (communication) เป็นการมุ่งเน้นให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวด 2) การลงมือปฏิบัติ (action) เป็นการมุ่งค้นหา และรักษาอาการปวดหลังผ่าตัด และการดำเนินการให้การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด 3) การไว้วางใจ (trust) หมายความว่าผู้ป่วยควรรู้สึกที่อยากจะมีส่วนร่วมในความดูแลของตนเอง และเจ้าหน้าที่เชื่อ และยอมรับเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วย และ 4) สิ่งแวดล้อม (environment) ได้แก่ ท่อผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวก และอุปกรณ์สนับสนุนอื่น ๆ ในการเอื้อต่อการจัดการความปวด และสิ่งแวดล้อมที่เสียบบ<sup>11-12</sup>

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ให้บริการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดทางระบบประสาท และไขสันหลัง เฉลี่ยปีละประมาณ 400 ราย ซึ่งคิดเป็นผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง และไขสันหลัง ประมาณ 150 ราย (ร้อยละ 37.5) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับประเภทของการผ่าตัด และดุลยพินิจของของศัลยแพทย์ รวมถึงวิสัญญีแพทย์ ได้แก่ การให้ยาเป็นครั้ง ๆ เมื่อมีการร้องขอ การให้ยาตามเวลา และการใช้เครื่องระงับปวดด้วยตนเอง (patient control analgesia; PCA) ซึ่งวิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่าง และหลังผ่าตัด รวมถึงการประเมินอาการปวดผลหลังผ่าตัด โดยที่ผ่านมามีการประเมินอาการปวดผลหลังผ่าตัด ได้แก่ การประเมินระดับความปวด การได้รับยาระงับปวด ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ และถึงแม้ว่าภาพรวม ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ แต่การประเมินเหล่านี้ยัง

ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการจัดการความปวดที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์อาการปวดแผล และคุณภาพของการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแล และจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์อาการปวด และคุณภาพของการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังทุกราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2565 ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ อายุมากกว่า หรือเท่ากับ 18 ปี อยู่ในโรงพยาบาลหลังผ่าตัดอย่างน้อย 3 วัน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ไม่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอ่อนแรงครึ่งล่างของร่างกาย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เช่น อายุ เพศ การมีโรคประจำตัว การผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัด และการได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัด เป็นต้น

2) แบบประเมินคุณภาพของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (Strategic and Clinical Quality Indicators Postoperative Pain; SCQIPP) ของ Idvall และ Ehrenberg<sup>12</sup> ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้ และแปลแบบสอบถามดังกล่าวตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรมของสัจจิตรา เทียนสวัสดิ์<sup>13</sup> และได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI 0.89 และได้มีการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.75 แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 14 ข้อ จาก 4 องค์ประกอบ คือ การสื่อสาร การลงมือปฏิบัติ การไว้วางใจ และสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert-type scale 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 14 - 70 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยพึงพอใจต่อคุณภาพในการจัดการความปวด ทั้งนี้จากผลการศึกษาของ Idvall และคณะ ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าเครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยพยาบาลที่มีความชำนาญเกี่ยวกับการจัดการความปวด และการดูแลผู้ป่วยในคลินิก ที่มีมติว่ากิจกรรมเหล่านี้มีความเป็นไปได้ สามารถปฏิบัติได้จริง และเป็นคุณภาพในการจัดการความปวด และจากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.5 คะแนน ดังนั้นจึงมีข้อสรุปว่า ระดับของคุณภาพในการจัดการความปวดที่มีคุณภาพสูงต้องมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4.5 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ย 4 - 4.5 หมายถึง คุณภาพในการจัดการความปวดอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และถ้าคะแนนน้อย

