



การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวด หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

เพ็ญศรี ใจปานแก่น

Received: March 27, 2024

Revised: April 23, 2024

Accepted: May 17, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัด ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 7 คน และผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนพัฒนา รูปแบบ เป็นแนวคำถามในการศึกษา สถานการณ์การจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก 2) ระยะพัฒนา รูปแบบ ได้แก่ (1) แบบบันทึกการประเมินความปวดหลังผ่าตัด และ (2) ดนตรีพื้นเมืองอีสานลดปวด และ 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ (1) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ (2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการจัดการ ความปวด (3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุได้รับฟังดนตรีพื้นเมืองอีสานลดปวด และ (4) แนวคำถาม ในการประชุมกลุ่มระดมสมอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเมษายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดก่อนการพัฒนา รูปแบบ มีประเด็นคือ ยังไม่มีรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ไม่มีเครื่องมือในการประเมินความปวด และขาดความต่อเนื่องในการ ประเมินผลการจัดการความปวด ส่งผลให้การจัดการความปวดโดยพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพพอ ภายหลังจาก พัฒนาได้รูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบ 2) โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วย ทีมงาน สถานที่ และ 3) แนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ผลการดูแลตามรูปแบบการจัดการ ความปวดหลังผ่าตัด พบว่าพยาบาลที่ใช้รูปแบบมีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในระดับ มากที่สุด ความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน และผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ได้รับฟังการใช้ ดนตรีอีสานลดปวดมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90

คำสำคัญ: การจัดการความปวด / ผู้สูงอายุ / กระดูกสะโพกหัก

ผู้รับผิดชอบบทความ: เพ็ญศรี ใจปานแก่น 72 หมู่ 11 ตำบลกองนาง อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย 43110 E-mail: p_10srichai@hotmail.com
พยาบาลศาสตรบัณฑิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Development of post operative pain management model for elderly with hip fracture Thabo Crown Prince Hospital

Phensri Chaipankaen

Abstract

This research and development aims to developing a model for managing postoperative pain in elderly hip fracture patients. The sample group is There were 7 professional nurses and 20 elderly people after hip fracture surgery. The research tools were divided into 3 phases: 1) the phase before developing the model. It is a question line to study the situation of pain management after surgery in elderly people with hip fractures 2) the format development phase, including (1) a post-operative pain assessment record form and (2) Isaan traditional music to reduce pain, and 3) the results evaluation stage, including (1) the satisfaction assessment form. Satisfaction of professional nurses, (2) satisfaction assessment form of the elderly in pain management, (3) satisfaction assessment form of the elderly listening to Isaan traditional music to reduce pain, and (4) guidelines for questions in mobilization group meetings. The research was conducted between January 2024 and April 2024. The qualitative data were analyzed using content analysis. and quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study found that the postoperative pain management situation before developing the model had an issue: there was no postoperative pain management model. There are no tools to assess pain. and lack of continuity in pain management evaluations as a result, pain management by nurses is not effective enough. After developing the postoperative pain management model, it consists of 1) the principles of the model, 2) the structure of the model, including the team, location, and 3) guidelines for postoperative pain management. and results of care according to the postoperative pain management model It was found that nurses who used the model were most satisfied with the postoperative pain management model. Satisfaction of post-surgery elderly people who receive post-surgery pain management. It was found that the majority of the elderly were satisfied at the highest level in all aspects. And elderly people after hip fracture surgery who listened to the use of Isaan music to reduce pain had the highest level of satisfaction. Accounting for 90 percent

Keywords: Pain management / Elderly / Hip fracture

Corresponding Author: Phensri Chaipankaen, 72 moo 11 Kongnang Subdistrict Thabo District Nongkhai Province,
E-mail: p_10srichai@hotmail.com

Bachelor of Nursing Science, Registered Nurse, Professional Level, Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai Province

1. บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นภาวะกระดูกหักที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง (พัชรภาพร ตาใจ และคณะ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของอณูโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลงร่วมกับมีการเสื่อมทำให้กระดูกบางลงส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักได้ง่าย ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม (บุญนำ พัฒนแก้ว, 2562) โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150–250 รายต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ (Kanis et al., 2012) และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ. 2568 (อัญชลี คันธานนท์, 2556) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในประชากรชายและหญิงจำนวน 136 และ 368 รายต่อแสนประชากร (สุวิมล แคล้วคล่อง และคณะ, 2557) ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักพบว่ามีคุณภาพชีวิตที่แย่งร้อยละ 25 ต้องใช้รถเข็นร้อยละ 22 ต้องช่วยในการขับถ่ายร้อยละ 11 ต้องช่วยอาบน้ำร้อยละ 10 ต้องช่วยแต่งตัวร้อยละ 5 ต้องช่วยในการรับประทานอาหาร (จิณพิชญ์ชา มะम्म, 2562) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก มีโอกาสเกิดการหักซ้ำได้ง่าย อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นมากถ้าหักซ้ำไม่ว่าจะเป็นข้างเดิมหรือข้างที่ยังไม่เคยหัก จากสถิติของการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน พบว่าจะมีกระดูกสะโพกหักซ้ำอีกข้างได้ร้อยละ 10 และกระดูกส่วนอื่นๆ หักตามมาได้ร้อยละ 12 และสูญเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีสะโพกหักเพิ่มเป็น 131.5 พันล้านดอลลาร์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก (อรพรรณ โตสิงห์, 2559)

แนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักมี 2 วิธี คือ การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคองโดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (skin traction) (จิณพิชญ์ชา มะम्म, 2562) และการรักษาโดยการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการแตกหัก มี 2 วิธี ได้แก่ 1) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Peeters et al., 2016) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented total hip replacement) กับ ชนิดไม่ใช้ซีเมนต์ (Cementless total hip replacement) และ 2) การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกภายใน เป็นการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราวโดยใช้โลหะชนิดพิเศษ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของการหัตถการทุกอย่างที่ทำมากที่สุด (วิภาพร สีสิตมงคลกุล และคณะ, 2556) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ มักมีภาวะข้อเสื่อมร่วมด้วยการรักษาโดยการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสะโพกหักส่วนใหญ่ จึงใช้การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมซึ่งอาจทำโดยการผ่าตัดแบบเปิดหรือผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง ตามทางเลือกของผู้ป่วยและข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม (Folbert et al., 2017) ทั้งนี้การรักษาโดยวิธีการดังกล่าวมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (จิณพิชญ์ชา มะम्म, 2562; Sassoon et al., 2013) ได้แก่ การติดเชื้อ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การหลวมของข้อเทียม การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยจะพบมากหลังผ่าตัด 3 เดือนแรกถึงร้อยละ 50–70 (อรพรรณ โตสิงห์, 2559) รวมทั้งการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความปวดและมีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (Peeters et al., 2016)

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้นอนไม่หลับ รู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด กลัว เครียด และไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการพยาบาล (เรณู ภูจอมจิตตัญญู มิ่งพันธ์ และคณะ, 2563) ปัญหาความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกอาจเป็นได้ทั้งแบบเรื้อรังและความปวดแบบเฉียบพลัน การจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียม หากวิธีการจัดการความปวดไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงไม่ได้รับการจัดการความปวด(ดวงสุตา วัฒนธัญญการ และคณะ, 2561) การจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียมมีความยุ่งยากซับซ้อน และมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ในวัยสูงอายุมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง และมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ทั้งนี้หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาคความปวดความปวดนั้นจะพัฒนากลายเป็นความปวดเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อหลายด้านรวมทั้งผู้สูงอายุบางรายมีวิธีการจัดการความปวดที่ไม่ถูกต้องหากความปวดนั้นไม่ได้รับการประเมินและจัดการดูแลในระยะเริ่มต้นก็จะกลายเป็นปัญหาเรื้อรังอันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในอนาคตได้ (พุทธิพร พิธานธนาภูกุล และปัทมา สุจริต, 2554)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกและข้อ รวมทั้งผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โดยมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดที่พบมากติดอันดับ 1 ใน 5 ของการผ่าตัดกระดูกและข้อที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และจากสถิติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 พบว่า มีจำนวน 37, 36, 42 และ 46 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อ, 2566) ปัญหาที่พบจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม คือการจัดการความปวด ซึ่งการจัดการความปวดเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ คือผู้ป่วยจะต้องได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมและเพียงพอ การประเมินและการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและทางอ้อม (ศรีสุตา งามขำ และคณะ, 2561) แต่ปัญหาในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดนั้นพบว่ายังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ยังไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดและบันทึกการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และยังขาดความสม่ำเสมอของการติดตามประเมินผลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

การจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทำบ่อนอกจากการใช้ยาแก้ปวดแล้วยังมีวิธีที่ไม่ต้องใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลทำได้ แต่ยังไม่เคยนำมาปฏิบัติเลย เช่น การสัมผัส การผ่อนคลาย การทำสมาธิ และการใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น มีรายงานทางการแพทย์มากมายที่พิสูจน์แล้วว่าดนตรีบำบัดมีประโยชน์ในการลดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย และเพื่อส่งเสริมสภาพการผ่อนคลายในผู้ป่วย (ศิษณุพงศ์ อินทร์แก้ว, 2565) อีกทั้งดนตรียังมีประสิทธิภาพต่อการบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพ (นัทธี เชียงชนะ และสมชัย ตระการรุ่ง, 2558) และดนตรีลดปวดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยจะเห็นได้จากผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความปวดลดลง การใช้ยาแก้ปวดน้อยลง รวมไปถึงผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดด้วยตนเองได้ดีมากขึ้น (กนกวรรณ ใจภักดี และคณะ, 2559)

