



Development and Implementation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention and Management of Postoperative Nausea and Vomiting*

การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับ
การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด*

Teerasak	Khongdee**	ธีรศักดิ์	คงดี**
Mayulee	Somrarnyart***	มยุลี	สำราญญาติ***
Warawan	Udomkhwamsuk***	วรารวณ	อุดมความสุข***

Abstract

Postoperative nausea and vomiting (PONV) is a common complication that occurs during the 24-48 hours after surgery and affects many aspects including healthcare costs. This research aimed to develop clinical nursing practice guidelines (CNPgs) for prevention and management of PONV and to assess the outcomes of implementing the CNPgs in a Southern hospital. The framework of this study is based on the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC). Participants consisted of two groups: 1) patients undergoing elective surgery who were staying in the female surgical ward before and during implementation of the CNPgs (80 patients per group), and 2) 24 nurses who utilized the CNPgs. Data collection instruments consisted of 1) the CNPgs Implementation Opinion Survey Form, and 2) the Outcome Evaluation Form. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the CNPgs for prevention and management of PONV consist of three important sections: 1) PONV prevention in the preoperative period, 2) PONV prevention and management in the intraoperative period while receiving anesthesia, and 3) PONV prevention and management in the first 48 hours of the postoperative period. Most of the recommendations in the CNPgs are based on strong evidence (level 1). The feasibility of the CNPG implementation was at a high level (79.17–100%). Postoperative nausea and vomiting were found in participants of the CNPG implementation group (6.25%) at a lower rate than in those from the pre-CNPG implementation group (30.00%). The severity of postoperative nausea in the CNPG implementation group was at a moderate level (100%), which was less than the moderate and severe levels in the pre-CNPG implementation group (81.82% and 18.18%, respectively). Participants in the CNPG implementation group were ‘very satisfied’ and ‘most satisfied’ with care (66.25% and 27.50%, respectively), compared with the pre-CNPG implementation group who reported ‘moderate’ and ‘very satisfied’ levels (17.15% and 68.75%, respectively).

The results of this study revealed that the CNPgs for prevention and management of PONV could be continuously applied to surgical patients to further improve the quality of patient care.

Keywords: Clinical nursing practice guidelines; Postoperative nausea and vomiting; Prevention and management

* Master’s thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: Teerasak_k@cmu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 26 March 2025; Revised 1 July 2025; Accepted 14 July 2025



บทคัดย่อ

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และส่งผลกระทบต่อหลายด้าน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางภาคใต้ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติจำนวนกลุ่มละ 80 คน และ 2) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ จำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ 2) แบบรวบรวมผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 หมวด ได้แก่ 1) การป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะก่อนผ่าตัด 2) การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัด และ 3) การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือระดับ 1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 79.17 ถึง 100) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดร้อยละ 6.25 น้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ซึ่งพบร้อยละ 30 สำหรับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัดอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่มีความรุนแรงระดับปานกลางและมาก (ร้อยละ 81.82 และร้อยละ 18.18 ตามลำดับ) สำหรับความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลอยู่ในระดับพึงพอใจมากและมากที่สุด (ร้อยละ 66.25 และร้อยละ 27.50 ตามลำดับ) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่อยู่ในระดับปานกลางและมาก (ร้อยละ 17.50 และร้อยละ 68.75)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด การป้องกันและการจัดการ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: Teerasak_k@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมักเกิดขึ้นใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีอุบัติการณ์การเกิดถึงร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเกี่ยวข้องกับ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศหญิง การสูบบุหรี่ ประวัติเมาเรือ หรือมีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Maharjan & Bing, 2021) 2) การได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดโอโรเซ (Gupta et al., 2017) ก๊าซไนตรัสออกไซด์ และยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) (Maharjan & Bing, 2021; Zhong et al., 2021) และ 3) ด้านการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดช่องท้อง (Zhong et al., 2021) การผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดลดความอ้วน การผ่าตัดทางนรีเวช และการผ่าตัดถุงน้ำดี (Canakci et al., 2021; Gan et al., 2020; Obsa et al., 2020; Temesgen & Wolde, 2020)

อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดทำให้เกิดปอดอักเสบจากสำลักเศษอาหารเข้าหลอดลม (aspiration pneumonia) และแผลผ่าตัดแยก (Elvir-Lazo et al., 2020) ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Amirshahi et al., 2020) ผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย ระยะเวลาของการสังเกตอาการในห้องพักฟื้นนานขึ้น ทำให้การจำหน่ายกลับบ้านล่าช้าออกไป เวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นโดยเฉพาะในรายที่ได้รับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (Cao et al., 2017) รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และอาจมีการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง (Sizemore et al., 2021) ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและไม่พึงพอใจในคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Sinha et al., 2022)

การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยพยาบาลวิชาชีพมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Gan et al., 2020) การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การประเมินการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Dewinter et al., 2018) การให้ยาระงับความรู้สึกที่ปรับตามคะแนนความเสี่ยงการประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดและชนิดของการผ่าตัด หลีกเลี่ยงการใช้ไนตรัสออกไซด์ระหว่างผ่าตัด เนื่องจากเพิ่มการหลั่งแคทีโคลามีนโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นเวสต์บูลาร์โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันในหูชั้นกลางทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Maharjan & Bing, 2021) การให้สารน้ำและยาระงับปวด การดูแลในห้องพักฟื้นในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด รวมทั้งการติดตามเยี่ยมและประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลและศัลยแพทย์ที่หอผู้ป่วยในการป้องกันและการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

จากรายงานของกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกร้อยละ 8.25, 8.58, และ 7.92 ตามลำดับจากการสำรวจผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร้อยละ 11.02 โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลพบว่า แนวทางในการป้องกันหรือจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดที่วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมปฏิบัติอยู่นั้นยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์และประสบการณ์ของพยาบาล โดยพยาบาลมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดไม่ครอบคลุม มีการพิจารณาความเสี่ยงจากการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดไม่มีแนวทางการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน (Pancharoen, 2021)



ในระยะก่อนผ่าตัด รูปแบบการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละรายไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนในขณะผ่าตัดไม่เป็นไปตามความเสี่ยงของผู้ป่วย (Avinash & Krishna, 2023; Stoltzfus, 2020; Tobbandit, 2020) ส่วนในระยะหลังผ่าตัดยังไม่มีแนวทางในการจัดการที่ชัดเจนและขาดการวิเคราะห์การคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุอื่นร่วมด้วยในหอผู้ป่วย เช่น การได้ยาแก้ปวดที่หอผู้ป่วย ภาวะขาดน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Puntigo, 2018) รวมทั้งความดันโลหิตต่ำก่อนที่จะเริ่มการบริหารยาตามแผนการรักษาของศัลยแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Teshome et al., 2020) ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวปฏิบัติของแพทย์ที่เน้นเรื่องการให้ยาเพื่อป้องกันและรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Gan et al., 2020) และมีแนวปฏิบัติทางคลินิกของวิสัญญีพยาบาลสำหรับการป้องกันและการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Wilairat, 2011) ซึ่งเนื้อหายังไม่ครอบคลุมไปถึงการดูแลหลังผ่าตัดขณะพักรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด โดยเนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะได้รับการรับความรู้สึกในขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาและ การใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปสู่การปฏิบัติ เพื่อลดการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดใน 3 ด้าน คือ 1) อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด 2) ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดแนวทางการพัฒนาและ การใช้แนวปฏิบัติของ สภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ในการดำเนินการวิจัยซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) การกำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 3) การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก 4) การกำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 5) การทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก 7) การจัดเตรียมรูปแบบแนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) การจัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก 9) การจัดทำรายงานรูปเล่ม 10) การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก และ 12) การปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง สำหรับระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลัง



ผ่าตัดไปสู่การปฏิบัติ ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมและการเผยแพร่แนวปฏิบัติ 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยวัดผลลัพธ์ คือ อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยดำเนินการ (Implementation research design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2567 ถึง เดือนมกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาลและเป็นหัวหน้าทีม 1 คน วิสัญญีแพทย์ 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน วิสัญญีพยาบาล 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่จบปริญญาโท จำนวน 1 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ทำวิจัย รวมจำนวนทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทั้งหมด 5 คน

กลุ่ม 2 ทีมทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาลในห้องผ่าตัดและห้องพักรฟื้น จำนวน 12 คน และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 12 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ทำวิจัย รวมจำนวนทีมผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทั้งหมด 24 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดท่อนอนพักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 80 คน และกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติจำนวน 80 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการผ่าตัดโดยการนัดหมายล่วงหน้า 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 5) มีความสามารถในการรับรู้เวลาสถานที่ และบุคคลได้ 6) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การยุติการวิจัย มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้น 2) ผู้ป่วยมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด ได้แก่ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงและต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 3) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไม่สามารถสื่อสารได้หลังผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทีมผู้ทดลอง และทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิด ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ในการทำงานในกลุ่มงานวิสัญญีหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง การได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิด ประกอบด้วย อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดหรือประวัติการเมาเรือ ความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก ชนิดการผ่าตัด ความเสี่ยงการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด 2) ข้อมูลด้านการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิด ประกอบด้วย ชนิดของการระงับความรู้สึก ยานาสลบที่ใช้ การใช้ยาดมสลบชนิดไอระเหยระหว่างผ่าตัด การใช้ไนตรัสออกไซด์ระหว่างผ่าตัด การได้รับยาระงับปวดในระหว่างผ่าตัด การได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัด การได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ การสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด ปริมาณปัสสาวะในระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ ฉวีวรรณ ชงชัย และ พิกุล นันทชัยพันธ์ (Thongchai



& Nuntachayaphan, 2004) ลักษณะคำถามเป็นการประเมินค่า เลือกตามความคิดเห็น 3 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก มีเนื้อหาประกอบด้วย 1) ความยากง่ายในการนำไปใช้ 2) ความสะดวกในการใช้ 3) ความสามารถในการนำมาใช้ในทีมได้ 4) ความสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 5) ความประหยัดค่าใช้จ่าย 6) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และ 7) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่มีการตรวจสอบซ้ำ

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ พัฒนาขึ้นตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) โดยมีสาระสำคัญ 3 หมวด ได้แก่ การป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะก่อนผ่าตัด การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัด การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก แนวปฏิบัติผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ 1 คน วิทยาลัยพยาบาล 1 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ รวมทั้งการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ AGREE II ได้คะแนนภาพรวม ร้อยละ 96.09

4. แบบรวบรวมผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ประเมินตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ของ ดรุษกร วิลไรต (Wilairat, 2011) ประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด สำหรับอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด เป็นคำถามปลายเปิด 1 คำถาม สอบถามว่าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้หรือไม่ หรือมีอาการอาเจียนหรือไม่ ส่วนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัดประเมินด้วยการใช้มาตรวัดตามคำบอก โดยผู้ป่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ตั้งแต่ 0 ถึง 10 จากนั้นนำมาแบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ 1-3 มีอาการคลื่นไส้เล็กน้อย 4-6 มีอาการคลื่นไส้ระดับปานกลาง 7-10 มีอาการคลื่นไส้รุนแรงมาก ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยแบ่งเป็น 0-5 ระดับ คือ ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด

แบบรวบรวมผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ 1 คน วิทยาลัยพยาบาล 1 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของการรวบรวมผลลัพธ์ (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและวิทยาลัยพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน ในผู้ป่วย 10 ราย โดยทำการรวบรวมผลลัพธ์พร้อม ๆ กัน ครั้งละ 1 ราย แต่แยกกันประเมิน จากนั้นนำคะแนนมาหาความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 040/2566 วันที่อนุมัติ 10 เมษายน 2566 และต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย รายละเอียดบันทึกข้อความ อว.8393(7.15.2)/จร.138 ลงวันที่ 29 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ข้อดีและข้อเสียของการเข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติและพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและการประเมินความดีความชอบ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ผู้วิจัยชี้แจง



วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา โดยข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 30 เมษายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ระหว่างวันที่ 2 ธันวาคม 2567 ถึง 31 มกราคม 2568

การดำเนินการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเพื่อยื่นหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยและขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ สถาบันวิจัยด้านการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ใน 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด จากนั้นนัดที่ประชุมเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 คน ศัลยแพทย์ 1 คน วิสัญญีพยาบาล 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงที่จบปริญญาโทจำนวน 1 คน โดยมีผู้วิจัยเป็นหัวหน้าทีม รวมจำนวนทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทั้งหมด 5 คน

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ คือ การป้องกันและลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาล จำนวน 12 คน และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง จำนวน 12 คน รวมจำนวนทั้งหมด 24 คน และ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

4. กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ คือ อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

5. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นบทความวิจัยและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยกำหนดคำสำคัญ ดังนี้ คือ post operative nausea vomiting, PONV guideline, PONV management, คลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด กำหนดแหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เช่น PubMed, CINAHL, Scient Direct, Google Scholar, ฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (Thai Journals Online: ThaiJo) วิสัญญีสาร การสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมท้ายบท วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด เป็นงานประเภทการทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม การทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญและการศึกษาไปข้างหน้า จำนวน 18 เรื่อง มีระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของ สถาบันโจแอนนาบริก (JBI, 2014) Level 1.a จำนวน 6 เรื่อง Level 1.b จำนวน 4 เรื่อง Level 1.c จำนวน 1 เรื่อง Level 2.b จำนวน 2 เรื่อง Level 2.d จำนวน 1 เรื่อง Level 3.b จำนวน 1 เรื่อง Level 3.c จำนวน 1 เรื่อง Level 5.a จำนวน 1 เรื่อง Level 5.c จำนวน 1 เรื่อง

6. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ 1) การป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะก่อน



ผ่าตัด 2) การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด 3) การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้นำแนวปฏิบัติไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย วิชาญแพทย์ 1 คน วิชาญพยาบาล 1 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงคู่มือฉบับร่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

7. ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารคู่มือและสาระสำคัญของแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ขณะผ่าตัด 3) หลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก รวมทั้งจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติ แก่วิสัญญพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

8. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาจัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแนวปฏิบัติ และจัดทำรายงานพร้อมทั้งติดตามประเด็นปัญหาจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยกำหนดวิธีการประเมินผลลัพธ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งประเมินโดยวิสัญญพยาบาลในห้องพักฟื้นและพยาบาลหัวหน้าทีมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในระยะก่อนใช้และใช้แนวปฏิบัติ ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง คือ วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เป็นระยะเวลา 2 เดือน มีการปรับปรุงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ลดลง หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง มีการทบทวนการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การป้องกันขณะผ่าตัด และการจัดการหลังผ่าตัด

9. ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกทำการสอบถามความเห็นของทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โดยจัดทำประชาพิจารณ์ร่วมกันตัดสินใจนำข้อเสนอแนะที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติไปใช้ โดยได้ข้อสรุปร่วมกันว่าสามารถนำมาใช้ในการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้ มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ผู้วิจัยและทีมพัฒนาทำการสรุปความคิดเห็นก่อนนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ

10. ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติส่งร่างแนวปฏิบัติตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย วิชาญแพทย์ 1 คน วิชาญพยาบาล 1 คน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2 คน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนในชุดเดิม ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (AGREE Collaboration, 2013) ฉบับภาษาไทยของ สถาบันวิจัยและเทคโนโลยีทางการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2013) ได้คะแนนการประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ AGREEII ในหมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ชัดเจน หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก คิดเป็น ร้อยละ 96.67, 94.44, 96.25, 97.78, 95.00 และ 96.67 ตามลำดับ และคะแนนภาพรวม ร้อยละ 96.09

11. ผู้วิจัยประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 20 ราย ในวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยวิสัญญพยาบาลในกลุ่มงานวิสัญญ จำนวน 12 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงจำนวน 12 คน โดยการติดตามความครบถ้วนในการใช้แนวปฏิบัติแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมง จากนั้นประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้



12. จัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติเนื้อหา ประกอบด้วย การป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก โดยผู้วิจัยจัดพิมพ์เล่มแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ใน 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบสมบูรณ์ และ 2) สารสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อย่างละ 2 ฉบับ สำหรับกลุ่มงานวิสัญญีและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้วิจัยให้ความรู้แก่วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงในรูปแบบการประชุมกลุ่มย่อย จัดทำบอร์ดประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ผังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ โดยติดไว้ในบอร์ดวิชาการใกล้เคาท์เตอร์พยาบาลเพื่อให้ทบทวนได้ง่ายขึ้น จัดทำผังการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดโดยติดไว้ในห้องพักฟื้น แพ้มนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้และการประเมินผลลัพธ์ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ทีมผู้ใช้นโยบาย ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง วิสัญญีพยาบาลห้องพักฟื้น พยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง นำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยวิสัญญีพยาบาลเริ่มตั้งแต่การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผ่าตัด การป้องกันการจัดการในระยะผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ในหอพักฟื้นโดยวิสัญญีพยาบาล

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโดยพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ดังนี้ 1) การตรวจเยี่ยมเพื่อรับทราบปัญหา ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่ถูกต้องในช่วงรับ-ส่งเวรช่วงเช้า มีการติดตามทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยเข้าตรวจเยี่ยมทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ พร้อมทั้งคำแนะนำในระหว่างการส่งเวร หากไม่ถูกต้องทำการชี้แนะเป็นรายบุคคล รวมทั้งตอบข้อซักถามเพื่อให้การปฏิบัติตามแนวทางเป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2) การตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลลัพธ์ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง 3) การใช้เทคโนโลยีโดยการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เบอร์โทรส่วนตัวของผู้วิจัยในการสอบถามปัญหาหรือประเด็นจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ โดยในระยะก่อนผ่าตัดจัดประชุมปรึกษาร่วมกับผู้ใช้โดยการจัดทำข้อความแจ้งเตือน “แนวปฏิบัติ PONV” ติดไว้ในใบบันทึกการเยี่ยมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เวชระเบียนผู้ป่วย รวมทั้งติดตามปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติ หากไม่ถูกต้องทำการชี้แนะเป็นรายบุคคล จากใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก และเวชระเบียน พร้อมนำเสนอให้หน่วยงานทราบ

2. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มผู้ใช้นโยบาย และข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลระหว่างกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้นโยบายการพยาบาลทางคลินิกฯ มีจำนวนทั้งหมด 24 คน อายุตั้งแต่ 26-49 ปี (อายุเฉลี่ย 35 ปี) ประสบการณ์ในการทำงานในกลุ่มงานวิสัญญีหรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ร้อยละ 100



1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวนกลุ่มละ 80 คน กลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีสัดส่วนอายุใกล้เคียงกัน ในช่วงอายุ 51-60 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีประวัติการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดหรือประวัติการเมาเรือ ร้อยละ 1.25 ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ไม่มีประวัติการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดหรือประวัติการเมาเรือ กลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดบริเวณอื่นที่ไม่ใช่การผ่าตัดช่องท้อง คิดเป็นร้อยละ 90 และ 83.75 ตามลำดับ กลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก อยู่ในระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 81.25 ตามลำดับ กลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด เท่ากับ 2 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 93.75 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ

1.3 ข้อมูลด้านการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ในกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ส่วนใหญ่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแบบใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 86.25 และ 96.25 ตามลำดับ ได้รับการนำสลบด้วยพรอพโฟพอลทุกราย ส่วนใหญ่ไม่ใช้ไนตรัสออกไซด์ (nitrous oxide) หากมีการใช้ไนตรัสออกไซด์ใช้เวลาน้อยกว่า 45 นาที ส่วนใหญ่ได้รับยาดมสลบชนิดไอระเหยระหว่างผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 86.25 และ 97.50 ตามลำดับ เป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 47.83 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการระงับปวดขณะผ่าตัดเป็นกลุ่มโอปิออยด์ คือ มอร์ฟิน คิดเป็นร้อยละ 51.25, 56.25 ส่วนน้อยได้รับยาชาเฉพาะที่ร่วมกับหรือยาบรรเทาอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดเป็นกลุ่มโอปิออยด์ คือ มอร์ฟิน คิดเป็นร้อยละ 26.25, 10.00 ตามลำดับ

ส่วนการได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนในระหว่างผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 100.00 มากกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 36.25 กลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ได้รับสารน้ำใกล้เคียงกันในปริมาณ 100-300 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 50 และ 42.50 ส่วนใหญ่สูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัดน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 91.25 และ 88.75 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้บันทึกปริมาณปัสสาวะในระหว่างผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 68.75 และ 66.25 ตามลำดับ ใช้ระยะเวลาในการระงับความรู้สึกในช่วงน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และ 1-2 ชั่วโมง

2. ความเป็นไปได้เกี่ยวกับการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับ “มาก” โดยคิดเป็นร้อยละ 100 ขึ้นไป จำนวน 5 ข้อ ในความคิดเห็นว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีความง่ายในการนำไปใช้งาน 2) ทีมสหวิชาชีพนำไปใช้ได้ 3) ความสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 4) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และ 5) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับมาก ในด้านความสะดวกในการใช้ คิดเป็นร้อยละ 91.67 ส่วนความประหยัดค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่มองมีความคิดเห็นระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 79.17

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ซึ่งดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 18 เรื่อง ผ่านการประเมินคุณค่าและแบ่งระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของ สถาบันโจแอนนาบริก (JBI, 2014) และข้อเสนอแนะหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ อยู่ระดับ A เนื่องจากเป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผล สามารถใช้ได้ง่าย นำไปปฏิบัติได้เลย และมีประโยชน์กับผู้ป่วย ประกอบด้วย สารสำคัญในการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด 3 หมวด ดังนี้



การป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะก่อนผ่าตัด

- 1) ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงของแอปเฟล (Apfel score)
- 2) จัดระดับความเสี่ยงเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงต่ำ (คะแนนความเสี่ยง = 0-1) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (คะแนนความเสี่ยง = 2) กลุ่มเสี่ยงสูง (คะแนนความเสี่ยง ≥ 3)
- 3) วิสัญญีพยาบาลชี้แจงความเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด
- 4) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก และประสานหอผู้ป่วย

การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัด

- 1) นำสลบด้วยยาพรีโอฟอล (Propofol induction)
- 2) หลีกเลี่ยงการใช้ไนตรัสออกไซด์ (Nitrous oxide)
- 3) หลีกเลี่ยงการใช้ยาดมสลบชนิดไอระเหย (Volatile agent) ที่ความเข้มข้นสูงในระยะเวลาสั้น
- 4) ให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ในปริมาณที่เหมาะสมร่วมกับการใช้การระงับปวดหลายวิธี (multi-modal analgesia)
- 5) ดูแลการให้สารน้ำอย่างเพียงพอโดยการให้สารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ (Crystalloid) 10-30 มิลลิลิตรต่อ กิโลกรัม
- 6) ใช้ยานีโอสติจมิน (Neostigmine) ในการแก้ฤทธิ์ยาคลายกล้ามเนื้อ โดยไม่ควรให้เกิน 3 มิลลิกรัม
- 7) การให้ยาป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ให้ Dexamethasone 4-8 mg IV ในขณะนำสลบในระยะผ่าตัด และ Ondansetron 4 mg IV ก่อนเสร็จผ่าตัด กลุ่มเสี่ยงสูง ให้ Dexamethasone 4-8 mg IV และ Metoclopramide 10 mg IV ในขณะนำสลบในระยะผ่าตัด และ Ondansetron 4 mg IV ก่อนเสร็จผ่าตัด
- 8) หลังถอดท่อช่วยหายใจระวังการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยการพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนผ้า การเคลื่อนย้ายจากเตียงผ่าตัดไปบนเปลนอนเพื่อไปสังเกตอาการในห้องพักฟื้น ต้องทำอย่างช้า ๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการอาเจียนให้ตะแคงหน้าผู้ป่วยไปข้างใดข้างหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่ปอด

การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดระยะหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก

- 1) วิสัญญีพยาบาลประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ได้แก่ ความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วย การให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัด ยาที่ใช้ในระหว่างระงับความรู้สึก
- 2) ประเมินอาการ อาการแสดงของภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด หากมีอาการคลื่นไส้ให้ประเมินความรุนแรงของอาการคลื่นไส้
- 3) ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด
- 4) กรณีมีสายยางใส่ทางจมูก (nasogastric tube) ดูแลให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หักพับงอ หากต้องใส่ใหม่ควรใส่ด้วยความระมัดระวัง
- 5) หลีกเลี่ยงและระมัดระวังการทำการกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนท่าควรทำอย่างช้า ๆ ให้นอนศีรษะสูงมากกว่า 60 องศาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาทีก่อนการเคลื่อนไหว การยืนให้ลูกนั่งบนขอบเตียงประมาณ 1 นาที ก่อนจะลุกขึ้นยืน
- 6) เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนปฏิบัติดังนี้ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในระหว่างการผ่าตัดและในห้องพักฟื้น ตรวจสอบการได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ได้รับมาใน

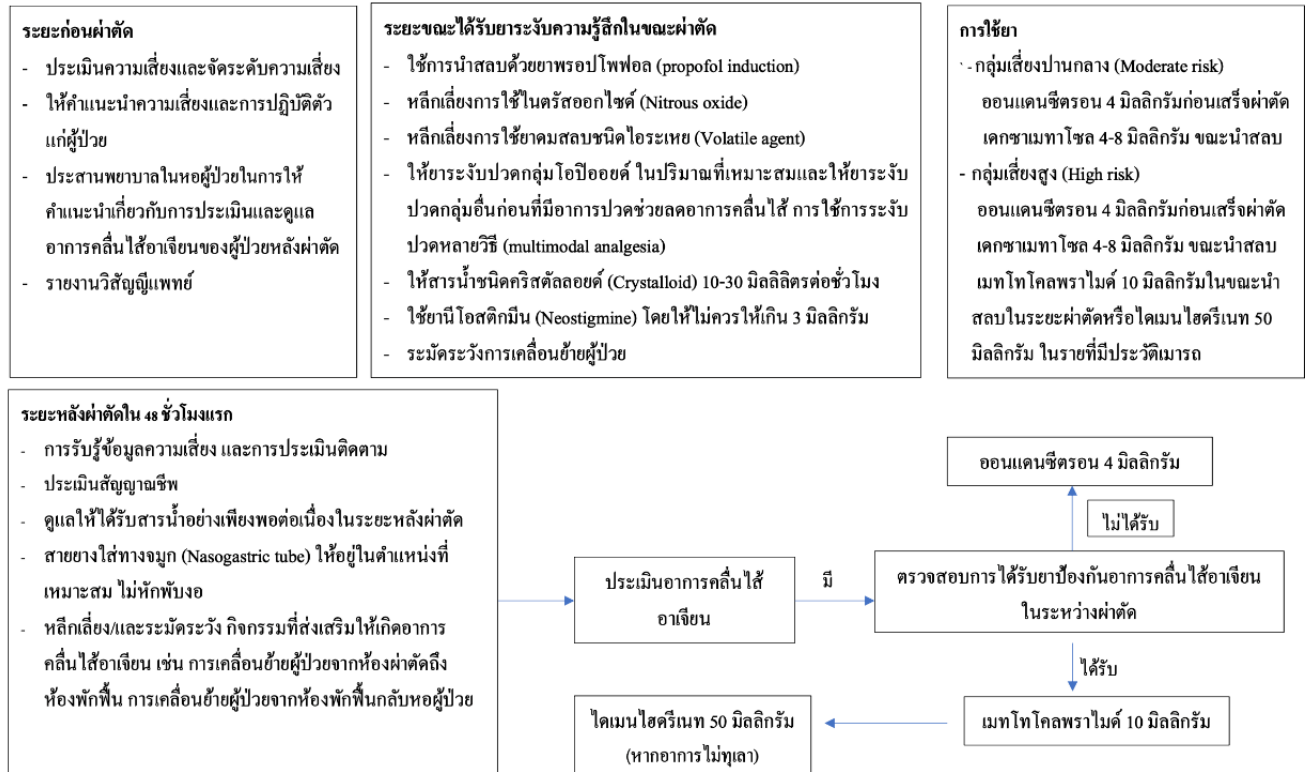


Development and Implementation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention and Management of Postoperative Nausea and Vomiting

การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับ การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

ระยะผ่าตัด และการได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนในห้องผ่าตัด ในกรณีไม่ได้รับยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ Ondansetron 4 mg IV หรือ Metoclopramide 10 mg IV พร้อมทั้งประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน และผลข้างเคียงของยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียน ดังแผนภาพที่ 1

แผนผังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด



แผนภาพที่ 1 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

4. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

4.1 อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดร้อยละ 6.25 น้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งพบร้อยละ 30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 80)		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 80)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
คลื่นไส้และ/หรืออาเจียนหลังผ่าตัด				
ไม่เกิด	56	70.00	75	93.75
เกิด	24	30.00	5	6.25



Development and Implementation of Clinical Nursing Practice Guidelines for Prevention and Management of Postoperative Nausea and Vomiting

การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับ
การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ (ต่อ)

อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 80)		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 80)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
คลื่นไส้และอาเจียนหลังผ่าตัด	2	2.50	0	0.00
คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน	9	11.25	2	2.50
อาเจียนแต่ไม่คลื่นไส้	13	16.25	3	3.75

4.2 ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีระดับความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 100 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติซึ่งมีความรุนแรงระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 81.82 และ ร้อยละ 18.18 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัดของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

ระดับความรุนแรงของอาการ คลื่นไส้หลังผ่าตัด	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 11)		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 2)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	9	81.82	2	100.00
มาก	2	18.18	0	0.00

4.3 ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับพึงพอใจมากและมากที่สุด (ร้อยละ 66.25 และร้อยละ 27.50) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่มีระดับพึงพอใจปานกลางและมาก (ร้อยละ 17.50 และร้อยละ 68.75) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 80)		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n = 80)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พึงพอใจน้อย	11	13.75	0	0.00
พึงพอใจปานกลาง	14	17.50	5	6.25
พึงพอใจมาก	55	68.75	53	66.25
พึงพอใจมากที่สุด	0	0.00	22	27.50

การอภิปรายผล

ประสิทธิผลในการแสดงผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก อภิปรายตามกรอบแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริก (JBI, 2014) 4 ด้าน ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) ความเหมาะสมกับกับบริบท (appropriateness) ความมีคุณค่าของแนวปฏิบัติ (meaningfulness) และประสิทธิผล



ทางคลินิก (effectiveness)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงาน กิจกรรมในแต่ละสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำตั้งแต่การตรวจเยี่ยมล่วงหน้า 1 วัน ก่อนผ่าตัดโดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกได้นำการประเมินความเสี่ยงของอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก ในขณะที่ผ่าตัดมีการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดตั้งแต่การเลือกใช้นานาสลบ การเลือกใช้ยาเฉพาะที่ การเลือกให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด การให้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนตามระดับความเสี่ยง ส่วนระยะหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง พยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนในระหว่างตรวจสัญญาณชีพ รวมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยให้แจ้งพยาบาลเมื่อมีอาการ และประเมินตั้งแต่ในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น วิธีการลูกนั่งข้างเตียง การเปลี่ยนอิริยาบถ ซึ่งเป็นการบูรณาการแนวปฏิบัติในระหว่างปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้การดูแลผู้ป่วย

ความเหมาะสมกับบริบท เนื่องจากผู้ป่วยศัลยกรรมผู้หญิงที่มารับการผ่าตัดเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด สำหรับในกลุ่มงานวิสัญญีมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงให้การดูแลต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด แนวปฏิบัติจึงมีความเหมาะสมตามบริบทหน่วยงาน

ความคุ้มค่าของแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัตินี้มีคุณค่าต่อผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขณะที่ผ่าตัด และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังจากผ่าตัด โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลความเสี่ยงของตนเองในระยะก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัด การแจ้งพยาบาลทราบเมื่อมีอาการ การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละระยะส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทาบรีซี และคณะ (Tabrizi et al., 2019) ศึกษาในผู้ป่วยหญิงวัยผู้ใหญ่จำนวน 294 ราย ที่นัดหมายเข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชหรือเต้านมในแบบผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการสังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียนในห้องพักฟื้น และมีการประเมินความสอดคล้องคะแนนการประเมินความเสี่ยงของแอปเฟลในรูปแบบฟอร์มการประเมินก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก หลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าอุบัติการณ์ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัตินี้เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาล

ด้านประสิทธิผลทางคลินิก จากผลลัพธ์ 3 ด้าน คือ

1) อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ เกิดจากการประเมินความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงของแอปเฟลซึ่งสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงได้อย่างชัดเจน ทำให้วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันและจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนได้เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง ได้แก่ การเลือกใช้นานาสลบ การให้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน การระงับปวดหลายวิธี รวมทั้งการประเมินในระยะ 48 ชั่วโมงแรก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน เฝ้าระวังและจัดการเมื่อมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อาวินาซ และ กฤษณะ (Avinash & Krishna, 2023) ที่พบว่า การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของแอปเฟล และให้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนตามระดับความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดน้อยกว่า และต้นทุนในการป้องกันและการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดต่ำกว่า



2) ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมีความรุนแรงระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีความรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ให้ความรู้ วิธีการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รวมทั้งการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Amirshahi et al., 2020) นอกจากนี้ การได้รับยาป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในขณะผ่าตัดตามความเสี่ยงในผู้ป่วยทุกรายส่งผลให้ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง

3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจระดับ “มาก” และ “มากที่สุด” โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จากการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Amirshahi et al., 2020) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮูเปอร์ และคณะ (Hooper et al., 2019) ที่ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้วยแบบประเมินของแอปเฟล และการให้ยาป้องกันตามแนวทางพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (จากคะแนน 3.8 เป็น 4.5 จากคะแนนเต็ม 5) แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมีส่วนช่วยในการดูแลอย่างเป็นระบบในกระบวนการการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะได้รับยาระงับความรู้สึกในขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดใน 48 ชั่วโมงแรก

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้มีความครอบคลุมในการป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ทั้งนี้ยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในมิติของผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติจริง ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นที่รับผู้ป่วยผ่าตัด ควรมีการประชุมชี้แจงขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ และนำไปใช้ได้อย่างถูกต้อง
2. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นควรมีการทบทวนในระยะเวลา 2-5 ปี เมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความทันสมัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อดูความยั่งยืนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

References

- AGREE Collaboration. (2013). *Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE II) Instrument*. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf
- Amirshahi, M., Behnamfar, N., Badakhsh, M., Rafiemanesh, H., Keikhaie, K. R., Sheyback, M., & Sari, M. (2020). Prevalence of postoperative nausea and vomiting: A systematic review and meta-analysis. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 14(1), 48-56. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_401_19



