

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่ง ที่มีการตัดส่วนซึ่งเป็นโรคหรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขภายหลังจากการผ่าตัด การผ่าตัดเปิดช่องท้อง เป็นการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไปที่พบบ่อย อาจเป็นการผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัย และ/หรือ การผ่าตัดเพื่อการรักษา จากสถิติของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปี พ.ศ. 2542 -2544 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 16,334 คน 16,129 คน 15,682 คน ตามลำดับ แยกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง จำนวน 1,164 คน 1,382 คน 1,070 คน ตามลำดับ (หน่วยงานเวชระเบียน, 2545)

การผ่าตัดช่องท้องส่วนล่างเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน และผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ภายหลังจากการผ่าตัดช่องท้อง โดยเฉพาะในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกจะพบความไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่สำคัญคือ ความปวดแผลผ่าตัดที่เกิดจากเนื้อเยื่อ และเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด (Auhburn & Ready, 2001; Rowlingson & Hamill, 1994)

ความปวดแผลผ่าตัดเป็นภาวะที่พยาบาลได้พบเห็นเป็นประจำ สำหรับการผ่าตัดถือเป็นกระบวนการรักษาที่ทำให้เกิดความปวดที่รุนแรง และเฉียบพลัน ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย มีการบวมตึงรั้งและหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บ (รุ่งลาวัลย์, 2543) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน ไม่สุขสบาย และไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เมื่อเกิดร่วมกับภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจก่อนผ่าตัด เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล จากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขาดข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ และข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจะทำให้ระดับความอดทนต่อความปวดลดลง (Chapman, 2001)

จากรายงานผลการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับการสอน ส่วนใหญ่จะเป็นการสอนปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดทั่วไปเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่วนในด้านการสอนเพื่อการจัดการกับความปวดในประเทศไทยมีผู้ทำการศึกษาไว้น้อย เช่นจากการศึกษาของปราณี (2537) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ศึกษาในกลุ่ม

ตัวอย่างผู้หญิงที่ทำผ่าตัดอวัยวะช่องท้องส่วนล่าง ได้แก่ การผ่าตัดมดลูก และ/หรือหูดมดลูก และรังไข่ อาจร่วมกับการผ่าตัดไส้ติ่งด้วยก็ได้ จะเป็นการให้ข้อมูลเฉพาะเรื่องตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ละคนก่อนการผ่าตัด 1 วัน ยังไม่มีรายงานถึงผลของการสอนเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดก่อนผ่าตัดเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องโดยตรง

จากประสบการณ์ของผู้วิจัย การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในปัจจุบันจะเป็นการสอนโดยทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ให้มีความสำคัญเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดน้อย ซึ่งอาจมาจากสาเหตุปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น ด้านแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดมีจำนวนน้อย แต่ผู้ป่วยมีจำนวนมากทำให้อาจประเมินปัญหาความปวดได้ไม่ทั่วถึง ส่งผลต่อการจัดการความปวด ด้านผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลมีผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวนมาก ประกอบกับภาระงานที่หนักและมึนงงล้นมือจึงทำให้พยาบาลมองข้ามความสำคัญเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด มีแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้นที่จะรู้ถึงความปวดที่ตัวเองกำลังประสบอยู่ สอดคล้องกับคำกล่าวของสุพร (2528) ที่กล่าวว่าความปวดเป็นความผิดปกติที่ได้จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ผู้ป่วยก็ยังขาดทักษะในการนำวิธีการจัดการกับความปวดโดยไม่ใช้ยามาใช้ในการลดความปวดด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยไม่ทราบว่ารายงานพยาบาลเกี่ยวกับความปวดอย่างไรจึงจะทำให้ตัวเองได้รับการบรรเทาความปวด ส่วนมากผู้ป่วยจะไม่กล้าบอกพยาบาลเพราะกลัวถูกต่อว่า

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรายงานความปวดของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวด พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและเพียงพอ (Anita, Judith, & Harold, 1999) และจากการศึกษาของวัตสัน สตีเวนส์ โคสเทลโล แคทส์ และรีดส์ (Watson, Stevens, Costello, Katz, & Reid, 2000) เกี่ยวกับการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับคู่มือการผ่าตัด เนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และการลดความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งจะอธิบายถึงความสำคัญของการจัดการเพื่อลดความปวด เมื่อมีความปวดจะขอความช่วยเหลืออย่างไร และเมื่อไรเพื่อให้ความปวดได้รับการบรรเทา ซึ่งมีทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา ส่วนกลุ่มที่ 3 ได้รับคู่มือเหมือนกับกลุ่มที่ 2 ร่วมกับมีพยาบาลที่มีความชำนาญด้านความปวดเฉพาะ อธิบายให้ฟัง พร้อมทั้งตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มที่ 3 จะมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 รวมทั้งการขอความช่วยเหลือ และขอยาแก้ปวดก็จะน้อยกว่าเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แม็คโดนาลด์ ฟรีแลน