กว่า 4 หมายถึง คุณภาพในการจัดการความปวดอยู่ในระดับต่ำ<sup>14</sup>

3) แบบประเมินระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยใช้ Numeric rating scale (NRS) คือการใช้ตัวเลข ตั้งแต่ 0 - 10 ช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึงปวดมากที่สุด และสามารถแบ่งเป็นระดับของการปวดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปวดเล็กน้อย (mild pain = 1 - 3.50 คะแนน) ปวดปานกลาง (moderate pain = 3.51 - 6.50 คะแนน) และปวดรุนแรง (severe pain = 6.51 - 10.00 คะแนน)

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (เลขที่ EC019/64) เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม 2564 และทีมผู้วิจัยได้ทำการพินิจสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในรายละเอียดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ณ เวลาใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษา หรือการมารับบริการ รวมทั้งได้มีการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ - สกุล และผลการวิจัยได้รายงานเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผล

### ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

กลุ่มอย่างทั้งหมด 135 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.50) และอายุมากกว่า 60 ปี (อายุเฉลี่ย 59.84 ปี) ร้อยละ 37.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาจบระดับระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30.40) เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีสถานสมรสคู่ ส่วนใหญ่เข้ารับการผ่าตัดด้วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวและอกเสื่อม (ร้อยละ 59.26) รองลงมาเป็นโรคกระดูกสันหลังส่วนคอ (ร้อยละ 35.56) มากกว่าร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบได้มากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 45.90, 21.50 และ 15.60 ตามลำดับ) เกือบร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัด 1 - 3 ระดับของกระดูกสันหลัง เป็นการผ่าตัดใส่โลหะ ร้อยละ 65.19 ส่วนใหญ่ใส่โลหะ 2 - 3 ระดับ รองลงมา 1 ระดับ (ร้อยละ 47.41 และ 14.07 ตามลำดับ) ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 277.81 นาที (ร้อยละ 50 ใช้เวลาผ่าตัด 121 - 240 นาที รองลงมาใช้เวลา 241 - 260 นาที (ร้อยละ 28.15) เกือบทั้งหมดได้รับยา morphine ในระหว่างผ่าตัด รองลงมา คือ dynastat และ fentanyl (ร้อยละ 97.00, 15.60 และ 3.00 ตามลำดับ) มากกว่าครึ่งมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน (ร้อยละ 60.70) เกือบทั้งหมดได้รับคำแนะนำ/สอนเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัดก่อนการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 96.30 และ 97.80 ตามลำดับ) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการความปวดด้วยการระงับปวดด้วยตนเอง (PCA) และยาที่ได้รับเพื่อบรรเทาปวดหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ คือ Morphine ทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 79.30) รองลงมา คือ ยาในกลุ่ม NSAID (ร้อยละ 37.00) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	56	41.50
หญิง	79	58.50
<b>อายุ (ปี) (mean 59.84, SD 9.79, min-max 30 – 80)</b>		
30 – 50 ปี	23	17.00
51 – 60 ปี	43	31.90
> 60 ปี	69	51.10
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	4	3.00
ระดับประถมศึกษา	50	37.00
ระดับมัธยมศึกษา	41	30.40
ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	3	2.20
ระดับปริญญาตรี	34	25.20
ระดับปริญญาโท หรือสูงกว่า	3	2.20
<b>สถาบันสภาพสมรส</b>		
โสด	5	3.70
สมรส	124	91.90
หย่า	6	4.40
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
Degenerative cervical spine disease	48	35.56
Degenerative lumbar-thoracic spine disease	80	59.26
Non-degenerative cervical spine disease	2	1.48
Non-degenerative lumbar-thoracic spine disease	5	3.70
<b>โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ไม่มี	39	28.90
มี	96	71.10
Hypertension	62	45.90
Diabetes mellitus	29	21.50
Dyslipidemia	21	15.60
Heart disease	5	3.70
Other diseases	17	12.60
<b>ระดับของการผ่าตัด</b>		
0 – 1 level	52	38.50
2 – 3 level	72	53.30
4 – 5 level	8	5.93
> 5 level	3	2.22

