

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการนำทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) ของ เมลแซค และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ของ ฮิวส์ และคณะ (Hughes et al., 1975) มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องชนิดเปิดแนวกลางหน้าท้อง (vertical line) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีจับฉลาก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ จำนวน 30 คน โดยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกันเรื่องเพศและอายุแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง แบบประเมินความปวดและแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาผ่าตัด และหลังผ่าตัดครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาทำการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าที และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถนำมาสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีลักษณะคล้ายคลึงกัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มีสถานภาพสมรสอยู่ รายได้อยู่ระหว่าง 3,000-5,999 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษา การวินิจฉัยโรคก่อนและหลังผ่าตัดเป็นเนื้องอกมดลูก และได้รับการผ่าตัดมดลูกและปีกมดลูกทั้งสองข้าง ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับการมีประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดทำหัตถ์ และการมีประสบการณ์ความปวดในอดีต ส่วนใหญ่โดยการไช้ยา สำหรับระยะเวลาในการผ่าตัดและความยาวของแผลผ่าตัดโดยเฉลี่ยกลุ่มควบคุมมากกว่า

กลุ่มควบคุม ส่วนที่แตกต่างกันคือ กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต และประสบการณ์ความปวดในอดีตมากกว่ากลุ่มทดลอง (ตารางที่ 1 หน้า 66-68)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความปวดที่บริเวณแผลผ่าตัดลักษณะ ของความปวดเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ยังคงมีลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่ามีความแตกต่างกันคือ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่มีความปวด สำหรับระยะเวลาของความปวด เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่จะมีการปวดตลอดเวลา เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่จะมีการปวดเวลาขยับตัว เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันคือ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีการปวดเวลาขยับตัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีความปวด (ตารางที่ 2 หน้า 70-71)

3. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความปวดลดลงตามลำดับ (ดังตารางที่ 3 หน้า 72) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา คือ เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ตารางที่ 4 หน้า 73) พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{(1,58)} = 51.48, p < .001$) นอกจากนั้นยังพบว่าระยะเวลาหลังผ่าตัด มีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{(3,174)} = 1929.82, p < .001$) กลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาที่ต่างกันมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{(3,174)} = 38.24, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ตารางที่ 5 หน้า 74 และ ภาพที่ 11 ในภาคผนวก ก หน้า 128)

4. ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจโดยรวมระดับค่อนข้างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด ด้านการพยาบาลพื้นฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับความสบาย รองลงมา ด้านการพยาบาลเพื่อติดตามดูแลและให้กำลังใจ ด้านการให้ข้อมูลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด และด้านการให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านพึงพอใจมากที่สุด ด้านการให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด รองลงมา ด้านการพยาบาลพื้นฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับความสบาย ด้านการพยาบาลเพื่อติดตามดูแลและให้กำลังใจ และด้านการให้ข้อมูลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด (ตารางที่ 6 หน้า 74-75)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบค่า t (independent t-test) พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.96, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 7 หน้า 76)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ชนิดเปิดแนวกลางหน้าท้อง โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวด กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงว่า โปรแกรมการจัดการกับความปวดที่ให้กับกลุ่มทดลอง โดยการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับความปวดจากการผ่าตัด มีการใช้แบบประเมินความปวดตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง การจัดการกับความปวดตามระดับความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา ได้แก่ วิธีการให้ข้อมูลและ ใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดความปวดลงได้ อธิบายตามลักษณะของโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 มีการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับความปวดจากการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความปวดจากการผ่าตัด ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลาง ในสมองในการจัดการกับความปวดและยังเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (Gross, 1986; Wilkie, 2000) ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและครบถ้วนก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับรายละเอียดของการระงับความรู้สึก การผ่าตัด และวิธีการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ย่อมทำให้ไม่คาดการณ์ล่วงหน้าอย่างผิด ๆ ผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ สามารถช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด ทำให้สามารถจัดการกับความปวดได้ และมีความปวดหลังผ่าตัดลดลง

กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตั้งแต่ระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวดจากการผ่าตัด โดยการชมวิดีโอ ประกอบคำบรรยาย และคู่มือการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดทุกวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และสามารถจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างดี ลดความปวดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อูราวดี เจริญไชย (2541)

