



ประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
Effectiveness of Post-operative Pain Management Guidelines
in the Recovery Room at Ban Pong Hospital, Ratchaburi Province.

ประไพศรี สายทอง
Prapaisri Saithong

Corresponding Author: Email: rukbantata@gmail.com

(Received: October 3, 2022 ; Revised: December 15, 2022; Accepted: December 26, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาล 10 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัด 30 คน เครื่องมือวิจัยสำหรับวิสัญญีพยาบาลเป็นแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และแบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 เครื่องมือวิจัยสำหรับผู้ป่วยเป็นแบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ผลการวิจัย พบว่า

1. แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น สามารถลดความปวดเหลือ 7-10 คะแนน เมื่อพิจารณาการให้ยาแก้ปวด พบว่า ความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นลดลง

2. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากลดระดับความปวดอยู่ที่ 7-10 คะแนน เมื่ออยู่ในห้องพักฟื้น เวลา 15 นาที เวลา 30 นาที เวลา 45 นาที จนถึงเวลา 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 13.3, 10.0, 26.7, 6.7 และ 6.7 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย ในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น

คำสำคัญ: การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ห้องพักฟื้น



Abstract

This participatory action research was to develop and study the effectiveness of postoperative pain management guidelines. The sample group consisted of 2 groups 1) 10 anesthetists 2) 30 postoperative patients who received care in the recovery room. The research instruments consisted guidelines for postoperative pain management in the recovery room and the satisfaction assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics including the frequency, mean and percentage. The results of the study found that

1. Guidelines for pain management for postoperative patients in the recovery room was reduced pain to 7-10 points. When consider the administration of drug for pain found that need of drug for pain in recovery room was decreased.

2. The satisfaction of nurse anesthetists on guidelines of pain management after surgery in the recovery room found that the satisfaction was at the highest level. because it reduces the pain level at 7-10 points when in the recovery room at 15, 30, 45 and 60 minute, as a percentage 13.3, 10.0, 26.7, 6.7 and 6.7 respectively.

Recommendations for the implementation of pain management guidelines for postoperative patients in the recovery room for pain management in wards. In case of postoperative patients were have limitations that prevent them from entering the recovery room.

Keywords: Pain management, Post-operation patient, Recovery room

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 30-80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง จากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบผลสำเร็จ ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบายหลังผ่าตัด เกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น (Hinkle & Cheever, 2018; Payomyam, 2018) ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ เช่น กระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบจนอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติภายหลังการผ่าตัด ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง แผลหายช้า นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่ จนอาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบ อาจเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้น และอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด รวมทั้งเพิ่มปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอักเสบส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยครอบครัวและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น (International Association for the Study of Pain, 2017) อีกทั้งปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital sign) (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand, 2011)



ได้แก่ อัตราชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ และระดับความรุนแรงของความปวด ซึ่งกำหนดโดยสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

การประเมินความปวดจัดเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ (Ngamkham, Krutchan, Sawangchai, Wattanakul, Chidnaee & Keawchom, 2018) การประเมินและการจัดการความปวด เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมผู้ดูแลในห้องผ่าตัดและในห้องพักฟื้นเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมวิสัญญี นอกจากนี้การประเมินและการจัดการความปวดยังเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาลที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล หน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลบ้านโป่งได้ให้ความสำคัญในการจัดการความปวดผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมาโดยตลอดทุกระยะของการผ่าตัด มีการจัดทำวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเริ่มใช้ตั้งแต่ปี 2559 ถึงปัจจุบัน จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่ปฏิบัติเดิมเป็นแนวทางการปฏิบัติ โดยที่วิสัญญีพยาบาลประเมินและให้ยาแก้ปวดตามประสบการณ์ ให้ยาแก้ปวดตามการประเมินคะแนนระดับปวด มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนเพียงอย่างเดียว ขาดการประเมินอาการอื่นร่วม

แนวคิดการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเดิมร่วมกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดฉบับปี พ.ศ. 2562 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย เป็นความรู้และเทคนิคการระงับปวดหลังผ่าตัดที่ถูกพัฒนา ทำให้แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical guidance for acute postoperative pain management) มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นคำแนะนำในการปฏิบัติที่มุ่งหวังให้นำไปประยุกต์ปฏิบัติตามบริบทที่แตกต่างกัน (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand, 2011) ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาร่วมกับการใช้แนวคิดการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพเดมมิง (Deming, 2562) ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการบริหารคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงและยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น เริ่มจากการวางแผน กำหนดเป้าหมาย (P:Plan) แล้วนำแผนงานไปปฏิบัติ (D:Do) ทำการตรวจสอบผลการปฏิบัติในการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (C: Check) ทำการแก้ไข ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ (A:Act) ทั้งนี้จึงได้ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่ได้พัฒนาและปรับปรุงขึ้นซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดนี้มาก่อน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้จัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการบรรเทาความปวด วิสัญญีพยาบาลนำไปใช้ในการจัดการความปวดได้อย่างมั่นใจ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการงานวิสัญญี

คำถามการวิจัย

ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายจัดการความปวดหลังผ่าตัด

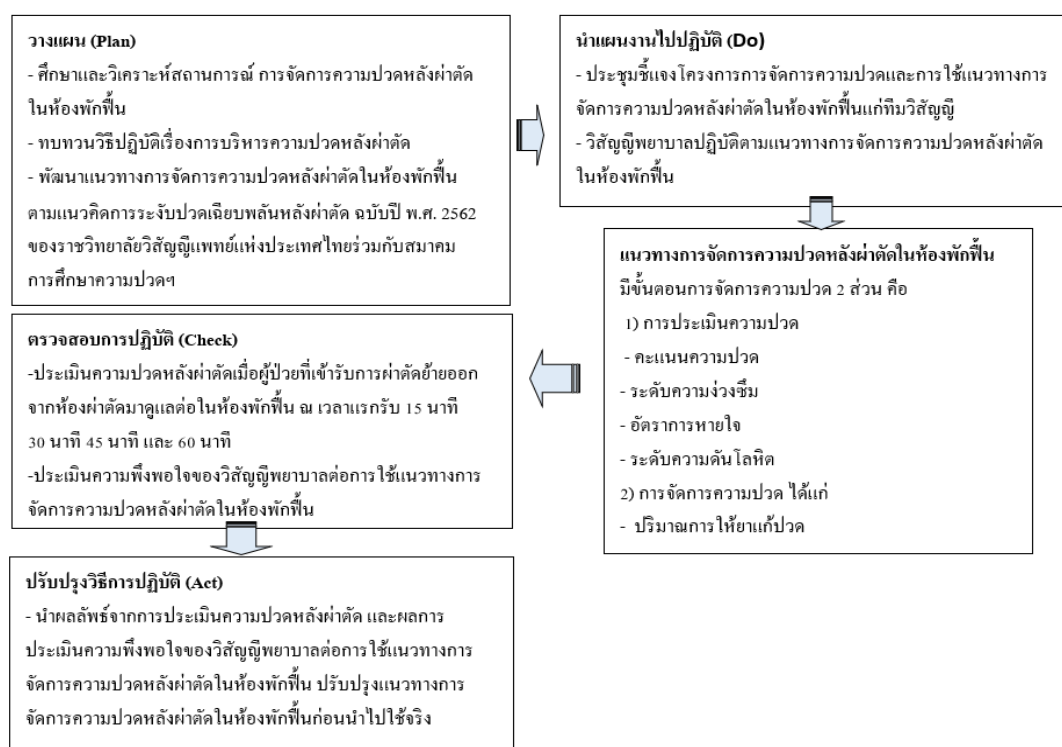
สมมติฐานการวิจัย

1. แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสามารถลดความปวดได้
2. วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายจัดการความปวดหลังผ่าตัดในระดับมาก



กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยปรับวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเดิมร่วมกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับปี พ.ศ. 2562 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย ใช้แนวคิดการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพเดมมิง (Deming, 2562) ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการบริหารคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงและยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น เริ่มจากการวางแผน กำหนดเป้าหมาย (P:Plan) แล้วนำแผนงานไปปฏิบัติ (D:Do) ทำการตรวจสอบผลการปฏิบัติในการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (C: Check) ทำการแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ (A:Act) โดยมีขั้นตอนการจัดการความปวดตามแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวด ได้แก่ คะแนนความปวด ระดับความง่วงซึม อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต และ 2) การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด จากการศึกษาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสามารถลดความปวดได้และวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Participatory Action Research ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 11 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง



กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 10 คน เนื่องจากช่วงการศึกษามีวิทยาลัยพยาบาล ลาดลอดบุตร 1 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามตารางที่กำหนดไว้โดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia) ชนิดใส่ท่อช่วยหายใจ 2) อายุระหว่าง 20-65 ปี 3) ชนิดการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ในเวลาราชการ 4) พูดและฟังภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 5) ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตหรือระบบประสาท และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การทำงานของหัวใจผิดปกติ เกิดอาการชักหรือเกิดอาการแพ้ยาชั้นรุนแรง และผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้นไม่ครบตามเวลา 60 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการปรับวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเดิมร่วมกับแนวคิดการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับปี พ.ศ. 2554 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวด และ 2) การจัดการความปวด ทำจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับเข้าในห้องพักฟื้น, 15 นาทีในห้องพักฟื้น, 30 นาทีในห้องพักฟื้น, 45 นาทีในห้องพักฟื้น และ 60 นาทีในห้องพักฟื้น ดังนี้ 1) การประเมินความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความปวด ≥ 4 หรือ ชยับตัวแล้วปวดมาก หรือต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ต่อนาที และ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น 2) การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MO 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MO 3 mg IV มีเกณฑ์การพิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์ ได้แก่ คะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับมีระดับความง่วงซึม ≥ 2 (2-3 และ 5) อัตราการหายใจ ≤ 12 ต่อนาที และ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น

1.2 คู่มือการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวด การประเมินและการบันทึก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ โดยปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง มี 2 ตอน ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน และประวัติการเข้ารับการอบรมด้านความปวด ตอนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ การแปลความหมาย ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 พึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นในระดับน้อยที่สุด 1.81



– 2.60 พึ่งพอใจระดับน้อย 2.61 – 3.40 พึ่งพอใจระดับปานกลาง 3.41 – 4.20 พึ่งพอใจระดับมาก 4.21 – 5.00 พึ่งพอใจระดับมากที่สุด

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัด โรคร่วม สภาพผู้ป่วยก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึก (ASA classification) ชนิดการผ่าตัด

2.3 แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยใช้มาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลข 0-10 (NRS) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ประเมินโดยวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแล ซึ่งเป็นการรายงานจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเป็นผู้บอกตำแหน่งตัวเลขที่รู้สึกถึงความปวดในขณะ

ะนั้น แบ่งระดับความปวด ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง ความปวดมาก วิสัญญีพยาบาลเป็นผู้บันทึกคะแนนความปวดของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น คู่มือการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แบบประเมินและการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้นและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ ประจำโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 3 ท่าน ผลการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของเครื่องมือ พบ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.87

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้

2.1 แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ซึ่งรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวมจำนวน 10 ราย เพื่อหาความเป็นปรนัย พบว่า ข้อความในแบบบันทึก มีความชัดเจน เข้าใจตรงกันและสามารถบันทึกข้อมูลในแนวทางเดียวกันตามวัตถุประสงค์

2.2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ซึ่งรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวมจำนวน 10 ราย ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงโครงการการจัดการความปวดและการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นแก่วิสัญญีพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ การปฏิบัติและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 จำนวน 30 คน

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาถึงห้องผ่าตัดผู้วิจัย แนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างควรทราบเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด วิธีการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัด



4. วิสัณฐิทยาบาลประเมินความปวดหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดย้ายออกจากห้องผ่าตัดมาดูแลต่อในห้องพักฟื้น โดยประเมินความปวดทันที โดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0 – 10 และจัดการความปวดตามแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

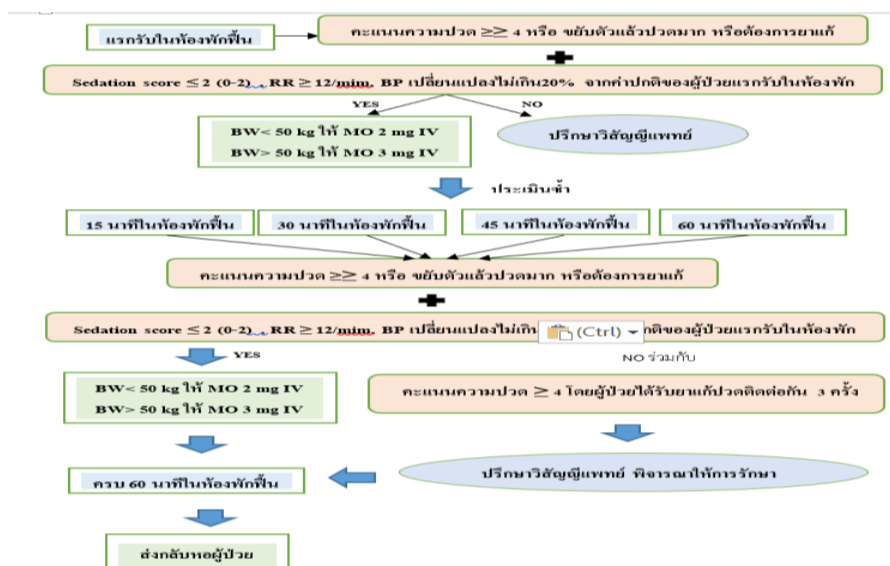
การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประเมินความพึงพอใจของวิสัณฐิทยาบาลต่อการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลบ้านโป่งตามหนังสือรับรองเลขที่ COA No. 003-2020 วันที่รับรอง 23 เมษายน 2563 วันที่สิ้นสุด 22 เมษายน 2564 และในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และให้สิทธิ์ในการตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวด และ 2) การจัดการความปวด โดยจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องพักฟื้น รายละเอียดการประเมินความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความปวด ≥ 4 ชยับตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MO 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MO 3 mg IV เกณฑ์พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์ กรณีคะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับมีระดับความง่วงซึม ≥ 2 (2-3 และ S) อัตราการหายใจ ≤ 12 ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น



ภาพที่ 2 แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น



2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับการดูแลในห้องพักฟื้น จำนวน 30 คน เป็นหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 (จำนวน 27 คน) อายุระหว่าง 41 – 60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.9 (จำนวน 18 คน) จบการศึกษาประถมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 (จำนวน 19 คน) มีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 66.67 (จำนวน 20 คน) เคยผ่าตัด 1 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 จำแนกตาม ASACCLASS ระดับ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 (จำนวน 15 คน) ระยะเวลาผ่าตัด 60 - 90 นาที และ 91 - 210 นาที มากที่สุด เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30.0 (จำนวน 9 และ 9 คน) มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 33.3 (จำนวน 10 คน) ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเส้นเลือด

2.2 ข้อมูลระดับความง่วงซึม (Sedation Score) พบว่า แรกรับในห้องพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับง่วงซึมมากหลังขณะสนทนามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 (จำนวน 15 คน) ที่ 15 นาที มีระดับง่วงซึมเล็กน้อยปลุกง่ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.4 (จำนวน 10 คน) ที่ 30 นาที มีระดับง่วงซึมเล็กน้อยปลุกง่ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 (จำนวน 14 คน) ที่ 45 นาที มีระดับหลับลุกตื่นง่าย (S) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.7 (จำนวน 11 คน) และที่ 60 นาที มีระดับตื่นรู้สึกตัวดี (0) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 (จำนวน 20 คน)

2.3 ข้อมูลระดับความปวด (Pain Score) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดที่คะแนน 4-6 และ 7 – 10 แรกรับในห้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 26.6 (จำนวน 8 คน) ที่ 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 23.4 (จำนวน 7 คน) ที่ 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 40.0 (จำนวน 12 คน) ที่ 45 นาที คิดเป็นร้อยละ 23.4 (จำนวน 7 คน) ที่ 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 46.6 (จำนวน 14 คน) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลระดับความปวด (Pain Score) (n =30)

ระดับ	แรกรับ		15 นาที		30 นาที		45 นาที		60 นาที	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนน 0	20	66.7	22	73.3	14	46.7	17	56.7	8	26.7
คะแนน 1-3	2	6.7	1	3.3	4	13.3	6	20.0	8	26.7
คะแนน 4-6	4	13.3	4	13.4	4	13.3	5	16.7	12	39.9
คะแนน 7-10	4	13.3	3	10.0	8	26.7	2	6.7	2	6.7

3.4 ข้อมูลการให้ยาแก้ปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดที่คะแนน 4-6 และ 7-10 แรกรับในห้องพักฟื้น ได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 23.3 (จำนวน 7 คน) ที่ 15 นาที ได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 13.3 (จำนวน 4 คน) ที่ 30 นาที ได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 30.0 (จำนวน 9 คน) ที่ 45 นาที ได้รับยาแก้ปวด คิดเป็นร้อยละ 16.7 (จำนวน 5 คน) และที่ 60 นาที ทุกรายไม่ได้รับยาแก้ปวด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลการให้ยาแก้ปวด (n =30)

การให้ ยาแก้ปวด	แรกรับ		15 นาที		30 นาที		45 นาที		60 นาที	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ให้	7	23.3	4	13.3	9	30.0	5	16.7	0	0
ไม่ให้	23	76.7	26	86.7	21	70.0	25	83.3	30	100.0
รวม	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100



3. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ดังนี้
3.1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 10 คน เป็นหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 (จำนวน 9 คน) มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 (จำนวน 4 คน) อายุน้อยสุด 32 ปี มากที่สุด 57 ปี ประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 (จำนวน 5 คน)

3.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.30 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในข้อที่ 1 เข้าใจวิธีการของแนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ข้อที่ 4 สามารถปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้ และข้อที่ 10 แนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นใช้แล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60, 4.50 และ 4.50 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับมาก ได้แก่ ข้อที่ 5 ท่านสามารถประเมินความปลอดภัยได้เร็วขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ความพึงพอใจในการใช้นโยบายการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นของวิสัญญีพยาบาล (n=10)

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย	แปลผล
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
1	ท่านเข้าใจวิธีการของแนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(40.0)	6(60.0)	4.60	มากที่สุด
2	ท่านรู้สึกว่าการขึ้นตอนแนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ทำให้มีความสะดวกไม่ยุ่งยาก	0(0.0)	0(0.0)	3(30.0)	2(20.0)	5(50.0)	4.20	มาก
3	ท่านรู้สึกว่าการขึ้นตอนแนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นทำให้ประหยัดเวลา	0(0.0)	0(0.0)	3(30.0)	2(20.0)	5(50.0)	4.20	มาก
4	ท่านปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	3(30.0)	6(60.0)	4.50	มากที่สุด
5	ท่านสามารถประเมินความปลอดภัยได้เร็วขึ้น	0(0.0)	0(0.0)	3(30.0)	5(50.0)	2(20.0)	3.90	มาก
6	ท่านสามารถจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดได้	0(0.0)	1(10.0)	1(10.0)	4(40.0)	4(40.0)	4.10	มาก
7	แนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นสามารถลดอาการปวดลงได้	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	5(50.0)	4(40.0)	4.30	มาก
8	แนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นทำให้ท่านมีความมั่นใจขึ้น	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	5(50.0)	4(40.0)	4.30	มาก
9	แนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	5(50.0)	4(40.0)	4.40	มาก
10	แนวทางการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นใช้แล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(50.0)	5(50.0)	4.50	มากที่สุด



อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง สามารถลดระดับความปวดที่คะแนน 7-10 ที่แรกรับในท้องพักฟื้น จากจำนวน 4 ราย เป็น 2 ราย ที่ 60 นาที ในท้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 50 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สามารถลดความปวดได้ แต่เมื่อพิจารณาระดับความปวดที่คะแนน 7-10 พบว่า ที่ 30 นาทีในท้องพักฟื้นมีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวดเพิ่มขึ้นจาก 3 ราย เป็น 8 ราย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่แรกรับในท้องพักฟื้น และที่ 15 นาทีในท้องพักฟื้นมีระดับคะแนนความปวด 0 เนื่องจากเมื่อแพทย์สิ้นสุดการผ่าตัดในท้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีจะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้เอง โดยเริ่มให้รู้สึกตัวและถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวด บางรายเดินไปมา เมื่อสอบถามผู้ป่วยจะปวดแผล ดังนั้นก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลจะดูแลให้ยาแก้ปวดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ จึงดูแลเคลื่อนย้ายมาสังเกตอาการต่อในท้องพักฟื้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้รับยาแก้ปวดก่อนออกจากห้องผ่าตัด ผลของฤทธิ์ยาแก้ปวดยังคงช่วยบรรเทาอาการปวดได้จนที่ 30 นาทีในท้องพักฟื้น ยาแก้ปวดเริ่มหมดฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่คะแนน 7-10 เพิ่มขึ้น แต่เมื่อได้รับการจัดการความปวดจากวิสัญญีพยาบาลตามแนวทางฯ จึงส่งผลให้ที่ 60 นาทีในท้องพักฟื้นมีจำนวนผู้ป่วยระดับความปวดที่คะแนน 7-10 ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของกนกวรรณ สว่างสร (Sawangorn, 2017) พบว่า การประเมินความปวดที่ดีที่สุดคือการใช้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเองขณะที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ดีโดยพบว่า 45 นาทีในท้องพักฟื้น ผู้ป่วยมีระดับความปวด เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 56.0 เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด ทำให้ 60 นาทีในท้องพักฟื้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดปานกลาง ร้อยละ 40.0 ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเชิญพร พยอมรัมย์ (Payomyam, 2018) ศึกษาการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบไปด้วย ชนิดของยาโอปิออยด์ (opioids) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดของความปวดในท้องพักฟื้นที่ 45 และ 60 นาที น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษายังพบว่า ระดับความปวดที่คะแนน 4-6 ที่ 60 นาทีในท้องพักฟื้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและสูงที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะแนวทางการจัดการความปวด วิสัญญีสามารถให้ยาแก้ปวดตามการประเมินความปวดทุก 15 นาที ในผู้ป่วยแต่ละรายจำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดที่คะแนน 0 - 3 ยาแก้ปวดเริ่มหมดฤทธิ์ ส่งผลให้ ที่ 60 นาทีในท้องพักฟื้น จำนวนผู้ป่วยระดับความปวดที่คะแนน 4-6 มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาการจัดการความปวดในการใช้ยาแก้ปวดกลับพบว่า ข้อมูลการให้ยาแก้ปวด ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่คะแนน 4-6 และ 7 - 10 แกรับในท้องพักฟื้น จำนวน 8 คน ได้รับยาแก้ปวด 7 คน ที่ 15 นาทีในท้องพักฟื้นจำนวน 7 คน ได้รับยาแก้ปวด 4 คน ที่ 30 นาทีในท้องพักฟื้นจำนวน 12 คน ได้รับยาแก้ปวด 9 คน ที่ 45 นาทีในท้องพักฟื้น จำนวน 7 คน ได้รับยาแก้ปวด 5 คน และที่ 60 นาทีในท้องพักฟื้น จำนวน 14 คน ทุกคนไม่ได้รับยาแก้ปวด ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะแนวทางการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นใหม่มีการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัวแล้ว ประเมินความปวดร่วมด้วย นอกจากนี้ยังถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วย ทำให้การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นด้วยการให้ยาแก้ปวดลดลง สอดคล้องกับแนวทางการจัดการความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Pain of Thailand, 2019) ที่ว่าการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นควรมีการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุก 15 นาที หากผู้ป่วยยังไม่ตื่นดี วิสัญญีพยาบาลควรประเมินจากสีหน้าของผู้ป่วย ประเมินจากอัตราการหายใจและความดันโลหิตร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของห่ออภิยะ บุญโสภา, สุมาลี ฉันทวิลาส, และมาริสสา สุวรรณราช (Boonso, Chantwilas & Suwannarat, 2014) พบว่า หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยพักสักครู่



ประมาณ 5 นาที จากนั้นค่อยประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด การประเมินความปวดซ้ำ (15-30 นาที) ประกอบกับการประเมินจากสีหน้าทำให้ง่ายต่อการสังเกต

2. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเชียวพร พยอมรัมย์ (Payomyam, 2018) พบว่าวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในประสิทธิผลการระงับปวดของใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีการใช้ยาแก้ปวด เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นรายชื่อที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในประเด็นเข้าใจวิธีการของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น สามารถปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้ และแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นใช้แล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้การมีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่ผ่านมาทบทวนวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารความปวดหลังผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์และทีมวิสัญญีพยาบาล มีการประชุมชี้แจงโครงการการจัดการความปวดและการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นแก่วิสัญญีพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ การปฏิบัติและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จึงทำให้วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ส่วนชื่อที่มีความพึงพอใจในระดับมาก แต่ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในประเด็นสามารถประเมินความปวดได้เร็วขึ้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นปรับวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเดิมโดยที่วิสัญญีพยาบาลประเมินและให้ยาแก้ปวดตามประสบการณ์ ให้ยาแก้ปวดตามการประเมินคะแนนระดับปวด มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนเพียงอย่างเดียว ขาดการประเมินอาการอื่นร่วม เมื่อปฏิบัติตามแนวทางใหม่ ต้องมีการประเมินโดยการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัวแล้วประเมินความปวดร่วมด้วย นอกจากนี้ยังถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ต่อนาที และ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้นเพิ่มขึ้นอาจทำให้ คะแนนเฉลี่ยสามารถประเมินความปวดได้เร็วขึ้นน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย ในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น โดยจัดให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยในการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัว และถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย
2. พัฒนาแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ครอบคลุมการให้คำแนะนำนำผู้ป่วยและญาติในการประเมินผู้ป่วย การเคลื่อนไหวร่างกาย การรายงานความปวดกับพยาบาลในหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันเพื่อนำไปใช้ได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ
2. ศึกษาวิจัยการพัฒนาการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำที่เหมาะสม การสัมผัส เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความไม่สุขสบาย เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งช่วยเสริมฤทธิ์การบรรเทาปวดให้ดีขึ้น ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดได้



References

- Berry, P. H., & Dahl, J. L. (2000). The new JCAHO pain standards: Implications for pain management nurses. *Pain Manag Nurs*, 1(1), 3-12.
- Boonso, H. K., Chantwilas, S. & Suwannarat, M. (2014). Developing and evaluating the feasibility of implementing guidelines for the management of postoperative pain in recovery room. *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network*, 1(1), 43-64. (in Thai)
- Deming, W. E. (2019). *PDCA: Deming Cycle*. (online). Retrieved October 1, 2022 from <http://adisony.blogspot.com/2012/10/edward-deming.html>.
- Hinkle, J. & Cheever, K. H. (2018). *Brunner & Suddarth's: Textbook of medical-surgical nursing*. (14th). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Terminology*. Retrieved October 1, 2022 from <https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber1698>.
- Ngamkham, S., Krutchan, N., Sawangchai, J., Wattanakul, B., Chidnaee, S., & Keawchom, R. (2018). Knowledge of pain assessment and management of Thai nurses. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 81-89. (in Thai)
- Payomyam, C. (2018). The Effectiveness of an Implementation of Adult Postoperative Pain Order for Postoperative Pain Management in Recovery Room, Hua Hin Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 37(3), 262-272. (in Thai)
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. (7th ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Sawangson, K. (2017). Pain management in patients after open heart surgery. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Nurses*, 28(1), 2-15. (in Thai)
- Sido, B., Teklote, J. R., Hartel, M., Friess, H., & Buchler, M. W. (2004). Inflammatory response after abdominal surgery. Best Practice & Research. *Clinical Anaesthesiology*, 18: 439-454.
- The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand. (2011). *Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management*. (2nd ed.) Bangkok. (in Thai)
- Wu, C. L., Hurley, R. W., Anderson, G. F., Herbert, R., Rowlingson, A. J. & Fleisher, L. A. (2004). Effect of postoperative epidural analgesia on morbidity and mortality following surgery in medicare patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 29, 525-533.