**ตารางที่ 1** แสดงข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>การใส่โลหะตามกระดูก</b>		
ไม่ใส่	47	34.81
ใส่	88	65.19
1 level	19	14.07
2 – 3 level	64	47.41
4 – 5 level	4	2.96
> 5 level	1	0.74
<b>ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที) (mean 277.81, SD 138.82, min – max 110 – 730)</b>		
0 – 120 นาที	3	2.22
121 – 240 นาที	67	49.63
241 – 260 นาที	38	28.15
361 – 480 นาที	12	8.89
481 – 600 นาที	10	7.41
> 600 นาที	5	3.70
<b>ยาแก้ปวดที่ได้รับระหว่างผ่าตัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
Morphine	131	97.00
Fentanyl	4	3.00
Dynastat	21	15.60
Other drugs	7	5.20
<b>ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด</b>		
ไม่เคย	53	39.30
เคย	82	60.70
<b>การได้รับคำแนะนำ/สอนเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด</b>		
ไม่เคย	5	3.70
เคย	130	96.30
<b>การได้รับคำแนะนำ/สอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด</b>		
ไม่เคย	3	2.20
เคย	132	97.80
<b>ประเภทของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ตามร้องขอ (prn.) IV.	50	37.00
ตามร้องขอ (prn.) IM.	5	3.70
ตามร้องขอ (prn.) Oral.	14	10.40
PCA	102	75.60

DLP = Dyslipidemia, PCA = Patient Control Analgesia

ตารางที่ 2 แสดงอุบัติการณ์ความปวดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

คะแนนความปวด	ปวดมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด		ปวดน้อยที่สุด ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด		ปวดมากที่สุด ใน 48 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด		ปวดน้อยที่สุด ใน 48 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด		ปวดมากที่สุด ใน 72 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด		ปวดน้อยที่สุด ใน 72 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	0 คะแนน	0	0.00	1	0.74	0	0.00	4	2.96	1	0.74	8
1 – 3 คะแนน	8	5.93	43	31.85	14	10.37	57	42.22	31	22.96	82	60.74
4 – 6 คะแนน	40	29.63	65	48.15	61	45.19	67	49.63	76	56.30	43	31.85
7 – 10 คะแนน	87	64.44	26	19.26	60	44.44	7	5.19	27	20.00	2	1.48
Mean ± SD	7.13 ± 1.99		4.67 ± 2.00		5.96 ± 1.84		3.88/ 1.77		4.89 ± 1.92		2.96 ± 1.56	
Min – max	2 – 10		0 – 9		1 – 10		0 – 8		0 – 10		0 – 7	

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดเฉลี่ยมากที่สุด ในช่วง 7-10 คะแนน ในขณะที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (mean 7.13, SD 1.99) และคะแนนความปวดจะลดลงใน 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (mean 5.96, SD 1.84 และ 4.89, SD 1.92 ตามลำดับ) โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ร้อยละ 64.44 ของผู้ป่วยมีคะแนนปวดมากที่สุดอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน ในขณะที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนมากมีคะแนนปวดสูงสุดอยู่ในช่วง 4-6 และ 7-10 คะแนน (ร้อยละ 45.19 และ 44.44 ตามลำดับ) และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน

ตารางที่ 3 ระดับของคุณภาพในการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Items	Mean ± SD	Range	ระดับคุณภาพ
<b>Subscale 1. Communication</b>	<b>11.21 ± 1.56</b>	<b>8 – 15</b>	<b>Low</b>
1. ก่อนการผ่าตัด ฉันได้รับการอธิบายเกี่ยวกับชนิดของการรักษาอาการปวดที่ฉันควรจะได้รับภายหลังการผ่าตัด	3.87 ± 0.72	1 – 5	Low
11. พยาบาลที่ปฏิบัติงานทราบ “ทุกอย่าง” เกี่ยวกับอาการปวด และการรักษาที่ฉันได้รับ	3.58 ± 0.58	2 – 5	Low
14. พยาบาล และแพทย์ได้ร่วมมือกันในการรักษาอาการปวดของฉัน	3.76 ± 0.64	2 – 5	Low
<b>Subscale 2. Action</b>	<b>14.36 ± 2.29</b>	<b>7 – 20</b>	<b>Low</b>
2. ภายหลังการผ่าตัด ฉันได้คุยกับพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการที่ฉันต้องการในการรักษาอาการปวด	3.64 ± 0.73	1 – 5	Low
3. ฉันได้รับการสนับสนุน หรือช่วยเหลือในการจัดทำอันดับความสบายตนเพียงเพื่อช่วยหลีกเลี่ยงอาการปวดแผล	3.54 ± 0.68	1 – 5	Low
6. ได้มีเจ้าหน้าที่ถามฉันเกี่ยวกับอาการปวดแผลขณะที่ฉันหายใจลึก ๆ ลูกนั่ง หรือมีการพลิกตะแคงตัว	3.46 ± 0.71	2 – 5	Low
7. ได้มีเจ้าหน้าที่มาประเมินระดับความเจ็บปวดของฉัน โดยให้ฉันเลือกตัวเลข 1 ตัว ระหว่าง 0 – 10 (หรือทำเครื่องหมายบนเส้นตรง) อย่างน้อย 1 ครั้ง ในทุกเช้า เที่ยง และตอนเย็น	3.72 ± 0.78	1 – 5	Low

**ตารางที่ 3** ระดับของคุณภาพในการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง (ต่อ)

Items	Mean ± SD	Range	ระดับคุณภาพ
<b>Subscale 3. Trust</b>	<b>14.35 ± 2.16</b>	<b>10 – 20</b>	<b>Low</b>
5. ฉันได้รับยาระงับปวดเสมอ ถึงแม้ว่าฉันไม่ได้ร้องขอ	3.61 ± 0.70	2 – 5	Low
8. พยาบาลได้ช่วยในการจัดการกับความเจ็บปวดของฉันจนฉันรู้สึกพึงพอใจกับผลลัพธ์ของการบรรเทาอาการปวด	3.50 ± 0.69	1 – 5	Low
12. พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการปวดของฉัน	3.60 ± 0.61	2 – 5	Low
13. พยาบาลเชื่อฉันเมื่อฉันบอกเกี่ยวกับความปวดของฉัน	3.64 ± 0.60	3 – 5	Low
<b>Subscale 4. Environment</b>	<b>10.90 ± 1.63</b>	<b>8 – 15</b>	<b>Low</b>
4. ฉันได้มีพื้นที่พักที่สงบ และเงียบเพื่อช่วยให้ฉันสามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน	3.59 ± 0.68	2 – 5	Low
9. ฉันมีห้องพักที่หน้าพึงพอใจ	3.70 ± 0.64	3 – 5	Low
10. มีพยาบาลปฏิบัติงานอย่างเพียงพอในการช่วยตอบสนองต่ออาการปวดของฉันอย่างรวดเร็ว เมื่อฉันร้องขอ	3.61 ± 0.67	2 – 5	Low
<b>คุณภาพในการจัดการกับอาการปวดโดยรวม</b>	<b>50.82 ± 6.91</b>	<b>37 – 70</b>	<b>Low</b>

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพในการจัดการกับอาการปวดหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยรวม (mean 50.82, SD 6.91) และรายด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร (mean 11.21, SD 1.56) การลงมือปฏิบัติ (mean 14.36, SD 2.29) การไว้วางใจ (mean 14.35, SD 2.16) และสิ่งแวดล้อม (mean 10.90, SD 1.63) อยู่ในระดับต่ำ