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีคะแนนความรู้สึกลัวปวดและพฤติกรรม การตอบสนองต่อความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ใช้ปริมาณยาแก้ปวด ตลอดห้าวันหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน ทิมมอม และ โบเวอร์ (Timmom & Bower, 1993) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนก่อนการผ่าตัดต่อการควบคุม ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย กลุ่มทดลอง มีความสามารถในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดย

การประเมินความปวดหลังผ่าตัด จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย โดยยอมรับว่าผู้ป่วยเท่านั้น ที่รู้ปริมาณและจำนวนของความปวดที่ถูกต้อง (Feldman, 1991; Johnson, 1977; Stewart, 1977) โดยให้กลุ่มทดลอง ประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดด้วยตนเอง ตามแบบประเมินความปวด ทำให้มีการรับรู้ระดับความปวดที่ตรงกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย การจัดการกับความปวด ตรงตามการรับรู้ ตามสภาพความพร้อมและความเหมาะสมของแต่ละคน ส่งผลให้บรรเทา ความปวดลงได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับหลายการศึกษา (จูรีย์ สุนทสวัสดิ์, 2540; นารี พูนนิคม, 2543; วชิราพร สุนทสวัสดิ์, 2545) ที่กล่าวว่าในการจัดการกับความปวดนั้นจำเป็นต้องมีการประเมิน ความรุนแรงและการจัดการกับความปวดให้ตรงกับการรับรู้ของผู้ป่วย ถ้าพยาบาลและผู้ป่วยมี การรับรู้ต่อความปวดไม่ตรงกันส่งผลให้การจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพ และผลการวิจัย พบว่าระดับความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้ผลสอดคล้องหลายท่าน (พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534; Chaikla, 2002; Khun et al., 1990; Wiyanetta, 1999) พบว่า ระดับความปวดมี ค่าสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด

การจัดการกับความปวด เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความปวดบริเวณแผลผ่าตัด โดยลักษณะของความปวดแบบปวดตื้อ และจะปวดตลอดเวลา กลุ่มควบคุมมีความปวดมาก ส่วนกลุ่มทดลอง มีความปวดปานกลาง เนื่องจาก การผ่าตัดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลานานในการทำผ่าตัด (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1999) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 84.67 นาที (SD = 27.67) และ 78.17 นาที (SD = 24.05) ตามลำดับ แผลผ่าตัดชนิดเปิดแนวกลางหน้าท้อง (vertical line) ทำให้ ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดมากกว่าแผลผ่าตัดตามแนวขวางของลำตัว เนื่องจากเป็นแผลที่มีกล้ามเนื้อและ เส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก มีความรุนแรงและการชอกช้ำของเนื้อเยื่อที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความยาวของแผลผ่าตัดเฉลี่ย 16.60 เซนติเมตร (SD = 4.05) และ 15.47 เซนติเมตร (SD = 4.07) ตามลำดับ ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและ เส้นประสาทมาก ซึ่งเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกทำลายจะปล่อยสาร โปรสตาแกลนดินไป กระตุ้นปลาย

ประสาทรับความรู้สึกปวด ทำให้มีความรู้สึกปวดมาก (พงศ์ภาณี เจาพะเกษศริน, 2534; Guyton, 1977; Khun, 1990) ละผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับการบรรเทาการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย ตามมา (Chandler & Drake, 1991; Davey, 1994; Odem, 1995; Way, 1985)