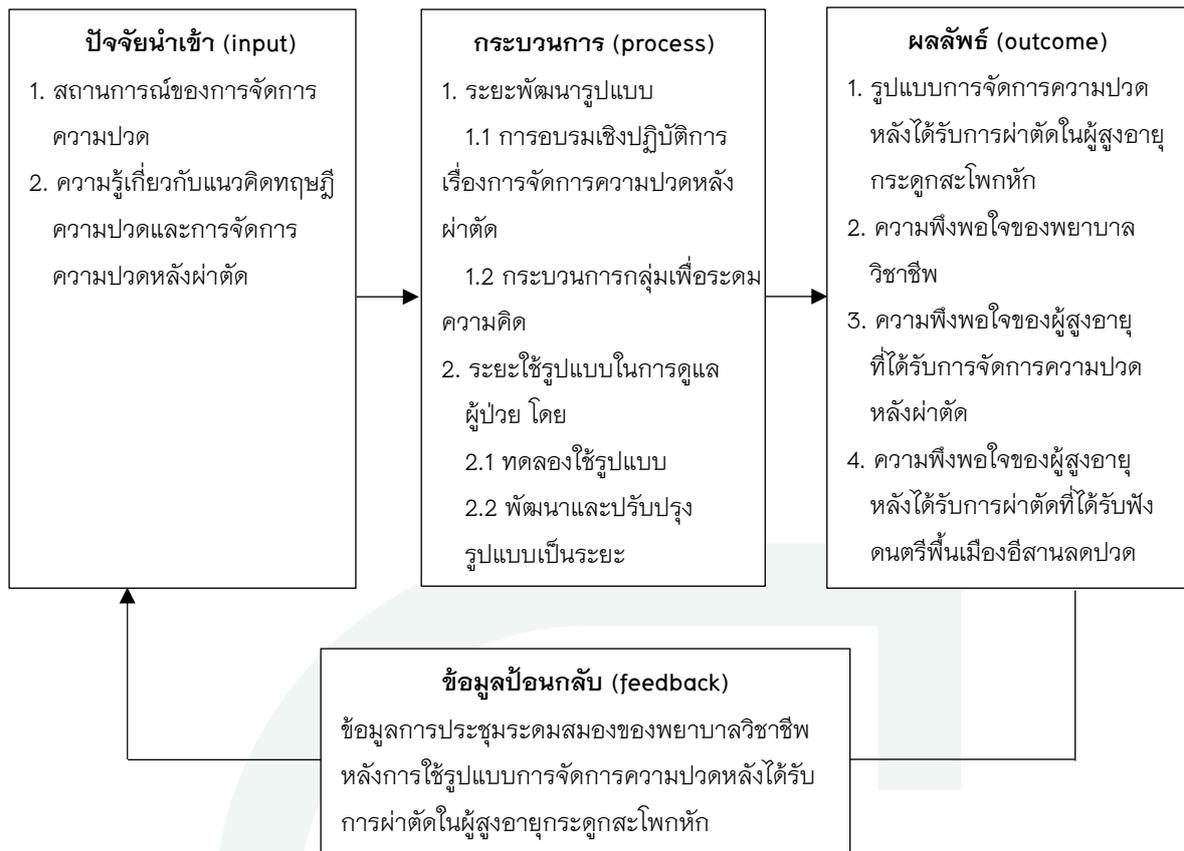
จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดหลัง การผ่าตัดมีความปลอดภัย เกิดความพึงพอใจในคุณภาพและบริการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมและการบรรเทาอาการปวดในระยะหลังผ่าตัด จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักร่วมกับการนำดนตรีพื้นเมืองอีสานมาใช้เป็นกิจกรรมเสริมการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดปวด เป็นแนวทางในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสำหรับพยาบาล ซึ่งจะเป็นมาตรฐาน และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
- 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
- 2.3 เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก
- 2.4 เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
- 2.5 เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (System theory) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งทฤษฎีระบบประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) 2) กระบวนการ (process) 3) ผลลัพธ์ (outcome) และ 4) ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ซึ่งทั้ง 4 องค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์กัน โดยเป็นกระบวนการของการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ความสามารถในการลดปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive selection) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพตึกศัลยกรรมที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม จำนวน 7 คน ที่มีความยินดีเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีปัญหาของกระดูกสะโพกหักและต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นครั้งแรก และเข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวนทั้งหมด 20 คน โดยเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

4.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criterion)

4.1.1 ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

4.1.2 อายุ 60 ปีขึ้นไป

4.1.3 ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นครั้งแรก

4.1.4 รู้สึกตัวดี การได้ยินปกติดี ฟังและพูดภาษาไทยได้รู้เรื่องเข้าใจ

4.1.5 ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย

4.2 เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criterion)

4.2.1 ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่อไปนี้รุนแรงขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ, หัวใจ, หลอดเลือด, ไต และระบบประสาทไขสันหลัง

4.2.2 ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

4.3.1 ระยะก่อนพัฒนารูปแบบ ได้แก่ 1) แนวคำถามในการประชุมระดมสมองของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยผู้วิจัยสร้างแนวคำถามโดยอาศัยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 8 ข้อ

4.3.2 ระยะพัฒนารูปแบบ ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประเมินความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความปวดผู้ป่วยที่ต่อท่อช่วยหายใจของวัชรวิ มุกต์ธนะอนันต์ (2555) เข้าร่วมในการประชุมกลุ่มระดมสมอง เพื่อให้พยาบาลร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือเพื่อใช้ในการบันทึกประเมินความปวดหลังผ่าตัด และ 2) ดนตรีพื้นเมืองอีสานของศิริเอมอร วิชาชาติ (2552) ซึ่งเป็นเพลงประเภทบรรเลง หรือที่เรียกว่า "ลาย" เครื่องดนตรีประกอบด้วย โปงลาง ระนาด ฆ้อง ปี่ ฉาบ พิณ แคน มีความยาวทั้งหมด 20 นาที ประกอบด้วยลายแมลงภู่มดดอก ลายแมฮ้างกล่อมลูก ลายลมพัดไผ่ ลายลำผู้ไท ลายคอนสวรรค์และลายศรีพันดอน

4.3.3 ระยะประเมินผลปฏิบัติการใช้รูปแบบ

1) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และประสบการณ์ในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีจำนวน 8 ข้อย่อย เป็นคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และมีการให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด, 4 หมายถึง มาก, 3 หมายถึง ปานกลาง, 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยมาก

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

| ค่าคะแนนเฉลี่ย | การแปลผลระดับคะแนน |
|----------------|-------------------------------|
| 4.50-5.00 | มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด |
| 3.50-4.49 | มีความพึงพอใจในระดับมาก |
| 2.50-3.49 | มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง |

| ค่าคะแนนเฉลี่ย | การแปลผลระดับคะแนน |
|----------------|-----------------------------|
| 1.50-2.49 | มีความพึงพอใจในระดับน้อย |
| 1.00-1.49 | มีความพึงพอใจในระดับน้อยมาก |

2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การชดเชยของการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ และประสบการณ์ในการผ่าตัดในอดีต และส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัด มีจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและมีการให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด, 4 หมายถึง มาก, 3 หมายถึง ปานกลาง, 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยมาก

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

| ค่าคะแนนเฉลี่ย | การแปลผลระดับคะแนน |
|----------------|-------------------------------|
| 4.50-5.00 | มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด |
| 3.50-4.49 | มีความพึงพอใจในระดับมาก |
| 2.50-3.49 | มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง |
| 1.50-2.49 | มีความพึงพอใจในระดับน้อย |
| 1.00-1.49 | มีความพึงพอใจในระดับน้อยมาก |

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดที่ได้รับฟังดนตรีพื้นเมืองอีสานลดปวด เป็นข้อคำถามปลายปิด มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว และมีการให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด, 4 หมายถึง มาก, 3 หมายถึง ปานกลาง, 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยมาก

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

| ค่าคะแนนเฉลี่ย | การแปลผลระดับคะแนน |
|----------------|-------------------------------|
| 4.50-5.00 | มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด |
| 3.50-4.49 | มีความพึงพอใจในระดับมาก |
| 2.50-3.49 | มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง |
| 1.50-2.49 | มีความพึงพอใจในระดับน้อย |
| 1.00-1.49 | มีความพึงพอใจในระดับน้อยมาก |

4) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มระดมสมองของพยาบาลภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ

4.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด จำนวน 3 ท่าน คือ วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน ศัลยแพทย์กระดูก 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ไปตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.87 และ 2) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการประเมินความปวดหลังผ่าตัดไปหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายจำนวน 5 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.89

4.5 วิธีการรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

4.5.1 ระยะเตรียมการ

1) สถานการณ์การจัดการจัดการความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นปัจจัยและปัญหาอุปสรรคในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ศึกษาแนวคิดทฤษฎีความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดหลังผ่าตัดและรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดโดยการใช้ดนตรีบำบัด โดยการประชุมกลุ่มระดมสมองพยาบาลวิชาชีพ

2) ผู้วิจัยทำแบบบันทึกข้อความเพื่อขออนุญาตศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยผ่านหัวหน้างาน และหัวหน้าพยาบาล ตามลำดับ หลังจากนั้นประสานงานกับหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย

4.5.2 ระยะการพัฒนารูปแบบ

ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ ตามกำหนดการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

ช่วงที่ 1 จัดการอบรมเสริมความรู้และการปฏิบัติให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ระยะเวลา 1 วันแบ่งเป็นภาคเช้าในเรื่องความปวด การประเมินความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยการใช้ยา และภาคบ่ายในเรื่องการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การใช้ดนตรีบำบัด

ช่วงที่ 2 ประชุมกลุ่มย่อยระดมความคิดเห็น เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และร่วมพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้แสดงความคิดเห็นและสามารถสรุปประเด็นออกมาได้ตามวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นประเด็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ โดยประเด็นคำถามคือ ให้ร่วมกันวิเคราะห์รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่มีในปัจจุบัน หาโอกาสพัฒนา แนวทางการแก้ไขและร่วมกันหาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม โดยแบ่งเป็น

2 กลุ่มให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ อภิปรายผลการประชุมกลุ่มโดยวิทยากรเป็นผู้นำประชุม นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มมาวิเคราะห์ พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

4.5.3 ระยะดำเนินการใช้รูปแบบ ดำเนินการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำนวน 20 คน

4.5.4 ระยะการประเมินผลรูปแบบ ผู้วิจัยประเมินผลการศึกษารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามรูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดภายหลังการใช้รูปแบบ โดยประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้ประเมินอาการปวดของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ รวมทั้งประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ประเมินผลรูปแบบจากความพึงพอใจของพยาบาล จำนวน 7 คน และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัด จำนวน 20 คน

4.6 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบในการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการวิจัย 3/2567 ลงวันที่ 30 มกราคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดูแล ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากผู้ร่วมวิจัยจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

4.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

4.6.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ระดับความปวด และระดับความพึงพอใจ

4.6.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยกระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการการศึกษาคั้งนี้จำนวนทั้งหมด 7 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 ด้านประสบการณ์ในการทำงานมีประสบการณ์ 5-10 คิดเป็นร้อยละ 71.42

5.1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 70-79 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.00 ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดอย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.00 ชนิดของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับในการผ่าตัดครั้งนี้คือยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia) และการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) คิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากัน ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่ เฉลี่ย 60-120 นาที คิดเป็นร้อยละ 60.00 และชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดชนิดใช้ซีเมนต์ (Cemented total hip replacement) คิดเป็นร้อยละ 85.00

