

Development of Post – operative Pain Nursing Management

Watcharee Muktanaanun, B.NS.

Department of nurse, Surin Hospital, Surin, Thailand.

ABSTRACT

Background : Post-operative pain causes physiological changes through stimulation of autonomic nervous system which increases blood pressure and heart rate. The pains aggravate patients and make them discomfort and torture. Therefore development of post-operative pain nursing management is an important role of nurse in order to assess and relieve the post-operative pain effectively for better clinical outcome and patient satisfaction.

Objective : To develop the nursing care plan for post-operative nursing management in cluding outcome evaluation

Setting : Surgery and Orthopedics Wards, Surin Hospital

Study Design : Action research

Method : Sample group was 106 registered nurses and 160 patients in Surin hospital. Study period was conducted from January to October 2010. Research tools included pain management assessment and nurse satisfaction assessment forms in which approved for content validity from five experts. The study was comprised of three phases; the first phase included situation analysis about post-operative pain management to define the root causes of its relevant problems. Phase II pertained development of post-operative pain care plan covered post-operative admission, pain assessment, pharmacologic and non-pharmacologic pain management, outcome assessment and process of the care plan implementation. Phase III was the evaluation process of developed care plan. Statistical analysis included percentage, mean, t-test and content analysis.

Result : Outcome after applied the nursing care plan for pain management to practice found that patient's satisfaction to nursing care was significantly increased in all aspects ($p < 0.001$) and nurse's satisfaction to the developed care plan was also more over 80% in all aspects.

Conclusion : The developed nursing care plan for post-operative management resulted in holistic patient care, convenient and applicable. The guideline was explicit in each step of nursing care moreover practitioners and patients satisfied with the result of the care plan.

Keywords : Care plan development, post-operative pain management

การพัฒนาารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

วัชร มุกด์ธนะอนันต์, พย.บ.

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ความปวดหลังผ่าตัดทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นความดันโลหิตสูงขึ้น ความปวดเป็นสิ่งที่รบกวนผู้ป่วยทำให้เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานดังนั้นการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อการประเมินความปวดและบรรเทาความปวดเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลถ้าสามารถบริหารจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดรวมถึงประเมินผลการนำแนวทางไปใช้

สถานที่ศึกษา : หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายและหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์

รูปแบบการศึกษา : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 106 คน และผู้ป่วย 160 ราย มีระยะเวลาการศึกษาในช่วงเดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ.2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินผลการจัดการความปวดและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวด แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยกำหนดกิจกรรม และจัดทำแนวปฏิบัติให้เกิดความครอบคลุมตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งรูปแบบการใส่ยาและไม่ใส่ยา รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการความปวด และนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นลงสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบ ที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากนำแนวทางการจัดการความปวดไปใช้ พบว่า หลังการใช้นโยบายปฏิบัติผู้ป่วยมี ความพึงพอใจในการจัดการความปวดของพยาบาลสูงขึ้นในทุกประเด็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นพบว่ามีค่าความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกประเด็น

สรุปผล : แนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่สร้างขึ้น ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม สามารถปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกมีความชัดเจนในขั้นตอนของแนวปฏิบัติ ทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย และผู้รับบริการ

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

บทนำ

ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นปัญหาอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดใหญ่ จะมีผลให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดมาก โดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณทรวงอก ช่องท้อง ข้อกระดูกใหญ่ๆ และกระดูกสันหลัง¹ ความปวดจะทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้เวลาผ่าตัดนาน และเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวร่างกายและการหายใจ² ความปวดหลังผ่าตัดจะรุนแรงมากใน 24-48 ชั่วโมงแรกและค่อยๆ ทุเลลงทีละน้อย จนหายหมดไปในระยะเวลาต่อมา³ ความปวดจากการผ่าตัดเป็นความปวดที่รุนแรง แต่ยังสามารถจัดการที่ไม่เพียงพอ พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดน้อย ร้อยละ 20-40 มีความปวดปานกลาง และร้อยละ 40-70 มีความปวดรุนแรง² โดยเฉพาะ 1-4 วันหลังผ่าตัดที่มีความปวดในระดับที่รุนแรงถึงปานกลาง⁴ ซึ่งในการศึกษาของลิน⁵ ที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 100 รายในประเทศไต้หวัน พบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมงระหว่างวันที่ 1-3 หลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง และการศึกษาของสมพร ชินโนรส และคณะ⁶ ที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอกจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยรายงานความปวดที่มากที่สุดในช่วงวันที่ 2 หลังผ่าตัด (24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง รวมไปถึงการศึกษาของวัตต์-วัตสัน และคณะ⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของพยาบาลและผู้ป่วยจำนวน 80 คู่ ถึงผลกระทบในการจัดการกับความปวดกับผู้ป่วยที่มีความปวดแบบเฉียบพลัน ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยมีการรายงานความปวดในช่วง 3-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและระดับความปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวในระดับปานกลางถึงรุนแรง และถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

ก็จะส่งผลให้เกิดผลเสีย หรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย ความปวดหลังผ่าตัด จัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดเนื่องจาก การผ่าตัดเป็นการรักษาโรควิธีหนึ่ง แต่มีผลให้ร่างกายเกิดบาดแผล และรู้สึกปวดซึ่งเป็นธรรมชาติของร่างกาย เพื่อเตือนให้รู้ถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บ¹ ความรุนแรงของความปวดเฉียบพลันมีตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง มักเกิดเฉพาะที่และมีขอบเขตของความปวดที่ชัดเจน^{8,9}

ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อร่างกายในหลายๆด้าน โดยทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ความปวดเป็นสิ่งรบกวนผู้ป่วยทำให้เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมาน การประเมินความปวดและบรรเทาความเจ็บปวดเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาล ถ้าสามารถบริหารจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดมีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การปฏิบัติการพยาบาลที่ดีมีและประสิทธิภาพต้องอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยและมีแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันและสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน รวมถึงมีการใช้มาตรวัดที่เป็นมาตรฐานในการประเมินความปวด มีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยใช้การรายงานและบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นระบบ มีการประกันคุณภาพการบริการพยาบาล โดยติดตามผลลัพธ์การบริการของหน่วยงานทั้งในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ บุคลากร การบริหารความเสี่ยง การบริหารจัดการทรัพยากร การบริหารค่าใช้จ่ายในการจัดการของหน่วยงาน

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ มีหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงต่อผู้ป่วยจำนวน 10 หน่วยงานหลัก คือ งานบริการผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัด งานระงับความรู้สึก งานหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กและผู้ใหญ่ งานหอผู้ป่วยอายุรกรรม เด็กและผู้ใหญ่ งานหอผู้ป่วย หอ ตา คอ จมูก และระบบทางเดินปัสสาวะ ศูนย์ไตเทียม ศูนย์มะเร็ง บางหน่วยงานแยกย่อยเป็นหอผู้ป่วยและจุดบริการต่างๆ อีกหลายแห่ง จากการศึกษาสำรวจของผู้ศึกษาพบว่าในการจัดการความปวดผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการจัดการความปวดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแสดงความปวดชัดเจน เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีบาดแผล และจากการดำเนินงานในการจัดการความปวดพบว่า มีการประเมินความปวดโดยการสอบถามหรือคาดคะเน การประเมินความปวดต่ำกว่าระดับความปวดที่เป็นจริง ผู้ป่วยขาดความรู้ในการรายงานความปวด บุคลากรขาดทักษะและความรู้ในการจัดการความปวด บุคลากรขาดทักษะการสื่อสารหรือสังเกตพฤติกรรมในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ การรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่มีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ชัดเจนขาดความครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง จากประเด็นดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยได้ร่วมกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัด ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินอาการปวด การจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระบวนการจัดการความปวด เพื่อให้เกิดมาตรฐานการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เกิดความปลอดภัย และส่งเสริมการฟื้นหายจากโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ และประเมินประสิทธิผลการใช้แนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นขั้นตอนการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยกำหนดกิจกรรม และจัดทำแนวปฏิบัติให้เกิดความครอบคลุมตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งรูปแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยารวมถึงการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการจัดการความปวด และนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นลงสู่การปฏิบัติ ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิด

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการควบคุมคุณภาพของดร.เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง (Dr. W. Edwards Demming) หรือวงจรเดมมิ่ง เป็นแนวคิดในการดำเนินการพัฒนา เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลหลักคือพยาบาลที่มีประสบการณ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันจำนวน 6 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง ศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมหญิง

และศัลยกรรมชาย ในช่วงวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 40 ราย ช่วงใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติ จำนวน 120 ราย ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติรวม 30 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและใช้แนวปฏิบัติรวม 70 คน ระยะเวลาดำเนินการเดือนมกราคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือวิจัยระยะประเมินผล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินผลการจัดการความปวด โดยเก็บข้อมูลจากการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้ การบันทึกระดับความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 ในแบบฟอร์มบันทึกสัญญาณชีพ การใช้แผนการพยาบาลในการจัดการความปวด การบันทึกกิจกรรมการจัดการความปวดตามแผนที่วางไว้ การบันทึกตำแหน่งของความปวด การบันทึกการจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา และความเหมาะสมของการจัดการความปวด

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษานี้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) และนำไปปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ

วิเคราะห์ใช้ การทดสอบที่ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาบริบทและสภาพการจัดการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า พยาบาลวิชาชีพประเมินความปวดของผู้ป่วย โดยไม่มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินความปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้บอกกล่าวถึงความปวดหรือขอยาแก้ปวดเอง พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ตัดสินใจระดับความปวดให้ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับปวด โดยประเมินระดับความปวดตามความคิดและความรู้สึกของตนเอง ที่คาดว่าผู้ป่วยน่าจะปวดเพียงใด ไม่มีแนวทางในการบริหารยาเพื่อจัดการความปวด ผลการทบทวนเวชระเบียนโดยการทบทวนบันทึกทางการพยาบาลในประเด็นการจัดการความปวดพบว่า ไม่มีการจัดระดับคะแนนความปวดในบันทึกสัญญาณชีพ การจัดการความปวดมีการใช้ยาอย่างเดียวเท่านั้น ไม่พบบันทึกการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่าพยาบาลวิชาชีพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยชี้แจงความปวดรวมถึงความสนใจในการซักถามความปวดของพยาบาลวิชาชีพยังค่อนข้างน้อย

ผลการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

แนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นแนวทางการดูแลตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินความปวด การจัดการความปวด และการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการความปวด

1. การประเมินความปวด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการประเมินความปวดและแบ่งระดับความปวดทุกราย โดยใช้แบบประเมินชนิด NRS (Numerical rating scale) และให้ผู้ป่วยรายงานความปวดของตนเองเป็นตัวเลขดังนี้

- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ามีความจำเป็นต้องบอกความปวดของตนเอง

- ให้ผู้ป่วยดูแผ่น Numerical scale อธิบายว่าจำนวนตัวเลขจะสอดคล้องกับความรุนแรงของความปวด ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่มีความปวด ตัวเลข 1 แสดงว่ามีความปวดน้อย และตัวเลขที่มากขึ้น แสดงว่าปวดมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงเลข 10 แสดงว่าปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว



การแบ่งระดับความปวด

ระดับความปวด หมายถึงคะแนนความปวดที่ได้จากการประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดชนิด NRS (Numerical rating scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวด คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ช่วง ดังนี้

คะแนน 1 - 3 หมายถึง ปวดน้อย

คะแนน 4 - 6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7 - 10 หมายถึง ปวดมาก

2. การจัดการความปวด การจัดการความปวดมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในผู้ป่วยบางรายต้องใช้ในการผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน โดยพยาบาลวิชาชีพบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยตามระดับความปวดที่ประเมินได้ ดังนี้

ระดับความปวดมาก (คะแนนความปวด 7-10 คะแนน)

จัดการความปวดโดยการให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อตามแผนการรักษา

ติดตามประเมินความปวดหลังให้ยา 10-15 นาที ต่อมาประเมินความปวด ทุก 1 ชั่วโมง

ระดับความปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6 คะแนน)

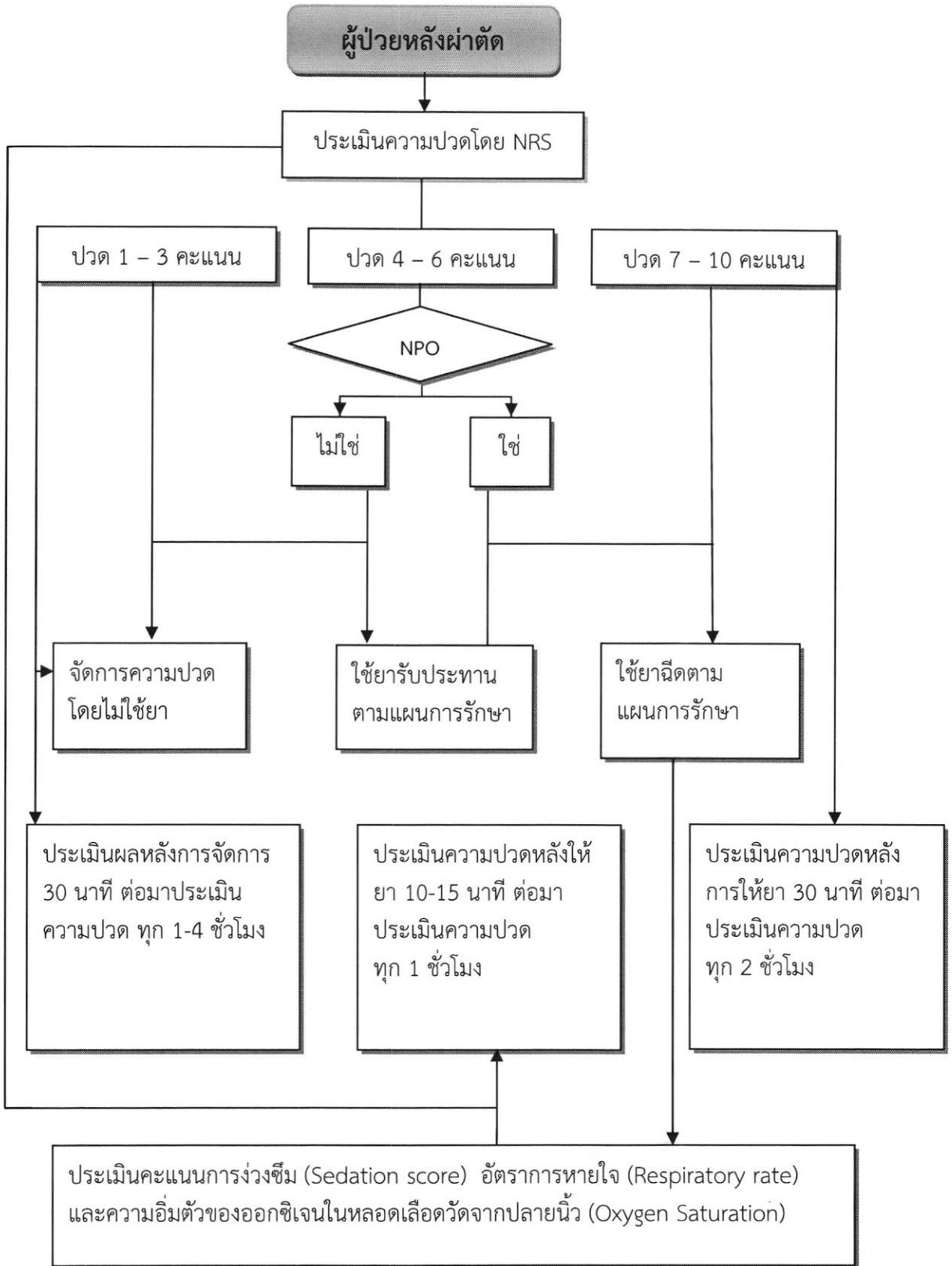
จัดการความปวดโดยการให้ยารับประทานตามแผนการรักษา ยกเว้นรายที่แพทย์มีแผนการรักษาให้งดน้ำงดอาหารทางปาก จัดการความปวดโดยการให้ยารับประทานตามแผนการรักษาแทน ติดตามประเมินความปวดหลังการให้ยา 30 นาที ต่อมาติดตามประเมินความปวด ทุก 2 ชั่วโมง

ระดับความปวดน้อย (คะแนนความปวด 1-3 คะแนน)

จัดการความปวดโดยใช้เทคนิคปฏิบัติการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา และติดตามประเมินผลหลังการจัดการ 30 นาที ต่อมาติดตามประเมินความปวดทุก 1-4 ชั่วโมง

2.1 การให้ยาแก้ปวด พยาบาลต้องพิจารณาให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนติดตามสังเกตอาการ ฝ้าระวังอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาในการใช้ยา กลุ่ม Opioids ซึ่งมีผลข้างเคียงกดการหายใจ พยาบาลต้องประเมินคะแนนการง่วงซึม (Sedation score, SS) อัตราการหายใจ (Respiratory, RR) และความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (Oxygen saturation) ทั้งนี้ต้องประเมินอาการอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ ร่วมด้วย

2.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดทำทาง การหายใจลึก การผ่อนคลาย การนวด ประคบความร้อน-ความเย็น การกดจุด การให้ข้อมูล การสร้างจินตภาพ การสัมผัส ผีกหายใจ ผีกสมาธิ เป็นต้น โดยให้เลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมตามการรับรู้และการยอมรับของผู้ป่วยแต่ละราย รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการไหลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

2.3 การประเมินผลการจัดการความปวด และการบันทึกทางการพยาบาล

1) บันทึกคะแนนความปวดลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ (ฟอร์มปรอท) เป็นสัญญาณชีพที่ 5 จุด ที่ตำแหน่ง 0 -10 ตามคะแนนความปวดที่วัดได้ โดยใช้ปากกาสี น้ำเงิน จุด และขีด ต่อกันเป็น เส้นกราฟ

2) มีแผนการพยาบาลการจัดการความปวด และบันทึกใน Problem list

3) บันทึกข้อมูลความปวดลงในบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) ทุกเวร ในประเด็นต่างๆ ได้แก่คะแนนความปวด ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของอาการปวด การจัดการความปวด (ใช้ยา ไม่ใช้ยา) และผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

4) มีการสรุปปัญหาในประเด็นความปวดส่งเวร

ต่อเนื่องในคาร์เด็กซ์ (kardex)

5) มีการนิเทศการการจัดการความปวด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วย

6) มีการประเมินผลการจัดการความปวดของหอผู้ป่วย โดยผู้ประสานงานความปวดประจำหอผู้ป่วย

ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ได้ข้อค้นพบที่สะท้อนผลการพัฒนา ดังนี้

ผลการทบทวนเวชระเบียน พบว่าแต่ละประเด็นมีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ โดยเฉพาะการจุดคะแนนความปวดในฟอร์มปรอท ซึ่งก่อนการใช้แนวปฏิบัติไม่มีการจุด แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินการจัดการความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	ผลการประเมิน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง
จุดคะแนนความปวดในใบบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง	0	79.2
จุดคะแนนความปวดในใบบันทึกสัญญาณชีพแต่ไม่ต่อเนื่อง	0	18.3
มีการใช้แผนการพยาบาลการจัดการความปวด	62.5	56.7
มีการบันทึกกิจกรรมการจัดการความปวดและการประเมินผล	45	76.7
มีการระบุตำแหน่งที่ปวด	60	97.5
มีการจัดการความปวดโดยการให้ยา	100	55.8
มีการจัดการความปวดโดยไม่ให้ยา	0	20.0
มีการจัดการความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา	0	24.2
การจัดการความปวดมีความเหมาะสม	52.5	99.2

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการความปวด พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการ

ความปวดของพยาบาลสูงขึ้นในทุกประเด็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ การจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	กลุ่ม	\bar{x}	SD	t
พยาบาลสนใจซักถามความปวด	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	1.55	.597	12.237*
	หลังการใช้แนวปฏิบัติ	2.79	.408	
พยาบาลเปิดโอกาสให้ชี้แจงความปวด	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	1.55	.552	12.198*
	หลังการใช้แนวปฏิบัติ	2.73	.462	
ได้รับการดูแลความปวดจากพยาบาล	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	2.38	.490	4.735*
	หลังการใช้แนวปฏิบัติ	2.78	.414	
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของพยาบาล	ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	2.43	.500	3.670*
	หลังการใช้แนวปฏิบัติ	2.75	.435	

*P < .001

ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกประเด็น แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	ร้อยละ
แนวปฏิบัติมีความชัดเจน	89.52
แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง	91.43
แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการใช้	87.62
แนวปฏิบัติทำให้ประหยัดเวลาในการประเมินและการจัดการความปวด	82.87

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากไม่มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินความปวด ไม่มีแนวทางในการบริหารยาเพื่อจัดการความปวด ผล

การทบทวนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในประเด็นการจัดการความปวด พบว่าไม่มีการจัดคะแนนความปวดในใบบันทึกสัญญาณชีพ (ฟอร์มปรอท) มีการจัดการความปวดโดยใช้ยาอย่างเดียว ไม่มีกิจกรรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความปวดมีความเหมาะสมเพียงร้อยละ 52.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยพบว่า พยาบาลสนใจซักถามความปวดและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยชี้แจงความปวดเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิพร ต้นศรี¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม โดยศึกษาผลกระทบของการจัดการความปวดเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน วิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ไม่มีรูปแบบการจัดการความปวดและไม่ให้ความสำคัญกับเวลาการจัดการความปวดที่แน่นอน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากนำแนวทางการจัดการความปวดไปใช้ พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดของพยาบาลสูงขึ้นในทุกประเด็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความ

พึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกประเด็น สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิพร ต้นศรี¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลในระดับดีมากและพยาบาลวิชาชีพแผนกฉุกเฉินมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการความเจ็บปวดเฉียบพลัน ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาารูปแบบ ด้านการนำรูปแบบมาใช้ ด้านการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ด้านความเหมาะสมของเวลาการจัดการความปวด อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เนื่องจากรูปแบบที่ชัดเจนเห็นถึงคุณภาพในการปฏิบัติงาน และการศึกษาของจิราภรณ์ สิงหเสนี¹¹ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการประเมินความปวดการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า หลังผ่าตัด 24, 48, 72 ชั่วโมง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะและการนำผลการศึกษาไปใช้

1. โรงพยาบาลสุรินทร์ ควรสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายนำแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกลุ่มอื่นต่อไปอย่างต่อเนื่อง และควรมีการทบทวนหรือปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยเป็นระยะ

2. โรงพยาบาลสุรินทร์ควรใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป เช่น การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ในการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิก การติดตามประเมินผลเป็นระยะ เป็นต้น

3. โรงพยาบาลอื่นๆที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ไปใช้ควรอบรมบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง โดยที่โรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ประกอบแนวปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ด้วยได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจ

4. การนำแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่สร้างขึ้น ต้องให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาตั้งแต่การออกความเห็นในทุกๆด้าน เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ปฏิบัติงานได้ง่ายและสะดวกมีความชัดเจนในขั้นตอนของแนวปฏิบัติทำให้เกิดความพึงพอใจ ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานและบรรลุเป้าหมายที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ในผลลัพธ์อื่นๆเช่นระดับความปวดหลังการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการใช้ยาบรรเทาปวด ภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา ค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

2. ควรศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่นผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ความรู้สู่ประชาชน ความรู้เกี่ยวกับการระงับความปวดหลังผ่าตัด. [ออนไลน์]. 2550 [สืบค้น 20 กันยายน 2550]; เข้าถึงได้ที่ : URL/http://www.chula.ac.th.
2. Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA. Medical-surgical nursing: A nursing process approach. 2nd ed. PA: W.B. Saunders Company. 1995.
3. ชัชชัย ปรีชาไว. Acute postoperative pain management. การจัดการความปวด; วันที่ 5 และ 11 กันยายน 2544; ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: สงขลา; 2544.
4. Bonica JJ. Management in postoperative pain. In Bonica JJ, editor. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990.
5. Lin CC. Applying the American pain society's QA standards to evaluate the quality of pain management among surgical, oncology, and hospice inpatients in Taiwan Pain 2000; 87: 43-49.
6. สมพร ชินโนรส, สุกัญญา พัทวี, วิเศษ ศรีสุพรรณชาติ. การรับรู้ประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก. วารสารพยาบาล 2543; 49: 110-21.
7. Watt-Watson J, Garfinket P, Gallop R, Stevens B, Streiner D. The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. Nursing Research 2000; 49: 191-200.
8. Thienhaus O. The Classification of Pain. In Weiner RS, editor. Pain management. 6th ed. New York: CRC PRESS; 2001.
9. Weinreb NJ, Kingbrunner B, Clark M. Pain management. In Kingbrunner BM, Weinrub NJ, Policzer JS, Weiss BD. End-of-life care. New York: McGraw-Hill; 2002.
10. อภิพร ต้นศรี. การพัฒนารูปแบบการจัดการความ ปวดเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาล นครพนม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น; มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549
11. จิราภรณ์ สิงหเสนี. ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.