

**ประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด
ในห้องพักฟื้น กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลอินทร์บุรี**

ชมพูนุท เบ็ญจรัตน์

The Effects of Implementing Clinical Practice Guidelines

**for Acute Postoperative Pain Management in the Post-Anesthesia Care Unit,
Anesthesiology Department, Inburi Hospital**

Chompunut Benjarat

กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลอินทร์บุรี

Anesthesiology Department, Inburi Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวด ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92 โดยมีวิสัญญีพยาบาล 7 คน เป็นผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 2.73, 3.83$ SD = 2.64, 1.11 ตามลำดับ; $p < 0.05$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจภายหลังได้รับการจัดการความปวดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลอง: $M = 3.92$ SD = 0.34 กลุ่มควบคุม: $M = 3.13$ SD = 1.18; $p < 0.01$) วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.83, SD = 0.38$)

สรุปได้ว่าแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด, การจัดการความปวด, แนวทางปฏิบัติทางคลินิก, ห้องพักฟื้น, กลุ่มงานวิสัญญี

Abstract

This quasi-experimental study aims to compare postoperative pain levels and patient satisfaction following the implementation of clinical practice guidelines (CPGs) for acute pain management in the Post-Anesthesia Care Unit (PACU), developed by the researcher. A total of 60 postoperative patients admitted to the PACU were enrolled and assigned to either an intervention group, which received nursing care based on the CPGs, or a control group, which received standard postoperative pain management. The CPGs, validated with a content validity index of 0.92. Seven nurse anesthetists participated in guideline implementation. Data collection tools included a demographic data form, a pain assessment scale, a patient satisfaction questionnaire on postoperative pain management (Cronbach's alpha = 0.98), and a guideline user satisfaction form (Cronbach's alpha = 0.97). Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and the Mann-Whitney U test.

Results showed that the intervention group reported significantly lower mean pain scores compared to the control group ($M = 2.73$, $SD = 2.64$ vs. $M = 3.83$, $SD = 1.11$; $p < 0.05$). Patient satisfaction scores were also significantly higher in the intervention group ($M = 3.92$, $SD = 0.34$) compared to the control group ($M = 3.13$, $SD = 1.18$; $p < 0.01$). Nurse anesthetists reported high satisfaction with the use of the guidelines ($M = 4.83$, $SD = 0.38$).

In conclusion, the implementation of the researcher-developed clinical practice guidelines in the PACU significantly improved pain outcomes and patient satisfaction. These findings support the continued application and institutionalization of the guidelines to ensure effective pain management in the PACU.

Keywords: acute pain, postoperative pain management, Clinical Practice Guidelines, Post-Anesthesia Care Unit (PACU), anesthesiology

บทนำ

ความปวดภายหลังเข้ารับการผ่าตัด ถือเป็นประสบการณ์ที่มีความซับซ้อนหลายมิติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย¹ จากข้อมูลในต่างประเทศ พบอุบัติการณ์ความปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงรุนแรงแตกต่างกันไปตามพื้นที่ โดยมีอัตราความปวดตั้งแต่ร้อยละ 14 ถึง ร้อยละ 55 ซึ่งอาการเด่นชัดที่สุดพบในวันที่ทำการผ่าตัด²⁻³ การศึกษาในเอธิโอเปียพบอุบัติการณ์ความปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 88.2 ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 58.4 ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ⁴ ในสถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ความปวดหลังผ่าตัด ร้อยละ 80 โดยร้อยละ 88 ของผู้ป่วย มีอาการปวดระดับปานกลาง รุนแรงถึงรุนแรงมาก⁵ จะเห็นได้ว่าแม้จะมีความก้าวหน้าในการบำบัดความปวดด้วยยาแก้ปวด เทคนิคการดมยาสลบ และการจัดตั้งหน่วยบริการจัดการความปวดเฉพาะทาง แต่การควบคุมความปวดหลังผ่าตัดยังคงไม่เพียงพอ แม้แต่ในสถานพยาบาลที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงที่สุด⁶ การระงับปวดที่ไม่เพียงพอยังเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเกิดความปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ อารมณ์ สังคม และสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย⁷ ดังนั้น การให้การระงับปวดที่ดีจึงเป็นสิทธิมนุษยธรรมขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยทุกคนพึงได้ และเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว เกิดผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดีและมีประสิทธิผลสูงสุด⁸ ในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้กำหนดการจัดการความปวด ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เป็นการดูแลเฉพาะโดยให้ความสำคัญกับ การคัดกรอง การประเมิน การจัดการความปวด การเฝ้าระวัง และการประเมินซ้ำ⁹

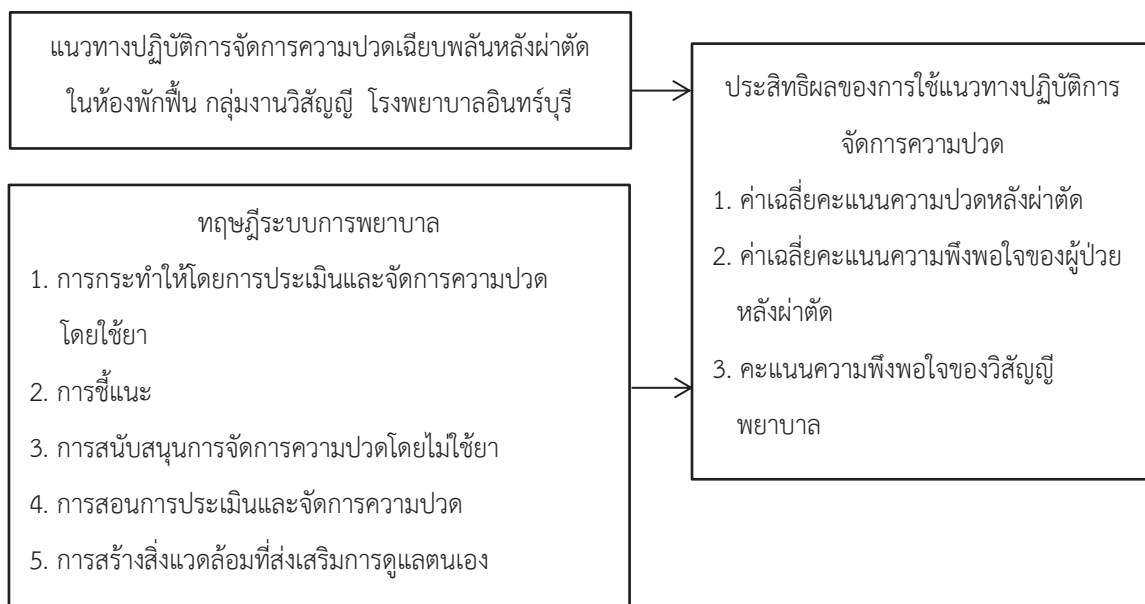
โรงพยาบาลอินทร์บุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 150 เตียง จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดทั้งหมด จำนวน 1,458, 1,503 และ 1,452 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่รับเข้าดูแลในท้องพักฟื้น และได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัด จำนวน 762, 964 และ 903 ราย¹⁰ จากข้อมูลการปฏิบัติงานพบปัญหา 1) การจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2) ขาดการประเมินความปวดซ้ำหลังให้การรักษา 3) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินความปวด และจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หออผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบปัญหาการจัดการความปวดส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้ยาเพื่อบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้ยาเมื่อผู้ป่วยร้องขอ และขาดการประเมินความปวดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม การฟื้นตัวช้าลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น จากปัญหาที่พบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการสร้างและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ในการดูแลผู้ป่วยในท้องพักฟื้นขึ้นมาโดยเฉพาะ

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Narinda Rawal² ที่ได้ศึกษาถึงปัญหาในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ได้เสนอแนวคิดว่าการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบโดยการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้เพื่อกำหนดขั้นตอนการติดตามคะแนนความปวดและเพิ่มวิธีการจัดการ ทำให้เกิดผลดีในท้องผ่าตัด และแนวทางปฏิบัติจะช่วยให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นมากขึ้นในการติดตามและจัดการความปวดหลังผ่าตัด ทำให้สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้อย่างเพียงพอมากขึ้น และจากงานวิจัยของประไพศรี สายทอง¹¹ ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สามารถลดความปวดได้ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความ

ปวดหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การเย็บประเมนก่อนการผ่าตัด การดูแลระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ได้มองเห็นปัญหาจึงมีความต้องการปรับปรุง พัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ให้เกิดการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยการนำแนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562¹² มาปรับวิธีปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของ Orem (theory of nursing system)¹³⁻¹⁴ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแล และนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมุ่งหวังให้คะแนนความปวดหลังผ่าตัดลดลง ผู้ป่วยและผู้ใช้แนวทางปฏิบัติมีความพึงพอใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจ ภายหลังได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม โดยวัดผลหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแรกคือ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดชนิด Intermediate trauma^{12,15} ที่เข้ารับการดูแลในท้องพักฟื้น ในโรงพยาบาลอินทร์บุรี ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 จำนวน 60 ราย จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง power analysis ของโคเฮน¹⁶ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าแอลฟา = 0.05 power of test = 0.80 และ effect size = 0.60 ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม กลุ่มละ 8 ราย รวมใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ทำศึกษาแบบสุ่มสลับวันกันระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว (general anesthesia) ชนิดใส่ท่อช่วยหายใจ
2. อายุระหว่าง 18 ถึง 65 ปี
3. ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดชนิด intermediate trauma^{12,15} ในเวลาราชการ
4. พูดและฟังภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน
5. ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทหรือโรคจิต
6. ยินดีและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยขอลอนตัวออกจากโครงการทุกกรณี
2. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระหว่างพักฟื้น ได้แก่ ภาวะ shock การทำงานของหัวใจเต้นผิดจังหวะ
3. ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในท้องพักฟื้นไม่ครบ 60 นาที

กลุ่มตัวอย่างที่สอง คือ กลุ่มวิสัญญีพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอินทร์บุรี จำนวน 7 คน สำหรับศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562¹² และ ทฤษฎีระบบการพยาบาลของ Orem¹³⁻¹⁴ มาประยุกต์ใช้ร่วมกันและเน้นให้ผู้ปฏิบัติให้ความสำคัญในการ ประเมินและจัดการความปวดโดยให้สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
 - 2.2. แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประเมินความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข¹⁷ [Numeric Rating Scale (NRS)] โดยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด บอกตัวเลขที่แสดงถึงความปวดของผู้ป่วยที่มีในขณะนั้นด้วยตนเอง มีช่วงคะแนน 0 - 10 คะแนน
 - 2.3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 4 คะแนน แปลผล โดยการคิดค่าเฉลี่ยความพึงพอใจรายข้อ แบ่งตามช่วงระดับคะแนนดังนี้ 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก และ 3.51 - 4.00 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด
 - 2.4. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ แปลผล โดยการคิดค่าเฉลี่ยรายข้อ แบ่งตามช่วงระดับคะแนนดังนี้ 1.00 - 1.80 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด 1.81 - 2.60 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 2.61 - 3.40 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 3.41 - 4.20 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก และ 4.21 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 ท่าน สูติ-นรีแพทย์ 2 ท่าน แพทย์ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ในเรื่องความชัดเจนของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.92
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ (reliability)
 - 2.1. แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับวิสัญญีพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวมจำนวน 7 ราย พบว่า ข้อความในแบบบันทึก มีความชัดเจน เข้าใจตรงกันและสามารถบันทึกข้อมูลในแนวทางเดียวกันตามวัตถุประสงค์
 - 2.2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำมาจากแบบ ประเมินของภักธิดา มหาแก้ว¹⁸ ซึ่งดัดแปลงจากแนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยการนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 20 ราย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 1.00 และ

นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 88 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.98

- 2.3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินของประไพศรีสายทอง¹¹ ซึ่งนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ซึ่งรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เข้าห้องพักฟื้น คนละ 1 ราย รวม 10 ราย ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เอกสารรับรองเลขที่ SEC 14/2567 และคณะกรรมการพัฒนางานวิชาการและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอินทร์บุรี ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการดูแลรักษา ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม จึงให้ลงนามในใบยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในห้องพักฟื้น กำหนดปัญหา วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ กำหนดวิธีการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และวิธีได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเขียนโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุมัติดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการทำวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี ภายหลังได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่วิสัญญีพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น การรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) ก่อนเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยจากตารางการผ่าตัดประจำวันและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยตรวจเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองพร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล ความรู้ต่างๆ พร้อมทั้งแจกสื่อการสอนที่กลุ่มตัวอย่างควรได้รับ
- 2) วันผ่าตัด มอบหมายให้วิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ประเมินและทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการประเมินความปวดและบอกถึงการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับในห้องพักฟื้นหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด

- 3) หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด เมื่อย้ายผู้ป่วยมาดูแลในห้องพักฟื้น วิทยาลัยพยาบาลประจำห้องพักฟื้นทำการประเมิน และเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยในกลุ่มทดลองให้การพยาบาล ตามแนวทางปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ ทำการบันทึกตามแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เก็บข้อมูลส่งต่อให้ผู้วิจัย
 - 4) วิทยาลัยพยาบาลผู้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับบริการระงับความรู้สึก ใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
 - 5) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของการบันทึกในการแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะรายทั้งหมด ใส่หมายเลขลำดับแบบบันทึกเพื่อเตรียมนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 6) รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ
- ขั้นตอนที่ 4 เขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ภายหลังได้รับการจัดการความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างและแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ โดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายหลังได้รับการจัดการความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากทดสอบคุณสมบัติเบื้องต้นพบว่าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	7	23.3	13	43.3
- หญิง	23	76.7	17	56.7
อายุ (ปี)	Mean = 43.9	SD = 12.5	Mean = 53	SD = 11
- 18 – 35	8	26.7	3	10
- 36 – 50	11	36.7	9	30
- 51 – 65	11	36.7	18	60

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
- ไม่มี	16	53.3	10	33.3
- มี	14	46.7	20	66.7
ประวัติการผ่าตัด				
- ไม่มี	6	20	13	43.3
- มี	24	80	17	56.7
ชนิดของการผ่าตัด				
- ศัลยกรรมทั่วไป	4	13.3	7	23.3
- ศัลยกรรมกระดูก	10	33.3	7	23.3
- สูติ-นรีเวชกรรม	11	36.7	8	26.7
- หู คอ จมูก	5	16.7	8	26.7
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	Mean = 134.7	SD = 57.1	Mean = 100	SD = 50
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที	1	3.3	1	3.3
- 31 – 60 นาที	3	10	9	30
- 61 – 120 นาที	8	26.7	9	30
- มากกว่า 120 นาที	18	60	11	36.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุเฉลี่ย 44 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในแผนกสูติ-นรีเวช (ร้อยละ 36.7) และแผนกศัลยกรรมกระดูก (ร้อยละ 33.3) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.3) เคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 80) และระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยประมาณ 135 นาที กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.7) มีอายุเฉลี่ย 53 ปี เข้ารับการผ่าตัดอยู่ในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม และหู คอ จมูก เท่าๆ กัน (ร้อยละ 26.7) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.7) เคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 56.7) และระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 100 นาที ทดสอบความแตกต่างระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ chi-square tests พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ ($p > 0.05$)

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

คะแนนความปวด	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนกลับ	2.73	1.11	3.83	2.64	-2.10	0.04*

*p < 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นภายหลังได้รับการจัดการความปวด พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ($M = 2.73$, $SD = 1.11$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ ($M = 3.83$, $SD = 2.64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการให้ยาแก้ปวดแก่กลุ่มทดลอง (n = 30)

การให้ ยาแก้ปวด	กลุ่มทดลอง (n = 30)									
	แรกเริ่ม		15 นาที		30 นาที		45 นาที		60 นาที	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ให้	15	50	13	43.4	9	30	4	13.3	0	0
ไม่ให้	15	50	17	56.7	21	70	26	86.7	30	100

จากตารางที่ 3 ข้อมูลการให้ยาแก้ปวดแก่กลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดที่คะแนน 4 - 10 แรกเริ่มในห้องพักฟื้น ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 50 (จำนวน 15 คน) ที่ 15 นาที ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 43.3 (จำนวน 13 คน) ที่ 30 นาที ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 30 (จำนวน 9 คน) ที่ 45 นาที ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 13.3 (จำนวน 4 คน) และที่ 60 นาที ทุกรายไม่ได้รับยาแก้ปวด

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการให้ยาแก้ปวดแก่กลุ่มควบคุม (n = 30)

การให้ ยาแก้ปวด	กลุ่มควบคุม (n = 30)									
	แรกเริ่ม		15 นาที		30 นาที		45 นาที		60 นาที	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ให้	5	16.7	5	16.7	4	13.3	2	6.7	5	16.7
ไม่ให้	25	83.3	25	83.3	26	86.7	28	93.3	25	83.3

จากตารางที่ 4 ข้อมูลการให้ยาแก้ปวดแก่กลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดที่คะแนน 7 - 10 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดแรกในท้องพักฟื้น คิดเป็นร้อยละ 16.7 (จำนวน 5 คน) ได้รับยาแก้ปวดที่ 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 16.7 (จำนวน 5 คน) ที่ 30 นาที ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็น ร้อยละ 13.3 (จำนวน 4 คน) ที่ 45 นาที ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 6.7 (จำนวน 2 คน) และที่ 60 นาที ได้รับยาแก้ปวดคิดเป็นร้อยละ 16.7 (จำนวน 5 คน)

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ($n = 60$)

ความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		Z	p-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ภาพรวม	42.10	1263	18.90	567.00	5.38	< 0.001*

* $p < 0.01$

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายหลังได้รับการจัดการความปวดพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 42.10 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ เท่ากับ 18.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการจัดการความปวดรายด้าน ($n = 60$)

รายการ	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)			กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การให้ข้อมูล	3.93	0.25	มากที่สุด	3.77	0.56	มากที่สุด
2. การประเมินความปวด	4.00	0.00	มากที่สุด	3.70	0.46	มากที่สุด
3. การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา	3.90	0.31	มากที่สุด	3.63	0.71	มากที่สุด
4. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา	3.80	0.61	มากที่สุด	2.03	1.33	ปานกลาง
5. การประเมินซ้ำ	3.97	0.18	มากที่สุด	2.50	1.28	ปานกลาง
รวม	3.92	0.34	มากที่สุด	3.13	1.18	มาก

จากตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้วิจัยรายด้านพบว่า กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจต่อการประเมินความปวดสูงสุดที่สุด ($M = 4.00$, $SD = 0.00$) และพบความพึงพอใจระดับมากที่สุดในทุกด้าน ส่วนในกลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลสูงสุดที่สุด ($M = 3.77$, $SD = 0.56$) เช่นกัน แต่การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ($M = 2.03$, $SD = 1.33$) และการประเมินซ้ำ ($M = 2.50$, $SD = 1.28$) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 7 แสดงผลความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ของวิสัญญีพยาบาล (n = 7)

รายการ	วิสัญญีพยาบาล (n = 7)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านเข้าใจวิธีการของแนวทางปฏิบัติ	4.57	0.53	มากที่สุด
2. ท่านรู้สึกว่าการขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติทำให้สะดวกไม่ยุ่งยาก	5.00	0.00	มากที่สุด
3. ท่านรู้สึกว่าการขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติทำให้ประหยัดเวลา	4.86	0.38	มากที่สุด
4. ท่านปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้	4.86	0.38	มากที่สุด
5. ท่านสามารถประเมินความปวดได้เร็วขึ้น	5.00	0.00	มากที่สุด
6. ท่านสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้	5.00	0.00	มากที่สุด
7. แนวทางปฏิบัติสามารถลดอาการปวดลงได้	4.57	0.53	มากที่สุด
8. แนวทางปฏิบัติทำให้ท่านมีความมั่นใจขึ้น	4.86	0.38	มากที่สุด
9. แนวทางปฏิบัติทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น	4.57	0.53	มากที่สุด
10. แนวทางปฏิบัติใช้แล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน	5.00	0.00	มากที่สุด
รวม	4.83	0.38	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 ระดับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในทุกด้าน ($M = 4.83$, $SD = 0.38$) ได้แก่ ขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติทำให้สะดวกไม่ยุ่งยาก สามารถประเมินและจัดการความปวดได้เร็วขึ้น ใช้แล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) ผู้ใช้มีความเข้าใจวิธีการของแนวทางปฏิบัติ สามารถลดอาการปวดลงได้ ทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น ($M = 4.57$, $SD = 0.53$) ประหยัดเวลา ผู้ใช้ปฏิบัติตามได้ ทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น ($M = 4.86$, $SD = 0.38$)

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลอินทร์บุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ภายหลังได้รับการจัดการความปวดในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่าแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น สามารถทำให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดลดลงได้ เนื่องจากการประเมินระดับคะแนนความปวดตั้งแต่แรกเริ่ม ใช้การประเมินความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้บอกความต้องการด้วยตัวเอง หรือมีระดับคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน และมีการประเมินติดตามความปวดซ้ำทุก 15 นาที แตกต่างจากแนวทางปฏิบัติเดิม ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น จะมีการประเมินความปวดโดยการสังเกต และผู้ป่วยบอกถึงความต้องการยาแก้ปวด และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา โดยกำหนด

ระดับความปวดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการประเมินความปวด ภายหลังได้รับการบรรเทาปวด ขึ้นอยู่กับแผนการพยาบาลแต่ละรายของผู้ปฏิบัติ

แนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่นี้ สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน หลังผ่าตัดของ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย¹² ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยสามารถขอยาตั้งแต่เริ่มปวด โดยไม่ต้องรอให้ปวดมากก่อน เพื่อลดความรุนแรงและระยะเวลาของ ความปวดหลังผ่าตัดให้น้อยลง และจากการศึกษาข้อมูลการให้ยาแก้ปวด เมื่อระยะเวลาหลังผ่าตัดผ่านไป ที่ 60 นาที ซึ่งครบเวลาการดูแลในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมยังมีระดับความปวดที่ต้องได้รับยาแก้ปวดอยู่ 5 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่ 60 นาที ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาแก้ปวด สามารถจำหน่ายได้ตามเกณฑ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของประไพศรี สายทอง¹¹ ที่พบว่าในนาทีที่ 60 หลังการดูแลในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยทุก คนไม่ได้รับยาแก้ปวด ที่เป็นเช่นนี้เพราะแนวทางการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นมีการพิจารณาคะแนนความ ปวดร่วมกับการประเมินความปวด โดยการถามความต้องการยาแก้ปวดจากผู้ป่วย ทำให้การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นด้วยการให้ยาแก้ปวดลดลง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของภาวดี วิมลพันธุ์ และพรทิวา คำวรรณ¹⁹ ที่ศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการปวดใน ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร พบว่าการประเมินความปวดแรกรับ และหลังการบรรเทาปวดทุกครั้ง ทำให้ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการปวดได้ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ทนทุกข์ทรมาน

การศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายหลังได้รับการจัดการความ ปวดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากข้อมูล พบว่า การพยาบาลขาดการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวดในกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลประเมิน ความพึงพอใจในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้านการประเมินซ้ำอยู่ที่ระดับปานกลาง ($M = 2.50$, $SD = 1.28$) เปรียบเทียบกับในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจด้านการประเมินซ้ำที่ระดับมาก ที่สุด ($M = 3.97$, $SD = 0.18$) สามารถอธิบายได้ว่า ในแนวทางปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเน้นการประเมินซ้ำและ ติดตามอาการปวดทุก 15 นาที ทำให้สามารถประเมินและติดตามความปวดและจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย ได้ทันทั่วทั้งที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงพัฒนาของสมพิศ แสงผล และสุทธภา นวนพรัตน์สกุล²⁰ ที่ศึกษาถึง ผลการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวด ช่วยให้พยาบาลเพิ่มความรู้ในการประเมินอาการผู้ป่วย เพิ่มการ ควบคุม การติดตามการเปลี่ยนแปลง เพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม ของเรณูญจอมจิตตัญญ์ มิ่งพันธ์ และคณะ²¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการ จัดการความปวด และมีการประเมินซ้ำ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

จากข้อมูลความพึงพอใจในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาในกลุ่มควบคุม ที่มีระดับความพึงพอใจ ปานกลาง ($M = 2.03$, $SD = 1.33$) เมื่อมีการนำแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นมาใช้ โดยการสนับสนุนการจัดการ ความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ในการจัดการความปวดร่วมกับการให้ยาแก้ปวด เป็น การแพทย์ทางเลือกที่สามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดได้อีกทาง และมีหลากหลายวิธี ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความ

พึงพอใจในการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามากที่สุดในกลุ่มทดลอง ($M = 3.80$, $SD = 0.61$) สอดคล้องกับผลการศึกษากิจการการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรของสุพรรณ จิตรสม และคณะ²² ที่ใช้การจัดการความปวดด้วยยา และไม่ใช้ยาาร่วมกัน ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรงของอาการปวด ทำให้มารดาสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑารัตน์ สว่างชัย และคณะ²³ ที่กล่าวถึงการจัดการความปวดโดยการดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดแบบผสมผสานแบบไม่ใช้ยา ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การลดอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัด และเป็นก้าวเล็กๆสู่การพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองที่ยั่งยืน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของธนิกานต์ กฤษณะ และปชาณัฐ นันไทยทวิกุล²⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการปวด ร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้องประคบเย็นมีค่าเฉลี่ยความปวดต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ระดับคะแนนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.83$, $SD = 0.38$) เนื่องจากแนวทางปฏิบัติเดิมขึ้นอยู่กับแผนการพยาบาลแต่ละรายของผู้ปฏิบัติ ยังไม่มีแบบแผนที่แน่ชัด การนำแนวทางปฏิบัติมาใช้เกิดจากการระดมความคิดร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ มีผู้ทรงคุณวุฒิให้การตรวจสอบ มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทาง ทำให้เกิดความเข้าใจวิธีการมีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของปิยาอร บุญวงศ์²⁵ ที่ศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติระบบการพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น หลังจากผู้วิจัยได้ระดมความคิดเพื่อค้นหาปัญหา ได้ทบทวนความรู้ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย และลงมือปฏิบัตินำแนวทางปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วย ทำให้ผลความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า หลังจากได้ทำการทบทวนความรู้ความเข้าใจ การใช้แนวปฏิบัติ และแนวทางการบันทึก แบบบันทึกที่ได้ผ่านการพัฒนาอย่างเป็นระบบ วิสัญญีพยาบาลซึ่งมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการนำมาใช้ จึงสามารถนำแนวปฏิบัติที่พัฒนามาใช้กับผู้ป่วยได้เต็มที่

ข้อดีที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดตามแนวทางที่กำหนด ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลผ่าตัด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติที่ได้รับ และทีมสหสาขาวิชาชีพมีความตื่นตัวในการให้ความสำคัญกับการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด และการนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดของแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดนี้ ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือ ผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินความปวด และการจัดการความปวด ที่เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะที่อยู่ในการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
 - ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน
 - ควรมีการจัดอบรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ในการใช้แนวทางปฏิบัติ การจัดการความปวด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - แนวทางปฏิบัติสามารถนำไปเผยแพร่ให้โรงพยาบาลอื่นใช้เป็นแบบอย่าง เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - ศึกษาวิจัยแนวทางการจัดการความปวดในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยวิกฤตที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ปฏิวัติ วงศ์งาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอินทร์บุรี พว.สินีนาน ทิพย์มุสิก หัวหน้าพยาบาล ที่อนุญาตและสนับสนุนการวิจัย นายแพทย์เกียรติกุล สุธรรมรักษ์ วิสัญญีแพทย์ พว.ทิพย์รัตน์ กลั่นสกุล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี พว.จารุณี ปลายยอด หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลอินทร์บุรี และครอบครัวที่ให้คำปรึกษา ส่งเสริมและให้กำลังใจตลอดการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ วิสัญญีพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านและผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกราย ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-82.
2. Rawal N. Current issues in postoperative pain management. Eur J Anaesthesiol. 2016;33(3):160-71.
3. Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW JM et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. European Journal Anaesthesiology, 2008;25(4), 267-74.

4. Eshete MT, Baeumler PI, Siebeck M, Tesfaye M, Haileamlak A, Michael GG, et al. Quality of postoperative pain management in Ethiopia: A prospective longitudinal study. Plos One. 2019
5. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. J Pain Res. 2017; 10:2287-98.
6. Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Geurts JW, et al. Predictors of acute postoperative pain after elective surgery. Clinical Journal of Pain. 2010;26(2),87-94.
7. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. Lancet. 2019;393(10180):1537-46.
8. ลิษา สังข์คุ้ม. การระงับปวดภายหลังการผ่าตัด. ใน: อรรถลักษณ์ รอดอนันต์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, นรุตม์ เรือนอนุกุล, งามจิตร ภัทรวิทย์, บรรณาธิการ. วิสัญญีมีภูมิหรือยัง?. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2564. น. 305-26.
9. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด; 2566. น.187-89.
10. กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลอินทร์บุรี. ข้อมูลตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอินทร์บุรี. 2567.
11. ประไพศรี สายทอง. ประสิทธิผลของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาล บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565; 2(3):1-12.
12. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562.
13. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concept of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
14. พารุณี วงษ์ศรี, ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเริ่มกับการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561; 10(1): 209-19.
15. Dahmani S, Dupont H, Mantz J, et al. Predictive factors of early morphine requirements in the post-anesthesia care unit (PACU). Br J Anaesth. 2001;87(3):385-9.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale. NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
17. วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, สุวิมล ต่างวิวัฒน์. การประเมินความปวดและการเฝ้าระวัง. ใน วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, สุวิมล ต่างวิวัฒน์, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, บรรณาธิการ. การระงับปวดเฉียบพลัน Acute Pain Management. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2562. น.11-29.

18. ภัคธิดา มหาแก้ว. ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
19. ภาวดี วิมลพันธุ์, พรทิwa คำวรรณ. ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร. พยาบาลสาร. 2556; 40(3): 85-96.
20. สมพิศ แสงผล, สุทธภา นวนพรัตน์สกุล. การพัฒนาประสิทธิภาพจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาลไทยเจริญ [อินเทอร์เน็ต]. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://yasothon.moph.go.th>
21. เรณูจุมจิตต์ มิ่งพันธ์, ตะวัน เขตปัญญา, เยาวเรศ ก้านมะลิ, วารุณี เข้มลา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2563; 28(2): 1-15
22. สุพรรณา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน, พรหมาย์ ต้นทอง. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(3): 868-81.
23. จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุสิทธิ์ ปิยสุทธิ, ศิริพร แก้วกุลพัฒน์. การจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรดิตถ์. 2562; 11(2): 161-71.
24. ธนิกานต์ กฤษณะ, ปาณัญญ์ นันไทยวิกุล. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการใช้ผ้ารัดหน้าท้อง ประคบเย็นต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง. วารสารพยาบาล. 2566; 72(4): 21-31.
25. ปิยาอร บุญวงศ์. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกายในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. [อินเทอร์เน็ต] 2668 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ค.68] เข้าถึงได้จาก <https://www.nopparat.go.th>.