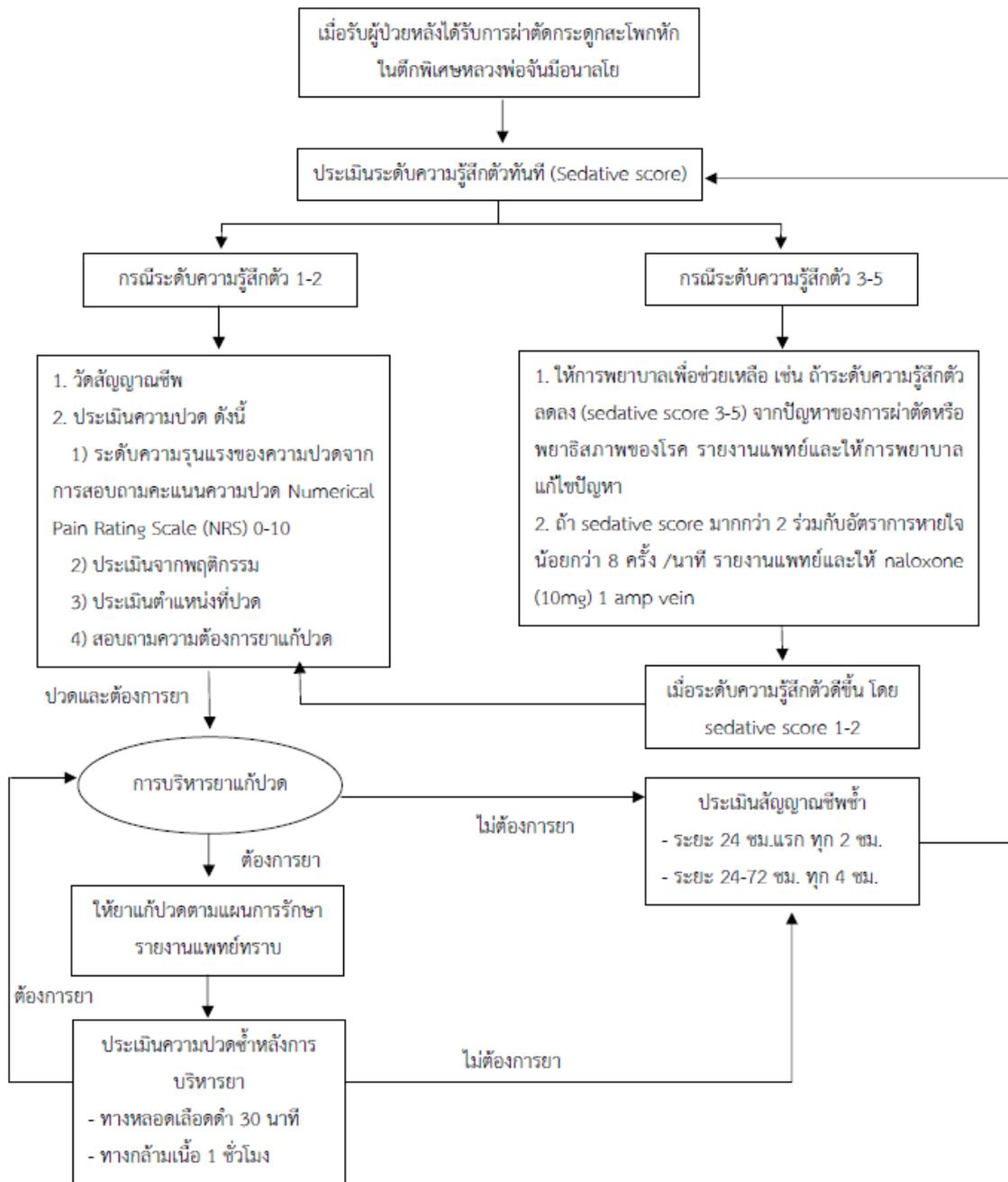
5.2 รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ประกอบด้วย

