

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้อง โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of pain management and analgesic administration guidelines in postoperative
mothers at Phen Hospital, Udon Thani Province.

(Received: August 5, 2024 ; Revised: August 11, 2024 ; Accepted: August 13, 2024)

นิรมิต กิจขยัน¹
Niramid Kitkhayakhan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาล 3 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัด 30 คน เครื่องมือวิจัยสำหรับวิสัญญีพยาบาลเป็นแนวทางการจัดการความปวดหลัง ผ่าตัดในห้องพักฟื้น และแบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 เครื่องมือวิจัยสำหรับผู้ป่วยเป็นแบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น สามารถลดความปวดเหลือ 7-10 คะแนน เมื่อพิจารณาการให้ยาแก้ปวด พบว่า ความต้องการยาแก้ปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นลดลง ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่ออยู่ในห้องพักฟื้น เวลา 15 นาที เวลา 30 นาที เวลา 45 นาที จนถึงเวลา 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 13.3, 10.0, 26.7, 6.7 และ 6.7 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การจัดการความปวด การบริหารยาระงับปวด มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องห้องพักฟื้น

ABSTRACT

The purpose of this action research was to study the effectiveness of using pain management guidelines and analgesic administration of mothers after cesarean section in the postoperative period in the recovery room. Phen Hospital The sample group consisted of 3 nurse anesthetists and 30 postoperative patients. The research tool for nurse anesthetists is a guideline for back pain management. Surgery in the recovery room and satisfaction assessment form Reliability using Cronbach's alpha coefficient was 0.97 The research tool for patients was a postoperative pain recorder in the recovery room. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, mean, percentage.

The results of the research found that pain management practices and analgesic administration of mothers after cesarean section in the postoperative period in the recovery room Able to reduce pain to 7-10 points. When considering pain medication, it was found that the need for postoperative pain medication in the recovery room decreased. The satisfaction of the anesthesiologists with the pain management practices and analgesic administration of mothers after cesarean section in the postoperative period in the recovery room was found to be at the highest level of satisfaction in the recovery room at 15 minutes, at 30 minutes, at 45 minutes, until at 60 minutes, accounting for 13.3, 10.0, 26.7, 6.7, and 6.7 percent, respectively.

Keywords: pain management, analgesic administration, mothers after cesarean section recovery room

บทนำ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นหัตถการทาง
สูติศาสตร์ที่พบได้บ่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีข้อ

บ่งชี้เพื่อความปลอดภัยของมารดาและบุตร จาก
การศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 มีการ
ผ่าคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็นร้อยละ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ละ 19.1 ในปี 2557 โดยอัตราการผ่าตัดลดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าตัดลดสูงสุด คือ ร้อยละ 40.5 ส่วนเอเชียร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าตัดลดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีอัตราการเพิ่มการผ่าตัดลดเฉลี่ยต่อปีสูงสุด คือ ร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่าตัดลดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี ในประเทศไทยมีอัตราผ่าตัดลดร้อยละ 14.8 ใน ปี พ.ศ. 2533 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ใน ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็นร้อยละ 39.4 ใน ปี พ.ศ. 2557 สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตัวเลขที่เหมาะสมว่าควร เป็นร้อยละ 10-15¹ ในส่วนของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลเพ็ญ หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ในปีพ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 53.84, 56.75 และ 54.56 ตามลำดับ²

การผ่าตัดบริเวณหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้ผลกระทบด้านร่างกายที่สำคัญ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต้องเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 2-24 ชั่วโมงแรก และจะลดลงในระดับปานกลาง และน้อยในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องฟักฟื้น มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 30-80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง จากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบผลสำเร็จประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบายหลังผ่าตัดเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น³ ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ เช่น กระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบจนอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติภายหลังการ

ผ่าตัดส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง แผลหายช้านอกจากนี้ความปวดทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่จนอาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบอาจเกิดภาวะการฉีกตัวของเลือดมากกว่าปกติ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้นและอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด รวมทั้งเพิ่มปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอักเสบส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้าเพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น⁴ อีกทั้งปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญองค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ได้แก่ อัตราชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ และระดับความรุนแรงของความปวดซึ่งกำหนดโดยสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