โทมัส และมอร์ (McDonald, Freeland, Tomas, & Moore, 2001) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการรายงาน การจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกสอนในการรายงานเพื่อ บอกข้อมูลเกี่ยวกับความปวด และระดับความปวดกับพยาบาล มีระดับความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับการรายงานระดับความปวดเพียงอย่างเดียว

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ เนื่องจากการขาด ข้อมูลที่ถูกต้อง เพราะการให้ข้อมูลในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน ไม่มีการประเมินผล และ รูปแบบการให้ข้อมูลเป็นการติดต่อทางเดียว คือพยาบาลทุกคนจะสอนตามหน้าที่ทั่วไป ไม่ได้มีการ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย และเมื่อสอนแล้วก็ไม่ได้ทดสอบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจมาก น้อยเพียงใด สอดคล้องกับบุญศรี และศิริพร (2538) ที่กล่าวว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นในด้านการ สอน โดยจะมองข้ามความสำคัญ และความจำเป็นของการรับข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับข้อมูล น้อย เนื่องจากการรับผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดมักจะเป็นช่วงเวลาเย็นก่อนผ่าตัด 1 วัน จึงทำให้ผู้ป่วยบาง รายขวนขวายหาความรู้ และข้อมูลต่าง ๆ จากผู้ป่วยด้วยกันเอง จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่รู้จริง หรือมีความรู้ที่ผิด และบางรายเก็บความสงสัยไว้ไม่ได้ถามผู้ใด ทำให้เกิดความวิตกกังวล นอน ไม่หลับ คาดการณ์สิ่งที่น่ากลัวไว้ล่วงหน้า ซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ คู่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาจึงเป็นผู้ที่รู้อาการ และความเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสอนการจัดการกับความปวดแก่ผู้ป่วย นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญมาก สำหรับพยาบาล อีกทั้งยังกระทำได้อย่างอิสระตลอดเวลา การสอนที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยลดความกลัว และความวิตกกังวล ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด และการรับรู้ความปวด ลดลง

ดังนั้นการสอนเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดเพียงอย่างเดียวก่อนการผ่าตัด อาจจะไม่เพียงพอที่จะเพิ่มการรับรู้ของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นเรื่องยากแก่การทำทำความเข้าใจ แต่ถ้าหากการให้ความรู้ โดยใช้สื่ออย่างอื่นร่วมด้วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้มากขึ้น เพราะสื่อการสอนช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจถึง ชื่น จำได้มากขึ้น เรียนรู้ได้ง่าย และช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย (อรรชรณ, 2542) ผู้วิจัยเห็นว่าการสอน และการใช้หนังสือคู่มือการจัดการความปวด (pain management handbook) น่าจะเป็นสื่อ ที่ได้ผลดี เนื่องจากการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เป็นวิธีการสอนที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล (นที, 2537) และในสถานการณ์จริงพยาบาลต้องสอนผู้ป่วยแต่ละรายที่มารับการรักษาเป็นปกติอยู่แล้ว ขณะที่หนังสือคู่มือเตรียมผ่าตัดจะช่วยทบทวนความทรงจำ สามารถอ่านซ้ำได้หลายเที่ยวเพื่อให้

มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ราคาถูก ซึ่งการใช้สื่อการสอนทั้ง 2 อย่างนี้ควบคู่กันไปจะให้ผลดีที่สุด (อรวรรณ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภรณ์ (2545) เรื่องการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยศัลยกรรมในประเทศไทย พบว่า มีการใช้สื่อการสอนมากถึง ร้อยละ 80.77 และการศึกษาของ ฮอดกินสัน อีแวนส์ และเนลล์ (Hodgkinson, Evans, & Neil, 2000) เรื่องระดับความรู้ของผู้ป่วยจากการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด พบว่า การให้ข้อมูลรวมกับการใช้สื่อจะมีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ดังนั้นการสอนการจัดการกับความปวดก่อนผ่าตัด โดยการใช้การสอนเพียงอย่างเดียว จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ไม่เพียงพอ จำเป็นจะต้องใช้สื่ออย่างอื่นร่วมด้วย คือ หนังสือคู่มือการจัดการกับความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่านทบทวนซ้ำ ได้หลาย ๆ ครั้ง ช่วยเพิ่มการรับรู้ข้อมูลการจัดการกับความปวดที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยมีความสามารถ และกล้าที่จะรายงานพยาบาลเมื่อตนเองประสบกับความปวดเพื่อให้ความปวดนั้นได้รับการบรรเทาลง