## วิจารณ์

ผลการศึกษานี้ พบอุบัติการณ์ของอาการปวดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง ร้อยละ 94.18 ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.74 และระดับรุนแรง ร้อยละ 64.44) ร้อยละ 89.63 ในระยะ 48 (ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.19 และระดับรุนแรง ร้อยละ 44.44) และร้อยละ 76.30 ในระยะ 72 ชั่วโมง (ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.30 และระดับรุนแรง ร้อยละ 20.00) โดยพบได้สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง เช่น การศึกษาของ Murray และ Retief<sup>5</sup> ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช การผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดกระดูก และไขสันหลัง โดยพบอุบัติการณ์ปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 62 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ndebea และคณะ<sup>16</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป และผ่าตัดกระดูก พบอุบัติการณ์ร้อยละ 72.6 และ 57.7 ใน 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ในขณะที่การศึกษาของ Mwaka และทีม<sup>17</sup> พบอุบัติการณ์ปวดแผลหลังผ่าตัดใน 24 และ 48 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 13 และ 11.7 ตามลำดับ โดยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป ผู้ป่วย

ผ่าตัดตา หูคอ และจมูก เป็นต้น ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ความรุนแรงของอาการปวดแผลหลังผ่าตัดมีได้หลากหลาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่ออาการปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ ชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) มีระดับความปวดมากกว่าการได้รับความระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน (regional anesthesia) และประเภทของการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดกระดูกสันหลังซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการปวดแผล<sup>18</sup> โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งการผ่าตัดดังกล่าวเป็นการผ่าตัดผ่านชั้นผิวหนัง ชั้นใต้ผิวหนัง กระดูก เอ็นยึดกระดูกต่าง ๆ ซึ่งการผ่าตัดบริเวณกระดูก และเยื่อหุ้มกระดูกเป็นบริเวณที่ไวต่อความเจ็บปวดมากที่สุดจึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง และมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น<sup>6,18</sup> สำหรับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของอาการปวดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังพบว่า มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 30 - 64 ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด<sup>19,20</sup> ร้อยละ 39 และ 30 ใน 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด<sup>20</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาเหล่านี้มีรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่เป็นระบบชัดเจน (pain protocol) และมีการให้บริการระงับปวดจากคลินิกการระงับปวด (pain clinic services) ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ ทำให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพ<sup>16</sup> อีกทั้งวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกัน อาจส่งผลทำให้ระดับความปวดที่ประเมินได้แตกต่างกัน เช่น การสอบถามระดับความปวดขณะที่ผู้ป่วยพัก หรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังมีการเคลื่อนไหว ขณะที่มีการเปลี่ยนท่า หรือการทำการกายภาพบำบัด เป็นต้น<sup>18</sup>

คุณภาพของการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ อยู่ในระดับต่ำ ทั้งคุณภาพการจัดการความปวดโดยรวม รายด้าน และรายข้อ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการความปวดที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการจัดการที่เป็นระบบชัดเจน การพิจารณาให้การระงับปวดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ หรือวิสัญญีแพทย์ ขาดการร่วมวางแผนในการระงับปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดระหว่างศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา<sup>21</sup> ที่พบว่า คุณภาพการจัดการความปวดอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากกิจกรรมการจัดการความปวดมีความหลากหลาย และไม่มีรูปแบบการจัดการความปวดที่ชัดเจน ดังนั้น ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการจัดทำแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่เป็นมาตรฐาน และควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด<sup>16, 21, 22</sup>