ความรู้สึกที่ผู้ป่วยประสบครั้งแรกภายหลังผ่าตัดยังทำให้เกิดความกลัว และความวิตกกังวล มีผลทำให้ความรู้สึกปวดเพิ่มมากขึ้นอีก ซึ่งกลุ่มทดลองมีการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนได้รับความปวดจากการผ่าตัด จึงทำให้มีกลัว ความวิตกกังวล น้อย สำหรับกลุ่มควบคุม มีประสบการณ์ความปวดในอดีตมากกว่ากลุ่มทดลอง แต่มีความปวดมากกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากการสอบถาม พบว่า มีประสบการณ์ความปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการจัดการที่ตรงตามการรับรู้ ทำให้มีความกลัว และความวิตกกังวล ส่งผลให้มีความปวดมาก เมื่อต้องประสบกับความปวดครั้งใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทเลอร์, ลิลลิส และเลมอน (Taylor, Lillis & Lemone, 2001) ที่กล่าวไว้ว่า ถ้าบุคคลเคยได้รับความปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการบรรเทาที่ดีพอ จะเกิดความคับข้องใจและกลัวความปวด เมื่อได้รับความปวดครั้งใหม่จะมีความอดทนต่อความปวดน้อยลง และรับรู้ต่อความปวดมาก แต่จากการศึกษาของ โทรบ (Thorpe, 1997) ที่ว่าประสบการณ์ความปวดในอดีต มีผลต่อการแสดงออกต่อความปวด โดยบุคคลจะนำวิธีการเผชิญความปวดในอดีตมาใช้ เพื่อเผชิญต่อเหตุการณ์ใหม่ ซึ่งจะสอดคล้องกับ สเมลท์เซอร์ และแบร์ (Smeltzer & Bare, 2000) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดหลายครั้งและปวดเป็นระยะเวลานานจะมีความวิตกกังวลและความอดทนต่อความปวดได้มากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวด ในขณะที่การศึกษาของ สก็อต, คลัน และพีเพิล (Scott, Clun & People, 1983) ที่พบว่า การรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้วครั้งหนึ่งกับผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความปวดที่รุนแรง จำเป็นต้องมีการใช้ยาระงับความปวด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีการใช้ยาระงับปวดกลุ่มนาร์โคติกที่เหมือนกันคือส่วนใหญ่ออกฤทธิ์เพอร์ซิติก และรองลงมาคือ มอร์ฟีน (ตารางที่ 8 ภาคผนวก ค หน้า 126) ยาดังกล่าวนี้นี้ จะมีกลไกออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยจะไปจับกับตำแหน่งของ opiate receptor ในสมอง และไขสันหลัง จะช่วยยับยั้งความปวดโดยปิดประตูที่ระดับไขสันหลัง ยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง และยับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาทความปวด ทำให้ระดับความรุนแรงของความปวดลดลง (Jackson, 1995)

สำหรับการใช้ยาระงับความปวดนั้นจะเห็นว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดกัญญา พัทวี (2541) ศึกษาประสบการณ์ความปวด และการจัดการกับความปวดในผู้ป่วย

หลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาบรรเทาปวด ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดหลังผ่าตัด โดยวันที่ 1 ยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่คือ มอร์ฟีนทาง หลอดเลือดดำ ส่วนในวันที่ 2 และ 3 ได้รับยา พาราเซตามอล ชนิดรับประทาน การศึกษาของ Chaikla (2002) ศึกษาประสิทธิภาพความปวด การจัดการกับความปวด และผลของความปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษา พบว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด คือ เฟลลิดีน (50 mg) ทางกล้ามเนื้อ ส่วนวันที่ 3 หลังผ่าตัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดคือ พาราเซตามอล (500 mg) ทางปาก และการศึกษาของ ปีถันธน ลิขิตกำจร (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ผู้ป่วยได้รับได้รับยาเพทริดีมากที่สุดหลังผ่าตัดวันที่ 1 และลดลงในวันที่ 3 รองลงมาคือ มอร์ฟีน

โปรแกรมการจัดการกับความปวด มีการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการใช้เทคนิคผ่อนคลาย กล้ามเนื้อช่วยบรรเทาความปวด หลังจากใช้ยา 3 ชั่วโมง โดยให้กลุ่มตัวอย่างคลายกล้ามเนื้อ ด้วยวิธีการหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน สามารถช่วยเบี่ยงเบน ความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกปวดร่วมกับมีการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ซึ่งการผ่อนคลาย จะเปลี่ยนการรับรู้ในระดับสมอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น และลดการรบกวนทางอารมณ์ในสมอง ซึ่งมี ผลต่อระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในสมอง ทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมปวดในระดับ ไขสันหลังตามทฤษฎีการควบคุมปวด และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Potter & Perry, 2001)

สำหรับการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ บรรเทาความปวด (ตารางที่ 9 ภาคผนวก ค หน้า 127) เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยเฉลี่ย 5 ครั้ง ส่วนใหญ่บอกว่าวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และยังช่วยบรรเทา ความปวดลงได้ หลังการปฏิบัติเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย หลับสบาย ทำให้ คลายความปวดซึ่งจากผลการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ระวีพรรณ มงคล (2529) ศึกษา เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยหลังผ่าตัด รุ่งทิพย์ จามรمان (2532) ศึกษาเทคนิคการผ่อนคลายใน ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง และ โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2536) นำเทคนิคการผ่อนคลายใน ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งผลการศึกษาเทคนิคการผ่อนคลาย ทั้งหมดพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถ ลดความปวดลงได้หลังการผ่อนคลาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟลาเฮอร์ตี้ และฟิตส์แพทริก (Flaherty & Fitzpatrick, 1978) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อการเพิ่มระดับความสบาย ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดและจำนวนยาบรรเทาปวด ที่ได้รับภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุม มีความปวดปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลอง มีความปวดเล็กน้อย โดยลักษณะของความปวดแบบปวดตื้อ และจะปวดเวลาขยับตัว ซึ่งมีความปวด

เนื่องจากภายหลังผ่าตัดเซลล์ของร่างกายจะเริ่มมีการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย เซลล์ที่บาดเจ็บจะปล่อยสารฮิสตามีน มีผลทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณนั้นขยายตัว เลือดจะมาเลี้ยงบริเวณที่บาดเจ็บมากขึ้น ทำให้เกิดอาการบวม และอาจกดปลายประสาททำให้ปวด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542; สุปราณี เสนาคิษฐ์, 2540; Boss, 1992; Heffline, 1990) นอกจากนี้ยังถูกกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ลูกนั่ง และทำกิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความปวด จำเป็นต้องได้รับยาระงับความปวด

ผลการวิจัย มีการใช้ยาความแตกต่างกัน (ตารางที่ 8 ภาคผนวก ค หน้า 126) กลุ่มทดลองไม่มีการใช้ยาระงับปวด เนื่องจากส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยบรรเทาปวด โดยมีการใช้เทคนิคผ่อนคลายเฉลี่ย 3 ครั้ง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความปวดเพียงเล็กน้อย สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บางรายสามารถลุกนั่งและเดินได้ กลุ่มควบคุม มีความปวดปานกลาง ใช้ยาระงับความปวดทั้งกลุ่ม นาร์โคติกและกลุ่ม NSAIDs ซึ่งจะสามารถช่วยลดการหลังสารที่กระตุ้นให้เกิดความปวด คือ โพรสตาแกลนดินในบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้ระดับความรุนแรงของความปวดลดลง

เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความปวดเล็กน้อย ความปวดที่ยังคงมีอยู่นั้นเป็นไปตามกลไกของความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากการหลังสารต่าง ๆ ที่กระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กให้ส่งสัญญาณความปวดจะมีมากในระยะแรก ๆ หลังผ่าตัด และลดลงในระยะต่อมาตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (พงศ์การดี เจาพะเกษคริน, 2534; อำนวย ธิฐาพันธ์, 1991; Bonica, 1990)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง มีความปวดเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไม่มีความปวด ไม่มีการใช้ยาระงับปวด เนื่องจากได้ส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยเฉลี่ย 1 ครั้ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่จึงไม่มีความปวด ส่วนกลุ่มควบคุมมีความปวดเล็กน้อย แต่มีลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ และมีอาการปวดเวลาขยับตัว ยังคงมีการใช้ยาระงับปวดในกลุ่ม NSAIDs (ตารางที่ 2 หน้า 70-71 และตารางที่ 8 ภาคผนวก ค หน้า 126)

2. ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.96, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย เป็นความรู้สึกสนใจ สมหวังที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับจริงกับการดูแลที่คาดหวังไว้ว่าจะได้รับ ที่รายงานโดยผู้ป่วย (Avis, Bond & Arthur, 1995; Risser, 1975) ซึ่งในโปรแกรมการจัดการกับความปวดโดยมีให้ข้อมูลในการจัดการกับความปวด ก่อนผ่าตัด การติดตามดูแลให้กำลังใจ ให้การพยาบาลพื้นฐานเพื่อความสะดวกสบาย และการให้การพยาบาลเฉพาะเพื่อจัดการกับความปวด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการเตรียมตัว และปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อต้องประสบกับความปวดหลังผ่าตัด การติดตามดูแลให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าได้ได้รับความห่วงใย สอบถามอาการและความรู้สึกตลอดเวลา รู้สึกอบอุ่นกว่าการให้การพยาบาลปกติ การพยาบาลพื้นฐานทำให้กลุ่มตัวอย่างสุขสบาย และการให้การพยาบาลเฉพาะเพื่อจัดการกับความปวด ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวดที่เหมาะสมกับตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรเทาความปวดลงได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกสนใจ สมหวังที่ได้รับการดูแลตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับจริงกับการดูแลที่คาดหวังไว้ว่าจะรับ