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกการสอนเป็นรายบุคคล และใช้สื่อที่เป็นสิ่งพิมพ์โดยจัดทำเป็นหนังสือคู่มือการจัดการกับความปวด (pain management handbook) โดยอาศัยหลักการเรียนรู้ที่เน้นความสำคัญของกระบวนการคิด การเข้าใจ (cognitive learning) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความปวดที่ถูกต้องก่อนที่จะประสบกับความปวด และเมื่อมีความปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจใช้วิธีการบรรเทาความปวดอื่น ๆ นอกเหนือจากการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ (Jairth & Kowal, 1999) ตามความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์เดิมของตน เมื่อความปวดได้รับการแก้ไขจะทำให้ร่างกายฟื้นฟูสภาพได้เร็ว เพราะผู้ป่วยจะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น มีความพึงพอใจต่อปัญหาความปวดที่ลดลง ทำให้ระยะเวลาของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว และที่สำคัญที่สุด คือ ผลด้านจิตใจ

จากความสำคัญ และเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ข้อมูลการจัดการกับความปวดก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องซึ่งจะเป็นแนวทางที่จะช่วยในการพัฒนาการจัดการกับปัญหาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

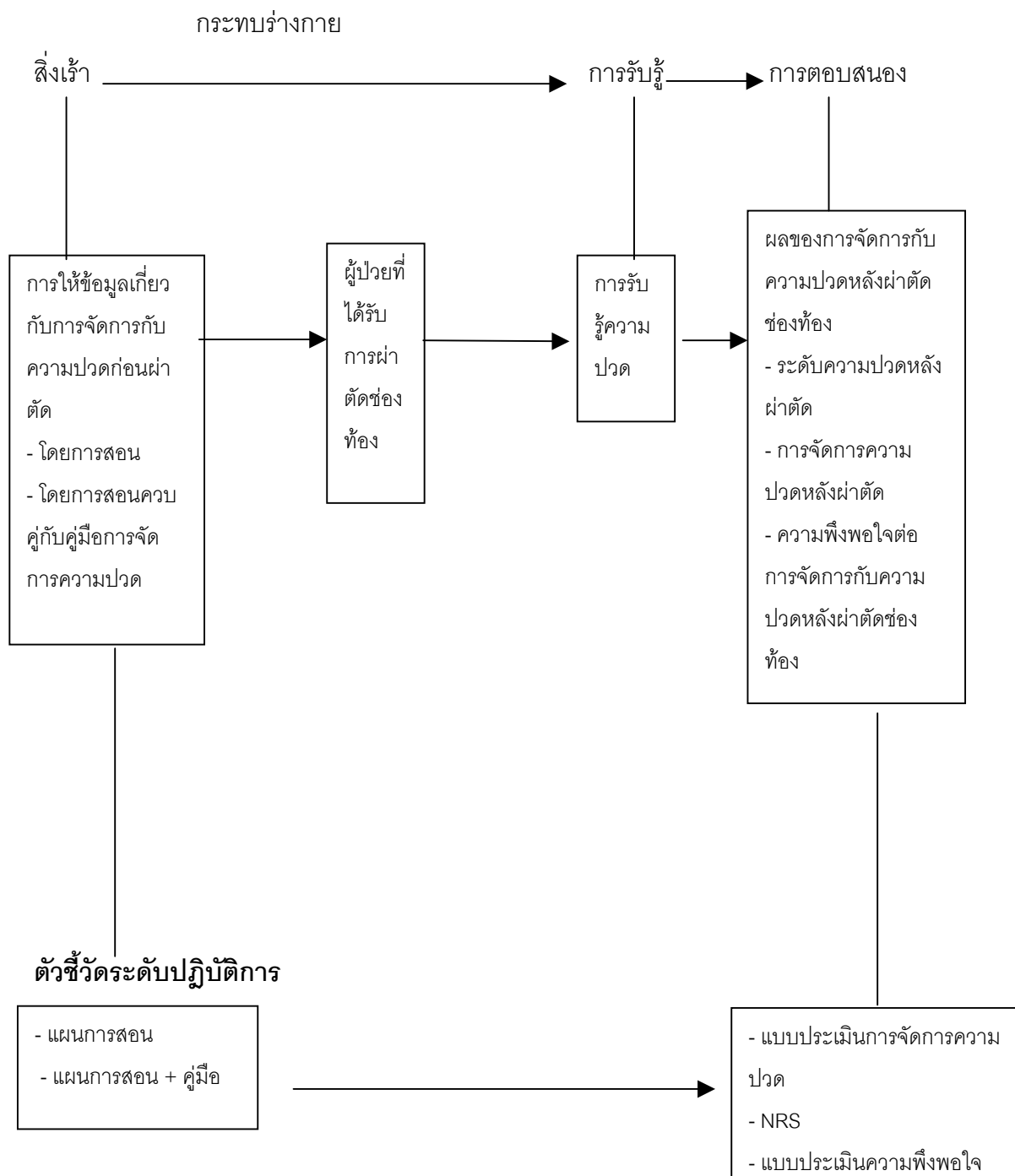
กรอบแนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ (cognitive theory) ที่เน้นการเรียนรู้ กระบวนการคิด และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลความปวด สามารถนำมาใช้อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น คือ การ