- Avinash, S. H., & Krishna, H. M. (2023). The impact of the Apfel scoring system for prophylaxis of post-operative nausea and vomiting: A randomized controlled trial. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 39(3), 463–467. https://doi.org/10.4103/joacp.joacp_553_21
- Canakci, E., Catak, T., Basar, H. E., Cebeci, Z., Coskun, I., Saltali, A. O., & Altinbas, A. (2021). Prevalence study for postoperative nausea vomiting: A training hospital example. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(11), 1633–1640. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_399_20
- Cao, X., White, P. F., & Ma, H. (2017). An update on the management of postoperative nausea and vomiting. *Journal of Anesthesia*, 31(4), 617–626. <https://doi.org/10.1007/s00540-017-2363-x>
- Dewinter, G., Staelens, W., Veef, E., Teunkens, A., Van de Velde, M., & Rex, S. (2018). Simplified algorithm for the prevention of postoperative nausea and vomiting: A before-and-after study. *British Journal of Anaesthesia*, 120(1), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.003>
- Elvir-Lazo, O. L., White, P. F., Yumul, R., & Cruz Eng, H. (2020). Management strategies for the treatment and prevention of postoperative/postdischarge nausea and vomiting: An updated review. *F1000Research*, 9, F1000 Faculty Rev-983. <http://doi.org/10.12688/f1000research.21832.1>
- Gan, T. J., Belani, K. G., Bergese, S., Chung, F., Diemunsch, P., Habib, A. S., Jin, Z., Kovac, A. L., Meyer, T. A., Urman, R. D., Apfel, C. C., Ayad, S., Beagley, L., Candiotti, K., Englesakis, M., Hedrick, T. L., Kranke, P., Lee, S., Lipman, D., ... Philip, B. K. (2020). Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesthesia & Analgesia*, 131(2), 411–448. <http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004833>
- Gupta, R. G., Schafer, C., Ramarosan, Y., Sciallo, M. G., & Horn, C. C. (2017). Role of the abdominal vagus and hindbrain in inhalational anesthesia-induced vomiting. *Autonomic Neuroscience*, 202, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.autneu.2016.06.007>
- Hooper, V. D., Chvatal, K. T., Dilger, J. P., Lagunas, M. C., & Odom-Forren, J. (2019). Effectiveness of a postoperative nausea and vomiting management protocol. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 789–797. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.11.006>
- Institute of Medical Research and Technology Assessment, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2013). *The appraisal of guidelines for research & evaluation: The AGREE II* (Thai version, 2013). Ministry of Public Health. (in Thai)
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' manual 2014*. The Joanna Briggs Institute.
- Maharjan, S., & Bing, Z. (2021). Post operative nausea and vomiting, its causes, and the way of its prevention and treatment. *Birat Journal of Health Sciences*, 6(1), 1405–1415. <https://doi.org/10.3126/bjhs.v6i1.37647>



- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guideline to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>
- Obsa, M. S., Edosa, D. C., Desalegn, Z. M., Fanta, N. D., Tamiru, S. M., & Mokenin, G. T. (2020). *Incidence of post-operative nausea and vomiting and its predictors among adult elective surgical patients at Jimma Medical Center, South West Ethiopia*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-19271/v1>
- Pancharoen, P. (2021). The study of clinical practice guideline for prevention of postoperative nausea and vomiting (PONV) in Lopburi Cancer Hospital. *Thai Cancer Journal*, 41(2), 78-89. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ/article/view/251321> (in Thai)
- Puntigo, M. (2018). The study of clinical practice guideline for prevention of postoperative nausea and vomiting (PONV) in Potharam Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 36(1), 29-39. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/123162> (in Thai)
- Sinha, V., Vivekanand, D., & Singh, S. (2022). Prevalence and risk factors of post-operative nausea and vomiting in a tertiary-care hospital: A cross-sectional observational study. *Medical Journal, Armed Forces India*, 78(Suppl. 1), S158-S162. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.10.024>
- Sizemore, D. C., Singh, A., Dua, A., Singh, K., & Grose, B. W. (2021). *Postoperative nausea*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500029/>
- Stoltzfus, L. E. (2020). *Evaluating the implementation of a risk screening tool to decrease the incidence of postoperative nausea and vomiting* [Doctoral dissertation, West Chester University]. West Chester University Doctoral Projects. https://digitalcommons.wcupa.edu/all_doctoral/67
- Tabrizi, S., Malhotra, V., Turnbull, Z. A., & Goode, V. (2019). Implementation of postoperative nausea and vomiting guidelines for female adult patients undergoing anesthesia during gynecologic and breast surgery in an ambulatory setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 851-860. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.006>
- Temesgen, A. S., & Wolde, G. D. (2020). *Incidence and risk factors associated with post-operative nausea and vomiting in elective adult surgical patients at Wolaita Sodo Teaching Referral Hospital: An institutional based cross-sectional study*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-61502/v1>
- Teshome, D., Fenta, E., & Hailu, S. (2020). Preoperative prevention and postoperative management of nausea and vomiting in resource limited setting: A systematic review and guideline. *International Journal of Surgery Open*, 27, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.01.002>
- Thongchai, C., & Nuntachayaphan, P. (2004). *Survey of opinions on the use of clinical nursing practice guidelines*. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)



Development and Implementation of Clinical Nursing Practice Guidelines
for Prevention and Management of Postoperative Nausea and Vomiting
การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับ
การป้องกันและการจัดการภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

- Tobbandit, W. (2020). Development of surgical evaluation form for patient risk for nausea and vomiting after surgery under general anesthesia. *Mahasarakham Hospital Journal*, 17(1), 161-168. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/241262> (in Thai)
- Wilairat, D. (2011). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention and management of postoperative nausea and vomiting in adult patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* [Master's thesis, Chiang Mai University]. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Creator/personDc/82331> (in Thai)
- Zhong, W., Shahbaz, O., Teskey, G., Beever, A., Kachour, N., Venketaraman, V., & Darmani, N. A. (2021). Mechanisms of nausea and vomiting: Current knowledge and recent advances in intracellular emetic signaling systems. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(11), 5797. <https://doi.org/10.3390/ijms22115797>