โดยผลการวิจัย เมื่อประสบกับความปวดหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับการดูแลและการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดความปวดได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจ ด้านการให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดมากที่สุด รองลงมาคือด้านการพยาบาลพื้นฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับความสะดวกสบาย ด้านการพยาบาลเพื่อติดตามดูแลและให้กำลังใจ และด้านการให้ข้อมูลเพื่อจัดการกับความปวดหลัง ส่วนกลุ่มควบคุม เมื่อประสบกับความปวดหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลที่ไม่ตรงตามการรับรู้ของผู้ป่วย จึงมีความพึงพอใจในระดับค่อนข้างมาก มีความพึงพอใจด้านการพยาบาลพื้นฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับความสะดวกสบายมากที่สุด รองลงมาคือด้านการพยาบาลเพื่อติดตามดูแลและให้กำลังใจ ด้านการให้ข้อมูลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด และด้านการให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

ผลการวิจัยสอดคล้องกับ มยุลี ตำราญญาติ (2542) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย ในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 70 ราย โดยดัดแปลงมาจาก กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ 4 คือ ด้านการให้ข้อมูลหลังผ่าตัด ด้านการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ด้าน การพยาบาลพื้นฐานทั่วไป และด้านการพยาบาลเฉพาะขณะที่ผู้ป่วย มีความปวดแผลผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับสูง และ สุันนทา สกฤษณียงค์ (2546) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการกับความปวดต่อการรับรู้ความเป็นอิสระในการปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน จำนวน 60 ราย ประเมินความพึงพอใจในคุณภาพการจัดการกับความปวด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในคุณภาพการจัดการกับความปวด สูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องที่นำมาใช้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีควบคุมประจุและทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน เป็นแนวทางการจัดการกับความปวด โดยมีการประเมินความปวดด้วยตัวผู้ป่วย และมีจัดการกับความปวดโดยการให้ยา กรณีระดับความปวด มากกว่าหรือ เท่ากับ 7 และ ไม่ให้ยา กรณี ระดับความปวดน้อยกว่า 7 ได้แก่ การให้ข้อมูลและการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ด้วยตัวผู้วิจัย พร้อมให้ชมวีดิทัศน์และคู่มือตาม โปรแกรมการจัดการกับความปวด สามารถลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัยดังนี้ คือ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ควรนำ โปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องไปใช้วางแผนการบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับความปวด โดยการนำแบบประเมินความปวดมาใช้ ประเมินความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วย และจัดการกับความปวดตามการรับรู้ ทั้งจากการให้ยา และ ไม่ให้ยา จะทำให้การจัดการกับความปวดมีความสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ สามารถบรรเทาปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการนำแบบประเมินความปวด มาใช้ร่วมกับการบันทึกทางการพยาบาล เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และเป็นการเฝ้าระวัง ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความปวดมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่มีการจัดการกับความปวดทั้งจากการให้ยาและ ไม่ให้ โดย การให้ข้อมูลและการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียนการสอนด้านการจัดการกับความปวด โดยให้นักศึกษาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้จัดการกับความปวดของผู้ป่วยได้

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การจัดการกับความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีนโยบาย แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งในเรื่องการวางแผนการจัดรูปแบบและและการนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดไปใช้

มีการเตรียมบุคลากร สถานที่วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณ เพื่อส่งเสริมให้มีการจัดอบรมการใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน

4. ด้านการวิจัย ควรนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดนี้ไปวิจัยในผู้ป่วยศัลยกรรมกลุ่มอื่น ๆ เพื่อจะได้มีความหลากหลายในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับนรีเวช จึงไม่มีความหลากหลายในผลการรับรู้และการจัดการกับความปวด

2. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเรื่องความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดด้วยตนเอง อาจจะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจกลัวหรือเกรงใจ จึงตอบในทางที่ดี ดังนั้นควรให้ผู้เก็บข้อมูลเรื่องความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด เป็นคนอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการรับรู้และการจัดการกับความปวดทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา ทั้งในพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง
2. ควรศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีการกระจายของลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรโดยทั่วไปได้
3. ควรศึกษารูปแบบการจัดการกับความปวด ที่ประเมินความปวดโดยผู้ป่วย และจัดการกับความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา ในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรมกลุ่มอื่น ๆ ทั้ง elective case และ emergency case เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก