

# การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น

## Development of Nursing Model for Postoperative Pain Management in Patients Receiving General Anesthesia in the Post Anesthesia Care Unit.

(Received: August 21,2025 ; Revised: August 31,2025 ; Accepted: September 2,2025)

เตือนใจ คำขุนทด<sup>1</sup> สุทธดา อมราภรณ์<sup>2</sup> อัญชญา แก้วคำ<sup>3</sup> อภินันท์ วัชรินทร์วงศ์<sup>4</sup> จุรีพร งามสุข<sup>5</sup>  
Tuanjai Khumkhuntod<sup>1</sup> Suttada Ammaraporn<sup>2</sup> Unchana Kaewkum<sup>3</sup> Apinan Vachrainwong<sup>4</sup>  
Jureeporn Ngamsuk<sup>5</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น พัฒนาโดยใช้แนวคิดของโดนาเบดีอัน (Donabedian Model) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล รูปแบบใหม่ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและได้รับการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้น จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 60 คน และกลุ่มทดลอง 60 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินระดับคะแนนความปวดและการบริหารจัดการความปวด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ คือ 1) สถิติเชิงปริมาณโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความพึงพอใจ คะแนนความปวดก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน 2) สถิติ Chi-square test วิเคราะห์ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยแรกรับ-จำหน่ายและเปรียบเทียบระดับคะแนนความปวด 3) สถิติ Independent t-test วิเคราะห์การบริหารจัดการความปวดโดยใช้ยาและระยะเวลาอนอนในห้องพักฟื้น

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการลดระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ในช่วงเวลา 15, 30 และ 45 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.00, 0.00$  และ  $0.03$ ) การบริหารจัดการความปวด โดยใช้ยา Morphine และ Fentanyl มีความแตกต่างกันตามชนิดของยาและช่วงเวลาตามระดับคะแนนความปวด ระดับความปวดของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น อยู่ในระดับคะแนน 0-3 ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาอนอนในห้องพักฟื้น ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $P=0.17$ ) ในส่วนของวิสัยทัศน์พยาบาลผู้ให้บริการ พบว่า รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 97.7 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $mean = 4.24, SD = 0.72$ )

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบการพยาบาล การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ห้องพักฟื้น

### Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) project aimed at developing a nursing care model for postoperative pain management in patients receiving general anesthesia in the Post Anesthesia Care Unit (PACU), based on Donabedian's framework. The research was conducted in three phases: situation analysis, development of the nursing care model, and evaluation of its effectiveness. The study

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี

<sup>2</sup> นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

<sup>4</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

<sup>5</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

population included 120 postoperative patients who underwent general anesthesia and received PACU care (60 in the control group and 60 in the experimental group), Data were collected between June and July 2025 using questionnaires, a feasibility assessment form, a pain score scale, and pain management records. Data analysis involved descriptive statistics, Chi-square tests, and independent t-tests.

Results: The developed nursing care model significantly reduced postoperative pain scores at 15, 30, and 45 minutes in the recovery room ( $P = 0.00, 0.00, \text{ and } 0.03$ ). Pain management using Morphine and Fentanyl showed differences depending on the drug type and timing of assessment. Before PACU discharge, patients' pain levels were within a range of 0–3. No complications were reported, and the length of PACU stay did not differ significantly ( $P = 0.17$ ). Nurse anesthetists rated the model highly feasible (97.7%) and reported high satisfaction (mean = 4.24, SD = 0.72).

**Keywords:** Nursing care model, Pain management, Postoperative patients, General anesthesia, Post Anesthesia Care Unit (PACU)

## บทนำ

ความปวด (Pain) หมายถึง ประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจริง หรืออาจเกิดจากการรับรู้ที่เนื้อเยื่อ ถูกทำลาย<sup>1</sup> ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน เป็นความรู้สึกไม่สบายหรือความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรับรู้ได้หลังสิ้นสุดการผ่าตัดและออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นและยังอยู่ในระยะการฟื้นตัวจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก โดยความปวดนี้อาจเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การอักเสบ หรือการกระตุ้นเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด<sup>2</sup>

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นถือเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการให้ยาระงับความรู้สึก โดยต้องให้ความสำคัญตั้งแต่การส่งต่อผู้ป่วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ความระมัดระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว<sup>3</sup> จากมาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญีเป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนระหว่างและระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการรวมถึงการดูแลต่อเนื่องสำหรับมาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลัง

ให้บริการทางวิสัญญี มีการกำหนดแนวทางการบริหารความปวดหลังการผ่าตัด (Management of Post operation Pain) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัย<sup>4</sup>

โรงพยาบาลราชวิถีหน่วยการพยาบาลวิสัญญีพักฟื้น ให้บริการในวันราชการ เวลา 08.00-16.00 น. มีอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในห้องพักฟื้น จำนวน 6 คน ได้แก่ หัวหน้าห้องพักฟื้นและวิสัญญีพยาบาลที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น เวลา 16.00-20.00 น. มีอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในห้องพักฟื้น จำนวน 2 คน เวลา 20.00-08.00 น. และวันหยุดราชการ วันหยุดนักขัตฤกษ์ มีการให้บริการด้านวิสัญญี แบ่งออกเป็น 2 ช่วง เวลา 08.00-20.00 น. และเวลา 20.00-08.00 น. มีอัตรากำลังวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในห้องพักฟื้น จำนวน 10 คน วิสัญญีพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น ยกเว้นผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนัก ในปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเข้ารับบริการในห้อง พักฟื้น จำนวน 11,690 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนในห้องพักฟื้น จำนวน 3,116 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย 3

ลำดับแรก ได้แก่ปวดแผลผ่าตัด จำนวน 1,671 ราย (ร้อยละ 53.62) คลื่นไส้อาเจียน จำนวน 571 ราย (ร้อยละ 18.32) และความดันโลหิตสูง จำนวน 509 ราย (ร้อยละ 16.33) ตามลำดับ<sup>5</sup>

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ปวดแผลผ่าตัด จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าการประเมินความปวดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของวิสัญญีพยาบาล มีการใช้เครื่องมือสำหรับประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกัน มีการให้ชนิดของยาระงับปวดและขนาดยาระงับปวดที่มีความแตกต่างกัน ไม่มีการประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยาระงับปวด การบันทึกเรื่องความปวดไม่ครอบคลุม การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานไม่ชัดเจนขาดความต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลเรื่องยาระงับปวดในห้องพักฟื้นไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และจากการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ได้แก่ การประเมินความปวด การได้รับยาระงับปวด ผลการบรรเทาความปวด พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้และไม่เข้าใจเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด ไม่ได้รับการประเมินความปวดภายใน 15 นาทีหลังได้รับยาระงับปวด ผลการบรรเทาความปวดไม่ลดลง ผลเสียของความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ รบกวนการพักผ่อน ผลเสียต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว และร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ผลเสียต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ มีสารคัดหลั่งคั่งค้างและปอดบวม มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันและการทำงานของลำไส้ลดลง<sup>6</sup> การจัดการความเจ็บปวดเฉียบพลันที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะทำให้เกิดผลเสีย เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเพิ่มขึ้น การทำงานของร่างกายและการฟื้นตัวของคุณภาพชีวิตลดลง การใช้ยาระงับปวดเป็นเวลานานระหว่างและหลังการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น<sup>7</sup> อาการปวดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดยังคงเป็นปัญหาสำคัญ มี

อาการผิดปกติทางสรีรวิทยาหลายอย่างที่เกิดขึ้น ส่งผลต่ออวัยวะและระบบต่างๆ สำหรับอาการปวดและอาการกระสับกระส่ายหลังผ่าตัด จะเพิ่มความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ ไม่พึงประสงค์หลายประการ หากควบคุมได้ ไม่เพียงพอส่งผลต่อการฟื้นตัวต่อไป<sup>8</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี จึงสนใจพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น โดยใช้แนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian Model)<sup>9</sup> ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น มีรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น มีระดับความปวดหลังได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่า 4 และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการความปวด

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น พัฒนาโดยใช้แนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian Model)



ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน  
มิถุนายน-กรกฎาคม 2568 ดังนี้

### 1. ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์

1.1 การทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด  
ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง  
และข้อมูลเชิงนโยบายต่างๆ

1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุและอุบัติการณ์  
ต่าง ๆ เพื่อรับรู้ปัญหาในบริการการพยาบาล ได้แก่  
ด้านการบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้ป่วย

1.3 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยด้าน  
การวิจัยและพัฒนาทักษะการสนทนากลุ่ม (focus  
group interview) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-  
depth interview)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการ  
พยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่  
ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้อง  
พักฟื้น รูปแบบใหม่

2.1 ผู้วิจัยสืบค้นองค์ความรู้จากหลักฐาน  
เชิงประจักษ์ต่างๆ ที่ได้จากการศึกษารวบรวม ทั้ง  
งานวิจัย แนวปฏิบัติและความคิดเห็นของ  
ผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับวิสัญญีแพทย์  
เฉพาะทางด้านการระงับปวด (Pain Specialist  
Anesthesiologist) จำนวน 3 คน เพื่อจัดทำแนว  
ทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับ  
ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น

2.3 ผู้วิจัยนำแนวทางการจัดการความ  
ปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ  
ทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น ไปตรวจสอบความ  
สมบูรณ์ครบถ้วนของเนื้อหา

2.4 ระยะก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัย  
นำเสนอโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อทำการ  
พิจารณาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบ  
ของคณะกรรมการฯ ก่อนทำการวิจัย

3. ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไป  
ทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการ  
พยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่

ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพัก  
ฟื้น ภายหลังจากได้รับรองจริยธรรมจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี  
ตามขั้นตอนดังนี้

1. จัดการประชุมวิสัญญี แพทย์ พยาบาล  
ผู้ให้บริการ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาล  
ผู้ช่วยวิสัญญีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย  
วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการ  
วิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยและเก็บรวบรวม  
ข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  
ได้แก่ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา ศัลยแพทย์เจ้าของไข  
งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และหอผู้ป่วยที่รับนอน  
ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยส่งบันทึกข้อความแจ้ง เพื่อ  
รับทราบและยินยอมให้ดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
ผู้ป่วยตามตารางการผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า  
ได้แก่ ผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบได้รับยาระงับ  
ความรู้สึกทั่วร่างกาย และได้รับการดูแลต่อเนื่องใน  
ห้องพักฟื้น ผู้วิจัยเยี่ยมประเมินผู้ป่วย เพื่อชี้แจง  
วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการ  
วิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย อย่างน้อย 1  
วัน ก่อนผ่าตัด โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า คัดออก ตาม  
เกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลการ  
จัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับ  
ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นรูปแบบใหม่  
ในระยะเวลา 1 สัปดาห์

5. ผู้วิจัย ประชุมร่วมกับวิสัญญี แพทย์ ผู้  
ให้บริการเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการ  
พยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่  
ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพัก  
ฟื้น รูปแบบใหม่ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและ  
นำไปใช้จริงในหน่วยงานในระยะเวลา 2 เดือน

4. ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลประเมิน  
ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลการจัดการ  
ความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับ

ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น  
กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและได้รับการดูแลต่อในห้องพักฟื้น จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 60 คน เป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง และกลุ่มทดลอง 60 คน เป็นกลุ่มหลังใช้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ดังนี้

#### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินระดับคะแนนความปวดและการบริหารจัดการความปวด

2. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย 1) คู่มือแนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้อง พักฟื้น 2) Flow Chart แนวทางการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น 3) สื่ออินโฟกราฟิกเรื่องเครื่องมือประเมินระดับความปวด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม จะถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามความพึงพอใจ คะแนนความปวดก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นและอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงปริมาณโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยแรกรับ-จำหน่ายและเปรียบเทียบระดับคะแนนความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi- square test

3. การบริหารจัดการความปวดโดยใช้ยาและระยะเวลาอนในห้องพักฟื้น วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

### จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 115/2568

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล จำนวน 50 คน เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 88.0 เป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 12.0 อายุเฉลี่ย  $37.62 \pm 7.58$  ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล เฉลี่ย  $14.68 \pm 7.93$  ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 5-10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.0 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี เฉลี่ย  $8.76 \pm 7.87$  ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > 0.05$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.0 และ 95.0 อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 30.0 อายุเฉลี่ย  $42.23 \pm 11.40$  และ  $43.22 \pm 10.59$  ปี ตามลำดับ การวินิจฉัยโรค เป็นโรคทางนรีเวช คิดเป็นร้อยละ 80.0 และ 71.7 การผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นแบบเปิด (Open Surgery) คิดเป็นร้อยละ 63.3 และ 65.0 ตามลำดับ

3. ข้อมูลความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามขั้นตอนรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายใน ห้องพักฟื้นพบว่า วิสัญญีพยาบาลแสดงความ คิดเห็นว่าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทุก กิจกรรม ร้อยละ 97.7

4. ข้อมูลระดับความพึงพอใจของวิสัญญี พยาบาลต่อการนำรูปแบบการพยาบาลการจัดการ ความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นพบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังนี้ มีความ ง่าย (mean = 4.08 SD = 0.78) มีความชัดเจน (mean = 4.14 SD = 0.76) มีความเหมาะสม (mean = 4.18 SD = 0.75) มีประโยชน์ต่อท่าน และหน่วยงาน (mean = 4.40 SD = 0.61) มีความพึงพอใจในภาพรวม (mean = 4.24 SD = 0.72)

5. ข้อมูลระดับคะแนนความปวดของทั้งสอง กลุ่มในแต่ละช่วงเวลาในห้องพักฟื้นพบว่า แรกรับ ระดับคะแนนความปวดทั้ง 2 กลุ่มต่างอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.22$ ) กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ลดระดับความปวดลงมาอยู่ที่ 0-3 มากกว่า กลุ่มก่อนใช้รูปแบบร้อยละ 51.7, 68.3 และ 85.0 กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ร้อยละ 91.7, 93.3 และ 98.3 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.00, 0.00$  และ  $0.03$ ) ตามลำดับ ที่เวลา 60 นาที และก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นระดับคะแนน ความปวดทั้ง 2 กลุ่มต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ  $p=0.21$

6. ข้อมูลการบริหารจัดการความปวดพบว่า การให้ยา Morphine ในกลุ่มก่อนและหลังใช้ รูปแบบฯ ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย  $1.63 \pm 1.48$  และ  $1.35 \pm 1.24$  มิลลิกรัมมีความแตกต่างอย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ  $P = 0.26$  ในกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ มีการให้ยา Morphine ครั้งที่ 2 และ 3 ค่าเฉลี่ย  $0.88 \pm 1.12$  และ  $0.33 \pm 0.75$  มิลลิกรัมเมื่อเทียบกับกลุ่มก่อนใช้ ค่าเฉลี่ย  $0.22 \pm 0.73$  และ  $0.30 \pm 0.25$  มิลลิกรัมมีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ  $P = 0.00, 0.00$  ตามลำดับ การ ให้ยา Fentanyl ในกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้

รูปแบบครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย  $7.50 \pm 18.00$  และ  $1.5 \pm 5.77$  ไมโครกรัม มีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ  $P = 0.01$  แต่ในครั้งที่ 2 และ 3 ในกลุ่มก่อนใช้ค่าเฉลี่ย  $0.4 \pm 3.22$  และ  $0.0 \pm 0.00$  เมื่อเทียบกับกลุ่มหลังใช้รูปแบบค่าเฉลี่ย  $1.00 \pm 4.39$  และ  $0.8 \pm 4.61$  ไม่พบความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P = 0.40$  และ  $0.16$  ตามลำดับ

7. ข้อมูลระยะเวลานอนในห้องพักฟื้นของ กลุ่มก่อนและกลุ่มหลังใช้รูปแบบ พบว่ามีค่าเฉลี่ย  $61.50 \pm 6.05$  และ  $63.25 \pm 7.96$  นาที มีความ แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ  $P=0.17$

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการจัดการความ ปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ ทั่วร่างกายในห้องพักฟื้น สามารถลดระดับคะแนน ความปวดของผู้ป่วยลงได้ โดยใช้ข้อมูลในการ ประเมินผลความเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนความ ปวดตามระยะเวลาของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ และ กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ตั้งแต่แรกรับ 15, 30 และ 45 นาที พบว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ มีระดับคะแนน ความปวด 4-6 ร้อยละ 21.7, 30.0, 23.3 และ 13.3 มีระดับคะแนนความปวด 7-10 ร้อยละ 23.3, 18.3, 8.3 และ 1.7 ตามลำดับเปรียบเทียบกับกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ที่มีการพัฒนาแนว ททางการประเมินและการจัดการความปวดตาม ขั้นตอนที่รวดเร็วขึ้นสามารถบริหารยาแก้ปวดจาก ทุก 15 นาทีเป็นทุก 10 นาทีในผู้ป่วยที่มีระดับ คะแนนความปวด 4-10 พบว่าระดับคะแนนความ ปวดลดลง คะแนนความปวด 4-6 ร้อยละ 35.0, 6.7, 5.0 และ 1.7 คะแนนความปวด 7-10 ร้อยละ 23.3, 1.7, 1.7 และ 0.00 จากข้อมูลเชิงสถิติยืนยัน ว่า ผลต่างนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติจริงที่เวลา 15, 30 และ 45 นาที ( $P=0.00, 0.00$  และ  $0.03$ ) ระดับ คะแนนความปวด 0-3 และ 4-6 มีแนวโน้มคงที่ ร้อยละ 98.3 และ 1.7 สอดคล้องกับเชิฐพร

พยอมแยม<sup>10</sup> การใช้ยาแก้ปวดปริมาณยาระงับปวด Morphine เท่ากับ 0.85 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง สอดคล้องกับนัยนา ไชยงค์<sup>11</sup> และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นด้วยระดับคะแนนความปวด 0-3 ร้อยละ 100.0 ซึ่งสอดคล้องกับ ฦภัทร จันทรสุข<sup>12</sup>

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดที่ศึกษาขึ้นนี้ วิทยาลัยพยาบาลสามารถให้ยาแก้ปวดตามการประเมินความปวดทุก 10 นาที จำนวน 3 ครั้ง เมื่อระดับคะแนนความปวด 4-6 และ 7-10 สามารถช่วยลดระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วยลงได้อย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องไปจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นด้วยระดับคะแนนความปวด 0-3 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางการจัดการความปวดของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย<sup>6</sup> และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการจัดการความปวด สามารถนำการพัฒนาูปแบบการจัดการความปวดนี้ ไปประยุกต์ไว้ในระบบการพยาบาลการระงับปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. การนำไปใช้ทางคลินิก

1.1 ควรนำรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในห้องพักฟื้น อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

#### 2. การพัฒนาบุคลากร

2.1 ควรจัดอบรมสำหรับวิสัญญีพยาบาล เกี่ยวกับการประเมินความปวด การใช้เครื่องมือมาตรฐานและการบริหารจัดการยาแก้ปวดที่เหมาะสม

2.2 สื่อสารในทีมสหสาขา ระหว่างวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์และพยาบาลหอผู้ป่วย เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลหลังย้ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้น

### 3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนเชิงนโยบาย ประกาศใช้รูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น

3.2 ควรผลักดันให้มี การบันทึกเวชระเบียนด้านการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ติดตามคุณภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วย

### 4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

4.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในห้องพักฟื้นที่พัฒนาขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เช่น ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมประสาท ที่อาจมีการตอบสนองต่อการจัดการปวดแตกต่างกัน

4.2 ควรขยายการศึกษา เช่น ระยะเวลาติดตามผลที่ยาวขึ้น เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ระยะกลางและระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการฟื้นตัวและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ  
**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน หัวหน้าหน่วยการพยาบาลวิสัญญีพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลจากงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี หัวหน้างานและพยาบาลห้องผ่าตัดจากงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพจากงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม หัวหน้างานและพยาบาลวิชาชีพจากงานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวช วิสัญญีแพทย์จากกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา และศัลยแพทย์จากกลุ่มงานศัลยศาสตร์ กลุ่มงานสูตินรีเวชศาสตร์ ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ สนับสนุนและอำนวยความสะดวก ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



## เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the Study of Pain. IASP terminology [Internet]. Washington DC:IASP; 2020 [cited 2025 Apr 3]. Available from: <https://www.iasppain.org/resources/terminology/>
2. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline. J Pain. 2016 Feb;17(2):131-157.
3. อรรถลักษณ์ รอดอนันต์. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. ใน อักษร พูลนิตติพร, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ เจริญราช และนรุตม์ เรือนอนุกุล (บรรณาธิการ). ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558.
4. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2551.
5. งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี. รายงานปฏิบัติการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โรงพยาบาลราชวิถี ปี 2567. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลราชวิถี. 2567.
6. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management). 2562. ค้นเมื่อ 1 มกราคม 2568, แหล่งที่มา <https://www.scribd.com/document/415449271/>.
7. Gan, Tong J. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. Journal of Pain Research. 2017; 10: 2287-2298.
8. Luo, Jie and Min, Su. Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. Journal of Pain Research. 2017 (10), 2687-2698.
9. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
10. Payomyam, Chernporn. The Effectiveness of an Implementation of Adult Postoperative Pain Order for Postoperative Pain Management in Recovery Room, Hua Hin Hospital. วารสารแพทย์ เขต 4-5. 2561;37(3):262-72.
11. นัยนา ไชยงค์, สุภาพรณ จันสด, ปุณณิสรา ศรีสาร และสุภาวดี นวลอ่อน. รูปแบบการระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2551. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2553;7(2):26-35.
12. ภัทร จันทสุข. ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ [รายงานการวิจัย]. บึงกาฬ: โรงพยาบาลพรเจริญ; 2567.