การจัดการความปวดในระยะหลังผ่าตัดแบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ การจัดการกับความปวดโดยวิธีการใช้ยา ซึ่งได้ผลดีที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จะใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งยาเหล่านี้จะมีฤทธิ์ในการกดการหายใจมีผลต่อการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียน ซึ่งอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีผื่น คลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการท้องผูก และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ยาแก้ปวดที่ใช้ คือ ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์จะส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ไตวาย มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด และเป็นอันตรายต่อตับ (Chou et al., 2016) ดังนั้น การประเมินความปวดจัดเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ⁵

แนวคิดการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเดิมร่วมกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับปี พ.ศ. 2562 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทยเป็นความรู้และเทคนิคการระงับปวดหลังผ่าตัดที่ถูกพัฒนา ทำให้แนวทาง

พัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical guidance for acute postoperative pain management) มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและมากขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นคำแนะนำในการปฏิบัติที่มุ่งหวังให้นำไปประยุกต์ปฏิบัติตามบริบทที่แตกต่างกัน⁶ ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาเกี่ยวกับการใช้ CURN Morphinedel เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมีการพัฒนาระบบ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการแจกแจงปัญหา ขั้นตอนการพัฒนาระบบ และขั้นตอนการประเมินผล ทั้งนี้จึงได้ศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของพยาบาลวิสัญญีระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้จัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเพื่อตอบสนองความต้องการของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการบรรเทาความปวด วิสัญญีพยาบาลนำไปใช้ในการจัดการความปวดได้อย่างมั่นใจส่งผลต่อคุณภาพการบริการงานวิสัญญี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการดำเนินงานตามวงจรคุณภาพเดมมิง (Deming, 2562) ซึ่งเป็นกิจกรรม

พื้นฐานในการบริหารคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงและยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น เริ่มจากการวางแผน กำหนดเป้าหมาย (P:Plan) แล้วนำแผนงานไปปฏิบัติ (D:Do) ทำการตรวจสอบผลการปฏิบัติในการบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ (C: Check) ทำการแก้ไขปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ (A:Act) โดยมีขั้นตอนปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความปวด ได้แก่ คะแนนความปวด ระดับความง่วงซึม อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต และ 2) การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวดที่มีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากร ได้แก่ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3 คน และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ ทุกคนจำนวน 3 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้นครบตามเวลา 60 นาที ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2567 จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบบเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1)มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นมารดาที่ได้รับการผ่าตัดตามตารางที่กำหนดไว้ในเวลาราชการ 3)

ชนิดการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ในเวลาราชการ 4) การรับรู้และสติสัมปชัญญะดีไม่มีประวัติของโรคจิตโรคประสาท 5) สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้ 6) สนใจเข้าร่วมทำวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การทำงานของหัวใจผิดปกติเกิดอาการชักหรือเกิดอาการแพ้ยาขั้นรุนแรง 2) มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้ารับการดูแลในห้องฟักฟีนไม่ครบตามเวลา 60 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1.1 แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องฟักฟีน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการปรับวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารความปวดหลังผ่าตัดเดิมร่วมกับแนวความคิดการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับปี พ.ศ. 2554 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความปวด ≥ 4 หรือขยับตัวแล้วปวดมาก หรือต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องฟักฟีน

2) การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MORPHINE 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MORPHINE 3 mg IV มีเกณฑ์การพิจารณารายงานแพทย์ผู้ผ่าตัด ได้แก่ คะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับมีระดับความง่วงซึม ≥ 2 (2-3 และ 5) อัตราการหายใจ ≤ 12 ครั้งต่อ

นาที และ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องฟักฟีน

1.2 คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องฟักฟีน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องฟักฟีน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวด การประเมินและการบันทึก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องฟักฟีน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ โดยปรับให้เหมาะสมสอดคล้องกับการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องฟักฟีน โรงพยาบาลเพ็ญมี 2 ตอน

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สูงสุด ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจนถึงปัจจุบัน และ ประวัติการเข้ารับการอบรมด้านความปวด

ตอนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องฟักฟีน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย

1.00 – 1.80 พึงพอใจต่อการใช้นโยบายจัดการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นในระดับน้อยที่สุด

1.81 – 2.60 พึงพอใจระดับน้อย

2.61 – 3.40 พึงพอใจระดับปานกลาง

3.41 – 4.20 พึงพอใจระดับมาก

4.21 – 5.00 พึงพอใจระดับมากที่สุด

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย อายุ ประวัติการเจ็บป่วย โรคร่วม สภาพมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการได้รับยาระงับความรู้สึก (ASA classification)

2.3 แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยใช้มาตรวัดความปวดที่เป็นตัวเลข 0-10 (NRS) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ประเมินโดยวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแล ซึ่งเป็นการรายงานจากมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นผู้บอกตำแหน่งตัวเลขที่รู้สึกถึงความปวดในขณะนั้น แบ่งระดับความปวด ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง ความปวดมาก

วิสัญญีพยาบาล เป็นผู้บันทึกคะแนนความปวดของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ นโยบายการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น คู่มือการใช้นโยบายจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แบบประเมินและการจัดการความปวดมารดาหลังผ่าตัด

คลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ สติแพทย์ประจำโรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 2 คน ผลการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความสอดคล้องของเครื่องมือ พบ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.87, 0.79 และ 0.77 ตามลำดับ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ 1) แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตึกคลอดและหลังคลอด ซึ่งรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวม จำนวน 10 ราย เพื่อหาความเป็นปรนัย พบว่า ข้อความในแบบบันทึกมีความชัดเจน เข้าใจตรงกันและสามารถบันทึกข้อมูลในแนวทางเดียวกันตามวัตถุประสงค์ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน ซึ่งรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวมจำนวน 10 ราย ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation technique)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีเลขที่ 7767

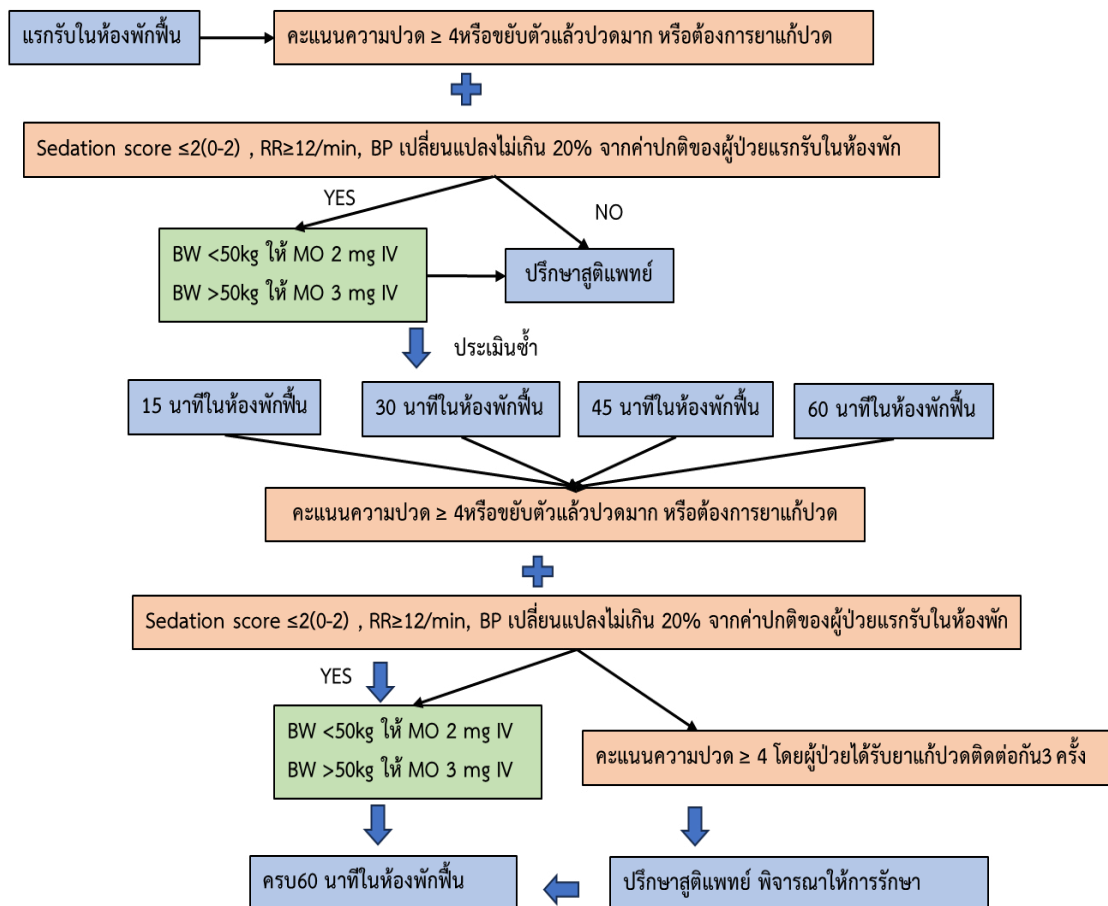
ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินความปวด ได้แก่ คะแนนความปวด ระดับความง่วงซึม อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและ

2) การจัดการความปวด โดยจัดการความปวดทุก 15 นาที ตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้นที่ 15, 30, 45 และ 60 นาที ในห้องพักฟื้น รายละเอียดการประเมิน

ความปวด ได้แก่ พิจารณาคะแนนความปวด ≥ 4 ขยับตัวแล้วปวดมากหรือความต้องการยาแก้ปวด โดยประเมินร่วมกับระดับความง่วงซึม ≤ 2 (0-2) อัตราการหายใจ ≥ 12 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น การจัดการความปวด ได้แก่ ปริมาณการให้ยาแก้ปวด BW < 50 kg ให้ MORPHINE 2 mg IV ถ้า BW > 50 kg ให้ MORPHINE 3 mg IV เกณฑ์พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์ กรณีคะแนนความปวด ≥ 4 โดยผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดติดต่อกัน 3 ครั้ง และคะแนนความปวด ≥ 4 ร่วมกับระดับความง่วงซึม ≥ 2 (2-3 และ 5) อัตราการหายใจ ≤ 12 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าปกติของผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวด

ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลเพ็ญ

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 63.33 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 50.00 สมรสอยู่ร่วมกับสามี ร้อยละ 100.00 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา 4-6/ปวช. ร้อยละ 26.67 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.67 สิทธิรักษาพยาบาลที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องใช้ คือ ประกันสังคม ร้อยละ 40.00 มีประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 66.67 จำแนกตาม ASACCLASS ระดับ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาผ่าตัด 30-60 นาที และ 61-120 นาที คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.33

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

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

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

3. ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ ดังนี้

3.1 ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ จำนวน 3 คน เป็นหญิง 2 คนคิดเป็นร้อยละ 66.6 ชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66 อายุ น้อยสุด 32 ปี มากที่สุด 47 ปี ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66

3.2 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยาระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลเพ็ญ สามารถลดระดับความปวดที่คะแนน 7-10 ที่แรกรับในห้องพักฟื้น จากจำนวน 4 ราย เป็น 2 ราย ที่ 60 นาที ในห้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 50 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สามารถลดความปวดได้แต่เมื่อพิจารณาระดับความปวดที่คะแนน 7-

10 พบว่า ที่ 30 นาทีในห้องพักฟื้นมี ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวดเพิ่มขึ้นจาก 3 ราย เป็น 8 ราย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ แรกได้รับในห้องพักฟื้น และที่ 15 นาทีในห้องพักฟื้นมีระดับคะแนนความปวด 0 เนื่องจากเมื่อแพทย์สิ้นสุดการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญีจะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้เอง โดยเริ่มให้รู้สึกตัวและถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วย รู้สึกตัว ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกปวด บางรายตื่นไปมา เมื่อสอบถามผู้ป่วยจะปวดแผล ดังนั้น ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลจะดูแลให้ยาแก้ปวดเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ จึงดูแลเคลื่อนย้ายมาสังเกตอาการต่อในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้รับยาแก้ปวดก่อนออกจากห้องผ่าตัด ผลของฤทธิ์ยาแก้ปวดยังคงช่วยบรรเทาอาการปวดได้จนที่ 30 นาที ในห้องพักฟื้น ยาแก้ปวดเริ่มหมดฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่คะแนน 7-10 เพิ่มขึ้น แต่เมื่อได้รับการจัดการความปวดจากวิสัญญีพยาบาลตามแนวทางฯจึงส่งผลให้ที่ 60 นาที ในห้องพักฟื้นมีจำนวนผู้ป่วยระดับความปวดที่คะแนน 7-10 ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เชิญพร พยอมแย้ม^๑ ศึกษาการใช้ ไบค่าสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบไปด้วยชนิดของยาโอปิออยด์ (opioids) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดของความปวดในห้องพักฟื้นที่ 45 และ 60 นาที น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษายังพบว่าระดับความปวดที่คะแนน 4-6 ที่ 60 นาที ในห้องพักฟื้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและสูงที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะแนวทางการจัดการความปวด วิสัญญีสามารถให้ยาแก้ปวดตามการประเมินความปวดทุก 15 นาที ในผู้ป่วยแต่ละรายจำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดที่คะแนน 0 - 3 ยาแก้ปวดเริ่มหมดฤทธิ์ ส่งผลให้ที่ 60 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวนผู้ป่วยระดับความปวดที่คะแนน 4-6 มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาการจัดการความปวดในการใช้ยาแก้ปวดกลับพบว่า ข้อมูล การให้ยาแก้ปวด ผู้ป่วยมีระดับความปวดที่คะแนน 4-6 และ 7 - 10 แรกได้รับในห้องพักฟื้น

จำนวน 8 คน ได้รับยาแก้ปวด 7 คน ที่ 15 นาทีในห้องพักฟื้นจำนวน 7 คน ได้รับยาแก้ปวด 4 คน ที่ 30 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวน 12 คน ได้รับยาแก้ปวด 9 คน ที่ 45 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวน 7 คน ได้รับยาแก้ปวด 5 คน และที่ 60 นาทีในห้องพักฟื้น จำนวน 14 คน ทุกคนไม่ได้รับยาแก้ปวด ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะแนวทางการจัดการ ความปวดที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีการพิจารณาคะแนนความปวดรวมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัวแล้ว ประเมินความปวดร่วมด้วย นอกจากนี้ยังถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วย ทำให้การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นด้วยการให้ยาแก้ปวดลดลง สอดคล้องกับแนวทางการจัดการความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (Pain of Thailand, 2019) ที่ว่าการจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นควรมีการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทุก 15 นาที หากผู้ป่วยยังไม่ตื่นดี วิสัญญีพยาบาลควรประเมินจากสีหน้าของผู้ป่วย ประเมินจากอัตราการหายใจ และความดันโลหิตร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ หรือก๊ะ บัญโส๊ะ, สุมาลี ฉันทวิลาส, และมารีสา สุวรรณราช^๑ พบว่า หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยพักสักครู่ประมาณ 5 นาที จากนั้นค่อยประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด การประเมินความปวดซ้ำ (15-30 นาที) ประกอบกับการประเมินจากสีหน้าทำให้ง่ายต่อการสังเกต

ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดและการบริหารยา ระงับปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเชิญพร พยอมแย้ม^๑ พบว่าวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ในประสิทธิภาพการระงับปวดของไบค่าสั่งการระงับปวด หลังผ่าตัดที่มีการใช้ยาแก้ปวด

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยในรายผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีข้อจำกัดที่ทำให้ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้นโดยจัดให้ความรู้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยในการพิจารณาคะแนนความปวดร่วมกับการประเมินสภาพผู้ป่วยในการขยับตัวและถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วยร่วมด้วย

2. พัฒนาแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ครอบคลุมการให้คำแนะนำผู้ป่วยและ

ญาติในการประเมินผู้ป่วย การเคลื่อนไหวร่างกาย การรายงานความปวดกับพยาบาลในหอผู้ป่วย

3. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำที่เหมาะสม การสัมผัส เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความไม่สุขสบาย เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งช่วยเสริมฤทธิ์การบรรเทาปวดให้ดีขึ้น ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปัญญา สนั่นพานิชกุล. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2561; 35(คະນຶ່ງ) : 312-20.
2. งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล. ข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลเพ็ญ, 2566
3. Hinkle, J. & Cheever, K. H. (2018). Brunner & Suddarth's: Textbook of medical-surgical nursing. (14th). Philadelphia: Wolters Kluwer.
4. International Association for the Study of Pain. (2017). IASP Terminology. Retrieved October 1, 2023, from <https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber1698>.
5. Ngamkham, S., Krutchan, N., Sawangchai, J., Wattanakul, B., Chidnaee, S., & Keawchom, R. (2018). Knowledge of pain assessment and management of Thai nurses. Journal of Nursing and Health Care, 36(1), 81-89. (in Thai)
6. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand. (2011). Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management. (2nd ed.) Bangkok. (in Thai)
7. Deming, W. E. (2019). PDCA: Deming Cycle. (online). Retrieved October 1, 2023, from <http://adisony.blogspot.com/2012/10/edward-deming.html>.
8. Payomyam, C. (2018). The Effectiveness of an Implementation of Adult Postoperative Pain Order for Postoperative Pain Management in Recovery Room, Hua Hin Hospital. Region 4-5 Medical Journal, 37(3), 262-272. (in Thai)
9. Boonso, H. K., Chantwilas, S. & Suwannarat, M. (2014). Developing and evaluating the feasibility of implementing guidelines for the management of postoperative pain in recovery room. Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network, 1(1), 43-64. (in Thai)