

# การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก ในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่

เสาวนีย์ เกิดปากแพรก \*

สุชตา วิภาวาทน์ \*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดและผลลัพธ์ของการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกที่เข้าพักฟื้นหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 – 30 มิถุนายน 2559 จำนวน 168 คนและวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกการดมยาสลบ บันทึกการฟื้นภายหลังจากการให้ยาระงับความรู้สึก แบบประเมินความปวดใช้ Numerical rating scale (NRS) และ The FLACC behavioral pain scale แบบสัมภาษณ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแบบสังเกตการปฏิบัติด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ข้อมูลใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired sample t- test ผลการศึกษาพบว่า

1. การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก ในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ประกอบด้วยการประเมินความปวดแรกรับ หลังจากนั้นทุก 15 นาทีและก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น จัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด 3 ระดับ คือ 1) ระดับน้อย (3 คะแนน) บรรเทาปวดโดยการจี้ทำนอนหัวสูง ประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัด ให้ข้อมูลและเบี่ยงเบนความสนใจ 2) ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) บรรเทาปวดโดยการให้ยาในกลุ่ม weak opioids และ 3) ระดับรุนแรง (7-10 คะแนน) บรรเทาปวดโดยการให้ยาในกลุ่ม strong opioids ร่วมกับจี้ทำนอนศีรษะสูง เบี่ยงเบนความสนใจ ประคบเย็น เฝาระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและแก้ไขตามอาการ

2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) ร้อยละ 69.6 ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (4-10 คะแนน) ได้รับยาบรรเทาปวด Morphine 3 mg ร้อยละ 24.4 หรือ pethidine 20 mg ร้อยละ 6 หลังได้รับยาบรรเทาปวด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 14.29 มีผื่นขึ้นร้อยละ 1.79 หลังได้รับการจัดการความปวดผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลงอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 100 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ดังนั้นการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายจากความปวด สามารถนอนหลับได้ และฟื้นหายจากการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

**คำสำคัญ :** การจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ, ห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี, โรงพยาบาลกระบี่

\* พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ เบอร์โทรศัพท์ 081-8929549 e-mail: S.kppkr@yahoo.com

\*\* พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ เบอร์โทรศัพท์ 084-3043440 e-mail: suchata\_v@hotmail.com

# Postoperative Pain Management of Appendicitis Patients without Ruptured Appendicitis in the Recovery Room, Anesthesiology Department, Krabi Hospital

*Saowanee Kerdpakpraek \**

*Suchata Vipavakan \*\**

## Abstract

This research aimed to study postoperative pain management for appendicitis patients without ruptured appendicitis in Recovery room anesthesiology department, Krabi Hospital. The sample consisted of 168 appendicitis patients who were admitted in recovery room, anesthesiology department in Krabi Hospital from April to June 2016 and 10 nurse anesthetists who practiced in the same department. Tools used in the research implementation were anesthetic record form, post anesthetic recovery record form, pain assessment form, the questionnaires for nurse anesthetists in postoperative pain management. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation and paired sample t- test. The results of this study revealed as follows.

1. Postoperative pain management consisted of local anesthesia at surgical site, pain score evaluation immediately after surgery, every 15 minutes and before discharging from the recovery room. Postoperative pain management follows severity of pain: 1) mild pain (score 1-3) nonpharmacological therapy, 2) moderate pain (pain score 4-6) weak opioids and nonpharmacological therapy, 3) severe pain (pain score 7-10) strong opioids, fowler's position, deviation, cold compression, monitoring of adverse drug reaction and nursing care.

2. Postoperative pain management outcome : 69.6% of patients with mild pain did not receive any analgesics, 24.4% of patients with moderate to severe pain received 3 mg of morphine as well as 6% of those received 20 mg of pethidine. One to postoperative pain management in the study, pain score was reduced significantly

Therefore, postoperative pain management of appendicitis patients without ruptured appendicitis in recovery room will help the patients get better from pain suffering, sleep sufficiently and recover from surgery soon.

**Keywords :** Post Operative Pain Management, Appendicitis Patients, Recovery Room Anesthesiology

---

\* B.N.S, Tel 081-8929549 e-mail: S.kppkr@yahoo.com

\*\* M.N.S, Tel 084-3043440 E-mail: suchata\_v@hotmail.com

## บทนำ

ในแต่ละปีทั่วโลกมีการผ่าตัดเกิดขึ้นมากกว่า 300 ล้านครั้ง<sup>1</sup> ตั้งแต่การผ่าตัดเล็กน้อยในคลินิกที่ใช้เวลาสั้น ๆ ไปจนถึงการผ่าตัดอวัยวะสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุที่ประาะบางใช้เวลาในการผ่าตัดหลายชั่วโมง ความปวดหลังผ่าตัดยังเป็นปัญหาที่ยังพบได้เสมอในผู้ป่วยหลังผ่าตัด บางครั้งเกิดร่วมกับการมีสายระบาย หรือเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดและการกลับมาทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่สามารถบรรเทาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการวางแผนป้องกันและควบคุมอาการปวดตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดด้วยการให้ความรู้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ให้ความสำคัญร่วมกับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมและมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอทั้งก่อนและหลังการรักษา ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน การไอ การหายใจ อารมณ์และสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความเครียดที่เกิดจากความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่ได้รับการแก้ไขย่อมส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร แบบแผนการนอนหลับและการเผาผลาญพลังงาน<sup>2</sup> ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปอดแฟบ ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

ความปวดหลังผ่าตัดเคยถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นแน่นอนและเป็นสิ่งที่ต้องอดทน จากรายงานความปวดในศตวรรษที่ 20 พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีอาการปวดรุนแรงหลังผ่าตัด เพราะเทคนิคการผ่าตัดที่กำหนดมาใช้ในการเปิดแผลที่ใหญ่และเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อรอบ ๆ ที่ไม่ได้ผิดปกติ<sup>1</sup> และความปวดหลังผ่าตัดเป็นขั้นตอนปกติของการรักษา การจัดการความปวดเน้นการส่งยาตามความจำเป็น ไม่มีการเก็บข้อมูลเพื่อแสดงรูปแบบของความปวดหลังผ่าตัด จากการศึกษาการจัดการความปวดของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวด<sup>1,2,4</sup> พบว่า การจัดการความปวดหลังผ่าตัดสามารถจัดการได้และเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อให้กายและอารมณ์ของผู้ป่วยทำงานได้อย่างเหมาะสม การประเมินระดับความปวดขณะพักและขณะใช้งานในส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับการรักษาอาการปวดให้เหมาะสม ด้วยการวิเคราะห์

ล่วงหน้า เพื่อวางแผนการผสมผสานการควบคุมความปวดก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การใช้ยาชาเฉพาะที่ การฉีดยาชาเข้าช่องเหนือช่องน้ำไขสันหลัง หรือเข้าช่องน้ำไขสันหลังแทนการพึ่งพายาอย่างเดียว หรือการฉีดยาชาเฉพาะที่ที่แผลผ่าตัดร่วมกับการใช้ยา opioids เพื่อลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา กลุ่ม opioids เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้การคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อความปวด การรายงานความปวด ความขึ้นชอบต่อวิธีการรักษาที่จะนำมาใช้ และการตอบสนองต่อการรักษา การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เสร็จสิ้นการผ่าตัด การดูแลความปวดหลังผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันอาการปวดยึดเยื่อหลังผ่าตัด<sup>1</sup>

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องประเมินระดับความปวดโดยการซักถาม สังเกตอาการที่แสดงออกถึงความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ติดตามอาการปวดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้ยาเพื่อให้อาการปวดลดลงมากที่สุด<sup>3</sup> การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงต้องทำเป็นขั้นตอนมีความครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและมีความต่อเนื่องหลังผ่าตัดจนกระทั่งบรรเทาจากความสามารถ สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข การจากการศึกษาของสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย<sup>2,4</sup> ได้จัดทำแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันขึ้นเพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพโดยกำหนดขั้นตอนในการจัดการความปวด 8 ขั้นตอน คือ (1) ประเมินสภาพผู้ป่วย (2) ประเมินระดับความปวด (3) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการระงับปวด (4) ให้การระงับปวดเฉียบพลัน (5) ประเมินความปวดหลังให้การรักษา (6) ประเมินภาวะแทรกซ้อน (7) รักษาอาการแทรกซ้อน (8) ประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน

ความปวดจากไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) เป็นความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อเยื่อไส้ติ่งที่จะต้องทำการรักษาอย่างเร่งด่วน เพราะหากมาพบแพทย์หรือวินิจฉัยล่าช้าอาจเกิดไส้ติ่งอักเสบจนถึงขั้นแตก (Ruptured appendicitis) และเกิดภาวะแทรกซ้อนเชื้อโรคกระจายเข้าสู่กระแสเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ การ

ผ่าตัดจึงต้องทำอย่างเร่งด่วนหลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ การเตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจึงเป็นเพียงการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ได้รับการผ่าตัดในระยะเวลาที่กำหนดความปลอดภัยของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบจึงยังเป็นปัญหาที่จะต้องให้การแก้ไขเนื่องจากการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการจัดการความปลอดภัย การจัดการความปลอดภัยจะดำเนินการเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดภายในห้องผ่าตัด จากการสังเกตสัมภาษณ์ และประสบการณ์ของผู้วิจัยเองพบว่าหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยที่แสดงอาการปวด หรือขอยาแก้ปวดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ได้รับการจัดการความปลอดภัยจากภาวะไส้ติ่งอักเสบตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ในระยะผ่าตัดเพียงเพื่อแก้ปัญหาสาเหตุของความปลอดภัยคือการผ่าตัดไส้ติ่งที่อักเสบออก ความปลอดภัยหลังผ่าตัดจึงยังเป็นปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากยังไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความปวดต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกระทั่งหลังผ่าตัด จากการศึกษาของสมาคมการศึกษาเรื่องความปลอดภัยแห่งประเทศไทย<sup>2,4</sup> พบว่าการระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมถึงระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด เพื่อลดความรุนแรงและระยะเวลาของความปวดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วหลังผ่าตัด มีความสุขสบาย ปลอดภัยและพึงพอใจต่อการรักษา ผลจากการวิเคราะห์ปัญหาด้านการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญีพบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดที่ 7-8 คะแนน จำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดซ้ำ การให้ยาแก้ปวดจะให้เมื่อแพทย์มีคำสั่งการรักษาและผู้ป่วยร้องขอยาแก้ปวด

การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัดจึงเป็นบทบาทหลักของวิสัญญีพยาบาลที่จะต้องประเมินและช่วยเหลือตั้งแต่แรกรับเข้าห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปลอดภัยตั้งแต่เสร็จสิ้นการผ่าตัด ให้การดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายผ่อนคลายจากความปวด สามารถหลับได้ และฟื้นหายจากการผ่าตัดในที่สุด ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าทีมที่ให้การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญี จึงได้ศึกษาการจัดการความปลอดภัย

ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษามาปรับปรุงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัดและพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีความครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดคือระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างและหลังผ่าตัด สำหรับให้บุคลากรใช้เป็นแนวปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากความปวดสามารถหลับได้และฟื้นหายจากการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่

## สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกได้รับการจัดการความปลอดภัยหลังผ่าตัดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องผ่าตัด แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่
2. ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปลอดภัยจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี
3. คะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกหลังได้รับการจัดการปวดมีคะแนนความปวดน้อยกว่าก่อนจัดการความปลอดภัย

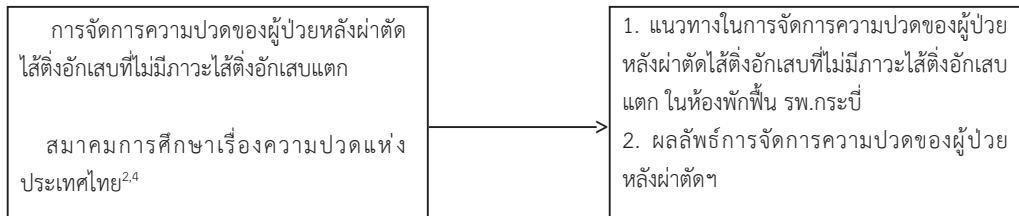
## ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาการจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกมีอายุระหว่าง 15-60 ปี เข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกระบี่และนอนสังเกตอาการหลังผ่าตัดที่ห้องพักรฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 - 30 มิถุนายน 2559 ได้รับการประเมินความปลอดภัยอย่างน้อย 2 ครั้งคือ แรกครั้งที่ห้องพักรฟื้นและก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักรฟื้น

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาการจัดการความปวดของผู้ป่วย

หลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกและผลลัพธ์ของการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญีโรงพยาบาลกระบี่ โดยมีกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาการจัดการความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

จัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ และลงบันทึกในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

1. ทบทวนตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

6. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน การสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. พัฒนาแบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ แบบสัมภาษณ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่และแบบสังเกตการปฏิบัติด้านการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

7. สรุปและรายงานผล

3. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกที่เข้ารับการสังเกตอาการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 – 30 มิถุนายน 2559

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกที่เข้าพักสังเกตอาการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2559 – 30 มิถุนายน 2559 มีอายุระหว่าง 15-60 ปีจำนวนทั้งสิ้น 168 คน และวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่จำนวนทั้งสิ้น 12 คน

4. สัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ เกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และลงบันทึกในแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้น

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้จากกลุ่มประชากรทั้งหมดเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่ง

อีกเสบแตก เข้าสังเกตอาการหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระป๋องน้อย 30 นาที มีการประเมินความปวดอย่างน้อย 2 ครั้ง ได้รับการจัดการความปวดและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรจำนวนทั้งสิ้น 168 คน และวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระป๋องน้อยในเวรเช้า บ่าย ดึกในช่วงที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบบันทึกการดมยาสลบ (Anesthetic Record)
2. แบบบันทึกการฟื้นภายหลังจากการให้ยาระงับความรู้สึก

3. เครื่องมือประเมินระดับความปวดใช้ Numerical rating scale (NRS) โดยให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลข โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวด 1-9 คะแนน หมายถึงปวดมากขึ้นตามลำดับและ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด และ The FLACC behavioral pain scale เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยตัวเองได้ในหอผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวน้อยลง ผู้ป่วยพักฟื้นภายหลังจากการให้ยาระงับความรู้สึกโดยประเมินจากการแสดงออกทางใบหน้า การขยับของการเคลื่อนไหว (activity) ร้องไห้ และการตอบสนองต่อการปลอบโยน (consolability) ซึ่งแต่ละส่วนมีคะแนน 0-2 คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนนดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** The FLACC behavioral pain scale<sup>2</sup>

Categories	Definition	Scoring
สีหน้า	เฉย ไม่ยิ้ม	0
	หน้าตาแบะ หรือขมวดคิ้ว ถอยหนี ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม	1
	คางสั้น กัดฟันแน่น เป็นบ่อ ๆ หรือตลอดเวลา	2
ขา	อยู่ในท่าปกติ หรือท่าสบาย ๆ	0
	อยู่ในท่าไม่สบาย กระสับกระส่าย เกร็ง	1
	เตะ หรือขาขึ้น	2
การเคลื่อนไหว	นอนเฉย ๆ ท่าปกติ เคลื่อนไหวสบาย ๆ	0
	บิดตัวไปมา แอนหน้า แอนหลัง เกร็ง	1
	ตัวอ เกร็งจนตัวแข็ง หรือสั่นกระตุก	2
ร้องไห้	ไม่ร้อง	0
	ครางฮือ ๆ หรือครางเบา ๆ บ่นเป็นบางครั้ง	1
	ร้องไห้ตลอด หรือหวีดร้อง สะอึกสะอื้นหรือบ่นบ่อย ๆ	2
การตอบสนองต่อการปลอบโยน	เชื่อฟังดี สบาย ๆ	0
	สามารถปลอบโยนด้วยการสัมผัส โอบกอด พุดคุยด้วยเพื่อดึงดูความสนใจเป็นระยะๆ	1
	ยากที่จะปลอบโยนหรือทำให้สบาย	2

4. แบบสัมภาษณ์การจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดใส่ดิ่งอีกเสบ ที่ไม่มีภาวะใส่ดิ่งอีกเสบแตกในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระป๋องน้อยใช้สัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ปฏิบัติงานในเวรเช้า บ่าย ดึก ในช่วงที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยพัฒนาจากเอกสารแนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันของสมาคมการศึกษาเรื่อง

ความปวดแห่งประเทศไทย<sup>4</sup> และคู่มือการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด<sup>3</sup> มี 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลการอบรมเรื่องการจัดการความปวด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาล

ตอนที่ 2 แนวทางจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ โดยการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ให้แต่ละคนตอบคำถามการจัดการความปวดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากท้องพักฟื้น ข้อคำถามมี 7 ข้อ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด ความถี่ในการประเมินความปวด การจัดการความปวดมีกี่วิธี แต่ละวิธีทำอย่างไร การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาทำอย่างไร ผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นอย่างไร มีวิธีแก้ไขเป็นอย่างไร และผลลัพธ์การจัดการความปวดเป็นอย่างไร

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค ในการจัดการความปวด และข้อเสนอแนะ

5. แบบสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ มี 8 ข้อประกอบด้วย การประเมินอาการ ระดับความรู้สึกตัว และระดับความปวดแรกรับเข้าห้องพักฟื้น การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด การประเมินความปวดซ้ำทุก 15 นาทีและก่อนจำหน่าย การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการแก้ไข

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน แบบสัมภาษณ์การจัดการความปวดและแบบสังเกตการปฏิบัติด้านจัดการความปวดหลังผ่าตัดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถามและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ .83, .86 และ 89 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานาน 30 รายนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน แบบสังเกตการปฏิบัติด้านจัดการความปวด

หลังผ่าตัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .89 หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาลโดยนำไปทดสอบการใช้งานวิสัญญีพยาบาลจำนวน 12 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson : KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .90

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ และที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบฯ ของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ประวัติการใช้สารเสพติด ข้อมูลวิสัญญีพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอบรมการจัดการความปวด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาล

2. ข้อมูลการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึก

3. ข้อมูลการจัดการความปวด ได้แก่ เครื่องมือประเมินความปวด ความถี่ในการประเมินความปวด ระดับความปวดแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากท้องพักฟื้น การใช้ยาบรรเทาปวด ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผลลัพธ์จากการจัดการความปวด และแนวทางในการจัดการความปวด

4. แบบสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมเองในเวรเช้า ส่วนในเวรบ่ายดึก มอบหมายให้หัวหน้าเวรในแต่ละเวรเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหาที่ได้ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

5. เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวด

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมา

วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) ใช้เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นใช้ paired sample t- test

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหารและโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์

ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ - นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น สำหรับการสืบค้นเวชระเบียนได้ผ่านการอนุมัติให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจากผู้บริหารโรงพยาบาลก่อนที่จะเก็บข้อมูลจริง

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน (n=168)

	จำนวน (n=168)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
เพศ			1.5	.500
ชาย	77	45.8		
หญิง	91	54.2		
อายุ			2.07	1.111
15-25	74	44.0		
26-35	33	19.6		
36-45	37	22.0		
46-60	24	14.3		
น้ำหนัก			1.54	.674
40-60	95	56.5		
61-80	56	33.3		
81-100	17	10.1		
เวลาผ่าตัด			1.30	.471
< 1 ชม	119	70.8		
1-2 ชม	48	28.6		
> 2 ชม	1	.6		
ประวัติการใช้สารเสพติด			1.96	.200
ใช้	7	4.2		
ไม่ใช้	161	95.8		
วิธีระงับความรู้สึก			1.06	.237
GA	158	94.0		
SB	10	6.0		



จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 15 - 25 ปี มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 40 - 60 กิโลกรัม เวลาที่ใช้ในการผ่าตัดส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง มีประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 4.2 ส่วนใหญ่ระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลที่ได้จากการสัมภาษณ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ที่ได้จากการสัมภาษณ์ (n=10)

	จำนวน (n=10)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
เพศ			1.90	.316
ชาย	1	10		
หญิง	9	90		
อายุ			2.5	1.080
25-30 ปี	2	20		
31-35 ปี	3	30		
36-40 ปี	3	30		
41-45 ปี	2	20		
ระดับการศึกษา			1.00	.000
ปริญญาตรี	10	100		
การอบรมหลักสูตรการเจ็บปวด			1.70	.483
เคย	3	30		
ไม่เคย	7	70		
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านจัดการความปวด			1.80	.422
1-5 ปี	2	20		
6-10 ปี	8	80		

ตารางที่ 3 พบว่าวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ทุกคนจบปริญญาตรี เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการจัดการความปวดร้อยละ 30 ส่วนใหญ่

มีประสบการณ์ในการจัดการความปวด 6-10 ปี (ร้อยละ 80)

3. ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ (n=168)

	จำนวน (n=168)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
ระดับความปวดแรกรับเข้าห้องพักฟื้น			1.22	.604
1-3 คะแนน	147	87.5		

ตารางที่ 4 (ต่อ) ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ (n=168)

	จำนวน (n=168)	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD
4-6 คะแนน	5	2.98		
7-10 คะแนน	16	9.52		
หลังรับไว้ดูแลในห้องพักฟื้น 15 นาที			1.40	.783
1-3 คะแนน	131	77.98		
4-6 คะแนน	6	3.57		
7-10 คะแนน	31	18.45		
ก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น			1.00	.000
1-3 คะแนน	168	100		
4-6 คะแนน	0	0		
7-10 คะแนน	0	0		
ยาแก้ปวดที่ได้รับ			2.45	0860
Morphine 3 mg	41	24.4		
Pethidine 10 mg	10	6.0		
ไม่ได้รับยาแก้ปวด	117	69.6		
ฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา			3.64	.857
คลื่นไส้ อาเจียน	24	14.29		
มีผื่นขึ้น	3	1.79		

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกขณะพักสังเกตอาการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน ผู้ป่วยที่มีความปวดอยู่ในระดับ 4-10 คะแนนได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ยา morphine 3 mg จำนวนทั้งสิ้น 41 รายคิดเป็นร้อยละ 24.4 และ pethidine 20

mg ร้อยละ 6 หลังได้รับยามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 14.29 มีผื่นขึ้นร้อยละ 1.79

4. เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ (n=168)

	$\bar{X}$	SD	t	df	Sig.(2-tailed)
ความปวดก่อนจัดการความปวด	1.22	.604			
ความปวดหลังจัดการความปวด	1.00	.000			
เปรียบเทียบความปวดก่อนและหลังจัดการความปวด	.220	.604	4.729	167	.000

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ที่มีระดับความปวดที่ 4-10 คะแนน (n=58)

	$\bar{X}$	SD	t	df	Sig.(2-tailed)
ความปวดก่อนจัดการความปวด	1.81	.395			
ความปวดหลังจัดการความปวด	1.00	.000			
เปรียบเทียบความปวดก่อนและหลังจัดการความปวด	.810	.395	15.606	57	.000

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกหลังได้รับการจัดการความปวดมีคะแนนความปวดลดลงจาก ( $\bar{X} = 1.22$ ,  $SD = .604$ ) เป็น ( $\bar{X} = 1.00$ ,  $SD = .000$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตารางที่ 6 เมื่อศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกพบว่าหลังได้รับการจัดการความปวดผู้ป่วยมีคะแนนความปวดลดลง

5. แนวทางการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติด้านจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญีดังนี้

5.1 ฉีดยาแก้ปวดเฉพาะที่บริเวณแผลผ่าตัดก่อนเย็บปิดผิวหนังทุกราย

5.2 หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดได้ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้นวิสัญญีพยาบาลในท้องพักฟื้น ประเมินอาการและระดับความปวดโดยใช้ The FLACC behavioral pain scale ในผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวน้อยและ Numerical rating scale ในผู้ป่วยที่สามารถตอบคำถามได้ดีโดยทำการประเมิน 3 ครั้งคือ แรกรับเข้าห้องพักฟื้น หลังจากนั้นทุก 15 นาทีและก่อนจำหน่ายออกจากท้องพักฟื้น

5.3 กำหนดแนวทางการใช้ยาระงับปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด 3 ระดับคือ

5.3.1 ปวดน้อยมีระดับความปวดที่ 1-3 คะแนน บรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยการจัดท่านอนหัวสูง ประคบเย็น จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ เบี่ยงเบนความสนใจ บรรเทาปวดโดยการให้ยา paracetamol และ/หรือ Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs)

5.3.2 ปวดปานกลาง มีระดับความปวดที่ 4-6

คะแนน บรรเทาปวดโดยการให้ยา Weak Opioids หรือ paracetamol หรือ NSAID ตามแผนการรักษา ร่วมกับการจัดท่า ประคบเย็น ให้ข้อมูล เบี่ยงเบนความสนใจ

5.3.3 ปวดมากมีระดับความปวดที่ 7-10 คะแนน บรรเทาปวดโดยใช้ยาในกลุ่ม Strong Opioid paracetamol/NSAIDs ตามแผนการรักษา จัดท่านอน รายงานแพทย์

5.4 ประเมินระดับความปวดซ้ำทุก 15 นาทีและก่อนจำหน่ายออกจากท้องพักฟื้น

## อภิปรายผล

1. การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ โดยใช้แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย<sup>2,4</sup> และคู่มือการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด<sup>3</sup> มาใช้เทียบเคียงกับเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ร่วมกับการสัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในท้องพักฟื้น เพื่อดูกระบวนการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า การจัดการความปวดโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินความปวด การวินิจฉัยระดับความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย วางแผนการพยาบาลในการบรรเทาปวด ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดและการประเมินผลการจัดการความปวดจากระดับความปวด สัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงไปและผลข้างเคียงจากการใช้ยา จะเห็นได้ว่าการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ การจัดการความ

ปวดโดยใช้กระบวนการพยาบาลจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องลดผลกระทบที่เกิดจากความปวดลงให้มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ<sup>6</sup> ที่ศึกษาบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดแบบใช้ยาตามแผนการรักษาและไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลโดยตรงในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการจัดการความปวดทางเลือกเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานลงให้มากที่สุด จะเห็นได้ว่าการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจทั้งในด้านของการเลือกเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการความปวดชนิดใช้ยาก็จะต้องมีความรู้ในการบริหารยาฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ และให้การช่วยเหลือตามอาการอย่างเหมาะสม การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาลในการจัดการความปวดรวมกับการใช้ยาตามแผนการรักษาแล้วแต่ต้องใช้ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและประทับใจในบริการที่ได้รับสอดคล้องกับการศึกษาของบุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์และครุณี ชุนหวัด<sup>7</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระดูกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลและต่อผลลัพธ์การจัดการความปวดที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ายาบาลที่มีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดได้เพิ่มขึ้น

2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งในท้องพักฟื้นมีระดับคะแนนความปวดลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี และ ณิชฎดา อารีเปี่ยม<sup>8</sup> ที่ศึกษาการจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังการผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลพรรัตนราชธานี โดยการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 100 รายเป็นผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งมากที่สุด วัดประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดที่เป็นตัวเลขมากที่สุด คะแนนความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในช่วง 6-8 คะแนน และลดลงภายหลังได้ยาแก้ปวด อย่างไรก็ตามก็ตีจากการศึกษาพบว่าการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่มีคะแนนความปวดอยู่ในระดับน้อยและปานกลางส่วนใหญ่จะไม่ได้รับยาาระงับปวด หรือได้รับยาาระงับปวดที่ไม่เหมาะสมกับอาการ อาจเนื่องมาจากการกำหนด

แนวทางปฏิบัติของสมาคมระงับปวดแห่งประเทศไทยที่กำหนดการระงับปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดน้อยและปานกลางที่กำหนดให้ใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และ weak opioids นอกจากนี้จากการซักประวัติการใช้สารเสพติดพบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งมีประวัติใช้สารเสพติด การขอยาาระงับปวดเพิ่มเจ้าหน้าที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจึงเป็นสาเหตุให้มีการใช้ยาน้อยกว่าระดับความปวดที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ ประกอบกับการไม่มีแนวทางการระงับปวด เจ้าหน้าที่ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาาระงับปวดที่ไม่เหมาะสมกับความปวดสอดคล้องกับการศึกษาของ Bardiau และคณะ (ในจิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดีและณิชฎดา อารีเปี่ยม<sup>8</sup>) ที่พบว่าสาเหตุของการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมเกิดจากการไม่มีแนวทางในการดำเนินการและความวิตกกังวลของเจ้าหน้าที่ต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การติดยาและต้อยา

3. จากการศึกษาทำให้ทราบแนวทางการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ไม่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่ ที่มีการปฏิบัติของโรงพยาบาลโดยกำหนดให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ทุกคนต้องปฏิบัติ การกำหนดแนวทางปฏิบัติจึงเป็นสิ่งกระตุ้นเตือนร่วมกับการนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ จะช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้เป็นแนวทางเดียวกันครอบคลุมทุกกลุ่มโรคทั่วทั้งองค์กร
2. เป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในท้องพักฟื้นและพัฒนาศักยภาพเพื่อตอบสนองการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
3. ให้ข้อมูลความปวด และการจัดการความปวดในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่สูญเสียอวัยวะและผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ชลวิทย์ หลาวทอง อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ นพ.สุพจน์ ภูเก้าล้วน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ พว.จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนและกำลังใจจนสำเร็จลงด้วยดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำชี้แนะ วิทยาลัยพยาบาลและผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งทุกคนที่ให้การท่วิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the study of pain. (2017). Against Pain After Surgery. แหล่งที่มา <https://www.iasp-pain.org/globalyear> สืบค้น เมื่อ 31 มกราคม 2561

2. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical Guidance for Management of Acute Postoperative Pain. ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2554 พิมพ์ครั้งที่ 1.

3. นุสรุ ประเสริฐศรี. (มปป). คู่มือการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด Pocket Pain Management Nursing. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก.

4. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management. ฉบับที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 1.

5. สถิติโรงพยาบาลกระบี่. (2559). ข้อมูลเก็บตัวชี้วัดกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลกระบี่.

6. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2559). บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดตลอด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 34(1); 6-14.

7. บุษรา ดาวเรือง, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์และตรุณี ชุณหวัต. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรคกระตุกและข้อต่อความรู้ของพยาบาล การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพยาบาลและต่อผลลัพธ์การจัดการความปวด. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 18(3): 358-371.

8. จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดีและณัฐธิดา อารีเปี่ยม. (2558). การจัดการความปวดของผู้ป่วยผู้ใหญ่ หลังการผ่าตัดช่องท้อง แผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ธรรมชาติเวชสาร.15(1);80-90.