สอนการจัดการกับความปวด และการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดกับตัวแปรตาม คือ การลดความปวด ใช้แนวคิดในการเกิดการเรียนรู้ (ชูชัย, 2538) ดังนี้ คือ สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ เช่น สื่อที่ใช้ในการเรียนรู้จะสามารถทำให้มนุษย์รับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนการจัดการความปวด และการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดเป็นสิ่งเร้า เพื่อไปกระตุ้นประสาทสัมผัสของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกิดเป็นกระบวนการความคิด ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด มีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ดี เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้เพิ่มความมั่นใจในตัวเองทำให้ความวิตกกังวลลดลง และมีความอดทนต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยตอบสนองออกมาโดยมีการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถรายงานพยาบาลถึงความปวดที่ตัวเองกำลังประสบอยู่ เพื่อให้ระดับความปวดได้รับการบรรเทา และ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1

วัตถุประสงค์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เปรียบเทียบการจัดการกับความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ การสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3
2. เปรียบเทียบระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ การสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ การสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาผลของการสอนการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

คำถามวิจัย

1. การจัดการกับความปวดด้วยตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวด มีความแตกต่างกันหรือไม่ หลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3
2. ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวด มีความแตกต่างกันหรือไม่ หลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวด มีความแตกต่างกันหรือไม่ หลังผ่าตัด วันที่ 1 2 และ 3

สมมติฐาน

1. คะแนนการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวด
2. ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวด
3. คะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดอย่างเดียว น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวด

นิยามตัวแปร

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมการสอนการจัดการกับความปวดแบบการสอนควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวด ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการจัดการความปวดใน 24-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งวัดได้จาก

1. การจัดการกับความปวด หมายถึง การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องรับรู้ถึงวิธีที่ตนเองกระทำเพื่อบำบัดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับการรักษาหรือการบรรเทาความปวด ประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวด รวมถึงวิธีการอื่น ๆ ที่ใช้ในการบรรเทาความปวด ลักษณะคำถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแต่ละข้อคำถาม มีให้เลือก 3 ระดับคือ ไม่ได้ปฏิบัติ (0) หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย, ปฏิบัติบางครั้ง (1) หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง (2) หมายถึง ผู้ตอบมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ หรือปฏิบัติอยู่เสมอ หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้งเมื่อมีความปวด

2. ระดับคะแนนความปวด หมายถึง ระดับความรู้สึกรู้สึกปวดในบริเวณแผลผ่าตัด โดยประเมินระดับความปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) กำหนดระดับความปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่มีความปวด, 5 หมายถึง มีความปวดปานกลาง และ 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด) โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงระดับความปวดในรอบ 24-72 ชั่วโมงที่ผ่านมา ทั้งระดับความปวดที่มากที่สุด และระดับความปวดที่น้อยที่สุด

3. ความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวด หมายถึง ความคิดเห็น ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีต่อการจัดการกับความปวด ทำให้ความต้องการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อที่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกแทนค่าคะแนน 0-10 คะแนน (0 หมายถึง ไม่พึงพอใจเลย, 5 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และ 10 หมายถึง พึงพอใจมาก)

การสอน หมายถึง การสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบมีการเตรียมล่วงหน้า 1 วัน ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยจะสอนเป็นรายบุคคล มีวิธีการสอน 2 แบบ คือ

1. การสอนตามแผนการสอน หมายถึง การสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของความปวด, ผลกระทบของความปวดต่อร่างกายผู้ป่วย, การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด และวิธีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด

2. การสอนควบคู่กับคู่มือ หมายถึง การสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามแผนการสอนเหมือนแบบที่ 1 เมื่อสอนเสร็จผู้วิจัยจะมอบหนังสือคู่มือเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ไว้ให้ผู้ป่วยอ่านทบทวน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องส่วนล่าง โดยตัวผู้ป่วยเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก และ/หรือหูดมดลูก และรังไข่ ซึ่งได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน (elective case) โดยเข้ารับการรักษาในแผนกนรีเวช ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในจังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลประจำจังหวัดพัทลุง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องสำหรับผู้ปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดได้รับการจัดการกับความปวดได้ดียิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลประจำการในการให้ข้อมูลการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเพื่อลดความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสอนผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง มีผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยลดลง