ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวด และความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*

The Effects of Pain Management Program on Pain Levels and Satisfaction in Patients with Abdominal Surgery

จิราภรณ์ สิงหเสนี**พย.ม.
Jiraporn Singhasanee, M.N.S.
อาภรณ์ ดีนาน*** Ph.D.
Aporn Deenan, Ph.D.
วัลภา คุณทรงเกียรติ*** พย.ด.
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.
เขมารดี มาสิงบุญ****D.S.N.
Kamaradee Masinghboon, D.S.N.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ชนิดเปิดแนวกลางหน้าท้อง (vertical line) โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีระดับความปวดหลังผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 7 ทำการจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยเพศและอายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี เก็บข้อมูลโดยการประเมินความปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติจากพยาบาล สัมภาษณ์ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าที และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยพบว่า เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,58} = 51.48$, $p < .01$) และกลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.96$, $p < .01$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรนำโปรแกรมการ

---

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

จัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรายอื่นๆ ต่อไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการจัดการกับความปวด
คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการกับความปวด/ระดับความปวด/ความพึงพอใจ/การผ่าตัดทางช่องท้อง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of pain management program on pain levels and satisfaction of patients with abdominal surgery, in Chachoengsao hospital. The sample consisted of 60 vertical abdominal surgery patients, > 18 year of age, and had level pain 7 or more. They were divided into 2 groups ; 30 in the experimental group and 30 in the control group, matched by sex and age. The pain management program was used in the experimental group. Data were collected using pain levels after 24, 48 and 72 hour post surgery and satisfaction interviews after 72 hour post surgery. Frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, repeated measures ANOVA were used to analyze the data.

The result showed that, after 24, 48 and 72 hour post surgery, the experimental group had pain level less than the control group ($F_{1,58} = 51.48$, $p < .01$). After 72 hour the experimental group had higher satisfaction in pain management than the control group ($t = 13.96$, $p < .01$).

From the results of this study, it is suggested that the pain management program should be used for efficiency and quality of pain management with other surgery patients .
Key words : pain management program, pain level, satisfaction, abdominal surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวด เป็นสิ่งที่บุคคลกลัวมากเป็นอันดับสองรองจากความตาย (Miller & Perry, 1990) เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่ไม่พึงพอใจทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกจากการที่เนื้อเยื่อเสมือนว่าถูกทำลายหรือถูกทำลายจริงๆ และเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกว่าปวดและยังคงอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวดอยู่ (Smeltzer & Bare, 2000)

ความปวดหลังผ่าตัด จัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกที่ผู้ป่วยศัลยกรรมต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งมีสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย มีการบวม ดึงรั้งและหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บ รวมทั้งมีการกระตุ้นของปลายประสาทอิสระในขณะผ่าตัด (Phipps et al., 1995) มีผลกับสรีระของร่างกาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดถึงร้อยละ 80 มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด (ปิลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546; Ashburn & Ready, 2001 ; Chaikla, 2002 ; Good, 1999)

การจัดการกับความปวด ถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด (Allocock, 1996) แบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การจัดการกับความปวดด้วยยาและการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยา (วรินี เล็กประเสริฐ, 2544; Herr & Mobily, 1999 ; Smelters & Bare, 2000 ; Wilkie, 2000) ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินความรุนแรงของความปวดและการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา (นารี พุ่มนิคม, 2543 ;

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวด และจัดการกับความปวดทั้งแบบการใช้ยาและการไม่ใช้ยา ซึ่งได้แก่ การให้ข้อมูล ร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการกับความปวด ทำให้การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ มีความเป็นระบบ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวด และทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความปวดหลังผ่าตัด เป็นความไม่สุขสบาย ทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ เนื่องจากมีการทำลายเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด เป็นผลให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดที่ผิวหนัง หลอดเลือดเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง พังผืด และกล้ามเนื้อถูกกระตุ้น ร่วมกับการที่เนื้อเยื่อซึ่งได้รับอันตรายนี้ จะปล่อยสารเคมีต่าง ๆ เช่น โพรสตาแกลนดิน อี ทู ออกมากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการหลั่งสารเคมีอื่น เช่น ฮีสตามีน แบรดีไคนิน ออกมา ทำให้หลอดเลือดบริเวณที่ได้รับอันตรายมีการขยายตัว ทำให้บริเวณผ่าตัดมีอาการบวมและกดปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ผู้ป่วยจึงมีความปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542 ; Boss, 1992)

กลไกการเกิดและการตอบสนองต่อความปวดมีความสอดคล้องกับทฤษฎีควบคุมประตูของ เมลแซคค์และวอลล์ (Melzack & Wall, 1965) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (endogenous pain control theory) ของ ฮิวส์และคณะ (Hughes et al., 1975) ซึ่งอธิบายกลไกการเกิดความปวดว่า กระแสประสาทรับความรู้สึกปวด นำเข้ามาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จะถูกปรับเปลี่ยนกระแสประสาทความปวดที่ระดับไขสันหลัง ก่อนนำขึ้นไปทำให้เกิดการรับรู้ความปวดในระดับสมอง และจากสมองจะส่งกระแสประสาทมาปรับเปลี่ยนกระแสประสาทความปวดในระดับไขสันหลังได้ด้วย เนื่องจากการทำงานของระบบควบคุมประตู และระบบควบคุมความปวดภายใน

การให้ข้อมูล เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลาง ในสมองในการจัดการกับความปวด และยังเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (Wilkie, 2000) ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นสิ่งกระตุ้นกระแสประสาทรับความรู้สึกนำเข้าไปยังไขสันหลัง แล้วส่งต่อไปยังสมอง ส่วนธาลามัส ในระบบควบคุมส่วนกลาง ทำให้เกิดการรับรู้ต่อความปวดที่ถูกต้อง

ส่วนการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ด้วยวิธีการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนตามหลักของเจคอบสัน (Jacobson, 1978) สามารถเปลี่ยนการรับรู้ในระดับสมอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น และลดการเร้าทางอารมณ์ในสมอง มีผลต่อระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในสมอง ทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีการควบคุมประตู และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Potter & Perry, 2001)

ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย เป็นความรู้สึกสมใจ สมหวังที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามที่คาดหวังไว้ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีความสอดคล้องระหว่างการดูแลที่ได้รับจริงกับการดูแลที่คาดหวังไว้ว่าจะได้รับที่รายงานโดยผู้ป่วย (Avis, Bond & Arthur, 1995)

โปรแกรมการจัดการกับความปวด มีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูล ฝึกทักษะในการจัดการกับความปวด และมีการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดด้วยตัวผู้ป่วย และจัดการกับความปวดด้วยการใช้ยา และ/หรือ การให้ข้อมูลและการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ด้วยวิธีการ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

หายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน ประเมินผลลัพธ์จากระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดย

1. เปรียบเทียบความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้องกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวด มีความปวดเมื่อครบ 24, 48และ 72 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวด

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้องกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวด มีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดเปิดแนวกลางหน้าท้อง (vertical line) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง สูติ-นรีเวช และพิเศษสูติ-นรีเวชในโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้องชนิดเปิดแนวกลางหน้าท้อง (vertical line) ระหว่างเดือน มีนาคม 2548 ถึง มิถุนายน 2548 โดยเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง รับไว้ในโรงพยาบาล ก่อนผ่าตัดช่องท้องอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เป็นผู้ป่วยนัดทำผ่าตัดล่วงหน้า มีระดับความปวดหลังผ่าตัดทันที มากกว่าหรือเท่ากับ 7 เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารกันได้ ตาไม่บอด หูฟังชัดเจน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความปวด และ แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด นำมาจากแบบประเมินความปวดของ สุนันทา สกุลยืนยง (2546) โดยเลือกตัวเลขในแถบสีที่ตรงกับความรู้สึก ซึ่งมาตรสีวัดความปวดนี้กำหนดระดับความปวดเป็น 11 ระดับ ตั้งแต่ 0-10 ใช้พื้นที่สีแดง ที่เพิ่มมากขึ้นแทนความปวดที่เพิ่มมากขึ้น คะแนนความปวดมีตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 ไม่ปวด คะแนน 1-3 ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 ปวดปานกลาง คะแนน 7-10 ปวดมาก นอกจากนี้ยังมีแบบบันทึกความปวดตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการจัดการกับความปวด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาเอกสารและงาน

วิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตูของเมลแซคและวอลล์ (Melzacl & Wall, 1965) และทฤษฎีควบคุมความปวดภายในของ ฮิวส์และคณะ (Hughes et al., 1975) ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนได้รับความปวดจากการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการจัดการกับความปวด และการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดโดยการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดทันที เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง และจัดการกับความปวดตามระดับความปวดโดยการให้ยาและ/หรือ การให้ข้อมูลและใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยมีคู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และมีวีดีทัศน์เรื่อง การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย มีความยาวประมาณ 20 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวดโดยการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวและบริหารร่างกายบนเตียง การลุกนั่งและเดิน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวด ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของ มยุลี สำราญญาติ (2542) เป็นลักษณะของข้อคำถาม 20 ข้อ แบบแบ่งระดับคะแนน มี 5 ระดับคะแนน 5 พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 พึงพอใจมาก คะแนน 3 พึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 พึงพอใจน้อย คะแนน 1 พึงพอใจน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการจัดการกับความปวด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันอย่างน้อย 4 ใน 5 ท่าน (ทัศนีย์ นะแส, 2542) ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางช่องท้อง ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย

2. แบบประเมินความปวด หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดย ผู้วิจัยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 20 ราย ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) พบว่า มีความสัมพันธ์กันระดับสูง

3. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .98

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยเลือกกลุ่มการวิจัยว่าจะเริ่มต้นเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองก่อนด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม

กลุ่มแรกที่จับฉลากได้คือ กลุ่มควบคุม หลังจากคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและประเมินระดับความปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ทุกวันจนครบ 30 ราย หลังจากนั้น จึงทำเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ให้มี

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ความคล้ายคลึงเรื่อง เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี หลังจากคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการกับความปวด หลังผ่าตัดทางช่องท้องโดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลและเทคนิคในการจัดการกับสาเหตุความปวด พร้อมทั้งให้ชมวีดีทัศน์ ประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นให้ฝึกเทคนิคในการจัดการกับสาเหตุความปวด พร้อมให้คู่มือการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดทางช่องท้อง โดยใช้แบบประเมินความปวด โดยกรณีที่ระดับความปวดมากกว่า 7 มีการให้ยาบรรเทาปวด หลังจากนั้นประมาณ 3 ชั่วโมง ส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างน้อย วันละ 3 ครั้ง กรณีที่ระดับความปวดน้อยกว่า 7 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ได้รับเพิ่มเติมและส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างน้อย วันละ 3 ครั้ง

3. ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความปวด

2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้อง เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มกลุ่มควบคุมและทดลอง โดยสถิติที (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้อยู่ระหว่าง 3,000-5,999 บาทต่อเดือน การศึกษาระดับประถมศึกษา การวินิจฉัยโรคเป็นเนื้องอกมดลูก และได้รับการผ่าตัดมดลูกและปีกมดลูกทั้งสองข้าง

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด พบว่า เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันคือ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่มีความปวด สำหรับระยะเวลาของความปวด เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดตลอดเวลา เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดเวลาขยับตัว เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีอาการปวดเวลาขยับตัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีความปวด

การจัดการกับความปวด โดยการใช้ยาเพื่อระงับปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับยาเพ็ดธิดีน ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ได้รับยาเพ็ดธิดีน ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ส่วนกลุ่มทดลอง ไม่มีการใช้ยาระงับปวด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ใช้ยาพาราเซตามอล ชนิดรับประทาน กลุ่มทดลองใช้

เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยระงับปวด โดยเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวน 5 ครั้ง เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวน3 ครั้ง และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวน 1 ครั้ง

3. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความปวดลดลงตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลับจากผ่าตัดทันที ครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

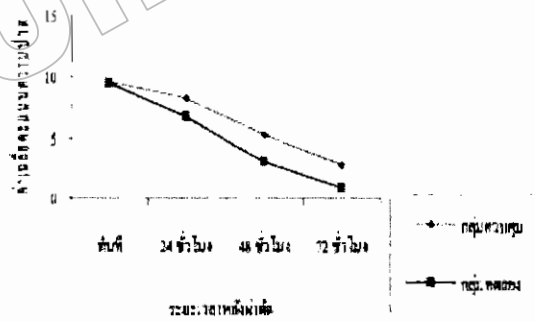
ช่วงเวลาที่วัด	กลุ่มควบคุม (n = 30)			กลุ่มทดลอง (n = 30)		
หลังผ่าตัด	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
เมื่อกลับจากผ่าตัดทันที	9.57	0.82	มาก	9.30	0.78	ปานกลาง
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	8.30	0.99	มาก	6.77	0.82	เล็กน้อย
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	5.33	1.27	ปานกลาง	2.93	0.94	เล็กน้อย
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	2.73	1.34	เล็กน้อย	0.87	0.78	เล็กน้อย

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,58} = 51.48$, $p < .001$) นอกจากนั้นยังพบว่าระยะเวลาหลังผ่าตัดมีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,174} = 1929.82$, $p < .001$) กลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาที่ต่างกันมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทำให้เกิดความแปรปรวนในค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,174} = 38.24$, $p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p (1-Tailed)
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย					
กลุ่ม	121.84	1	121.84	51.48	< .001***
ความคลาดเคลื่อน	136.31	58	2.35		
ภายในกลุ่มผู้ป่วย					
ช่วงเวลา	2184.41	3	727.47	1929.82	< .001***
กลุ่ม X ช่วงเวลา	43.25	3	14.42	38.24	< .001***
ความคลาดเคลื่อน	65.59	174	0.38		

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดใกล้เคียงกัน และเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงตามลำดับโดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด X ระยะเวลาหลังผ่าตัด

3. ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.96$, $p < .001$) (ตารางที่ 3)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบค่าที

	ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด		t	df	p (1-Tailed)
	$\bar{X}$	SD			
กลุ่มควบคุม (n = 30)	3.69	0.32	13.96	55	.001**
กลุ่มทดลอง (n = 30)	4.85	0.32			

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายตามลักษณะของโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 มีการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับความปวดจากการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลตั้งแต่ระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวดจากการผ่าตัด โดยการชมวีดีทัศน์ ประกอบคำบรรยาย และคู่มือการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดทุกวัน ทำให้มีการรับรู้และสามารถจัดการจัดกับความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างดี ลดความปวดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุราวดี เจริญไชย (2541) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มีคะแนนความรู้สึกปวดและพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ทำให้มีการรับรู้ระดับความปวดและ การจัดการกับความปวดตรงตามสภาพความพร้อมและความเหมาะสมของแต่ละคน ส่งผลให้บรรเทาความปวดลงได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับหลายการศึกษา (จุรีย์ สุ่นสวัสดิ์, 2540 ; นารี พุ่มนิคม, 2543 ; วชิราพร สุนทรสวัสดิ์, 2545) และผลการวิจัย พบว่า ระดับความปวดมีค่าสูงสุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และลดลงตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ได้ผลสอดคล้องหลายท่าน (พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534 ; Chaikla, 2002 ; Khun et al., 1990 ; Wiyanetta, 1999)

เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความปวดแบบปวดตื้อ และปวดตลอดเวลา เนื่องจากการผ่าตัด เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกทำลายจะปล่อยสารโพรสตาแกลนดินไป กระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ทำให้มีความรู้สึกปวดมาก (พงศ์การดี เจาะทะเกษตริน, 2534 ; Khun et al, 1990) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีการใช้ยาระงับปวดกลุ่มนาร์โคติคที่เหมือนกันคือส่วนใหญ่ใช้ เพ็ดธิดีน จะเห็นว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaikla (2002) พบว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด คือ เพ็ดธิดีน (50 mg) ทางกล้ามเนื้อ

