ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วราพร เรืองสวัสดิ์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย เครื่องมือวิจัยคือโปรแกรมการจัดการความปวดที่พัฒนาจากแนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ประกอบด้วยการประเมินระดับความปวด การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรง การพยาบาลขณะจัดการความปวด และการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง .90 แบบบันทึกการจัดการความปวดและแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และ.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบสมมติฐานด้วย Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= .031) ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรม การจัดการความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.33, SD.= .39) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ โปรแกรมสามารถช่วยจัดการความปวดหลังผ่าตัด (Mean=4.80, SD.= .41) และการใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี (Mean=4.73, SD.= .46) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสะดวกและรวดเร็วในการประเมินอาการปวด (Mean=3.86, SD.= .35) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพในการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และได้รับความพึงพอใจในระดับมากจากพยาบาลผู้ใช้โปรแกรม

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการความปวด, ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม, การผ่าตัดช่องท้อง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waraphon5924@gmail.com)
วันที่รับ 5 ส.ค. 2568, วันที่แก้ไขเสร็จ 25 พ.ย. 2568, วันที่ตอบรับ 1 ธ.ค. 2568

The Effects of Pain Management Program on Pain among Surgical Critically Ill Patients undergoing Abdominal Surgery, Surgical Intensive Care Unit, Surat Thani Hospital

Waraphon Rueangsawat
Surat Thani Hospital

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare mean pain scores at 72 hours post-abdominal surgery between critically ill surgical patients receiving a structured pain management program (experimental group) and those receiving routine nursing care (control group). A secondary objective was to evaluate nurses' satisfaction with the program's implementation. The sample consisted of 44 critically ill surgical patients admitted to the Surgical Intensive Care Unit (SICU) at Surat Thani Hospital, divided equally into an experimental group (n=22) and a control group (n=22). The research instrument was a pain management program developed based on the acute postoperative pain guidelines from the Royal College of Anesthesiologists of Thailand and the Thai Association for the Study of Pain. The program included systematic pain assessment, management based on pain severity, concurrent nursing care, and post-intervention reassessment (IOC .90). Other tools included a pain management record form and a nurse satisfaction questionnaire, with Cronbach's alpha reliability coefficients of .86 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U Test.

The results revealed that the mean pain score at 72 hours post-abdominal surgery was significantly lower in the experimental group than in the control group (P-value= .031). Nurses' overall satisfaction with the program was high (Mean=4.33, SD.= .39). The highest-rated aspects were that the program helped manage postoperative pain (Mean=4.80, SD.= .41) and effectively relieved pain (Mean=4.73, SD.= .46). The lowest-rated aspect was the convenience and speed of the equipment used for pain assessment (Mean=3.86, SD.= .35). These findings indicate that the structured pain management program is effective in reducing postoperative abdominal pain in critically ill surgical patients and was met with a high level of satisfaction by the implementing nurses.

Keywords: Pain Management Program, Surgical Critically Ill Patients, Abdominal Surgery

Corresponding E-mail: waraphon5924@gmail.com
Received: August 5, 2025; Revised: November 25, 2025; Accepted: December 1, 2025

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal Surgery) เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมเพื่อสำรวจหรือรักษาพยาธิสภาพภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ หรือกระเพาะอาหาร โดยแบ่งเป็น 2 วิธีหลัก ได้แก่ การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Conventional Surgery) หรือการผ่าตัดแบบเปิด (Open Abdominal Surgery/ Exploratory Laparotomy) และการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic Surgery) ซึ่งมีข้อดีคือแผลเล็ก เสียเลือดน้อย และปวดแผลน้อยกว่า (Somchock White, Chularee, & Chiaranai, 2020) อย่างไรก็ตามในบริบทของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดยังคงถูกใช้เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บรุนแรง หรือมีพยาธิสภาพในช่องท้องที่ซับซ้อนและต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน (Royal College of Anesthesiologists of Thailand in Collaboration with The Thai Association for the Study of Pain, 2019) การผ่าตัดใหญ่นี้สร้างความกังวลแก่ผู้ป่วยและมักใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (Surgical Intensive Care Unit: SICU) ปัญหาทางคลินิกที่สำคัญที่สุดและส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความปวดหลังผ่าตัด (Postoperative Pain) ซึ่งมักมีความรุนแรงสูง โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก (Kaewpia, Pakanta, & Khamboon, 2023) รายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยยังคงมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงสูงถึงร้อยละ 88 โดยปวดมากในวันแรกร้อยละ 95 (Sawangchai, Ngamkham, 2017) ความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ, เพศ, ทัศนคติ) ปัจจัยการผ่าตัด (ตำแหน่ง, ชนิด, ระยะเวลา) (Yuvanich, Chatchamni, & Latthitanatham, 2021) และความปวดจากการปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ (การใส่ท่อช่วยหายใจ, การพลิกตัว, การดูดเสมหะ, การทำแผล) ความปวดที่รุนแรงนี้จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางจิตใจ ความปวดก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว และซึมเศร้า ซึ่งอารมณ์เหล่านี้ยิ่งเสริมให้ความปวดรุนแรงขึ้น (Kanokkarnjana, Chiwiboontham, & Sri-on, 2022) ส่วนผลกระทบทางกายประกอบด้วยการกดระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้แผลหายช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) ส่งผลให้การฟื้นตัวล่าช้า อาจกลายเป็นความปวดเรื้อรัง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว นอกจากนี้ ยังเพิ่มอัตราการตาย ยืดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และเพิ่มจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ความท้าทายที่ซับซ้อนที่สุดในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต คือ ผู้ป่วยมักไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้ (Non-Verbal) เนื่องจากการใช้ยาระงับความรู้สึก (Sedation) หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) หากความปวดไม่ได้รับการประเมินและจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ จะคุกคามต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องตระหนักและมีความสามารถในการจัดการความปวดเชิงรุก จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า การมีแนวปฏิบัติ (Guideline) หรือโปรแกรมการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดระดับความปวดและส่งผลดีต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้จริง เช่น การใช้โปรแกรมบริหารจิตแบบชี่กง (Puakya, Thanaslip, 2013) หรือการจัดการอาการปวดร่วมกับการฟังดนตรี (Ochum, 2006) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้

การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (Erchookait, Kongyut, 2025)

หออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด จากสถิติปีงบประมาณ 2566-2568 พบผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 21, 27 และ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 35, 46.55 และ 48.84 ของผู้ป่วยทั้งหมดตามลำดับ (Department of Medical Records and Statistics, Surat Thani Hospital, 2024) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน แม้หอผู้ป่วยจะได้นำเครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐานสากลมาใช้ คือ Numeric Rating Scale (NRS) สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารได้ และ Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ Critical-Care Pain Observation Tool - CPOT สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ และมีการจัดการความปวดโดยใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) โดยมีเป้าหมาย NRS < 3 คะแนนร่วมกับการประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation Score - SAS) และการดูแลแบบไม่ใช้ยา (การจัดท่า, การจัดสิ่งแวดล้อม) อย่างไรก็ตามแม้จะมีความพยายามในการจัดการความปวดและมีเครื่องมือที่เหมาะสม ยังพบว่าในทางปฏิบัติยังมีแนวปฏิบัติที่มีอยู่ยังหลากหลาย ขาดความต่อเนื่องในการประเมินและบันทึกผล ทำให้การจัดการความปวดไม่ทันท่วงที หรือไม่สามารถตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง อันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ตระหนักถึงปัญหานี้ จึงสนใจพัฒนา โปรแกรมการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวคิด Clinical Guidance for Acute Pain Management ซึ่งเน้นการประเมินและรักษาความปวดเฉพาะราย โดยมีหลักการสำคัญ ได้แก่ การระงับปวดแบบหลายกลไก (Multimodal Analgesia) การระงับปวดเชิงป้องกัน (Preventive Analgesia) และการจัดการความปวดจำเพาะตามประเภทการผ่าตัด (Surgery-Specific Pain Management) โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อควบคุมความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานให้แก่พยาบาล และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด

สมมติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical Guidance for Acute Pain Management) จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทยและดัดแปลง (Adapt) ให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งกล่าวถึงการจัดการความปวด การประเมินและการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด ที่จะส่งผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลง ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด 2) การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด 3) การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด และ 4) การพยาบาลขณะจัดการความปวด ซึ่งพัฒนามาจากการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Jaisit, Nucsutham, & Thadsaeng, 2020) และกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร (Waipurinta, 2017) ดังภาพ

โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง มีองค์ประกอบดังนี้

1. การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด

การพยาบาล

ครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด และประเมินต่อทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก

ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 และประเมินทุกครั้งก่อนและหลังให้ยา หรือ ปรับตามเฉพาะรายบุคคล

**กำหนดการลงบันทึกในฟอร์มปรอทเป็นปากกาสีแดง ตามรอบของการวัดสัญญาณชีพ และจุดไข่ปลาลงมาที่คะแนนการจัดการความปวดที่ลดลงและลงบันทึกใน ICU Record โดยเขียนเป็นตัวเลขอารบิคใช้ปากกาสีน้ำเงิน

2. การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด

NRS ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปหรือ CPOT ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

*กรณีการจัดการความปวดหลังฉีดยาแก้ปวด แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง

ช่วง 1 NRS 0-3 คะแนน หรือ CPOT 0-2 คะแนน

ช่วง 2 NRS 4-6 คะแนน หรือ CPOT 3-5คะแนน

ช่วง 3 NRS ≥7คะแนน หรือ CPOT >5คะแนน

การพยาบาล

1. ฉีดยาตามแผนการรักษา
2. ประเมินความปวดและ Sedation Score หลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที
3. ดูแลประเมินอาการข้างเคียงหลังให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Strong Opioids ได้แก่ การกดศูนย์หายใจ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน คัน ง่วงซึม ถ้ามีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์
4. ติดตามและปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด
5. เสริมยาแก้ปวดกลุ่ม Non-Opioid หรือฉีดยาตามคำสั่ง BTP (Breakthrough Pain) ระหว่าง Dose ตามแผนการรักษา
6. ปฏิบัติตามข้อ 4 และ 5

3. การพยาบาลขณะจัดการความปวด

การพยาบาล

ใช้หลัก10R, ฝึกสอนสาธิตการหายใจ, การไออย่างมีประสิทธิภาพ (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี), การจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ปลอบโยน ให้กำลังใจ ร่วมกับการให้ข้อมูล

4. การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด ได้แก่

4.1 ฉีดยาตามกำหนด, แบบครั้งคราวจนได้ผลระงับปวด

การพยาบาล ประเมินหลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที, 30 นาที, 1ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมง ในรอบการฉีดยาแต่ละครั้ง

4.2 IV Drip Continuously

การพยาบาล ประเมินหลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาทีและ ประเมินทุก 4 ชั่วโมง

⇨

- ระดับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมงของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมจัดการความปวด ฯ

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมจัดการความปวดหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางช่องท้อง (Abdominal Surgery) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และพยาบาลวิชาชีพที่ใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีพยาธิสภาพผิดปกติของอวัยวะภายในช่องท้องจากการได้รับบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางช่องท้อง (Abdominal Surgery) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่าง กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) จากการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) ได้ค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Medium Effect Size) ที่ .60 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทำนาย (Power) ที่ .80 ได้จำนวนกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการวิจัย จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน โดยเก็บข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติให้เสร็จก่อน แล้วเก็บข้อมูลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด ป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ตัวอย่างในการเก็บการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 44 ราย คุณสมบัติที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia อายุ 15 ปีขึ้นไป เข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม มากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 2) ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ภาวะวิกฤตทางระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Distress Syndrome ARDS) ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) น้อยกว่า 90/60 mmHg หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก 2) ภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด (Bleeding) ปริมาณเลือด 500–5,000 มิลลิลิตร (Hypovolemic Shock) หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก 3) ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมก่อน 72 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 13 คน คุณสมบัติที่ กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 2) ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง 3) ยินดีและร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management) จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด 2) การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด 3) การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด และ 4) การพยาบาลขณะจัดการความปวด ซึ่งพัฒนามาจากการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (Jaisit, Nucsutham, & Thadsaeng, 2020) และกระบวนการและผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร (Waipurinta, 2017)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการจัดการความปวด ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่รับเข้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เวลา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาการบันทึก วันเดือนปีหลังผ่าตัด การประเมินก่อนได้รับยาแก้ปวด เวลาที่ให้ การพยาบาลขณะจัดการความปวด เวลาประเมินหลังได้รับยา อาการผิดปกติหลังให้ยา/การพยาบาล และการประเมินหลังได้รับยา