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการสื่อสาร การลงมือปฏิบัติ การไว้วางใจ และด้านสิ่งแวดล้อม โดยด้านการสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับชนิดของการรักษาอาการปวดที่ผู้ป่วยจะได้รับภายหลังการผ่าตัด รวมถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกันกับแพทย์<sup>12</sup> โดยผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจะได้รับคำแนะนำหรือสอนเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด แต่ผู้ป่วยยังมองว่าคุณภาพการจัดการกับความปวดด้านการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการผ่าตัด และการความปวดจากพยาบาล แต่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อจัดการกับความปวดของตนเอง<sup>22</sup> การให้ข้อมูลกลไกความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวด เป็นการเพิ่มการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเป็นการเตรียมความพร้อม สำหรับผู้ป่วยในการเผชิญกับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ คลายความวิตกกังวล คลายความเครียด<sup>8</sup> คุณภาพการจัดการความปวดด้านการลงมือปฏิบัติ เป็นคันทาอาการ อาการแสดง และปัจจัยส่งเสริมต่ออาการปวด รวมถึงการลงมือปฏิบัติให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ก่อน และหลังผ่าตัด<sup>12</sup> โดยผลการศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพการจัดการความปวดอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Idvall และ Berg ที่ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลขาดการประเมินอาการปวดที่เป็นระบบ ไม่มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดกับผู้ป่วยทุกราย และถึงแม้ว่าพยาบาลจะอธิบายว่าได้มีการประเมินความปวดโดยการสอบถามผู้ป่วยเป็นประจำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลได้ตระหนักเห็นความสำคัญในการประเมินผู้ป่วย แต่ยังมีสาเหตุ

อื่นที่ทำให้ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทาง<sup>23</sup> ในขณะที่พยาบาลมองว่าการได้รับการจัดการกับความปวดด้วยยาน่าจะเพียงพอแล้ว จึงไม่ได้มีการช่วยดูแลจัดการความปวดด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยา<sup>22</sup> คุณภาพการจัดการความปวดด้านการไว้วางใจ เป็นการปฏิบัติของพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ การพิทักษ์สิทธิ์ เชื่อ และไว้วางใจคำบอกเล่าของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความรู้ สมรรถนะ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการจัดการความปวด<sup>12</sup> โดยผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ได้รับยาระงับปวดทันทีเมื่อมีการร้องขอ หรือพยาบาลไม่เชื่อเมื่อผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับอาการปวด ดังนั้น ผู้ป่วยจึงประเมินคุณภาพการจัดการความปวดด้านการไว้วางใจอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งพยาบาลถือเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาท หน้าที่ในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด<sup>24</sup> ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความตระหนัก มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ<sup>23</sup> อีกทั้งควรส่งเสริมให้พยาบาลยอมรับเกี่ยวกับอาการปวดที่ผู้ป่วยบอก เพราะอาการปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นข้อมูลที่ได้อาจจากการบอกกล่าวของผู้ป่วยเอง<sup>24</sup> สำหรับคุณภาพการจัดการความปวดด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการส่งเสริมความเป็นส่วนตัวให้แก่ผู้ป่วย ทั้งในเรื่องสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ<sup>12</sup> ผลการศึกษาครั้งนี้คุณภาพการจัดการความปวดยังอยู่ในระดับต่ำ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ภายใน 24 ชั่วโมงแรก จะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยรวม เพื่อให้การสังเกตอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด อาจทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว ความเจ็บปวด และความสะดวกสบายต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการประเมินคุณภาพของการจัดการความปวดของผู้ป่วย เพราะสิ่งแวดล้อม หรือบรรยากาศที่ไม่เงียบสงบ ไม่มีความรู้สึกเป็นส่วนตัว ส่งผลรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปวดมากยิ่งขึ้น<sup>25</sup>