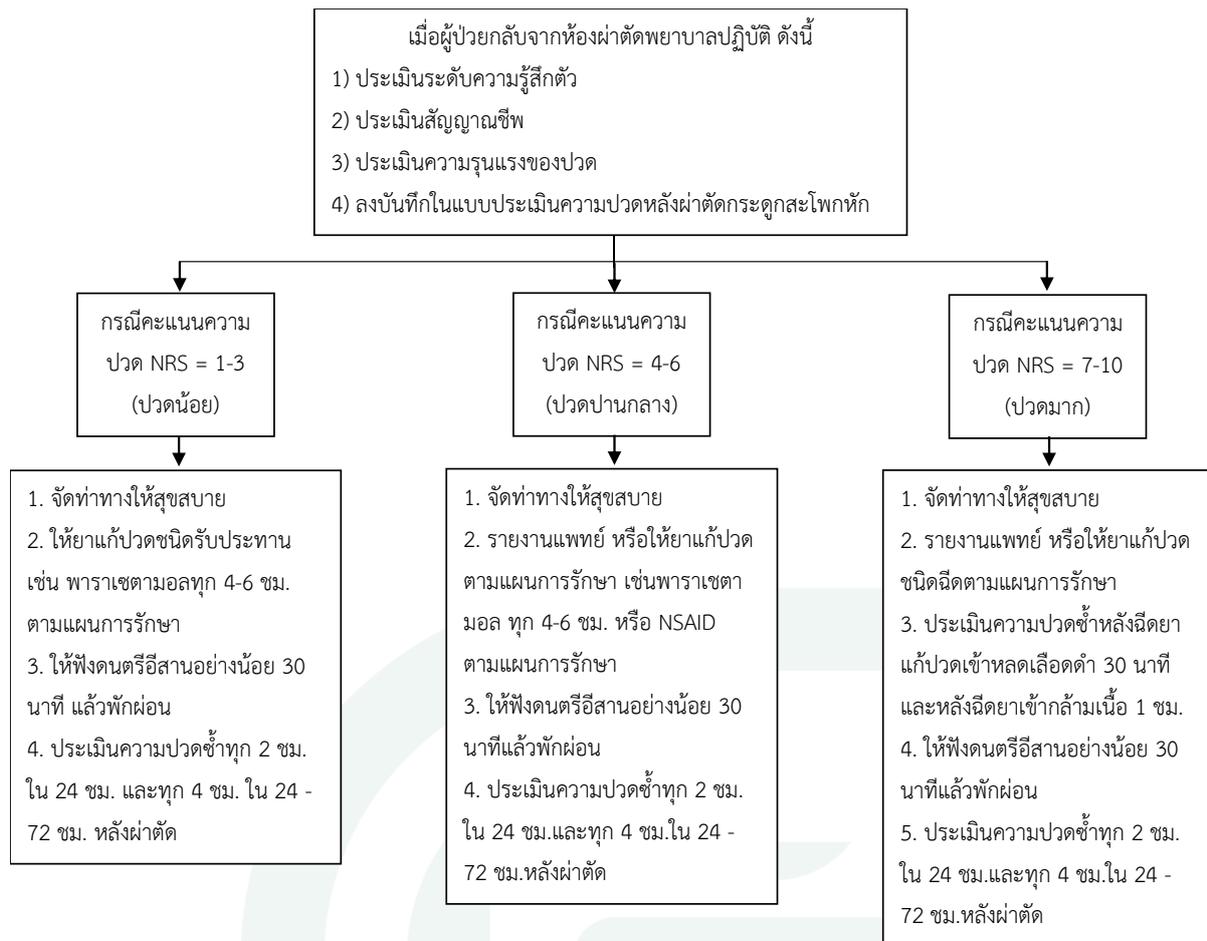
5.1.1 หลักการของรูปแบบ ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักเกือบทุกราย ประสบกับความปวดหลังผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินความปวด การจัดการความปวด ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมด้วย ตลอดจนการติดตามประเมินผลการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มีความปวดลดลงและมีความพึงพอใจในการจัดการความปวด

5.1.2 โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วย 1) ทีมงาน คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก 2) สถานที่ คือ ตึกผู้ป่วยที่รับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และ 3) แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินความปวด การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด การประเมินความปวดจากพฤติกรรม การประเมินทางสรีรวิทยา การประเมินตำแหน่งที่ปวด ความถี่ในการประเมินความปวด การประเมินซ้ำหลังให้การช่วยเหลือ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ขั้นตอนการประเมินความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักและรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก รายละเอียดดังภาพที่ 2-3



ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการประเมินความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก



ภาพที่ 3 รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

5.3 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก

5.3.1 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ผลการวิจัย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความถี่ของการประเมินความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$) ความพึงพอใจต่อการใช้แบบบันทึกการประเมินความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ด้านการใช้เวลาเหมาะสมในการบันทึก สามารถประเมินและจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างครอบคลุม พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$) เท่ากัน ความพึงพอใจต่อการติดตามประเมินผลหลังให้การช่วยเหลือพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.70$) และความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักโดยภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.50$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนและระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดการ
ความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (n=7)

| ข้อมูล | ค่าเฉลี่ย | ระดับ ความพึงพอใจ |
|--|-----------|----------------------|
| 1. ท่านมีความพึงพอใจในความถี่ของการประเมินความปวดผู้ป่วย หลังผ่าตัด ในปัจจุบันระดับใด | 4.20 | มาก |
| 2. แบบบันทึกการประเมินความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูก สะโพกหัก | 4.22 | |
| 2.1 มีความทันสมัย ชัดเจนเข้าใจง่าย | 4.00 | มาก |
| 2.2 มีความสะดวกในการบันทึก | 3.70 | มาก |
| 2.3 ใช้เวลาในการประเมินและบันทึกเหมาะสม | 4.70 | มากที่สุด |
| 2.4 สามารถประเมินและจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้อย่าง ครอบคลุม | 4.70 | มากที่สุด |
| 2.5 ท่านพอใจในการนำแบบบันทึกการประเมินความปวดไปใช้ ในการปฏิบัติงานจริง ในระดับใด | 4.00 | มาก |
| 3. ท่านพอใจในการติดตามประเมินความปวดหลังให้การช่วยเหลือ ในระดับใด | 4.70 | มากที่สุด |
| 4. ท่านมีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับ การผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยภาพรวมในระดับใด | 4.50 | มากที่สุด |

5.3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดการความปวด หลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

จากการศึกษาหลังการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูก
สะโพกหัก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการได้รับยาฉีดแก้ปวดหลังผ่าตัดในระดับความ
พึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}=4.95$) ความพึงพอใจในภาพรวมในการดูแลของพยาบาลในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทา
ปวดหลังผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.95$) และความพึงพอใจ
ที่พยาบาลสอบถามและประเมินความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.90$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก (n=20)

| ข้อมูล | ค่าเฉลี่ย | ระดับความพึงพอใจ |
|--|-----------|------------------|
| 1. ท่านพอใจที่พยาบาลสอบถาม และประเมินความปวดของท่านมากหรือน้อยเพียงใด | 4.90 | มากที่สุด |
| 2. ท่านพอใจที่พยาบาลให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดแก่ท่านมากหรือน้อยเพียงใด | 4.80 | มากที่สุด |
| 3. ยาแก้ปวดที่ท่านได้รับช่วยให้ท่านบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดได้มากหรือน้อยเพียงใด | 4.95 | มากที่สุด |
| 4. ท่านพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การฟังเพลง ในระดับใด | 4.70 | มากที่สุด |
| 5. ในภาพรวมท่านมีความพึงพอใจในการดูแลของพยาบาลในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดของท่านในระดับใด | 4.95 | มากที่สุด |

5.3.3 ระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดและชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับ

จากการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มีคะแนนความรุนแรงของความปวดในระดับรุนแรง (NRS=8-10) คิดเป็นร้อยละ 75 คะแนนความปวดเฉลี่ยในระยะหลังผ่าตัดคือ 7.45 ซึ่งมีระดับความปวดในระดับมาก ด้านยาระงับปวดที่แพทย์สั่งใน 24 ชั่วโมงแรก ส่วนใหญ่ คือ มอร์ฟีนและเพนิติน คิดเป็นร้อยละ 70, 25 ตามลำดับ การบริหารยาทางที่ให้คือหลอดเลือดดำ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนระยะเวลาหรือความถี่ในการให้แพทย์ส่วนใหญ่ให้เป็นทุก 4 หรือ 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 70 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดและชนิดของยาฉีดแก้ปวด

| รายการ | จำนวน (n=20) | ร้อยละ |
|------------------------------------|--------------|--------|
| 1. ระดับรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัด | | |
| 0-3 (ปวดน้อย) | 5 | 25.00 |
| 4-6 (ปวดปานกลาง) | 0 | 0.00 |
| 7-10 (ปวดมาก) | 15 | 75.00 |
| คะแนนเฉลี่ย (NSR 0-10) | 7.45 | |

ตารางที่ 3 ระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดและชนิดของยาฉีดแก้ปวด (ต่อ)

| รายการ | จำนวน (n=20) | ร้อยละ |
|--|--------------|--------|
| 2. ยาระงับปวดที่แพทย์สั่งใน 24 ชั่วโมงแรก | | |
| มอร์ฟีน | 14 | 70.00 |
| เพทิดีน | 5 | 25.00 |
| ทรามอล | 1 | 5.00 |
| 3. การบริหารยา | | |
| ทางหลอดเลือดดำ | 20 | 100.00 |
| 4. ระยะเวลาหรือความถี่ | | |
| เมื่อผู้ป่วยต้องการ (prn.) | 6 | 30.00 |
| ทุก 4 ชั่วโมงหรือทุก 6 ชั่วโมง | 14 | 70.00 |

5.3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ได้รับฟังดนตรีพื้นเมืองอีสานลดปวด

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้ดนตรีพื้นเมืองอีสานในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ได้รับฟังดนตรีพื้นเมืองอีสานลดปวด (n=20)

| ความพึงพอใจ | จำนวน (n=20) | ร้อยละ |
|---------------------|--------------|--------|
| 1. พึงพอใจปานกลาง | 0 | 0.00 |
| 2. พึงพอใจมาก | 2 | 10.00 |
| 3. พึงพอใจมากที่สุด | 18 | 90.00 |

6. อภิปรายผลการวิจัย

6.1 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเป็นรูปแบบที่ช่วยพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาล โดยพยาบาลมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย อาการรบกวนหรือความทุกข์ทรมานจากความปวดหลังผ่าตัด เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติเดียวกัน และรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักงานการพยาบาลกรมการแพทย์ (กระทรวงสาธารณสุข,

2550) โดยส่งเสริมให้พยาบาลมีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดเฉียบพลันของสมาคมอาการปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society [APS], 1989) ที่ต้องมีการประเมินความปวดในผู้ป่วยทุกราย โดยให้มีการประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ร่วมกับการประเมินระดับความรู้สึกตัว และมีการจัดการความปวดทั้งด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

6.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการจัดการความปวด พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด เป็นส่วนใหญ่ อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัด พยาบาลได้ร่วมมือกันในการพัฒนาและระดมสมอง และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย นำมาซึ่งรูปแบบที่ได้รับการวิเคราะห์และตัดสินใจร่วมกัน มีการศึกษาข้อมูลและนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนารูปแบบ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการเพื่อให้ความรู้ในเรื่องพยาธิสภาพของความปวด การจัดการความปวด ความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวดเหล่านี้เป็นกระบวนการนำเข้า และกระบวนการพัฒนาที่มีผลต่อการใช้รูปแบบและความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลำดวน มีภาพ และคณะ (2560) ที่พบว่ากลุ่มผู้ใช้การใช้แนวปฏิบัติพยาบาลที่ได้รับการจัดการความปวดสม่ำเสมอ และมีการประเมินความปวดซ้ำ

6.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก วิเคราะห์โดยภาพรวมพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักอยู่ในระดับมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ อธิบายได้จากได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลและบุคลากรในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัยจากความปวดหลังผ่าตัด และยังได้รับข้อมูลในการจัดการความปวด นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้ดนตรีบรรเลงอีสานบรรเทาปวดอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งผลของดนตรีต่อความปวดหลังผ่าตัดสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack and Wall (1965) ร่วมกับทฤษฎีควบคุมความปวดภายในของและการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) ของ McCaffery (1979) ดังนี้เมื่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินถูกกระตุ้นด้วยเสียงดนตรี เกิดสัญญาณประสาทส่งไปยังระบบควบคุมส่วนกลาง คือ สมอส่วน ธารามัส คอร์เท็กซ์ และระบบลิมบิก ดนตรีจะปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึก การรับรู้การจดจำ ทำให้เกิดความสนใจ มีสมาธิ และความเพลิดเพลิน และส่งสัญญาณประสาทลงมาที่ระบบลำเอียงส่วนกลางคือ เรติคูลาร์ฟอเมชั่น เพื่อปรับเปลี่ยนสัญญาณประสาทนำเข้าให้รับรู้สัญญาณประสาทจากดนตรีมากกว่าสัญญาณประสาทจากความปวด มีผลให้การส่งสัญญาณประสาทความปวดสู่ระบบควบคุมส่วนกลางลดลง และสัญญาณประสาทจากระบบควบคุมประสาท

ส่วนกลางยังมีผลไปควบคุมการส่งสัญญาณประสาทที่กลไกการควบคุมประตูที่ไขสันหลังบริเวณเอสจีให้ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดต่อไปยังที่เซลล์ทำให้ไม่มีสัญญาณประสาทที่จะส่งข่าวรับรู้ความปวดไปยังสมอง ที่เรียกว่า "ประตูปิด"

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

7.1 ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

7.1.1 การนำรูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการเตรียมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัด ควรทำการศึกษารูปแบบและทำความเข้าใจรูปแบบ และการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดปวด ตลอดจนการเตรียมและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

7.1.2 เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการใช้รูปแบบการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ควรมีแนวปฏิบัติการใช้รูปแบบการจัดการความปวดทุกหอผู้ป่วย เพื่อพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักไปในแนวทางเดียวกัน

7.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

7.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยต่อในการพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักเพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการประเมินความปวดหลังผ่าตัดที่เป็นมาตรฐาน

7.2.2 อาจมีการศึกษาวิจัยโดยการใช้ดนตรีชนิดอื่นในการจัดการความปวดหลังได้รับการผ่าตัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการใช้บทบาทอิสระในการจัดการความปวด

8. เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ใจภักดี, กนกพร นทีชนสมบัติ และพรศิริ พันธลี. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดโดยใช้สวดมนต์บำบัด ร่วมกับดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกขา. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 12(2), 54-68.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สำนักงานพยาบาล. (2550). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลปรับปรุงครั้งที่ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3). องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จิณพิชญ์ชา มะมม. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 แก้ไขเพิ่มเติม). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชัชณพงค์ อินทร์แก้ว. (2565). การใช้เสียงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด : กรณีศึกษาในดนตรีบำบัดและดนตรีพิธีกรรม. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(2), 300-318.

ดวงสุดา วัฒนธัญญการ, บัณฑิต บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2561). การประเมินการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 100-109.

- นันทิ เชียงชนะ และสมชัย ตระการรุ่ง. (2558). วิธีการบำบัดทางดนตรี: การวิเคราะห์เนื้อหาจากงานวิจัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(2), 116-133.
- บุญนำ พัฒนแก้ว. (2562). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักหลังได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม. *มหาราชนครศรีธรรมราช เวชสาร*, 2(2), 21-30.
- พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช. (2563). กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเดียน*, 26(4), 116-128.
- พุทธิพร พิธานธนากุล และปัทมา สุริต. (2554). การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 29(4), 58-68.
- เรณู ภูจอมจิตตัญญู มิ่งพันธ์, ตะวัน เขตปัญญา, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวารุณี เข้มลา. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 1-15.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ. (2566). *รายงานสถิติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด*. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ.
- ลำดวน มีภาพ, ดลวิวัฒน์ แสนโสม และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2560). แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(6), 562-570.
- วัชร มุกต์ธนะอนันต์. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(2), 16-172.
- วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ และพัชรพล อุดมเกียรติ. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวด และการสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใน ระยะฟื้นตัว ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(2), 26-37.
- ศิริเอมอร วิชาชาติ. (2552). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ในหอพิเศษพระปฐมบรมราชสุริยวงศ์ 1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเตือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายิ และรุ่งนภา เขียวช่อ. (2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 81-89.
- สุวิมล แคล้วคล่อง, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ และสุพร ดนัยดุขฎีกุล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือ และความวิตกกังวล กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพก หักภายหลังผ่าตัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(2), 36-48.

- อรพรรณ โตสิงห์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยทางออโรโธปิดิกส์. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี คันทานนท์. (2556). การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย : กรณีศึกษา. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 7(2), 271–280.
- Folbert, E. C., Hegeman, J. H., Gierveld, R., van Netten, J. J., Velde, D. V., Ten Duis, H. J., & Slaets, J. P. (2017). Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. *Arch Orthop Trauma Surg*, 137, 507–515. <https://doi.org/10.1007/s00402-017-2646-6>
- Kanis, J. A., Oden, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A., Cooper, C., & IOF Working Group on Epidemiology and Quality of Life. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporosis International*, 23, 2239–2256. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-1964-3>
- McCafery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain* (2 ed.). Lippincott.
- Peeters, C. M., Visser, E., Van de Ree, C. L., Gosens, T., Den Oudsten, B. L., & De Vries, J. (2016). Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review. *International Journal of the Care of the Injury*, 47(7), 1369–1382. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.04.018>
- Sassoon, A., D'Apuzzo, M., Sems, S., Cass, J., & Mabry, T. (2013). Total hip arthroplasty for femoral neck fracture: Comparing in-hospital mortality, complications, and disposition to an elective patient population. *The journal of Arthroplasty*, 28(9), 1659–1662. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2013.01.027>
- Wall, P. D., & Melzack, R. (1999). *Textbook of Pain* (4th ed.). Churchill Livingstone.