

## การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ The Development of Pain Management in the Recovery Room, Krabi Hospital

เพ็ญจิตร แก้วบำรุง, พรเพ็ญ หนูแก้ว  
Penjit Kaewbumrung, Pornpen Nukeaw  
โรงพยาบาลกระบี่  
KRABI HOSPITAL

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาขึ้นเพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีโดยใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสารและวิธีเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิสัญญีจำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติ 1 ก่อนยกร่างเป็นแนวทางปฏิบัติผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ขั้นตอนที่ 3 เพื่อประเมินผลของแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ พยาบาลวิสัญญี 15 คนและผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 256 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed ranks test ผลวิจัยพบว่า

1. ปัญหาในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า พยาบาลวิสัญญีมีภาระงานขาดการอบรมพัฒนาด้านความรู้ ขาดความชำนาญในการใช้ยาและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีการใช้ยาหลากหลาย และ ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินซ้ำ

2. แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวดโดยเมื่อเสร็จการผ่าตัด โดยประเมินความปวดทุก 15 นาทีจนครบ 60 นาที 2) การจัดการความปวด โดยประเมินคะแนนความปวดร่วมกับคะแนนความง่วงซึมและการให้ยาบรรเทาปวด

3. หลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อแนวทางภาพรวมอยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 4.44, SD = 0.38$ ) และวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจหลังใช้แนวทางภาพรวมอยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 4.28, SD = 0.60$ ) เช่นกัน

ดังนั้นควรนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในหอผู้ป่วย ในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น โดยจัดให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยในการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัว และถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย

**คำสำคัญ :** การจัดการความปวด, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ห้องพักฟื้น

### Abstract

This research and development aimed to study situation, problems, and needs of nurse anesthetists in postoperative pain management in recovery room, Krabi hospital. Implementation had 3 stages: Stage 1 was study of situation, problems, and needs of nurse,

anesthetists was analyzed by documents and using qualitative method. That used informants were 15 anesthetists nurses. Data were analyzed using content analysis. Stage 2 was developed of practice guideline before drafting as practice guideline which was validated by a panel of 3 experts. Stage 3 was study of outcomes of postoperative pain management in recovery room by using one group pretest and posttest quasi-experimental research. Sample were 15 nurse anesthetists and 256

patients. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon signed ranks test. Research results were found as follows;

1. For problems of postoperative pain management in recovery room, Krabi hospital, it was found that nurse anesthetists had workloads, lack of proficiency in medication administration, lack of explicit practice guideline, variety of medication administration, and lack of patients' reevaluation.

2. Practice guideline of postoperative pain management in recovery room, Krabi hospital consisted of 2 parts including

1) postoperative assessment of pain with every 15 minutes of pain assessment,  
2) pain management by using pain assessment with sleepiness scores and analgesics administration.

3. After using practice guideline of postoperative pain management in recovery room, patients had significantly lower and anxiety ( $p=0.001$ ). Patients had, overall, high level of satisfaction of guideline ( $\bar{X} = 4.44$ ,  $SD= 0.38$ ). Nurse anesthetists also had, overall, high level of satisfaction after using guideline ( $\bar{X} = 4.28$ ,  $SD= 0.60$ ).

Therefore, developed practice guideline should be extended to wards in case of limitation of recovery room admission by providing knowledge to ward nurses in consideration of pain score with patients' ambulation assessment and need of analgesics.

**Keywords :** Pain Management, Postoperative Patients, Recovery Room

## บทนำ

ปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital Sign) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 30-80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงจากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบายหลังผ่าตัด เกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น (Hinkle & Cheever, 2018; เจ็ญพร พยอมแย้ม, 2561) ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ เช่น กระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบจนอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติภายหลังการ

ผ่าตัด ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลงแผลหายช้า นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่จนอาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบอาจเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอักเสบส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น (International Association for the Study of Pain, 2017) ดังนั้นการประเมินความปวดจัดเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่มีคุณภาพมากขึ้น พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสำคัญในการประเมินและจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย (ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเดือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายัและรุ่งนภา เขียวชะอำ, 2561)

อย่างไรก็ตามความปวดสามารถจัดการลดปวดลงได้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลายแผนกหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลกระบี่ให้ความสำคัญในการจัดการความปวดผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดโดยตลอดทุกระยะของการผ่าตัด จึงได้ทำการศึกษาความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 เดือนมีนาคม 2566 กับผู้ป่วยจำนวน 768 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่ามีระดับความปวดที่ต้องได้รับยาบรรเทาปวดจำนวนทั้งสิ้น 386 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.26 ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดทุกชนิดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มีผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 31.33 การให้ยาแก้ปวดเมื่อมีความปวดปานกลางถึงรุนแรงไม่เพียงพอในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้พบว่าบุคลากรมีการให้ยาแก้ปวดหลากหลายชนิดให้ยาแก้ปวดตามประสบการณ์ ให้ยาแก้ปวดหลากหลายและขาดการประเมินซ้ำ และมีการประเมินไม่ครบถ้วนทั้งแรกรับและจำหน่ายสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นยังไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลวิสัญญี จึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและการจัดการความปวดผู้ป่วยในห้องพักฟื้นไปปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐาน (ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2560) เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และยังทำให้วิสัญญีพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นและสามารถนำแนวทางการจัดการความปวดในห้อง

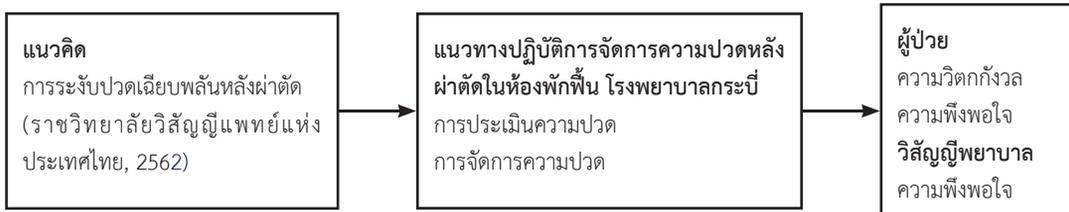
พักฟื้นไปใช้ในการจัดการความปวดได้อย่างมั่นใจ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการงานวิสัญญีที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
3. เพื่อประเมินผลแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
  - 3.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่
  - 3.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและผู้ป่วยที่มีต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) มีสาระสำคัญโดยเน้นการระงับปวดหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้รับการระงับปวดแล้วต้องได้รับการประเมินผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มาบูรณาการให้เข้ากับบริบทของห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ มีการประเมินความปวด การจัดการความปวดเป็นขั้นตอน ซึ่งประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวด คือผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของวิสัญญี



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสารและวิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

### วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลกระบี่ (Krabi Hospital, 2023) และทบทวนแนวทางการดำเนินการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดตามแนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นพัฒนามาก่อนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้ง

### วิธีเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล

ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิสัญญี จำนวน 15 คน ซึ่งมีความรู้ความชำนาญผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล 1 ปีและได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และปัญหาการในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นมีอะไรบ้าง 2) ความต้องการของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ เป็นอย่างไร

2 เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึกสำหรับจดข้อมูล

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี 1 ท่าน และหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยจัดกลุ่มสนทนา 15 คน แนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

2. ผู้วิจัยยกร่างแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี 1 ท่าน และหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

3. นำแนวทางปฏิบัติ ไปทดลองกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 20 ราย ระหว่างเดือนมกราคม 2567 พบว่าแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้นวิสัญญีพยาบาล และผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

4. นำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ฉบับสมบูรณ์ มาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพบว่าแนวทางปฏิบัติที่ง่ายยิ่งขึ้นมีความครอบคลุม ชัดเจนเหมาะสม ความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

5. นำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ไปใช้จริงในตอน

ที่ 3  
ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 15 คน 2) ผู้ป่วยที่มารับบริการการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 15 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลและได้รับการรับรองจากวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
2. ผู้ป่วยที่มารับบริการการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ที่มารับบริการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 – เดือนเมษายน 2567 จำนวน 256 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุ 18-65 ปี และมีภาวะสุขภาพจากการประเมินความเสี่ยงตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) physical status (PS) classification อยู่ในประเภท ASA 1 (ผู้ป่วย ASA

class 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และ ASA 2 (ผู้ป่วย ASA 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว แต่สามารถควบคุมได้ดี) ที่มีความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง กำหนดเกณฑ์การคัดออกคือ ขณะรับบริการมีอาการทรุดลงหรือต้องส่งต่อการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan ระดับความเชื่อมั่น 95% จำแนกตามระดับค่าความคลาดเคลื่อน  $\pm 5\%$  จำนวนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลกระบี่จำนวนทั้งสิ้น 768 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออกแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 256 คน

### เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้รับบริการอายุ 18-65 ปี
2. ASA class 1 และ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารเข้าใจ ตัดสินใจเองได้

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้รับบริการอายุ 18-65 ปี ที่มีปัญหาการสื่อสาร
2. ASA class 1 และ 2 ที่ไม่สามารถตัดสินใจและช่วยเหลือตัวเองได้
3. ASA class 1 และ 2 ขณะรับบริการมีอาการทรุดลงหรือต้องส่งต่อไปรักษาที่อื่น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นของแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย
  - 2.1 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง
  - 2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยเมื่อได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

2.4 แบบประเมินความปวดด้วยมาตราวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale=NRS) โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตัวเอง โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่ปวด และคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด (Melzack, R.,&Kate, J.(1999)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี 1 ท่าน และหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์หาค่า (Index of item objective congruence: IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองกับกลุ่มศึกษานำร่องในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่ากับ .702 และแบบสอบถามวิตกกังวลเท่ากับ .912

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัยแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความวิตกกังวล (Pre- test) ขั้นทดลอง
5. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 - เดือนเมษายน 2567

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
1. ประเมินความปวด	โดยเมื่อเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึกออกมาห้องฟักฟื้นจะได้รับการประเมินและบริหารความปวดทันที โดยจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องฟักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องฟักฟื้น โดยพิจารณาคะแนนความปวด $\geq 4$ ชยับตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม $\leq 2$ (0-2) อัตราการหายใจ $\geq 12$ ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องฟักฟื้น
2. การจัดการความปวด	ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MO 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MO 3 mg IV เกณฑ์พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์ กรณีคะแนนความปวด $\geq 4$ โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด $\geq 4$ ร่วมกับมีระดับความง่วงซึม $\geq 2$ (2 -3 และ 5 ) อัตราการหายใจ $\leq 12$ ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องฟักฟื้น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินระดับปวดได้ (ตื่นมาก สับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง) ให้ปรึกษาแพทย์หลังผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ยาออกฤทธิ์เต็มที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฟักฟื้น ระดับความปวดต้อง < 4 คะแนน

## ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความพึงพอใจ (Post- test)

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แพลผลระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ (likert, Rensis A. (1961) เกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจมาก 3 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อย 1 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, p-value < .001)

3. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและผู้ป่วยที่มีต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 66-0105 เลขที่ใบรับรอง COA 101/2566 ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6

เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

## ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่าจากเดิมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้บุคลากรมีการจัดการความปวดที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการใช้ยาหลากหลาย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลังได้รับยาบรรเทาปวด ไม่ได้รับการประเมินซ้ำทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอและเหมาะสม และได้รับการประเมินความปวดแรกรับและตอนจำหน่ายไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่ได้รับความสุขสบายดังคำพูดต่อไปนี้

“ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่กล้าให้ยาเยอะ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“มีทัศนคติที่ไม่ดี เคยให้ยาเยอะแล้ว คนไข้หลัมาก ก็เลยไม่กล้าให้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ลืมน เนื่องจากภาระงานมาก ไม่มีเวลาปฏิบัติ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

สำหรับความต้องการ พยาบาลวิสัญญีต้องการให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริงและสะดวกโดยให้มีการสื่อสารอย่างอย่างเป็นรูปธรรม ดังคำพูดต่อไปนี้

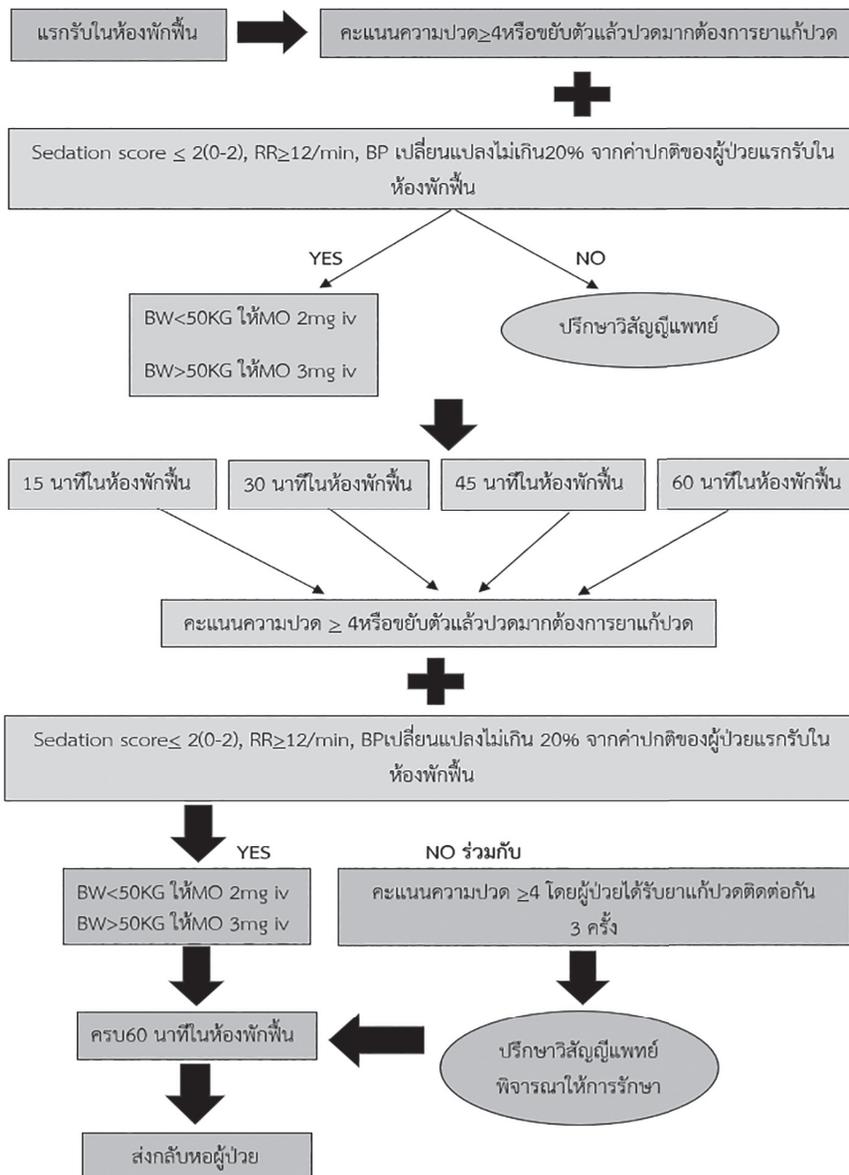
“อยากให้มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นตัวอย่างใช้สะดวก” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“อยากให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจะได้ไม่ต้องเป็นปัญหาเวลาจะให้ยา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

2 แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวดและ 2) การจัดการความปวด โดยเมื่อเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึกออกมาห้องพักฟื้นจะได้รับการประเมินและจัดการความปวดทันที โดยจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องพักฟื้น รายละเอียดการประเมินความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความปวด  $\geq 4$  ชัษบตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม  $\leq 2$  (0-2) อัตราการหายใจ  $\geq 12$

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  $\geq 4$  โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด  $\geq 4$  ร่วมกับมีระดับความกังวลซึม  $\geq 2$  (2-3 และ 5) อัตราการหายใจ  $\leq 12$  ต่อนาที และความดันโลหิต

เปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินระดับปวดได้ (ตื่นมาก สับสน พูดคุยไม่รู้เรื่อง) ให้ปรึกษาแพทย์หลังผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ยาออกฤทธิ์เต็มที่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น ระดับความปวดต้อง < 4 คะแนน



ภาพ 2 แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

3. ประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการ  
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

3.1 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วย  
ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการ  
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

**ตาราง 1** เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการ  
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ความวิตกกังวล	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>IQR</i>	<i>Z</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ก่อน	256	2.55	0.27	0.55	4.54	<.001
หลัง	256	2.48	0.15	0.20		

จากตาราง 1 พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการ  
ความปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ผู้ป่วยมีความ  
วิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มวิสัญญีพยาบาลมี  
จำนวนทั้งหมด 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ  
92.30 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี และน้อยที่สุดคือมีอายุ  
ระหว่าง 51-60 ปี และผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 256 คน  
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 172 คน (ร้อยละ 67.20) เพศชาย  
84 คน (ร้อยละ 32.80) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี และ  
น้อยที่สุดคือมีอายุระหว่าง 61-65 ปี

3.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและผู้  
ป่วยที่มีต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลัง  
ผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อแนวทางปฏิบัติการจัดการ  
ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

ความพึงพอใจ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น	4.50	0.50	มาก
ความพึงพอใจจากการได้รับการบรรเทาปวด โดยการใช้ยาขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	4.21	0.43	มาก
ได้รับการประเมิน และสอบถามระดับความปวด ลักษณะการปวดก่อนให้ยา ระงับปวดหรือก่อนให้การพยาบาล	4.31	0.46	มาก
ได้รับการสอบถาม และประเมินอาการปวดจากการใช้ยาระงับปวดหรือหลังจาก การดูแลเป็นระยะ	4.51	0.52	มากที่สุด
ได้รับการระงับปวดที่รวดเร็วและต่อเนื่อง	4.50	0.50	มาก
ได้รับการสอบถามอาการด้วยความสนใจ ใส่ใจ	4.50	0.50	มาก
พยาบาลในห้องพักฟื้น มีอุปกรณ์เครื่องมือประกอบการประเมินที่ทำให้สามารถ บอกถึงความรุนแรงของความปวดได้	4.53	0.50	มากที่สุด
พยาบาลในห้องพักฟื้น มีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะช่วยบรรเทาความ ปวดและความไม่สุขสบายจากความปวด	4.43	0.50	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.44</b>	<b>0.38</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 2 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ในภาพรวมอยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 4.44, SD = 0.38$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พยาบาลในห้องพักฟื้น มีอุปกรณ์เครื่องมือประกอบการประเมินที่ทำให้สามารถบอกถึงความรุนแรง

ของความปวดได้ ( $\bar{X} = 4.53, SD = 0.50$ ) รองลงมาคือ ได้รับความรู้และประเมินอาการปวดจากการใช้ยา ระดับปวดหรือหลังจากการดูแลเป็นระยะ ( $\bar{X} = 4.51, SD = 0.52$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความพึงพอใจจากการได้รับการบรรเทาปวด โดยการเข้าขงขณะอยู่ในห้องพักฟื้น ( $\bar{X} = 4.21, SD = 0.43$ )

**ตาราง 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีต่อแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและครอบคลุม	4.40	0.63	มาก
แนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้	4.40	0.63	มาก
มีความพึงพอใจในการจัดการความปวดตามแนวทางปฏิบัติ	4.27	0.59	มาก
มีความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด	4.33	0.62	มาก
มีความพึงพอใจในการติดตามประเมินความปวดหลังจากการจัดการความปวด	4.33	0.62	มาก
ขนาดยาระงับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพียงพอและเหมาะสม	4.13	0.64	มาก
มีความพึงพอใจในความรู้ที่ประเมินปวด	4.07	0.80	มาก
มีความพึงพอใจในการประเมินผลการจัดการความปวดก่อนผู้ป่วยย้ายกลับ	4.33	0.62	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.28</b>	<b>0.60</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 3 พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจหลังใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ในภาพรวมอยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 4.28, SD = 0.60$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมและครอบคลุมและแนวปฏิบัติมีความชัดเจน เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้ ( $\bar{X} = 4.40, SD = 0.63$ ) รองลงมาคือข้อ

คือมีความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด มีความพึงพอใจในการติดตามประเมินความปวดหลังจากการจัดการความปวดและมีความพึงพอใจในการประเมินผลการจัดการความปวดก่อนผู้ป่วยย้ายกลับ ( $\bar{X} = 4.33, SD = 0.62$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือมีความพึงพอใจในความรู้ที่ประเมินปวด ( $\bar{X} = 4.07, SD = 0.80$ )

## การอภิปรายผล

1. ปัญหาในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดใน ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า พยาบาลวิสัญญีมีภาระงานมาก ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอในบางข้อและปฏิบัติได้บางครั้งในบางหัวข้อสม่ำเสมอสอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในห้องพักฟื้น (สุวารี อยุธยา, ดร.สมชัย วงษ์นายะ, 2553) รวมทั้งขาดการอบรมพัฒนาความรู้ ขาดความชำนาญในการใช้ยาและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีการใช้ยาหลากหลายและผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินความปวดซ้ำทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอและเหมาะสม

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ ที่มีแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวดและ 2) การจัดการความปวด โดยเมื่อเสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวจากการระงับความรู้สึกออกมาห้องพักฟื้นจะได้รับการประเมินและบริหารความปวดทันที โดยประเมินความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องพักฟื้น ที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีผลต่อระดับความปวด (ณัฐพล ยูนิช, มนพร ชาติชานี, และ นิพาดา ลัทธินธรรม, 2564) ซึ่งการประเมินทุก 15 นาที โดยการพิจารณาคะแนนความปวด เช่นคะแนนปวด  $\geq 4$  ขยับตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม  $\leq 2$  (0-2) อัตราการหายใจ  $\geq 12$  ต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น จะมีการพิจารณาการจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด  $BW < 50$  kg ให้ MO 2 mg IV ถ้า  $BW > 50$  kg ให้ MO 3 mg IV (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) จะเห็นได้ว่าการมีความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติส่งผลให้เกิดการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้เป็นอย่างดี

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลกระบี่ พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง (ปิ่นอนงค์ รัตนปฐมวงศ์ และ มาลินี อยู่ใจเย็น, 2557) ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี (ประไพศรี สายทอง, 2565) และการศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (นภสร จันเพ็ชร, 2562) อีกทั้งยังพบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นพบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นอยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังนั้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น สามารถทำให้ผู้ป่วย บรรเทาอาการปวดแผล มีความสุขสบายมากขึ้น คลายความวิตกกังวล และทำให้เกิดความพึงพอใจในการได้รับการด้วย (ณัฐพล ยูนิช, มนพร ชาติชานี, และ นิพาดา ลัทธินธรรม, 2564) อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นช่วยลดปวดทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงทำให้ส่งผลแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ฟื้นตัวเร็วจากการผ่าตัดสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

## การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วย ในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้นโดยจัดให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยในการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัว และถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย

2. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ครอบคลุมการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการประเมินผู้ป่วย การเคลื่อนไหวร่างกาย การรายงานความปวดกับพยาบาลในหอผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันเพื่อนำไปใช้ได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ

2. ศึกษาวิจัยการพัฒนาการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่นการจัดการที่เหมาะสม การสัมผัส เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความไม่สบาย เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งช่วยเสริมฤทธิ์การบรรเทาปวดให้ดีขึ้น ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดได้

### เอกสารอ้างอิง

- เชิญพร พะยอมแย้ม.(2561).ประสิทธิผลของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลหัวหิน.วารสารการแพทย์เขต4-5,262-272.
- ณัฐพล ยุวนิช, มนพร ชาตีสานี, นิพาดา ลัทธินธรรม. (2564). แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องห้องมีผลต่อระดับความปวด: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี, 4(3), 135-151.
- นภสร จันเพ็ชร. (2562). ศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 13(1), 13-22.
- ปิ่นอนงค์ รัตนพุมวงค์ และ มาลินี อยู่ใจเย็น. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร, 30(1), 86-99.
- ประไพศรี สายทอง. (2565). ประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(3), 1-12.
- ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.(2560) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวด,2560
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการระงับปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด.กรุงเทพฯ
- ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเดือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิตนาคีและรุ่งนภา เขียวข้อ (2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย.วารสารการ พยาบาลและการดูแลสุขภาพปีที่36,81-89.
- สุวารี อยู่ยอด, ดร.สมชัย วงษ์นายะ(2553). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการกับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดในห้องพักฟื้น.วารสารการวิจัยสถาบันการวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร,16(1),156-167.
- Crabtree,B.F., & Miller,W.L.(1992).Doing qualitative research multiple strategies.Thousand Oaks,CA Sage Publications.
- HinkleJ.&Cheever,K.H.(2018).Brunner&Suddarth’s:Textbook of medical-surgical nursing.(14). Philadelphia:Wolter Kluwer.



International Association for the Study of Pain.(2017).IASP Terminology.Retrieved October1,2022 from <http://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber1698>.

Krejcie,R.V.and Morgan,D.W(1970).Determining sample size for research activities.Educational and Psychological Measurement,30,607-610.

Likert, Rensis. (1961). New Pattern of Management.New York: McGraw-Hill Book,Co..Likert,Rensis.(1967). The Human Organization: Its Management and Value.

Melzack,R.,&Kate,J.(1999).Pain measurement in persons in pain,textbook of pain.London:Harcourt