

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
โรงพยาบาลอ่างทอง
Development of Post – Operative Pain Management in Recovery Room at
Angthong Hospital

อุษา เอี่ยมละออ

Usa Iamlaor

โรงพยาบาลอ่างทอง

Angthong Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น (CPG) (2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของ CPG กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 10 ราย และผู้ป่วยที่มาผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายจำนวน 240 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบบันทึกข้อมูลในห้องพักฟื้น แบบบันทึกความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและผู้ป่วยในการจัดการความปวดทางคลินิกในห้องพักฟื้นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการรวบรวมใบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ไคสแควร์ และ General linear model ผลการวิจัย พบว่า (1) ระยะหลังดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติตาม CPG เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 76.4 เป็นร้อยละ 99.2 ระยะของการพัฒนามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตาม CPG ของวิสัญญีพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (2) ระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (CPG) มีค่าเฉลี่ยความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลในการใช้ CPG อยู่ในระดับดี $\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.78$ และ 4.14 , $SD = 0.59$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด, ความพึงพอใจ, หลังผ่าตัด

Abstract

This research was developmental research. The purposes were (1) To develop clinical practice guidelines (CPG) for pain management in recovery rooms. (2) To assess the effectiveness of the clinical practice guidelines. A purposive sample consisted of 10 nurse anesthetists in the OR and Recovery room and 240 patients under General Anesthesia from March to May 2016. The tools used consisted of Anesthetic record in recovery room form and patient's satisfaction to CPG and the satisfaction of nurse anesthetists form. Statistical analysis included percentage, mean, Chi-square and General linear. General linear model Result: (1) The outcome after applied in Pain Management protocol (CPG) to practice found that majority of nurse anesthetists who have regularly done the activity regarding CPG increased in 76.4 to 99.2. (2) The phase of development associated with the average of pain score in recovery

rooms were significant compared with Phase I and 3 ($P < 0.001$). Patients' satisfaction to pain management protocol was average 4.37, SD = 0.78 and Nurses' satisfaction to pain manage protocol averaged 4.14, SD = 0.59.

Keywords: operative pain management, satisfaction, postoperative



บทนำ

ความปวดมีผลกระทบต่อร่างกาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแผลมากขึ้น ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลในระดับรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systemic review) พบว่าอาการปวดเหล่านี้จะพัฒนาไปเป็นอาการปวดเรื้อรังได้ (Dihle, et al., 2006) อย่างไรก็ตาม ความปวดสามารถจัดการลดปวดลงได้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โรงพยาบาลอ่างทอง ศึกษาความปวดของผู้ป่วยที่ห้องพักรักษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2558 กับผู้ป่วยจำนวน 1,484 รายในห้องพักรักษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่ามีระดับความปวดที่ต้องได้รับยาบรรเทาปวดจำนวนทั้งสิ้น 1034 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.67 ของผู้ป่วยผ่าตัดทุกชนิดที่ได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วไป มีผู้ป่วยที่ได้รับการยาแก้ปวดมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 45.45 ห้องพักรักษา ยังไม่เหมาะสมและพอเพียงในผู้ป่วยบางราย การให้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดปานกลางถึงรุนแรงไม่เพียงพอในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรมีการให้ยาแก้ปวดหลากหลายชนิดสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลอ่างทองยังไม่มีแนวปฏิบัติในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ในห้องพักรักษา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ในห้องพักรักษา โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องผ่าตัดที่ห้องพักรักษา โรงพยาบาลอ่างทองเพื่อให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นมาตรฐานเดียวกันและมีประสิทธิภาพในการจัดการความปวดแก่

ผู้ป่วยเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษา
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของ CPG ได้แก่ (1) การปฏิบัติตาม CPG ของวิสัญญีพยาบาล (2) ความปวดของผู้ป่วยในห้องพักรักษา (3) ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดในห้องพักรักษา (4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อการได้รับการจัดการความปวดจากวิสัญญีพยาบาล

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ใช้แนวคิดทฤษฎี PDCA หรือที่เรียกว่าวงจรเดมมิง (Deming cycle) หรือวงจรชูฮาร์ต (Shewhart cycle) ก็คือวงจรการควบคุมคุณภาพ

1. Plan (วางแผน) หมายถึง การวางแผนการดำเนินงานอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงการกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการ
2. Do (ปฏิบัติตามแผน) หมายถึง การดำเนินการตามแผน อาจประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับการดำเนินการ (มีวิธีการ ดำเนินการ และมีผลของการดำเนินการ
3. Check (ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน) หมายถึง การประเมินแผน อาจประกอบด้วย การประเมิน

โครงสร้างที่รองรับ การดำเนินการ การประเมินขั้นตอน การดำเนินงาน และการประเมินผลของ การดำเนินงาน ตามแผนที่ได้ตั้งไว้

4. Act (ปรับปรุงแก้ไข) หมายถึง การนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน อาจประกอบด้วย การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ว่ามีโครงสร้างหรือขั้นตอนการปฏิบัติงานใดที่ควร ปรับปรุงหรือพัฒนาสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก และสังเคราะห์รูปแบบ การดำเนินการใหม่ที่ เหมาะสมสำหรับการดำเนินการในครั้งต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนางานของ Deming Cycle หรือ PDSA Cycle (Plan-Do-Study-Act) เป็นแนวคิดในการพัฒนาเพื่อพัฒนาการจัดการความปวด หลังผ่าตัดใน ห้องฟักฟื้น โดยวิสัญญีพยาบาล ซึ่งมี ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การปฏิบัติ ของวิสัญญีพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ความปวดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของวิสัญญี และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการ ความปวดในผู้หลังผ่าตัดใน ห้องฟักฟื้น เป็นขั้นตอนการ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังผ่าตัดใน ห้องฟักฟื้น

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการจัดการความปวด หลังผ่าตัด มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของ แนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกัน หลังจากใช้แนวปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน และการประเมินผลลัพธ์ก่อนลงสู่การปฏิบัติ Plan Do study Act 3 รอบก่อนใช้จริงในขั้นตอนการ ดำเนินการ แล้วผู้ศึกษาทำการรวบรวมใบบันทึกการ

ดูแลผู้ป่วยใน ห้องฟักฟื้นซึ่งบันทึกเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาระงับ ความรู้สึก แบบการประเมินความปวด การจัดการกับ ความปวดและการบันทึกการรักษาพยาบาลและการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยใน ห้องฟักฟื้น โดยกำหนดกิจกรรม และจัดทำแนวปฏิบัติให้เกิดความครอบคลุมตั้งแต่แรกรับ ผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการ ความปวดทางคลินิก รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากความปวดและนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสู่ การปฏิบัติ

ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการจัดการความปวด หลังผ่าตัดใน ห้องฟักฟื้น เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ของกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน ห้องฟักฟื้น ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง 1 พฤษภาคม 2559

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเฉพาะเจาะจงตาม เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามตารางที่กำหนดไว้ภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) ชนิดใส่ท่อช่วยหายใจ
2. อายุระหว่าง 15- 80 ปี
3. ชนิดการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่
4. พูดและฟังภาษาไทยได้ดี
5. ไม่มีปัญหาการได้ยิน
6. ไม่เป็นโรคจิตหรือระบบประสาท (จากการ แจ้งผู้ป่วยในอดีตหรือการวินิจฉัยโดยแพทย์)

รวบรวมตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 240 รายแบ่งเป็น (1) ระยะก่อนใช้แนวปฏิบัติจำนวน 110 ราย (2) ระยะหลัง ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 130 ราย

ผู้ให้บริการคือวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นจำนวน 10 คน

ผู้ป่วยที่ได้รับการรับการผ่าตัดใหญ่และได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นโดยทำการศึกษา ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2559 ถึง 1 พฤษภาคม 2559

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยโรงพยาบาลอ่างทองเลขที่AEC002/59

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลในห้องพักฟื้นประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วย การผ่าตัด โรคร่วม สภาพผู้ป่วยก่อนได้รับการประเมินความรู้สึก (ASA classification) และข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลเช่นชนิดของการผ่าตัด

2. แบบบันทึกข้อมูลความปวดและการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น ได้แก่

2.1 การประเมินความปวดด้วยมาตราวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale--NRS) โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยคะแนนคือ 0 ไม่ปวดและ 10 คือปวดมากที่สุด (Melzak & Katz, 1999) การแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดเป็นตัวเลข ดังนี้

ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย	0-3 คะแนน
ปวดปานกลาง	4-7 คะแนน
ปวดมากถึงมากที่สุด	8-10 คะแนน

ระดับความปวดแรกรับเข้าห้องพักฟื้น ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 ให้ยาแก้ปวดตามสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อายุ น้ำหนัก และโรคร่วม เช่น โรคหอบหืด ไม่ให้ยา Morphine ให้เลือกใช้ Fentanyl หรือ Pethidine

สำหรับการจัดการความปวดทางคลินิกของวิสัญญีพยาบาลในห้องพักฟื้น ในกรณีความปวด

มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ให้ยาแก้ปวดแล้วประเมินความปวดซ้ำหลังให้ 5 นาทีถ้าไม่ดีขึ้นให้ซ้ำในขนาดเท่าเดิมและประเมินซ้ำอีกทุก 5 นาทีเป็นวงจรเมื่อครบ 3 ครั้งแล้วอาการปวดไม่ลดลงให้รายงานแพทย์ โดยในการให้ยาแต่ละครั้งให้ดูความดันโลหิต ชีพจร และระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ร่วมด้วย

ระดับความปวดใช้ Numeric rating scale โดยวิสัญญีพยาบาลจะอธิบายเรื่อง Pain score (ระดับความปวด) ให้ผู้ป่วยทราบก่อนผ่าตัดหรือขณะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน

2.2 แบบบันทึกความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการจัดการความปวดทางคลินิกในห้องพักฟื้น (9 ข้อ)

2.3 แบบบันทึกความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวดทางคลินิกในห้องพักฟื้นจากวิสัญญีพยาบาล (9 ข้อ) ในแต่ละข้อแบ่งระดับเป็น

คะแนน 5	ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
คะแนน 4	ระดับความพึงพอใจมาก
คะแนน 3	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
คะแนน 2	ระดับความพึงพอใจน้อย
คะแนน 1	ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

แล้วนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการแบ่งระดับ

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.0	พึงพอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	พึงพอใจระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	พึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	พึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1-1.49	พึงพอใจระดับน้อยที่สุด

โดยใช้เกณฑ์กำหนดความหมายตามขอบเขตของค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ (Best, Kahn & Jame, 1993)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกัน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาล โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลและผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient validity) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS

สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในเรื่อง แบบบันทึกความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการจัดการความปวดทางคลินิกในห้องพักฟื้น (9 ข้อ)

แบบบันทึกความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวดทางคลินิกในห้องพักฟื้นจากวิสัญญี

สถิติเชิงอนุมานใช้โปรแกรม SPSS

Chi- square หาความแตกต่างของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดทางคลินิกในห้องพักฟื้น โดยวิสัญญีพยาบาล

และใช้ General linear model หาความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ได้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นประกอบด้วย (ภาพ 1)

1.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดก่อนการผ่าตัด ในกรณีผ่าตัดไม่เร่งด่วนโดยวิสัญญีพยาบาลที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ส่วนในกรณีผ่าตัดเร่งด่วนให้วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดก่อนผ่าตัด

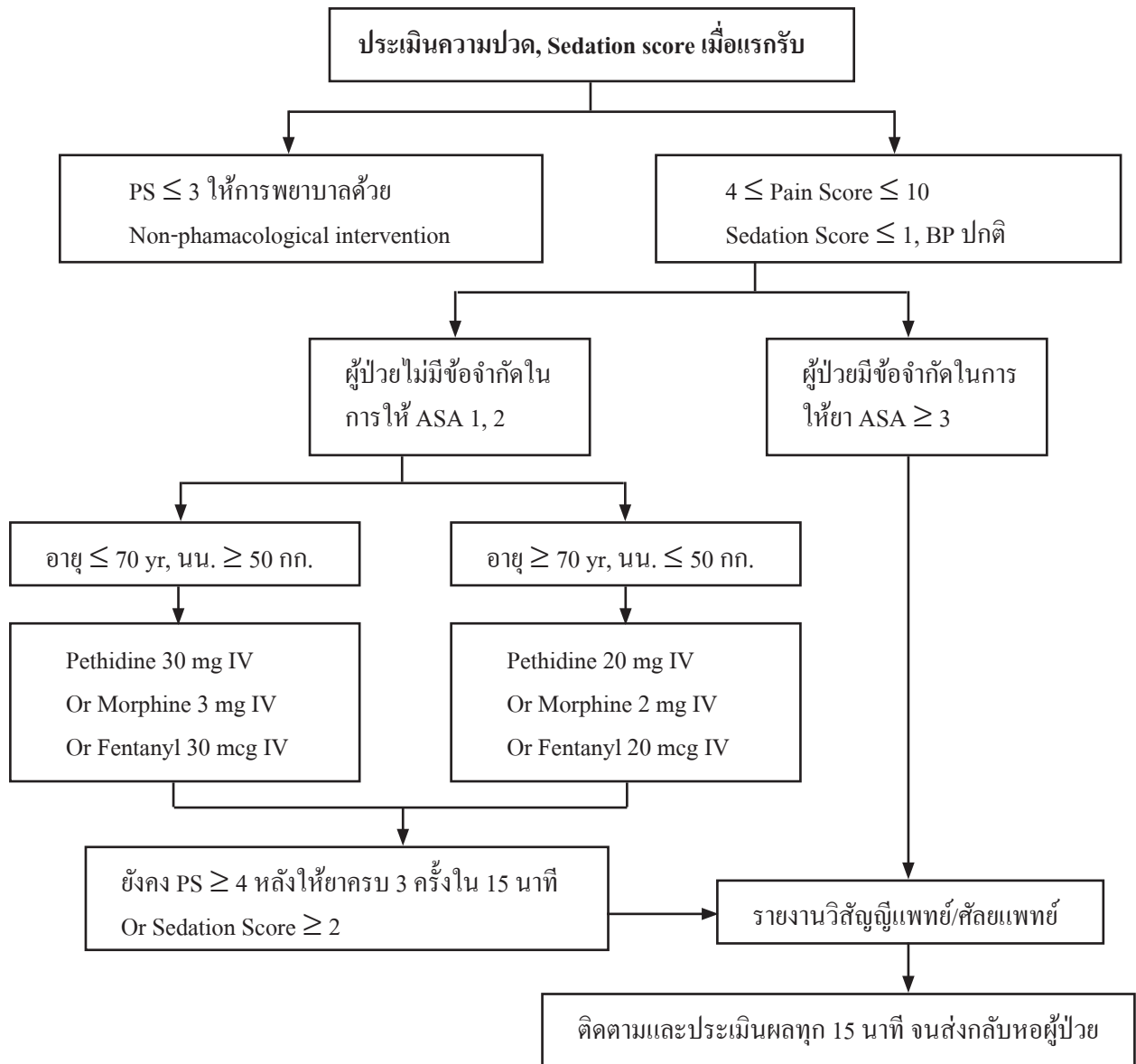
1.2 การประเมินความปวดหลังผ่าตัดแรกรับเข้าห้องพักฟื้น ให้ประเมินทุกราย ถ้าผู้ป่วยยังไม่พินให้คะแนนความปวดเป็นตัวเลข คือ 0 ไม่ปวดเลย

1.3 การประเมินความปวดหลังผ่าตัดระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้น ถ้าผู้ป่วยไม่ปวดหรือไม่ร้องขอ ให้ประเมินซ้ำทุก 15 นาที

1.4 ก่อนส่งผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นไปหผู้ป่วย ให้จัดการความปวดจนกว่าระดับความปวดไม่เกิน 3 ระดับ

1.5 การจัดการความปวดทางคลินิก กำหนดให้ระดับความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ให้วิสัญญีพยาบาลให้ยาแก้ปวด Morphine, Pethidine หรือ Fentanyl ตามน้ำหนัก อายุ โรคร่วม และสภาพผู้ป่วยและประเมินความปวดซ้ำหลังได้ยาระงับปวด ถ้าความปวดยังมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ให้ยาซ้ำ ได้ 3 ครั้งถ้าไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์

1.6 การบันทึกข้อมูลการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ ประด้วยระดับความปวดแรกรับเข้าห้องพักฟื้น ก่อนและหลังได้รับยาแก้ปวดและก่อนออกจากห้องพักฟื้น ระดับความรู้สึกรู้ตัว สัญญาณชีพ ขนาดยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในห้องพักฟื้น



ภาพ 1 แนวทางปฏิบัติในการให้ยาระงับความปวดหลังผ่าตัดทางคลินิกในห้องพักฟื้นสำหรับวิสัญญีพยาบาล

หมายเหตุ Pain Score (PS): 0 = ไม่ปวด, 1-3 = ปวดเล็กน้อย, 4-6 = ปวดปานกลาง, 7-10 = ปวดมาก

Sedation Score (SD): 0 = ตื่นดี, 1 = ง่วงเล็กน้อย, 2 = ง่วงมากปลุกตื่นง่าย, 3 = ปลุกตื่นยาก หรือไม่ตื่น

Blood Pressure (BP) = ความดันโลหิต, ปกติ = 120/80 mmHg

ASA Classification (American Society of Anesthesiologist)

ASA physical class 1 ผู้ป่วยมีสุขภาพดี

ASA physical class 2 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อย

ASA physical class 3 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงขึ้นและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ASA physical class 4 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงมากไม่สามารถกลับมาสู่ภาวะปกติโดยยาหรือการผ่าตัด

ASA physical class 5 ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้เพียง 24 ชั่วโมงไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาหรือผ่าตัด

2. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางคลินิกในห้องพักฟื้น ได้แก่

2.1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางคลินิกในห้องพักฟื้นของวิสัญญีพยาบาล

ตาราง 1

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางคลินิกในห้องพักฟื้นวิสัญญีพยาบาล

ระยะของการพัฒนา	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 110)	84	76.4	26	23.6
หลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 130)	129	99.2	1	0.8

*Chi-square = 36.146, df = 2, p-value = 0.000

จากตาราง 1 พบว่า ระยะหลังใช้แนวปฏิบัติมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางคลินิกในห้องพักฟื้นเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 76.4 เป็นร้อยละ 99.2 โดยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในห้องพักฟื้นวิสัญญีพยาบาลก่อนดำเนินการมี

ความแตกต่างกับหลังใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.2 ความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

2.2.1 ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยก่อนออกจากห้องพักฟื้นแบ่งตามระยะการพัฒนา

ตาราง 2

ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยก่อนออกจากห้องพักฟื้นแบ่งตามระยะการพัฒนา

ระยะของการพัฒนา	Mean	SD	Min	Max
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 110)	2.99	0.791	0	4
หลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 130)	1.86	1.292	0	3

จากตาราง 2 ค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดก่อนใช้แนวปฏิบัติ 2.99 ลดลงในระยะหลังใช้แนวปฏิบัติ 1.86

2.2.2 เปรียบเทียบความความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นกับระยะการพัฒนา

ตาราง 3

เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นกับระยะการพัฒนา

ระยะของการพัฒนา	B (ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความปวด)	Std. error	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	1.187	0.141	8.393	0.000
หลังใช้แนวปฏิบัติ	0			

*R Square = .215 (Adjust R square = .198)

B = ค่าเฉลี่ยความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับ Base Line (กำหนดให้หลังใช้แนวปฏิบัติเป็นจุดตัดหรือเป็น Base line)

ระยะของการพัฒนา มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น โดยระยะการพัฒนาดังกล่าวแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) และก่อนใช้แนวปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยความปวดแตกต่างจาก

หลังดำเนินการ 1.187 (กำหนดให้หลังใช้แนวปฏิบัติเป็นจุดตัดหรือเป็น base line)

2.3 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น

ตาราง 4

ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติจากวิสัญญีพยาบาล	Mean	SD	ระดับ
1. มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น	4.5	0.63	ดีมาก
2. มีความพึงพอใจจากการได้รับการบรรเทาปวดโดยการกระทำที่เหมาะสม	4.57	0.72	ดีมาก
3. มีความพึงพอใจจากการได้รับการบรรเทาปวดโดยการใช้ยาขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	4.57	0.67	ดีมาก
4. ได้รับการประเมินและสอบถามระดับความปวด ลักษณะการปวด ก่อนให้ยาระงับปวดหรือก่อนให้การพยาบาล	4.6	0.67	ดีมาก
5. ได้รับการสอบถามและประเมินอาการปวดหลังจากการให้ยาระงับปวดหรือหลังจากการดูแลเป็นระยะ	4.23	1	ดีมาก
6. ได้รับการระงับปวดที่รวดเร็วและต่อเนื่อง	4.37	0.96	ดีมาก
7. ได้รับการสอบถามอาการด้วยความสนใจ ใส่ใจ	4.5	0.77	ดีมาก
8. พยาบาลมีอุปกรณ์เครื่องมือประกอบการประเมินที่ทำให้ท่านสามารถบอกถึงความรุนแรงของความปวดได้	3.4	0.93	ดี
9. พยาบาลในห้องพักฟื้นมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะช่วยบรรเทาความปวดและความไม่สุขสบายจากความปวด	4.6	0.72	ดีมาก

พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้นอยู่ในระดับดี mean = 4.37, SD = 0.78

2.4 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้น

ตาราง 5

ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้น

ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ	Mean	SD	ระดับ
1. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและครอบคลุม	4.3	0.63	ดีมาก
2. แนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้	4.2	0.63	ดีมาก
3. มีความพึงพอใจในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ	3.9	0.63	ดี
4. มีความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด	4.2	0.73	ดีมาก
5. มีความพึงพอใจในการติดตามประเมินความปวดหลังจากการจัดการความปวด	4.6	0.63	ดีมาก
6. ขนาดยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพียงพอและเหมาะสม	4.2	0.69	ดีมาก
7. มีความพึงพอใจในความถี่ที่ประเมินความปวด	4	0.47	ดี
8. มีความพึงพอใจในการประเมินผลการจัดการความปวดก่อนผู้ป่วยย้ายกลับ	4	0.47	ดี
9. มีความพึงพอใจในการนำวิธีการบรรเทาปวดโดยการจัดทำผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น	4	0.47	ดี

พบว่าความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี mean = 4.34, SD = 0.59

การอภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ในระยะวางแผน (plan) และวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นคือก่อนใช้แนวปฏิบัติไม่มีรูปแบบการจัดการความปวด การให้ยาแก้ปวดที่มีมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของวัชร มุกด์ธนะอนันต์ (Mugtanaanan, 2008)

ในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด Plan Do study Act 3 รอบ ก่อนใช้จริงในขั้นตอนการดำเนินการ ต้องให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่การออกความเห็นในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ปฏิบัติงานได้ง่ายและมีความสะดวกมีความชัดเจนในขั้นตอนของแนวปฏิบัติทำให้เกิดความพึงพอใจ ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย

หลังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติมาใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมพบว่าแนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ง่าย ให้ยาแก้ปวดซ้ำได้ หลังประเมินซ้ำ ตามที่ผู้ป่วยต้องการตามน้ำหนักอายุและสภาพผู้ป่วยสอดคล้องกับวัชร มุกด์ธนะอนันต์ (Mugtanaanan, 2008) ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติครั้งนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด ข้อดีของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถปฏิบัติได้ง่าย ให้ยาแก้ปวดได้มากเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ โดยเน้นการประเมินความปวดหลังการให้ยาและสามารถให้ซ้ำได้อีกอย่างน้อย 2 ครั้งใน 15 นาที เมื่อผู้ป่วยปวดน้อยลงระดับความปวดทำให้ผู้ป่วยพักได้ มีความสุขสบาย

2. การศึกษาครั้งนี้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด ได้แก่

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังการพัฒนามีการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเพิ่มขึ้นจากเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของสุปีดา สงคง (Songkong, 2008) เรื่องการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวด

หลังผ่าตัดและพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลพบว่าพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจทางคลินิกและพฤติกรรมจัดการความปวดอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของแก้วดา นาทิ (Natee, 2016) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดในระยะหลังพัฒนาแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น

ความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการปฏิบัติค่าเฉลี่ยความปวดหลังการใช้แนวปฏิบัติพบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้นรายกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร พงษ์ชู และคณะ (Phongchoo, et al., 2012) ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มทดลองมีระดับความปวดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมโดยมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วดา นาทิ (Natee, 2016) ระดับความปวดหลังผ่าตัดในระยะหลังการพัฒนาลดลงกว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้นค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลอ่างทองอยู่ในระดับดีสอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ รัตนสุวรรณ (Ratanasuwana, 2006) เรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการระงับหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการระงับหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นอยู่ในระดับดี และการศึกษาของจันทร์อาชญ โชติ (Aranchot, 2014) เรื่องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในห้องพักฟื้นในการจัดการความปวดตามแนวทางปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ผลของการนำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมาใช้ในห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลอ่างทองผลที่ได้แนวทางปฏิบัติสามารถบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่บรรเทาได้มากขึ้นและสามารถ

สร้างความพึงพอใจในผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงาน เห็นว่ามีความเหมาะสมและพึงพอใจการนำมาใช้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

1. โรงพยาบาลอ่างทอง ควรสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายนำแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น ไปที่หอผู้ป่วยและควรมีการทบทวนหรือปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยเป็นระยะ

2. โรงพยาบาลอ่างทองควรมีกิจกรรมต่าง ๆ ในการกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อไป เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องความปวด การประเมินความปวด และการจัดการความปวดวิธีอื่นเช่นใช้ดนตรีบำบัด การจัดทำทาง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ในแต่ละประเภท ซึ่งมีความปวดที่แตกต่างกัน เช่น การผ่าตัดคลอด (cesarean section) การผ่าตัดกระดูกสันหลัง (laminectomy) และการผ่าตัดเพื่อเปิดหน้าท้อง (explor-lap) เป็นต้น

2. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเล็ก เช่น ทำหมันหลังคลอด Debridement เป็นต้น

3. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มารับยาระงับความรู้สึก กลุ่มผู้ป่วยที่เป็น OPD CASE เป็นต้น

4. ควรศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ในผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ค่าใช้จ่ายในการใช้ยาบรรเทาปวดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เป็นต้น

References

- Aranchot, J. (2014). Post-operative pain management in recovery room of Kalasin hospital. *Research and Development Health System Journal*, 7(1), 28-38. (in Thai)
- Best, J. W., Kahn, V., & Jame, V. (1993). *Research in education*. Boston: Allyn & Bacon.
- Dihle, A., Helseth, S., Kongsgaard, U. E., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2006). Using the American pain society's patient outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *The Journal of Pain*, 7(4), 272-280.
- Melzak, R., & Kate, J. (1999). *Pain measurement in persons in pain, textbook of pain*. London: Harcourt.
- Mugtanaanan, W. (2008). Development of post-operative pain nursing management. *Medical Journal*, 21(1), 17-21. (in Thai)
- Natee, K., Rattanasimaorn, S., Pankodi, N., Wannasunchai, P., & Sriworamas, J. (2016). The development of guidelines for management in patients undergoing surgery at Udonthani hospital. *Journal of Nursing and Health*, 34(2), 174-183. (in Thai)
- Phongchoo, S., Sritunyart, P., Chthaisong, P., Sornprom, N., Phanjousing, J., & Chtchumni, M. (2012). Effects of pain management protocol on pain perception of persons with post-operative abdominal surgery. *Disease Control Journal*, 38(2), 157-165. (in Thai).
- Ratanasuwan, P., & Tantanatewin, W. (2006). Patient satisfaction with postoperative pain at recovery room in Srinakarin hospital. *Srinakarin Medical Journal*, 21(1), 17-21. (in Thai)
- Songkong, S., Petpichechain, W., & Sae-Sia, W. (2008). Clinical judgment and care behavior by nurses in postoperative pain management. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(5), 459-486. (in Thai)