## สรุป

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการปฏิบัติงานของพยาบาล ดังนั้น เพื่อยกระดับคุณภาพของการจัดการความปวด เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการ รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากอาการปวดผลหลังผ่าตัด พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติในการเพิ่มคุณภาพของการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมทั้งด้านการปฏิบัติการทางการพยาบาล การจัดการความปวด และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. Chicago: American Pain Society; 1999.
2. Meissner W, Huygen F, Neugebauer EAM, Osterbrink J, Benhamou D, Betteridge N, et al. Management of acute pain in the postoperative setting: the importance of quality indicators. *Curr Med Res Opin* 2018;34(1):187-96.
3. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin* 2014;30(1):149-60.
4. Buvanendran A, Fiala J, Patel KA, Golden AD, Moric M, Kroin JS. The Incidence and severity of postoperative pain following inpatient surgery. *Pain Med* 2015;16(12):2277-83.
5. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, Huygen F, Morlion B, Neugebauer E, et al. Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Curr Med Res Opin* 2015;31(11):2131-43
6. Bajwa SJ, Haldar R. Pain management following spinal surgeries: An appraisal of the available options. *J Craniovertebr Junction Spine* 2015;6(3):105-10.
7. Sirikunsathean P, Kaewkam W. Development of perioperative nursing guideline for prevention of retained surgical items, Rajavithi hospital. *JHS* 2017;26(1):129-37.
8. Chumpung K, Manit A. Development of pain management model for patients undergoing lumbar surgery at King Narai Hospital. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs* 2017;29(1):42-57.
9. Im-erb P, Kongchoom W, Rimsueb K. The effects of music therapy on post-operative pain. *NJPH* 2013;23(3):53-62.
10. Pogatzki-Zahn EM, Segelcke D, Schug SA. Postoperative pain-from mechanisms to treatment. *Pain Rep* 2017;2(2):e588.
11. Devlin NJ, Appleby J. Getting the most out of PROMS. Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making. London: The King's Fund; 2010.
12. Idvall E, Hamrin E, Unosson M. Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. *J Adv Nurs* 2002;37(6):532-40.
13. Tiansawad S. Instrument Development for Nursing Research. Chiang Mai: Siampimnana; 2019.
14. Idvall E, Hamrin E, Sjöström B, Unosson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Qual Saf Health Care* 2002;11(4):327-34.
15. Murray AA, Retief FW. Acute postoperative pain in 1231 patients at a developing country referral hospital: incidence and risk factors. *South Afr J Anaesth Analg* 2016;22(1):19-24.
16. Ndebea AS, van den Heuvel SAS, Temu R, Kaino MM, van Boekel RLM, Steegers MAH. Prevalence and risk factors for acute postoperative pain after elective orthopedic and general surgery at a tertiary referral hospital in Tanzania. *J Pain Res* 2020;13:3005-3011.
17. Mwaka G, Thikra S, Mung'ayi V. The prevalence of postoperative pain in the first 48 hours following day surgery at a tertiary hospital in Nairobi. *Afr Health Sci* 2013;13(3):768-76.
18. Mwashambwa MY, Yongolo IM, Kapalata SN, Meremo AJ. Post-operative pain prevalence, predictors, management practices and satisfaction among operated cases at a Regional Referral Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzan J Health Res* 2018;20(2):1-8.
19. Dej-arkom S, Piriypatsom A, Chinachote T, Hengsawad K. Incidence of Moderate to Severe Postoperative Pain in Orthopedic Patients Undergoing Spine Surgery. *Thai J Anesthesiol* 2013;39(1):15-24.
20. Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW, et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesthesiol* 2008; 25(4):267-74.
21. Tamer LK, Dağ GS. The assessment of pain and the quality of postoperative pain management in surgical patients. *Sage Open* 2020;10(2):2158244020924377.
22. Sinmaz T, Akansel N. Experience of pain and satisfaction with pain management in patients after a lumbar disc herniation surgery. *J Perianesth Nurs* 2021;36(6):647-55.
23. Idvall E, Berg A. Patient assessment of postoperative pain management-orthopaedic patients compared to other surgical patients. *J. Orthop. Nurs.* 2008;12(1):35-40.
24. Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Mędrzycka-Dąbrowska W, Terech-Skóra S, Kobylarz A, Książek J. Assessment of the quality of nursing care of postoperative pain in patients undergoing vascular procedures. *J Perianesth Nurs* 2020; 35(5):484-90.
25. Magidy M, Warrén-Stomberg M, Bjerså K. Assessment of post-operative pain management among acutely and electively admitted patients - a Swedish ward perspective. *J Eval Clin Pract* 2016;22(2):283-9.