

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลแพทย์ จังหวัดอุดรธานี

รสสุคนธ์ สุปะมา, พย.บ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และประเมินผลของแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลแพทย์ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 9 คนและผู้ป่วย จำนวน 37 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ การปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด $\alpha = 0.88$ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ $\alpha = 0.84$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสำหรับหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลแพทย์ ในครั้งนี้ โดยใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ PDSA ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย (Purpose) การออกแบบกระบวนการ (Design) การเรียนรู้ (study) การปฏิบัติการ (Acting) และการประเมินผล กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 3 ครั้ง ดังนี้ วันแรกที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วย หลังผ่าตัดวันที่ 2 การดูแลตามแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดและหลังผ่าตัดวันที่ 3 ก่อนจำหน่ายให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวผู้ป่วย หลังพัฒนาบุคลากรมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยลงในเวชระเบียน จากร้อยละ 44.4 เป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ ให้คำแนะนำด้านการจัดการยาที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระดับความรู้สึกใช้ จากร้อยละ 55.6 เป็นร้อยละ 88.9 และน้อยที่สุด คือ การแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา จากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 55.6 ตามลำดับ มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (21.41 ± 2.39) ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ได้แก่ รักษาระดับ O_2 saturation ได้ ร้อยละ 100.0 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ทั้ง 4 รยางค์ หายใจได้ลึกพอและไออย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 94.6 และการไหลเวียนที่ความดันโลหิต $+20$ mmHg ร้อยละ 67.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (22.05 ± 2.26) ผู้ป่วยรักษาหาย ร้อยละ 100.0

ข้อเสนอแนะ แนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยพิเศษ จะช่วยลดอาการปวดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการ การควบคุมความเจ็บปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด

* โรงพยาบาลแพทย์ อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี

Development of clinical practice guidelines for pain control in postoperative patient at special ward Phen Hospital Udon Thani Province

Rossukon Supama, B.N.S*

Abstract

This action research aims to study develop nursing practice guidelines for pain control in postoperative patients and evaluate the results of the practice guidelines for pain control in postoperative patients in the special ward of Phen Hospital, Udon Thani Province. Between October 2024 and March 2025, the sample consisted of 9 personnel and 37 patients. Research instruments were pain control practice alpha =0.88, and satisfaction with the practice alpha =0.84. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results: It was found that developing of clinical practice guidelines for pain control in postoperative patient at special ward Phen Hospital Udon Thani Province using the PDSA quality development cycle, including purpose setting, process design, study, acting and evaluation. Patient care activities were carried out 3 times as follows: on the first day of the patient's hospital stay, patient's symptoms were assessed; on second day after surgery, care was given according to pain control guidelines; and on the third day after surgery, prior to discharge, repeated information was given regarding the patient's behavior was given. After developing personnel, the average pain control practice increased the most was recorded assessment data was from 44.4% to 100.0%, followed by advice on medication management for postoperative from 55.6% to 88.9%, and least was advice on behavior when pain was at a level that required treatment from 11.1% to 55.6%, respectively. Satisfaction with overall nursing practices was at a high level (21.41±2.39). The patients' health status had reduced pain levels and improved health status, including O₂saturation level of 100.0%. Patients were able to move all four limbs, breathe deeply and cough effectively at 94.6%, and had a circulation at blood pressure +20 mmHg at 67.6%, respectively. The patients had a high overall satisfaction level (22.05±2.26). 100.0% of patients were cured.

Suggestions: Guidelines for pain control in postoperative patients in special wards help reduce pain, improve postoperative patients' outcomes and improve treatment outcomes.