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ โปรแกรมการจัดการความปวดโดยพยาบาลวิชาชีพไอซียูศัลยกรรมที่ใช้โปรแกรมการจัดการความปวดเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และการได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และศัลยแพทย์ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาในโปรแกรมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยกำหนดระดับความคิดเห็น 4 ระดับ ได้แก่ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้ 1 หมายถึง เนื้อหาไม่สอดคล้องกับนิยามเชิง

ปฏิบัติการ 2 หมายถึง เนื้อหาต้องปรับปรุงมากจึงสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ 3 หมายถึง เนื้อหาต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ 4 หมายถึง เนื้อหามีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาทำการแก้ไข มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .90

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการจัดการความปวด และแบบสอบ ถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดฯ (Watthanatanyakarn, Sumdaengrit, & Kanoksuntornrut, 2018) ลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม จำนวน 10 คน โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบบันทึกการจัดการความปวด มีค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ฯ ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง

1. ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำเอกสารเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยหนัก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยประชุมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยประชุมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรมทั้งหมด 13 คนที่เข้าร่วม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลา 5 นาที กระบวนการจัดให้ความรู้ในเรื่องโปรแกรมการจัดการความปวด ฯ ในรูปพาวเวอร์พอยนต์ โดยใช้เวลา 20 นาทีเปิดโอกาสให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ขั้นดำเนินการทดลอง

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม ทำการพยาบาลดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ จำนวน 22 คน และดำเนินเก็บกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด ฯ จำนวน 22 คน รวมในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 44 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 โดยมีขั้นตอนดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1.2 เมื่อได้รับความยินยอม เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่รับเข้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เวลา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีเนื้อหาการบันทึก วันเดือนปีหลังผ่าตัด การประเมินก่อนได้รับยา ยาแก้ปวด เวลาที่ให้ การพยาบาลขณะจัดการความปวดเวลาประเมินหลังได้รับยา อาการผิดปกติหลังให้ยา/การพยาบาล และการประเมินหลังได้รับยา ให้การพยาบาลและประเมินความปวดที่ใช้เป็นข้อตกลงภายในหน่วยงานตามปกติได้แก่ การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ประเมินทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และประเมินทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมง หรือตามการให้ยาระงับปวด อาจจะเป็นทุก 2 ชั่วโมงหรือทุก 4 ชั่วโมงพร้อมประเมิน SAS (Sedation Score) เป็นวิธีการใช้ประเมินระดับความง่วงซึมหลังจากให้ยาแก้ปวดจำพวก Strong opioid พร้อมลงบันทึกใน ICU Record โดยใช้ปากกาสีน้ำเงิน และจุดในฟอร์มปรอทเป็นสีแดง

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา

2.2 เมื่อได้รับความยินยอม เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่รับเข้าหอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม เวลา การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วันที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีเนื้อหาการบันทึก วันเดือนปีหลังผ่าตัด การประเมินก่อนได้รับยา ยาแก้ปวด เวลาที่ให้ การพยาบาลขณะจัดการความปวดเวลาประเมินหลังได้รับยา อาการผิดปกติหลังให้ยา/การพยาบาล และการประเมินหลังได้รับยา ให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีการดำเนินการดังนี้ 1. การประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดการพยาบาลครั้งที่ 1 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด และประเมินต่อทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก ครั้งที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 และประเมินทุกครั้งก่อนและหลังให้ยา หรือ ปรับตามเฉพาะรายบุคคล (กำหนดการลงบันทึกในฟอร์มปรอทเป็นปากกาสีแดง ตามรอบของการวัดสัญญาณชีพ และจุดไข่ปลาลงมาที่คะแนนการจัดการความปวดที่ลดลงและลงบันทึกใน ICU Record โดยเขียนเป็นตัวเลขอารบิกใช้ปากกาสีน้ำเงิน) 2. การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด NRS ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปหรือ CPOT ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป* กรณีการจัดการความปวดหลังฉีดยาแก้ปวดแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 NRS 0-3 คะแนน หรือ CPOT 0-2 คะแนน เป็นการเฝ้าประเมินและติดตามปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด ช่วงที่ 2 NRS 4-6 คะแนน หรือ CPOT 3-5