กลุ่มทดลองมีการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยบรรเทาความปวด ด้วยวิธีการหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน ซึ่งการผ่อนคลายจะช่วยลดการเร้าทางอารมณ์ในสมอง ทำให้เกิดการปิดกั้นกลไกการควบคุมประตูในระดับไขสันหลังตามทฤษฎีการควบคุมประตู และทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Potter & Perry, 2001) เมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ยังคงส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยบรรเทาปวดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความปวดเพียงเล็กน้อย สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ สอดคล้องกับหลายการศึกษา (ระวิพรรณ มงคล, 2529 ; รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532) พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถลดความปวดลงได้หลังการผ่อนคลาย

เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มควบคุม มีความปวดปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลอง มีความปวดเล็กน้อย โดยลักษณะของความปวดแบบปวดตื้อ และจะปวดเวลาขยับตัว ซึ่งมีความปวด

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
วันลงทะเบียน

17 ส.ค. 2553

เนื่องจาก เซลล์ที่บาดเจ็บปล่อยสารฮีสตามีน ทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณนั้นขยายตัว เลือดจะมาเลี้ยงบริเวณที่บาดเจ็บมากขึ้น เกิดอาการบวม และอาจกดปลายประสาททำให้ปวด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2542 ; Boss, 1992) ผลการวิจัย พบว่ามีการใช้ยาแตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ไม่มีการใช้ยาระงับปวด เนื่องจากส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยบรรเทาปวด โดยมีการใช้เทคนิคผ่อนคลายเฉลี่ย 3 ครั้ง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมี ความปวดเพียงเล็กน้อย สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง กลุ่มควบคุม มีความปวดปานกลาง ใช้ยาระงับความปวดทั้งกลุ่มนาร์โคติก และกลุ่ม NSAIDs ซึ่งจะสามารถช่วยลดการหลั่ง สารที่กระตุ้นให้เกิดความปวด คือโพรสตาแกลนดินในบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ

เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความปวดเล็กน้อย ความปวดที่ยังคงมีอยู่นั้นเป็นไปตามกลไกของความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากการหลั่งสารต่างๆ ที่กระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กให้ส่งสัญญาณความปวดจะมีมากในระยะแรกๆ หลังผ่าตัด และลดลงในระยะต่อมาตามระยะเวลาหลังผ่าตัด (พงศ์การดี เจาะทะเกษตริน, 2534 ; Bonica, 1990) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีความปวดเล็กน้อย ส่วนใหญ่ไม่มีความปวด ไม่มีการใช้ยาระงับปวด เนื่องจากได้ส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จึงไม่มีความปวด ส่วนกลุ่มควบคุมมีความปวดเล็กน้อย แต่มีลักษณะความปวดแบบปวดดื้อ และมีอาการปวดเวลาขยับตัว ยังคงมีการใช้ยาระงับปวดในกลุ่ม NSAIDs

สำหรับความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้มีการเตรียมตัว และฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการติดตามดูแลให้กำลังใจ ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวดที่เหมาะกับตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรเทาความปวดลงได้ จึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ผลการวิจัยสอดคล้องกับหลายการศึกษา (มยุลี สำราญญาติ, 2542 ; สุนันทา สกุลยืนยง, 2546) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในคุณภาพการจัดการกับความปวดสูงกว่ากลุ่มทดลอง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องไปใช้วางแผนการบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วย ทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา

2. ด้านการศึกษา สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียนการสอนด้านการจัดการกับความปวด

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารสามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

4. ด้านการวิจัย ควรนำโปรแกรมการจัดการกับความปวดนี้ไปวิจัยในผู้ป่วยศัลยกรรมกลุ่มอื่นๆ เพื่อจะได้มีความหลากหลายในการนำผลการวิจัยไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิต

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้และขอขอบพระคุณกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

จุรีย์ สุ่นสวัสดิ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนีย์ นะแส. (2542). *การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล.* สงขลา : เทมการพิมพ์ 24.

นารี พุ่มนิคม. (2543). *ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดและการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยศัลยกรรมภายหลังผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์าพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นันทา เล็กสวัสดิ์. (2542). *รายงานการวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่.* เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิลันธน์ ลิขิดกำจร. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พรจันทร์ พงษ์พรหม. (2534). *ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุลี สำราญญาดิ. (2542). *รายงานการวิจัยความพึงพอใจในกิจกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง.* เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ระวิพรรณ มงคล. (2529). *ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดและปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งทิพย์ จามรมาน. (2532). *ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรินี เล็กประเสริฐ. (2544).Nurse roles in pain management. ใน ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช และพงษ์การดี เจาะทะเกษตริน (บรรณาธิการ), *Diversity in pain management : The 12th annual scientific meeting of Thai society* (หน้า 45-59). กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. (2545). *พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุนันทา สกุลยืนยง. (2546). *ผลการใช้รูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดต่อการรับรู้ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

พยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุราวดี เจริญไชย. (2541). *ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Allocock, N. (1996). Factor affecting the assessment of postoperative pain : A literature review. *Journal of Advanced Nursing, 24*(6), 114-115.

Ashburn, M. A., & Ready, B. (2001). Postoperative pain. In J.D. Loeser (Ed.), *Bonicamanagement of pain* (pp. 222-240). (3rd ed.), Philadephia : Lippincott Williams & Wilkins.

Bonica, J. J. (1990). Managemant in postoperative pain. In J.J. Bonica (Ed.), *The Management of pain* (pp. 461-467). London : Lea & Felbiger.

Boss, B. J. (1992). Management in postoperative pain. In J. J. Bonica (Ed.), *The management of pain* (pp. 461-462). London : Lea & Febiger.

Chaikla, A. (2002). *Pain experience, pain management and pain outcomes in post abdominal operative patients.* Master of Nursing Science Degree Thesis, Adult nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Coyne, L. et al. (1999). Nurses' knowledge of pain assessment, pharmacologic and nonpharmacologic interventions. *Clinical Nursing Research, 8*(2). 153-165.

Good, M. (1999). Acute pain. *Annual review of nursing research : Complementary health and pain management, 17,* 107-132.

Gross, A. R. (1986). The effect of coping strategies in the relief of pain following surgical intervention for low back pain. *Psychosomatic Medicine, 48*(2), 229-241.

Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1999). Pain management. In G. M. Bulechek, & J. C. McClosky (Eds.), *Nursing interventions effective nursing treatments* (pp. 149-171). (3rd ed.), Philadelphia : W.B.Saunders Company.

Hughes, J. et.al. (1975). Isolation of an endogenous compound from the brain with pharmacological properties similar to morphine. *Brain Research, 88,* 577-579.

Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation.* Chicago: Midway Reprint.

Jacobson, E. (1978). *You must relax* (5th ed.). New York : McGraw-Hill, Boston : Little, Brown and Company.

Khun, S., & et al. (1990). Perceptions of pain relief after surgery. *British Medical Journal, 300*(6), 1687-1690.

Melzack, R., & Wall, D. P.(1965). Pain mechanism : A new theory. *Science, 150* (3699), 971-979.

Melzack, R., & Wall, D. P. (1982). *The challenge of pain.* New York : Basic Book.

Miller, M. K., & Perry, P. A. (1990). Relaxation technique and postoperative pain in patient undergoing cardiac surgery. *Heart*

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

& Lung, 19, 136-146.

Phipps, W. J., Cassmeyeer, V. L., Sands, J. K., & Lehman, M. K. (1995). *Medical-surgical : Concepts and clinical practice* (5th ed.). St. Louis : Mosby year book.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2001). Comfort. In *Fundamentals of nursing* (pp. 1281-1322). (5th ed.), St. Louis : Mosby.

Risser, N. L. (1975). Development of and instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research, 24*(1), 45-52.

Smeltzer, S. C. & Bare, B. C. (2000). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgicalnursing* (9th ed.). Philadelphia : Lippincott.

Wilkie, D. J. (2000). Nursing management pain. In S.M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S.R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problem* (pp. 126-154). (5th ed.). St. Louis : Mosby.

Wiyanetta, C. (1999). *Pain experience and pain management in woman after cesarean section.* Master of Nursing Science Degree Thesis, Adult nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University