Keywords: Clinical Practice Guidelines, Pain Control, Postoperative Patient

* Phen Hospital, Phen District, Udon Thani Province

บทนำ

ปัจจุบัน ทั่วโลกมีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการผ่าตัดเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพในการดูแลผ่าตัดของประเทศที่มีรายได้ต่ำ-ปานกลาง และได้รับการยอมรับว่าเป็นตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยและคุณภาพของระบบสุขภาพ ในรายการอ้างอิงทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้สุขภาพหลัก 100 รายการ¹ การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด เน้นเรื่องส่งเสริมให้มีการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วย โดยให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ในประเทศไทยมีอัตราภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วและบางกรณีสามารถป้องกันได้ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาอัตราหัวใจหยุดเต้น และการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และการใส่ท่อหายใจลดลงอย่างมาก แสดงถึงการพัฒนาด้าน ความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดในประเทศไทย ปัจจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ การขาดประสบการณ์ ภาวะฉุกเฉิน การประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกไม่เพียงพอ การตัดสินใจไม่เหมาะสม ขาด ความรอบคอบ และการขาดพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยที่มีประสบการณ์² โดยผู้ป่วย ร้อยละ 36.5 มีความปวดมากถึงมากที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด³ และความปวดลดลงใน 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายไม่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น⁴ หากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ท้องอืด ลำไส้ไม่ทำงาน ในด้านจิตใจอาจทำให้อนอนหลับ วิตกกังวล เศร้า และหงุดหงิด⁵ ซึ่งความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะจัดการความปวดเป็นแบบใช้ยาอย่างเดียว หรืออาจเป็นแบบใช้ยาร่วมกับแบบไม่ใช้ยา พยาบาลห้องพักรักษาจะต้องมีการประเมินอาการสังเกตอาการเฝ้าระวังอาการหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และมีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด โดยพบว่าการพยาบาลอย่างมีแบบแผนในการจัดการความปวด เป็นแนวทางช่วยในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย เพื่อให้มีวิธีการจัดการความปวดอย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดได้ด้วยตนเอง⁶

โรงพยาบาลเพ็ญ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้รับบริการผ่าตัด จำนวน 607, 605 และ 644 คน ตามลำดับ โดยผู้รับบริการแยกตามระบบการผ่าตัดที่มีจำนวนผู้มารับบริการมากที่สุด ในปีงบประมาณ 2566 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ Caesarean Section, Total abdominal Hysterectomy และ Herniotomy and Herniorrhaphy ตามลำดับ ในหอผู้ป่วยพิเศษ มีจำนวนผู้มารับบริการ ในช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 คือ จำนวน 830, 708 และ 1,427 คน มีผู้มารับบริการหลังผ่าตัด จำนวน 86, 61 และ 163 คน ตามลำดับ⁷ สภาพปัญหาที่ผ่านมาคือในการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด กรณีที่ผลการผ่าตัดของผู้ป่วยไม่เป็นที่น่าพอใจ หรือผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก หรือมีความไม่สุขสบายอื่น ๆ ผู้ป่วยอาจไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพตนเองของผู้ป่วยขณะรักษาตัว ณ หอผู้ป่วยพิเศษ ได้แก่ การทำกิจกรรมบนเตียง การลุกจากเตียงหรือเดิน การควบคุมความปวด และเผชิญความเครียด การดูแลแผลผ่าตัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการพยาบาล พบว่า ยังไม่ได้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ ที่มีอยู่นำมาจัดทำเป็นคู่มือและมีการใช้ที่ได้มาตรฐานเดียวกัน ดังนั้น โรงพยาบาลเพ็ญ จึงได้มีกระบวนการแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด งานหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ ขึ้น โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือ (collaborative quality improvement) ของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement, 2003) และจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ เพื่อให้การปฏิบัติการณ์มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ลดอาการปวดหลังผ่าตัดและให้สามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมตลอดการพักฟื้นหลังการผ่าตัดจนถึงการกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างปลอดภัย

และมีสุขภาพดีขึ้น จึงเป็นเหตุผลการทำการศึกษา การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ ครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ
2. เพื่อประเมินผลของแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ประกอบด้วย การปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติการจัดการความเจ็บปวดของ บุคลากร และผลการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คะแนนความปวด ระดับความง่วงซึม และ คะแนนความรู้สึกรู้ตัว

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรควบคุม คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลผู้ป่วย

ตัวแปรต้น คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อน จัดเตรียม ออกซิเจนให้พร้อม วัตถุประสงค์ยาฉีด จัดเตรียมความอบอุ่น บันทึกคะแนนการฟื้นตัว ดูแลการได้รับสารน้ำและ เลือดทดแทน แนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยที่มีอาการปวด ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 3 ก่อนจำหน่าย อธิบายการปฏิบัติตัวผู้ป่วยซ้ำ

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ดังนี้ บุคลากรผู้ ให้บริการ คือ การปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด และความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติ ผลการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความปวด ระดับความง่วงซึม ระดับอาการและความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจัดการความปวด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ศึกษาที่ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาล เพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568

ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

1. บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 9 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่รับผิดชอบปฏิบัติงานบริการที่หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มาอย่างน้อย 6 เดือน อายุ 20 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพ ที่หมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงาน ระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568

2. กลุ่มผู้ป่วย จำนวน 37 คน กำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่ม ประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁸ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเพื่อการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่รับบริการ ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. บุคลากรผู้ให้บริการ ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ที่ไม่สามารถเข้าร่วม วิจัยได้ตลอดปฏิบัติงานระหว่างเดือนตุลาคม 2567-มีนาคม 2568 หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2 ครั้ง

2. กลุ่มผู้ป่วย ที่มีภาวะวิกฤติต้องดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อร้ายแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอื่น เช่น วัณโรคปอด, โรคเอดส์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุดเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วย หลังผ่าตัด ผู้วิจัยปรับมาจากแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของ สมาคมการศึกษาเรื่องความ ปวดแห่งประเทศไทย⁹ ดำเนินการจำนวน 3 ครั้ง กิจกรรมมีดังนี้

ครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (pretest) ใช้เวลา 10 นาที 1) ประเมินสภาพผู้ป่วย 2) ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย 3) ประเมินภาวะแทรกซ้อน 4) จัดเตรียมออกซิเจนให้พร้อม 5) วัดสัญญาณชีพ 6) จัดเตรียมความอบอุ่น 7) บันทึกคะแนนการฟื้นตัว 8) ดูแลการได้รับสารน้ำและเลือดทดแทน 9) แนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยที่มีอาการปวด

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัว

ครั้งที่ 3 ก่อนจำหน่าย ให้ความรู้และอธิบายซ้ำ แก่ผู้ป่วยและญาติ ใช้เวลาดำเนินงาน 10 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (posttest) เกี่ยวกับความปวด และการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติพยาบาลควบคุมความเจ็บปวด จำนวน 22 ข้อ ประยุกต์จาก คำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวด⁹ เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการจัดการความเจ็บปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด การตอบเป็นมาตรวัด 1-5 ระดับ¹⁰ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด การแปลผลรวม 110 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ดังนี้ ระดับต่ำ (22.00-51.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (51.34-80.66 คะแนน) ระดับสูง (80.67-110.00 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวด จำนวน 5 ข้อ การตอบเป็นมาตรวัด 1-5 ระดับ¹⁰ คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ คือ ระดับต่ำ (5.00-11.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (11.67-18.33 คะแนน) ระดับสูง (18.34-25.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลการรักษา การวินิจฉัย ชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึก ชนิดการผ่าตัด ประเภทแผลผ่าตัด ยาที่ได้รับ จำนวนวันนอน สถานะจำหน่าย ระดับความปวด อุณหภูมิร่างกาย อัตราชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และ ฮีมาโทคริต

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 คะแนนความปวดแบบตัวเลข จำนวน 1 ข้อ ตามคำแนะนำเวชปฏิบัติในการจัดการภาวะปวดของ สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย¹² สอบถามผู้ป่วยว่าปวดมากที่สุดคะแนน 1-10 ให้เลขอะไร ดังนี้ 0 = ไม่ปวดเลย ถึง 10 = ปวดมากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 10 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-3.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (3.34-6.66 คะแนน) ระดับมาก (6.67-10.00 คะแนน)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความง่วงซึม จำนวน 1 ข้อ ประเมินระดับความง่วงซึม ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม strong opioids การแปลผลการประเมินดังนี้ 0 = ตื่นรู้สึกตัวดี ถึง 3 = หลับตลอดเวลา

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกตัวผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมิน Modified Aldrete scoring ของ Aldrete¹³ ได้แก่ การทำกิจกรรมความสามารถในการเคลื่อนไหวแขนขาได้เองหรือตามคำสั่ง การหายใจ การไหลเวียนเลือด ระดับความรู้สึกตัว และ ความเข้มข้นของออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัวแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0 ไม่ตอบสนอง, ปลุกตื่นล้มตา < 3.33 และ $\geq 3.33-6.67$ ดี

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อบริการจัดการความปวด จำนวน 5 ข้อ การตอบเป็นระดับ 1-5 (Likert, 1974) คือ 1=น้อยที่สุด ถึง 5=มากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ย 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ คือ ระดับต่ำ (5.00-11.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (11.67-18.33 คะแนน) ระดับสูง (18.34-25.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความตรงที่ได้ไม่สามารถแสดงได้ด้วยค่าสถิติหรือ คำนวณออกมาเป็นตัวเลข แต่เป็นความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน การวิจัยครั้งนี้ คือ ข้อมูลทั่วไป ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. หาค่าเชื่อมั่น (reliability) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญและมีการหาค่าความเชื่อมั่น จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี นำแบบสอบถาม มาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ให้ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (alpha) ดังนี้ การปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวด $\alpha = 0.88$ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล $\alpha = 0.84$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ โดยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด และความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติ และผลการดูแลผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 1668 วันที่ 21 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด สำหรับให้บริการที่หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ ครั้งนี้ โดยใช้วงจร PDSA ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย (Purpose) การออกแบบ (Design) การเรียนรู้ (study) การปฏิบัติการ (Acting) และการประเมินผล ผลการพัฒนาได้คือแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ วันแรกที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วย หลังผ่าตัดวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วยพิเศษ ให้ความรู้และการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยและอธิบายแผนการรักษา ได้แก่ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วย 2) ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย 3) ประเมินภาวะแทรกซ้อน 4) จัดเตรียมออกซิเจนให้พร้อม 5) วัดสัญญาณชีพ 6) จัดเตรียมความอบอุ่น 7) บันทึกคะแนนการฟื้นตัว 8) ดูแลการได้รับสารน้ำและเลือดทดแทน 9) แนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยที่มีอาการปวด หลังผ่าตัดวันที่ 3 ก่อนจำหน่ายให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวผู้ป่วย โดยพบว่า หลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมก่อนได้รับบริการ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย คลายความวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ

ปัญหาการพยาบาล	ผลการพัฒนา
1. ปัญหาการพยาบาลแบบเดิม คือ พยาบาลมีการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ไม่เป็นรูปแบบแนวทางเดียวกัน	การพัฒนาการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลเพ็ญ ในครั้งนี้ มีกิจกรรมการดำเนินการ 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 (วันแรกที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล) เข้าเยี่ยมผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาหลังการผ่าตัด ในโรงพยาบาล จะมีความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียด	ครั้งที่ 2 ให้ความรู้ตามแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยพิเศษ ดังนี้ (1) แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การประเมินความปวดด้วยตนเองแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัด การฝึกใช้เครื่องระงับปวดด้วยตนเอง การฝึกการไอและการหายใจที่ถูกต้อง (2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวลแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน และต้องมีญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (3) แนะนำการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การฝึก การหายใจ การไอ และการให้ข้อมูลหลังให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและญาติ บันทึกการตรวจเยี่ยมและลงสถานะผู้ตรวจเยี่ยม (4) บันทึกการพยาบาลเกี่ยวกับการควบคุมความเจ็บปวดและการพยาบาลที่มอบให้ผู้ป่วย/ครอบครัว
3. การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยยังไม่มีผลชัดเจน	ครั้งที่ 3 (หลังผ่าตัดวันที่ 3) หลังพัฒนาผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมก่อนได้รับบริการ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย คลายความวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

2. การปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด พบว่า หลังพัฒนาบุคลากรมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยลงในเวชระเบียน จากร้อยละ 44.4 เป็นร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ ให้คำแนะนำด้านการจัดการยาที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกใช้ จากร้อยละ 55.6 เป็นร้อยละ 88.9 และน้อยที่สุด คือ การแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา จากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 55.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดรายชื่อที่ปฏิบัติถูกต้อง ก่อนและหลังพัฒนา (N=9)

การปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเยี่ยมประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด	3	33.3	4	44.4
2. แนะนำ early ambulation	4	44.4	6	66.7
3. มีการประเมินอย่างน้อย 2 ครั้ง	4	44.4	6	66.7
4. การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	4	44.4	6	66.7
5. การดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล โดย mental support จนกว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น	4	44.4	6	66.7
6. การพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอหรือกลืนลำบาก แนะนำดื่มน้ำเปล่าให้มาก รับประทานอาหารย่อยง่าย	2	22.2	5	55.6
7. มีการประเมินความปวด ทุก 4-8 ชั่วโมงต่อครั้งหลังผ่าตัด	4	44.4	6	66.7
8. การจัดการความปวดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดภาวะเครียดของร่างกายและจิตใจ	2	22.2	5	55.6
9. การแนะนำ การปวดหลังผ่าตัด ความปวดเฉียบพลัน	4	44.4	6	66.7

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดรายข้อที่ปฏิบัติถูกต้อง ก่อนและหลังพัฒนา (N=9)

การปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการรักษา ติดตามอาการข้างเคียงจากการรักษา	4	44.4	6	66.7
11. การประเมินความปวดของตนเองและให้ระดับความรุนแรง	2	22.2	5	55.6
12. กรณีใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids ต้องประเมิน sedation score	4	44.4	6	66.7
13. การประเมิน sedation score = 2 +RR >10/min	4	44.4	6	66.7
14. การประเมิน sedation score =3+RR<10/min	2	22.2	5	55.6
15. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา	1	11.1	5	55.6
16. Modified Post anesthesia Discharge Scoring System ประเมินก่อนกลับบ้าน	4	44.4	6	66.7
17. Modified PADSS: parameter observed ได้แก่ Vital Signs, Ambulation, Nausea vomiting, Pain	4	44.4	6	66.7
18. Modified PADSS: คะแนน 9 หรือมากกว่า ผู้ป่วยรายนั้นพื้นดีพร้อม discharge	4	44.4	6	66.7
19. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	4	44.4	6	66.7
20. แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน	4	44.4	6	66.7
21. ให้คำแนะนำด้านการจัดการยาที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกใช้	5	55.6	8	88.9
22. การบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยลงในเวชระเบียน	4	44.4	9	100.0

ระดับการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด พบว่า โดยรวมหลังพัฒนานุคลากรมีการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 58.8 เป็นร้อยละ 88.2 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด ก่อนและหลังพัฒนา (N=9)

ระดับการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวด รวม 110 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (22.00-51.33 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (51.34-80.66 คะแนน)	7	41.2	2	11.8
ระดับสูง (80.67-110.00 คะแนน)	10	58.8	15	88.2

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวด พบว่า หลังพัฒนานุคลากรมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดโดยรวมอยู่ในระดับสูง (21.41 ± 2.39) มากที่สุด คือ ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น (4.35 ± 0.49) รองลงมา คือ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความเหมาะสม (4.31 ± 0.56) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด คือ เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแพทย์ (4.09 ± 0.58) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของบุคลากร (N=9)

ความพึงพอใจ	Mean±SD	ระดับ
1. เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเพียง	4.09±0.58	สูง
2. ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความเหมาะสม	4.31±0.56	สูง
3. รายละเอียดของขั้นตอนการรักษา โรค อาการ ขั้นตอนการรักษาทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์แวดล้อมที่คุกคามและสร้างความมั่นใจในทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อีกปลอดภัย	4.29±0.68	สูง
4. ความเหมาะสมของการอธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องประสบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด	4.24±0.75	สูง
5. โดยรวมมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น	4.35±0.49	สูง
ค่าเฉลี่ย	21.41±2.39	สูง

3. ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 อายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 54.1 (mean= 52.54, SD= 14.28, min= 23,max= 72) ระดับความง่วงซึม (sedation score) รู้สึกตัวดี ร้อยละ 59.5 การผ่าตัดไม่เร่งด่วน (elective) ร้อยละ 89.2 แผลผ่าตัดแบบ Clean ร้อยละ 78.4 ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยพิเศษ เป็น Pethidine ร้อยละ 43.2 จำนวนวันนอนอยู่ในโรงพยาบาล 4 วันขึ้นไป ร้อยละ 75.7 After surgery incidence อาการปวดระดับต่ำ (1-4 คะแนน) ร้อยละ 10.8 ผู้ป่วยได้รับการให้คำแนะนำและรักษาหายกลับบ้าน ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=37)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	24.3
หญิง	28	75.7
อายุ (mean= 52.54, SD= 14.28, min= 23,max= 72)		
กลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี	20	54.1
60 ปีขึ้นไป	17	45.9
ระดับความง่วงซึม (sedation score)		
ตื่นรู้สึกตัวดี	22	59.5
ง่วงเล็กน้อย ถ้าปลุกแล้วตื่นง่าย	12	32.4
นอนหลับปกติ ให้ยาได้เมื่อ sedation score = 0-1	3	8.1
ประเภทการผ่าตัด (type of surgery)		
ไม่เร่งด่วน (elective)	33	89.2
เร่งด่วน (emergency)	4	10.8
ประเภทแผลผ่าตัด		
Clean	29	78.4
Clean-contaminate	4	10.8
Dirty	4	10.8

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=37)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยพิเศษ		
Pethidine	16	43.2
Paracetamol	14	37.8
Morphine	7	18.9
จำนวนวันนอนอยู่ในโรงพยาบาล		
< 3 วัน	9	24.3
4 วันขึ้นไป	28	75.7
สถานะจำหน่ายรักษาหายกลับบ้าน	37	100.0
After surgery incidence		
ไม่มี	33	89.2
อาการปวดระดับต่ำ (1-4 คะแนน)	4	10.8
ผู้ป่วยได้รับการให้คำแนะนำ	37	100.0

การประเมินความปวดจากการสังเกต (Behavior Pain Scale: BPS) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความปวดจากการสังเกตดีขึ้นมากที่สุด คือ ใบหน้าแฉะ ขมวดคิ้ว ร้อยละ 67.6 รองลงมา คือ การหายใจสงบ ราบเรียบ ร้อยละ 43.2 และมีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวในแนวราบ ร้อยละ 21.6 ตามลำดับ

อาการผู้ป่วยในหอผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากที่สุด คือ รักษาระดับ O₂saturation = 92% ที่อากาศปกติ ร้อยละ 100.0 รองลงมา คือ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ทั้ง 4 ระวังค์และหายใจได้ลึกพอและไออย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 94.6 และอาการดีขึ้นน้อยที่สุด คือ การไหลเวียนที่ความดันโลหิต +20 mmHg ร้อยละ 67.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจากการประเมินความปวดจากการสังเกต (n=37)

การประเมินความปวดจากการสังเกต	จำนวน	ร้อยละ
สีหน้าใบหน้าแฉะ ขมวดคิ้ว	25	67.6
การเคลื่อนไหว		
ไม่มีการเคลื่อนไหว	17	45.9
มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวในแนวราบ	8	21.6
เคลื่อนไหวรุนแรง นิ่งงุ่ม หรือเกร็งแขนขา	4	10.8
เกร็งทั้งตัว	8	21.6
การหายใจสงบ ราบเรียบ	16	43.2
อาการผู้ป่วยในหอผู้ป่วย		
1. ความสามารถในการเคลื่อนไหวแขนขาได้ทั้ง 4 ระวังค์	35	94.6
2. การหายใจได้ลึกพอและไออย่างมีประสิทธิภาพ	35	94.6
3. การไหลเวียนความดันโลหิต +20 mmHg	25	67.6
4. ระดับความรู้สึกตัวตื่นดี	33	89.2
5. รักษาระดับ O ₂ saturation ได้ 92% ที่อากาศปกติ	37	100.0

ความพึงพอใจต่อการบริการจัดการความปวดของผู้ป่วย พบว่า หลังได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (22.05 ± 2.26) มีความพึงพอใจต่อการบริการจัดการความปวดของผู้ป่วยมากที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อการดูแลอาการปวด (4.54 ± 0.50) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อญาติเมื่อกลับบ้าน (4.44 ± 0.68) และพึงพอใจต่อการบริการจัดการความปวดของผู้ป่วยน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา (4.12 ± 0.04) ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ระดับความพึงพอใจต่อการบริการจัดการความปวดของผู้ป่วย (n=37)

ความพึงพอใจต่อการบริการจัดการความปวด	Mean± SD	ระดับ
1. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยท่าทางที่เป็นมิตรยิ้มแย้มแจ่มใสเป็นกันเอง	4.43±0.50	สูง
2. ความพึงพอใจต่อการดูแลอาการปวด	4.54±0.50	สูง
3. เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา	4.12±0.04	สูง
4. มีการคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติของผู้ป่วยขณะรับการรักษา	4.32±0.47	สูง
5. เจ้าหน้าที่แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยต่อญาติเมื่อกลับบ้าน	4.44±0.68	สูง
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม (25 คะแนน)	22.05±2.26	สูง

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด สำหรับให้บริการที่หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ ครึ่งนี้ โดยใช้วงจร PDSA ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย (Purpose) การออกแบบ (Design) การเรียนรู้ (study) การปฏิบัติการ (Acting) และการประเมินผล ผลการพัฒนาได้คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้ วันแรกที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วย หลังผ่าตัดวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วยพิเศษ ให้ความรู้และการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยและอธิบายแผนการรักษา ได้แก่ 1) ประเมินสภาพผู้ป่วย 2) ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย 3) ประเมินภาวะแทรกซ้อน 4) จัดเตรียมออกซิเจนให้พร้อม 5) วัดสัญญาณชีพ 6) จัดเตรียมความอบอุ่น 7) บันทึกคะแนนการฟื้นตัว 8) ดูแลการได้รับสารน้ำและเลือดทดแทน 9) แนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยที่มีอาการปวด หลังผ่าตัดวันที่ 3 ก่อนจำหน่ายให้ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวผู้ป่วย โดยพบว่า หลังพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมก่อนได้รับบริการ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ปลอดภัย คลายความวิตกกังวล ในการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี จักรสาน และคณะ¹⁴ ศึกษาการจัดการความปวดที่เหมาะสมต้องใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่สามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ที่ดี ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด 5) การดูแลติดตามต่อเนื่องและการบันทึก 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ และการศึกษาที่พบว่า การวางแผนแนวทางปฏิบัติการที่เหมาะสม การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ควบคุมความร่วมมือการเน้นการจัดการความรู้ มุ่งเน้นผู้ปฏิบัติ การทบทวนกระบวนการต่าง ๆ เป็นหัวใจสำคัญของหน่วยงาน¹⁵

2. การปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดของบุคลากร พบว่า หลังพัฒนามาบุคลากรมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยลงในเวชระเบียน รองลงมา คือ ให้คำแนะนำด้านการจัดการยาที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกใช้ และ การแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หลังพัฒนามาบุคลากรมีการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น แต่ที่มีการปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ การแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา ซึ่งจะผู้นิเทศทางการพยาบาลจะได้เน้นที่การ

ปฏิบัติข้อนี้มากเป็นพิเศษในการปฏิบัติต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ เรณูญจอมจิตตภู มิ่งพันธ์ และคณะ¹⁶ ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม พบว่า หลังผ่าตัดและระยะต่อเนื่องเพื่อป้องกันความปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงที่หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลใช้วิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยาและมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูง การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูง ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจและผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม¹⁴ และการศึกษาประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่า แนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นสามารถลดความปวดได้ ความต้องการยาแก้ปวดหลังลดลง และความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก¹⁷

3. ผลการดูแลรักษาผู้ป่วย พบว่า หลังรักษาผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต diastolic ฮีมาโทคริต และอาการปวด สำหรับภาวะสุขภาพก่อนและหลังรักษาไม่แตกต่างกัน ได้แก่ อุนหภูมิร่างกาย อัตราชีพจร ความดันโลหิต systolic และดัชนีมวลกาย ทั้งนี้เนื่องจาก แนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยพิเศษที่พัฒนาขึ้น ช่วยลดอาการปวดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมีผลลัพธ์การรักษที่ดีขึ้น ได้แก่ ไบหน้าแอสะ ขมวดคิ้ว รongลงมา คือ มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวในแนวราบ และมีระดับความปวด กระสับกระส่าย หายใจแรงเร็วในระดับต่ำ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด สำหรับให้บริการที่หอผู้ป่วยพิเศษ หลังรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากที่สุด คือ รักษาระดับ O₂saturation ได้ร้อยละ 92 ที่อากาศปกติ รongลงมา คือ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ทั้ง 4 รยางค์และหายใจได้ลึกพอ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การไหลเวียนที่ความดันโลหิต +20 mmHg ตามลำดับ และหลังได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี พรหมมาลา และคณะ¹⁸ ศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหรือปัญหาที่พบบ่อยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เกิดจากสาเหตุคือ ภาวะพร่องออกซิเจน การอุดตันทางเดินหายใจ ความดันเลือดต่ำ ความดันเลือดสูง การตื่นช้ากว่าปกติ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการจัดการให้ผู้ป่วยปลอดภัย การศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่า ในระยะพักฟื้นพยาบาลใช้แนวปฏิบัติโดยการจัดทำเพื่อลดความปวดแทนการใช้ยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹⁹ และการประเมินและติดตามคุณภาพการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด อาการ และความรู้สึกไม่สบายความเป็นอยู่ที่ดีและความเหนื่อยล้าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงในการให้การรักษาพยาบาลส่งผลต่อคุณภาพการดูแลรักษา (Nilsson, et al, 2020)

สรุป แนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยพิเศษ จะช่วยลดอาการปวดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมีผลลัพธ์การรักษที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายให้บุคลากรใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนที่มีการใช้สื่อแผ่นพับและคู่มือการจัดการความ ปวดหลังผ่าตัด ในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย อีกทั้งมีการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาสื่อการให้ข้อมูลผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติการ สามารถนำกระบวนการทางการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ มาวางมาตรการการบริหารจัดการในหอผู้ป่วยอื่นๆ เพราะต้องครอบคลุมทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพกับผู้ป่วย รวมทั้งสามารถนำแนวทาง

ปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาใช้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและวิธีปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรในหน่วยงานได้อย่างชัดเจน

3. กระบวนการทางการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม ปัญหาทางการพยาบาล แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล สามารถนำไปใช้ได้กับหน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเพ็ญ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างใหม่ที่คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Stephan MF, & Esther PZ. Pain therapy to reduce perioperative complications. *Innovative Surgical Sciences* 2019;4(4):158-66.
2. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, ศิริพร ปิติมานะอารี, เทวรักษ์ วีระวัฒนกานนท์, วรณี เล็กประเสริฐ, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. โครงการวิจัยสหสถาบัน เรื่อง การศึกษาอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย. *ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย*; 2560.
3. จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุติพร ปิยสุทธิ, ศิริพร แก้วกุลพัฒน์. การจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรดิตถ์* 2562;11(2):161-71.
4. Fang L, Chen L, Sun H, Xu Y, & Jin J. The effectiveness of using a nurse-led pain relief model for pain management among abdominal surgical patients: A single-center, controlled before-after study in China. *Pain Management Nursing* 2020;22(2):198-204.
5. สิรินันท์ จันทรชุ่ม, วิภา แซ่เขี้ยว, ประณีต ส่งวัฒนา. การจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้อง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2565;49(3):188-202.
6. พัชรี พรหมมาลา, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ศากุล ช่างไม้. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2566;33(1):118-30.
7. โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. สถิติจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเพ็ญ [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงจาก: <http://www.phenhospital.go.th>
8. Wayne WD. *Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. New York: Wiley & Sons; 1995.
9. ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรารกร, พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เอก หังสสุต, อุไรรัตน์ ศิริวัฒน์ เวชกุล, พรภวิษญ์ ศรีภิรมย์. คำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. ธนาเพชร; 2563.
10. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," *Reading in Attitude Theory and Measurement*. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1974.
11. Best JW. *Research in Education*. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.

12. ประภา รัตน์ไชย, สมบูรณ์ เทียนทอง, สุปราณี นิรุตติศาสตร์, วิชัย อธิชัยกุลชล, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, ปิ่น ศรีประจิตติชัย, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, นุช ตันติศิรินทร์. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย; 2562.
13. จินตนา เด่นสันติกุล, จารวี คณิตาภิลักษณ์, ทศฯ ชัยวรรณวรรต. บทบาทพยาบาลวิสัญญีต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563;26(1):76-89.
14. อัญชลี จักรสาน, สุภารัตน์ หมื่นไธสง, แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2563;28(1):121-34.
15. อรฉัตร จันทร์กระจ่าง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2563. . [เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2566]. เข้าถึงจาก <https://hpc.go.th/rcenter>
16. เรณูจุมจิตตภูมิ มิ่งพันธ์, ตะวัน เขตปัญญา, เยาวเรศ ก้านมะลิ, วารุณี เข็มลา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2563;28(2):1-15.
17. ประไพศรี สายทอง. ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2565;2(3):1-12.
18. พัชรี พรหมมาลา, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ศากุล ช่างไม้. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33(1):118-30.
19. นภสร จันทร์เพชร. ศึกษาการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2562;13(1):13-22.
20. Nilsson U, Gruen R, Myles PS. Postoperative recovery: the importance of the team. *Anaesthesia* 2020;75(S1):158-64.