คะแนน ช่วงที่ 3 NRS ≥7คะแนน หรือ CPOT >5 คะแนน ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ฉีดยาตามแผนการรักษา 2) ประเมินความปวดและ Sedation score หลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที 3) ดูแลประเมินอาการข้างเคียงหลังให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Strong opioids ได้แก่ การกดศูนย์หายใจ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน คัน ง่วงซึม ถ้ามีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ 4) ติดตามและปฏิบัติตามขั้นตอนการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด 5) เสริมยาแก้ปวดกลุ่ม Non-Opioid หรือฉีดยาตามคำสั่ง BTP (Breakthrough Pain) ระหว่าง Dose ตามแผนการรักษา 6) ปฏิบัติตามข้อ 4 และ 5 3. การพยาบาลขณะจัดการความปวด โดยการใช้หลัก 10R, ฝึกสอนสาธิตการหายใจ, การไออย่างมีประสิทธิภาพ (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี), การจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ปลอบโยน ให้กำลังใจ ร่วมกับการให้ข้อมูล 4. การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวด ได้แก่ การฉีดยาตามกำหนด, แบบครั้งคราวจนได้ผลระงับปวดให้ประเมินหลังฉีดยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที, 30 นาที, 1ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมง ในรอบการฉีดยาแต่ละครั้ง และการฉีดยาแก้ปวดทางสายหลอดเลือดดำต่อเนื่อง ให้ประเมินหลังให้ยาทางหลอดเลือดดำ 15 นาที และประเมินทุก 4 ชั่วโมง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยใช้แบบบันทึกประเมินการจัดการความปวด เพื่อนำมาวิเคราะห์

ขั้นประเมินผล

ประเมินการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด แบบบันทึกประเมินการจัดการความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ฯ

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย 2) แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลแบบประเมินโดยผ่าน Google Form มีรายละเอียดดังนี้

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคการรักษา/การผ่าตัดวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่และเวลาได้รับการผ่าตัดและเข้ารักษาตัวที่หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม 2
- แบบประเมินการจัดการความปวดของพยาบาล ประกอบด้วย มีการบันทึกเกี่ยวกับความปวดมีการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด (NRS, CPOT) มีการบันทึกความรุนแรงของความปวดดังนี้ บันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ หลังจากนั้นทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง ประเมินเฉพาะรายบุคคล (ระบุ) ปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเภทของยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ประเมินอาการข้างเคียง

2. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดฯที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และเมื่อทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov - Smirnov Test พบว่าได้เท่ากับ .007 แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นปกติ (*p-value ≤ .05*) ไม่สามารถทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติพารามิเตอร์ได้ จึงใช้สถิติที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 151/67 ลงวันที่ 7 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=22)	กลุ่มทดลอง (n=22)	χ^2	*p-value**
เพศ				
ชาย	19	14	3.030	.082*
หญิง	3	8		
อายุ (ปี)				
60 ปีขึ้นไป	15	13	0.429	.807*
40-59 ปี	6	8		
18-39 ปี	1	1		
ชนิดการผ่าตัด				
Exploratory Laparotomy (Trauma)	0	0		
Exploratory Laparotomy (Non-trauma)	22	22	-	-
ระยะเวลาของการผ่าตัด(เฉลี่ย) (นาที)	166.59	147.55	0.835	.409*
เครื่องมือประเมินปวด				
NRS	8	6	0.400	.527*
CPOT	14	16		

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 86.36) และเพศหญิง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.63) และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด เป็นเพศชายจำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.63) และเพศหญิงจำนวน 8 คน (ร้อยละ 36.36) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 68.18) และกลุ่มทดลองมีจำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.09) ชนิดการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคือการผ่าตัดแบบ Exploratory Laparotomy (Non-Trauma) และระยะเวลาของการผ่าตัดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม คือ 166.59 นาที กลุ่มทดลอง 147.55 นาที เมื่อเปรียบเทียบ ลักษณะต่างๆของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-Square Test ในตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญทุกตัวทั้งเพศ อายุ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด เครื่องมือประเมินปวด พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลของการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ (Mann-Whitney U Test)

คะแนนความปวด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		z	Sig (2 tailed)
	n	Mean Rank	n	Mean Rank		
คะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง	22	18.34	22	26.66	-2.16	.031*

* *p-value < .05*

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มควบคุมที่รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*p= .031*) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด (n=15)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด	Mean	SD.	การแปลผล
1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดปวด	4.33	.487	มาก
2. โปรแกรมสามารถช่วยจัดการความปวดหลังผ่าตัด	4.80	.414	มากที่สุด
3. การใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี	4.73	.457	มากที่สุด
4. อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสะดวกและรวดเร็วในการประเมินอาการปวด	3.86	.351	มาก
5. การใช้โปรแกรมทำให้มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน	3.93	.258	มาก
ภาพรวม	4.33	.393	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.33, SD.= .39) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ โปรแกรมสามารถช่วยจัดการความปวดหลังผ่าตัด (M=4.80, SD.= .41) รองลงมา คือ การใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี (M=4.73 SD.= .46) ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด คือ อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสะดวกและรวดเร็วในการประเมินอาการปวด (M=3.86, SD.= .35)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลเรียงตามวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวด และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรม และประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดการทางการพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียดซึ่งประกอบด้วยการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดการประเมินความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถสื่อสารได้ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เมื่อใช้แบบสังเกตความปวดของผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ Critical Care Pain Observation Tool [CPOT] ร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้รับการประเมินความปวดตรงตามสภาพจริงและสามารถจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวดได้อย่างเหมาะสมมากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวดเพียงวิธีการเดียว การพยาบาลขณะจัดการความปวดบทบาทอิสระของพยาบาลประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น นำไปใช้ปฏิบัติได้จริง และได้ผลลัพธ์ในการบรรเทาปวดได้ดีกว่าเดิม, การประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับการจัดการความปวดการเตรียมยาการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกับการประเมิน Sedative Score สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร (Waipurinta, 2017) โดยพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด และพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบรรเทาปวดให้ดีขึ้น การมีแนวทางในการบรรเทาปวดที่ชัดเจนร่วมกับมีแบบเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของยาจะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาอาการปวดได้มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดที่ได้มาตรฐานและมีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอายุร กรรม ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4ข โรงพยาบาลศรีนครินทร์

(Meepap, Saensom, & Methakanjanasak, 2017) พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเกือบทุกตัว ซึ่งความปวดจะลดลงตามจำนวดวันนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด ร้อยละ 54 มีคะแนนความปวดแรกรับหลังกลับจากห้องผ่าตัดเท่ากับ 4 และร้อยละ 60 รายงานว่ามีคะแนนความปวดอยู่ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ (Aussawaponpaisan, Chiwongnakkapun, 2021) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความปวดที่ลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตช่วยบรรเทาความปวดเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

2. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวด อยู่ในระดับมาก หมายถึง โปรแกรมสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้มาก การใช้โปรแกรมสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี เนื่องจากมีการจัดการความปวดตามโปรแกรมอย่างเป็นระบบ ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยและลดระดับการปวดและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ (Chantrayotagorn, Udkhammee, 2021) พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด เกิดความ พึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมตั้งแต่การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์และการประเมินผล ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย และการศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการความเจ็บปวด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (Rossukhumalchat, Chenchob, 2021) ผลจากการใช้แนวทางการจัดการความปวดทำให้มีแนวปฏิบัติ ผลทำให้ช่วยในการพยาบาลเพิ่มความถี่ในการประเมินอาการผู้ป่วย เพิ่มการควบคุมติดตามการเปลี่ยนแปลง เพื่อประสิทธิภาพในการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้เกิดความชัดเจนในการนำแนวทางการจัดการความป่วยที่เน้นผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาล และผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ ทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถพัฒนาได้อย่างมีคุณภาพ จากผลการวิจัยของหลายภาคส่วนสอดคล้องกับการวิจัยของผู้วิจัยในครั้งนี้ พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดในระดับมาก พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดมีความเป็นไปได้และพร้อมที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมนี้เพราะโปรแกรมการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นเกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย โดยสามารถลดปวดสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังสามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับบทบาทพยาบาลและบริบทของหน่วยงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการจัดการความปวดสำหรับจัดการความปวดหลังผ่าตัดผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นบทบาทอิสระของพยาบาลมาใช้โปรแกรมในการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วยไอซียูศัลยกรรม

2. พยาบาลวิชาชีพสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางจัดการการความปวดโดยกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการวิจัยการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดไปปรับใช้ยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ หรือหอผู้ป่วยสามัญที่มีผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

2. ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมบางจุดให้เหมาะสมกับทรัพยากร เทคโนโลยีและบริบทของแต่ละหน่วยงาน

References

Aussawaponpaisan, P., Chiwongnakkapun, C. (2021). Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Pain Management among Surgical Critically Ill Patients in Surgical Intensive Care Unit, Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital, 29*(1), 139-152. (in Thai)

Bunjai, S. (2012). Development and validation of research instrument: Psychometric properties. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Chantrayotagorn, L., Udkhammee, K.(2021). Effects of Professional Nurses Participation Program in Perioperative Nursing Care to patient Safety surgery Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital. 29*(1), 28-38. (in Thai)

Watthanatanyakarn, D., Sumdaengrit, B., & Kanoksuntornrut, N.(2018) The Evaluation of Pain Management Guideline in Patients With Orthopedic Surgery. Journal of Nursing and Health Care. 36(4), 100-109. (in Thai)

Erchookait, R., Kongyut,P.(2025) Effectiveness of a nursing practice guideline for postoperative abdominal pain management at the 50th Anniversary Special/1 and Monks Ward, Uthai Thani Hospital. *Nursing, Health, and Public Health Journal, 4*(2),14-26. (in Thai)

Jaisit, J., Nucsutham, W., & Thadsaeng, B. (2020). Nursing care for pain management in critically ill patients. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office, 26*(2), 104-115. (in Thai)

Kaewpia, T., Pakanta, I., & Khamboon, T. (2023). The Effects of Planned Pain Management Program on Pain and Self-Practice after Abdominal Surgery in Abdominal Injuried Patients. *Journal of Nursing and Health Science Research, 15*(1), 68-81. (in Thai)

Kanokkarnjana, P., Chiwiboontham, S., & Sri-on, J. (2022). Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines of Extremity Injury Pain Management in Emergency Room. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice, 9*(1), 88-107. (in Thai)

Meepap, L., Saensom, D., & Methakanjanasak, N. (2017). Clinical Nursing Practice Guideline for Acute Pain Management in Critically Ill Patients. *Srinagarind Medical Journal ,32*(6), 561-570. (in Thai)

Ochum, K. (2006). *The effect of pain management program with music listening on pain of post emergency abdominal surgical patients*. Chularlongkorn University, Bangkok. (in Thai)

Puakya, J., & Thanaslip, S. (2013). Effects of a symptom management program on postoperative ileus among patients after emergency surgery. *Journal of Bureau of Alternative Medicine, 6*(1), 3-19. (in Thai)

Rossukhumalchat, J., Chenchob, P. (2021). Development A Pain Management Guideline in Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital. *Chiangrai Medical Journal, 13*(1), 182-199. (in Thai)

Royal College of Anesthesiologists of Thailand in collaboration with The Thai Association for the Study of Pain. (2019). Clinical Practice Guideline for Acute Pain (2nd ed.). Retrieved from https://www.tasp.or.th/news_files (in Thai)

Sawangchai, J., Ngamkham, S.(2017). Postoperative pain in patients after abdominal surgery at Sawanpracharak Hospital. *Journal of Health Science Research, 11*, 1-11. (in Thai)

Somchock White, J., Chularee, S., & Chiaranai, C. (2020). The Role of Nurses in Caring for Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Journal of Health and Nursing Education, 26*(1), 231-250. (in Thai)

Waipurinta, N. (2017). *Process and outcomes of postoperative pain management at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. Anesthesia Division, Nursing Department, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)

Yuvanich, N., Chatchamni, M., & Latthitanatham, N. (2021). Pain Management Guidelines on Pain Level of Patient with Post Abdominal Surgery: An Integrative Review. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 4*(3), 135-151. (in Thai)