

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร

ณภัทร ไวพรินทะ พย.ม.

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

สถาบันบำราศนราดูรมีการจัดการความปวดที่เป็นรูปธรรม โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ยังคงขาดการประเมินผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลของการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2560 และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสูติกรรม โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกกระบวนการจัดการความปวด และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษาด้านกระบวนการ พบว่า พยาบาลมีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดและมีการบันทึกการประเมิน ความปวดใน 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 98.7 สำหรับความต่อเนื่องในการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความต่อเนื่องของการประเมินความปวด คิดเป็นร้อยละ 62.7, 48.0 และ 42.7 ส่วนการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวดยังพบว่าการปฏิบัติน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.3, 20.0 และ 22.7 ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ตามลำดับ การบริหารยาเพื่อบรรเทาปวด วิธีบริหารยาแบบฉีดยาทางหลอดเลือดดำตามเวลาเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด ส่วนการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การจัดทำ รองลงมาเป็น ประคบร้อน/เย็นด้านผลลัพธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปวดที่มากที่สุด ใน 24 , 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดเฉลี่ย 2.05, 1.87 และ 1.66

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง และการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด และพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบรรเทาปวดให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการความปวด

Pain Management of Postoperative in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

Naphat Waipurintha M.N.S.

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health*

ABSTRACT

There is clear management guideline for postoperative pain management for Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. However, there are some lack in the continuity of pain management and lack of process evaluation. The purpose of this study was to present the results of postoperative pain management in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The study subjects were postoperative patients admitted to Bamrasnaradura Institute during April–September 2017, Purposive sampling of subjects were done in surgical ward, private surgical ward and obstetric ward. The total number of sample was 75. The records form included personal details, pain management related process and the results of pain management were used. Data were analyzed using descriptive statistics.

The study found that nurses use pain assessment tools and recorded pain assessment 100% at 24 and 48 hours postoperative, while reduce to 98.7% after 72 hours post-surgery. For continuous pain assessment (at least 3 times daily). In 24, 48 and 72 hours after surgery were 62.7%, 48.0% and 42.7% respectively. However, reassessment of pain for more than one time at 24, 48 and 72 hours after surgery were found to be less effective (29.3%, 20.0% and 22.7%, respectively). The method of administering intravenous infection by time interval were the commonest pain management method. The most commonly non-drug-based pain relief method is to arrange the posture of patients, a hot or cold compress. Results showed that the highest mean pain scores was at 24 hours. The mean postoperative pain scores were 4.32, 3.64 and 3.21, by 24, 48 and 72 hours respectively. The lowest pain scores were 2.05, 1.87 and 1.66.

The results show that nurses should focus on continuous management of pain focus on continuous management of pain and reassessment after pain management. Development of a non-during-based pain management model will improve the effectiveness of pain management for Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

Key words: *pain management*

บทนำ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต้องเผชิญ ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีระดับความปวดรุนแรง ถึงมากที่สุดร้อยละ 40-70 ระดับความปวดปานกลาง ถึงมากร้อยละ 80 ส่วนความปวดเล็กน้อยมีเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้น หลังจากนั้นความปวดจะบรรเทาตาม ระยะเวลา¹ ความปวดหลังผ่าตัดนอกจากจะทำให้ผู้ป่วย เกิดความทุกข์ทรมานแล้วยังก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบ ต่าง ๆ ที่สำคัญในร่างกายหลายประการ เช่น ระบบหายใจ ทำให้เกิดถุงลมปอดแฟบ และปอดติดเชื้อ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ต้องทำงานหนักมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วย ที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี เสี่ยงต่อการ เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะเครียดสามารถทำให้ การหายใจของแผลช้าลง เป็นต้น ดังนั้น การจัดการความ ปวดอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากเป็นการช่วยให้ผู้ป่วย พ้นจากความทุกข์ทรมาน ยังสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ลำไส้กลับมาทำงานได้ดีขึ้น และช่วยลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้² ดังนั้นการจัดการความปวดจึงถือเป็นหัวใจสำคัญ ของการดูแลในระยะหลังผ่าตัด³

เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดมีผลเสียดังได้กล่าวมาแล้ว การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้ สถาบันรับรองคุณภาพบริกาด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations = JCAHO, 2001) ให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวด ถือเป็นสัญญาณชีพที่ 5⁴ ซึ่งในปัจจุบันหลายโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้กำหนดการประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5⁵ สถาบันบำราศนราดูรได้รับการประเมินคุณภาพการบริการ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการประกันคุณภาพการพยาบาล จากสภาการพยาบาล จึงเห็นความสำคัญกับการจัดการความปวด โดยให้ระดับความปวด เป็นสัญญาณชีพที่ 5 เช่นเดียวกัน หน่วยงานวิสัญญีเป็น

ผู้รับผิดชอบในการจัดการความปวด เป็นผู้สร้างระบบการจัดการความปวด รับผิดชอบพัฒนาความรู้แก่พยาบาล ในการนำเครื่องมือมาใช้ประเมิน ความปวด จัดทำแผ่นพับให้ความรู้ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” โดยสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ปี 2549⁶ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน จากการสำรวจในหอผู้ป่วยในยังพบว่าการจัดการความปวดยังไม่มี แนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยไม่มีรูปแบบการประเมินความปวดที่ชัดเจน รวมทั้ง ไม่มีการบันทึกและติดตามความปวดของผู้ป่วย หน่วยงานวิสัญญี ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จึงได้พัฒนาและกำหนดแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม⁷ และนำมาปฏิบัติ ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม ลดช่องว่างของการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง ช่วยลดความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ ทุกคนมีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติ ในการจัดการความปวด มีเครื่องมือประเมินความปวด และมีทางเลือกวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถนำ ข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลเพื่อจัดการความปวด⁸

สถาบันบำราศนราดูร มีแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่เป็นรูปธรรม ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินและการบรรเทาปวด แต่ยังคงขาดการประเมินผล การจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานวิสัญญีเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการความปวด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดถือเป็นสมรรถนะหนึ่งของวิสัญญีพยาบาล⁹ ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาล จึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะทำการศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาแนวทาง การจัดการความปวด และพัฒนาสมรรถนะการจัดการความปวดของกลุ่มการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินกระบวนการจัดการความปวดของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร

คำถามการวิจัย

1. กระบวนการจัดการความปวดของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในสถาบันบำราศนราดูร เป็นอย่างไร

นิยามศัพท์

กระบวนการจัดการความปวด หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ได้แก่ การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

ผลลัพธ์การจัดการความปวด หมายถึง คะแนนความปวดที่มากที่สุด และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ความปวดหลังผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ไม่พึงปรารถนาเกิดร่วมกับการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ ซึ่งผู้ป่วยแสดงออกถึงความผิดปกติด้านร่างกายเป็นความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยบอกว่ามีความรุนแรงของความปวดในระดับใด โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบ numeric rating scale มาตรวัดคะแนนตั้งแต่ 0-10

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงบรรยาย (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในสถาบันบำราศนราดูร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2560 และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม และหอผู้ป่วยสูติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างของการศึกษามี 2 กลุ่ม

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดังนี้

2.1 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) หลังผ่าตัดทุกแผนก คือ ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมความงาม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ สูติ-นรีเวช ตา และหูคอจมูก 3) การผ่าตัดใหญ่ 4) นอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัด จนถึงมากกว่าหรือเท่ากับ 72 ชั่วโมง 5) ระดับความรู้สึกตัวปกติหรือสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถประเมินความปวดได้ 6) เวชระเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีข้อมูลครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ้ำภายใน 3 วัน 2) ผู้ป่วยที่ย้ายเข้าหอผู้ป่วยอภิบาล 3) การผ่าตัดเล็ก 4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดได้ เช่น ไม่รู้สึกตัว สับสน Bed ridden หรือสื่อสารไม่เข้าใจ 5) นอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงจำหน่ายน้อยกว่า 72 ชั่วโมง 5) เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การคำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่มีตัวแปรผลเป็นตัวแปรแจกแจง สรุปลงเป็นผลค่าสัดส่วน จึงทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) เก็บข้อมูลประเมินการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พิเศษศัลยกรรม และผู้ป่วยในสูติกรรม จำนวน 30 ราย พบว่า ไม่มีการประเมินการจัดการความปวดตามกระบวนการการจัดการความปวด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 จึงใช้เป็นฐานข้อมูลในการคำนวณขนาดตัวอย่างสูตรที่ใช้ในการคำนวณ $n = Z\alpha/2^2 \left(\frac{p q}{E} \right)$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐาน

E = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

p = สัดส่วนที่ทำถูกต้องตามแนวปฏิบัติ

q = สัดส่วนที่ทำไม่ปฏิบัติ

จากการศึกษานำร่องพบว่าไม่มีการประเมินการจัดการความปวดตามกระบวนการการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 26.67

ขนาดตัวอย่าง = $(1.96/0.1)^2 * 0.26 * 0.74$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73.9 เพื่อความสะดวกและความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูล จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย

วิธีการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกกระบวนการจัดการความปวด คือ กิจกรรมทางการพยาบาลในการจัดการความปวด ได้แก่ ประเมินการจัดการความปวดจากการบันทึกการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด โดยเก็บข้อมูล

การประเมินความปวดที่ใช้ pain score มาตรฐานตัวเลข (NRS: Numeric Rating Scale) เป็นเส้นแบ่งคะแนนเป็นช่องๆ ปลายด้านหนึ่งหมายถึง “ไม่ปวดเลย” คือ 0 ส่วนอีกปลายด้านหนึ่ง “ปวดมากที่สุด” คือ 10 ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยเก็บข้อมูลจากการประเมินความปวดของพยาบาลและตรวจสอบการจัดการความปวดจากการบันทึกทางการพยาบาลในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ของการจัดการความปวด ผลจากการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ คะแนนความปวดที่มากที่สุด คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจากการบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีประสบการณ์เรื่องการจัดการความปวด จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านวิสัญญี 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม 2 ท่าน และพยาบาลนิเทศงานด้านศัลยกรรม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 1

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันบำราศนราดูร (IRB/BIDI NO36h/60_ExpD) และได้รับอนุมัติให้ใช้เวชระเบียนเพื่อการศึกษาจากผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยในสูติกรรม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จากการศึกษ พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวด เป็น

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกระบวนการจัดการความปวด (N = 75)

กระบวนการจัดการความปวด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บันทึกการประเมินความปวด	75	100	75	100	74	98.7
การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale	75	100	75	100	74	98.7
ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน)	47	62.7	36	48.0	32	42.7
การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด	22	29.3	15	20.0	17	22.7

จากตารางที่ 1 พบว่า ใน 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการบันทึกความปวดจากบันทึกทางการพยาบาล และการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการบันทึกความปวดจากบันทึกทางการพยาบาล และการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด numeric rating scale คิดเป็นร้อยละ 98.7 ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความต่อเนื่อง

เพศหญิง ร้อยละ 88.0 เพศชายร้อยละ 12.0 อายุของกลุ่มตัวอย่าง อายุอยู่ระหว่าง 17-85 ปี อายุเฉลี่ย 54.99 ปี ระยะเวลาอนโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 4-15 วัน เฉลี่ย 6.75 วัน ชนิดของการผ่าตัด ได้แก่ ศัลยกรรมกระดูกและข้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.7 รองลงมา คือ สูติ-นรีเวช คิดเป็นร้อยละ 25.3 และชนิดของการให้ยา ระบุความรู้สึก ได้แก่ การให้ยาระบุความรู้สึกทั่วร่างกาย ร้อยละ 66.7 และให้ยาระบุความรู้สึกเฉพาะส่วน คิดเป็นร้อยละ 33.3

ส่วนที่ 2 ประเมินกระบวนการจัดการความปวดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ของการประเมินความปวดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.7 ส่วน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีการประเมินความต่อเนื่องของความปวดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.7 และการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด พบได้ว่า 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 29.3 ส่วนใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีการประเมินซ้ำ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ (N = 75)

วิธีการบริหารยาบรรเทาปวด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทาน	39	52.0	59	78.7	72	96.0
ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว	16	21.3	19	25.3	42	56.0
ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา	49	65.3	16	21.3	5	6.7
ยาระงับปวดทางไขสันหลัง	0	0	0	0	0	0
ยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย (PCA)	39	52.0	39	52.0	0	0
หยุดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง	0	0	0	0	0	0
ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ	1	1.3	0	0	0	0

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 แสดงวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ใช้มากที่สุดคือ ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมา วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.0 น้อยที่สุดคือ ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า วิธีการบริหารยาแบบการรับประทานนำมาถูกใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.7

รองลงมา วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.0 น้อยที่สุดคือ ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยาที่ใช้มากที่สุด คือการรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 96.0 รองลงมาเป็นฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว ร้อยละ 56.0 สำหรับยาระงับปวดทางไขสันหลังและหยุดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องไม่ได้นำมาบริหารยาบรรเทาปวด

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (N = 75)

วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การจัดท่า	26	34.7	11	14.7	5	6.7
การเบี่ยงเบนความสนใจ	1	1.3	0	0	0	0
เทคนิคการผ่อนคลาย	0	0	0	0	0	0
การประคบประครองด้านจิตใจ	2	2.7	0	0	0	0
การใช้สมาธิ	0	0	0	0	0	0
การนวดเฉพาะที่	0	0	0	0	0	0
การประคบร้อน/เย็น	14	18.7	6	8.0	3	4.0
การใช้ดนตรีบำบัด	0	0	0	0	0	0

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 แสดงวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การจัดท่า รองลงมาประคบร้อน/เย็น และการประคบประครองด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 34.7, 18.7 และ 2.7 ตามลำดับ ส่วน 48 และ 72 ชั่วโมงหลัง

ผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ใช้มากที่สุด คือการจัดท่า และประคบร้อน/เย็น เช่นเดียวกัน

ส่วนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของผู้ป่วย (N = 75)

ตัวชี้วัด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน
	มาตรฐาน		มาตรฐาน		มาตรฐาน	
คะแนนความปวดที่มากที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง	4.32	2.087	3.64	1.372	3.21	1.453
คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชั่วโมง	2.05	1.102	1.87	0.827	1.66	0.749

จากตารางที่ 4 แสดงคะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดน้อยที่สุดเฉลี่ย 2.05, 1.87 และ 1.66 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย (N = 75)

ความรุนแรงของความปวด	24 ชั่วโมง		48 ชั่วโมง		72 ชั่วโมง	
	ปวดมากที่สุด (%)	ปวดน้อยที่สุด (%)	ปวดมากที่สุด (%)	ปวดน้อยที่สุด (%)	ปวดมากที่สุด (%)	ปวดน้อยที่สุด (%)
ไม่ปวด (คะแนน = 0)	0	8(10.7)	1(1.3)	7(9.3)	2(2.7)	8(10.7)
ปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4)	45(60.0)	67(89.3)	58(77.4)	68(90.7)	51(67.9)	67(89.3)
ปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 5-6)	23(30.7)	0	15(20.0)	0	22(29.4)	0
ปวดรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10)	7(9.3)	0	1(1.3)	0	0	0

จากตารางที่ 5 เมื่อนำคะแนนความปวดมาจำแนกความรุนแรงของความปวด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0, 77.4 และ 67.9 ตามลำดับ คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.3, 90.7 และ 89.3 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของความปวดระดับรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10) ใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดมีระดับความรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.3 รองลงมาคือ 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 1.3 ส่วน 72 ชั่วโมง ไม่มีระดับปวดรุนแรง

อภิปรายผล

ประเด็นของการอภิปรายผลของการศึกษาครั้งนี้ ที่จะแสดงถึงคุณภาพของการจัดการความปวดด้านกระบวนการ คือ

1. การประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด พบได้ว่า 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 29.3 ส่วนใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีการประเมินซ้ำน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 20.0 (ซึ่งพบว่าร้อยละค่อนข้างต่ำในการประเมินซ้ำภายหลังการจัดการความปวด) สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า ความต่อเนื่องในการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน) ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีความต่อเนื่องของการประเมินความปวด คิดเป็นร้อยละ 62.7, 48.0 และ 42.7 ตามลำดับ เปอร์เซ็นต์ที่พบ

ก็น้อยเช่นกัน นั้นหมายถึงพยาบาลควรที่จะตระหนักถึงบทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดที่ต้องได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพการดูแลที่เพิ่มขึ้น

2. การจัดการความปวด ด้วยวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่าใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ใช้มากที่สุดคือ ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมาวิธีการยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 52.0 น้อยที่สุดคือ ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ด้านวิธีการบริหารการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ปลอดภัย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดได้ ซึ่งวิธีการจัดทำเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 34.7, 14.7 และ 6.7 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามผลการศึกษครั้งนี้พบว่าการบริหารการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยายังพบน้อยมาก ซึ่งพยาบาลอาจจะปฏิบัติแต่ไม่ได้บันทึกทางการพยาบาลหรือไม่ได้ปฏิบัติ กลุ่มการพยาบาลควรมีการนิเทศ ติดตามคุณภาพบริการทางการพยาบาลต่อไป

ประเด็นด้านผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาคะแนนความปวดที่มากที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดมากที่สุดเฉลี่ย 4.32, 3.64 และ 3.21 ตามลำดับ และคะแนนความปวดที่น้อยที่สุด ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีคะแนนปวดน้อยที่สุดเฉลี่ย 2.05, 1.87 และ 1.66 ตามลำดับ ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยปวดมากที่สุดและปวดน้อยที่สุด ในแต่ละช่วงเวลา คือ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกันมาก เมื่อนำคะแนนความปวดมาจำแนกความรุนแรงของความปวด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีความรุนแรงของความปวดอยู่ระดับปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0, 77.4 และ 67.9

ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะพบความรุนแรงระดับปวดเล็กน้อยมากที่สุด แต่ถึงอย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงก็ลดลงตามระยะเวลาหลังการผ่าตัด เมื่อพิจารณาจากคะแนนความปวดใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุด สามารถลดความปวดได้ในระดับความปวดที่รุนแรง และผู้ป่วยบางรายได้รับการบริหารยามากกว่า 1 วิธี บางรายได้วิธีการบริหารยาถึง 3 วิธี เป็นเหตุผลทำให้คะแนนความปวดมากที่สุดในแต่ละวัน อยู่ในระดับปวดเล็กน้อยอีกนัยหนึ่งการประเมินความปวดจากการบันทึกทางการพยาบาลอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความปวดจริงของผู้ป่วย เนื่องจากการสรุปในการประเมินในแต่ละเวร ทำให้ได้คะแนนปวด ไม่ได้ตรงความเป็นจริงที่ผู้ป่วยรู้สึก รวมทั้งข้อมูลที่ได้เป็นแค่บันทึกทางการพยาบาลทำให้เป็นข้อจำกัดในการวิจัย และเป็นการศึกษาย้อนหลังจากการบันทึกทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาช่วยให้กลุ่มการพยาบาลได้ตัวชี้วัด การจัดการความปวด เป็นโอกาสพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความปวด โดยสร้างความตระหนักของพยาบาลในเรื่องการประเมินความต่อเนื่อง การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวดรวมทั้งวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยการนิเทศ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ การอบรมให้ความรู้ และหรือมีการทบทวนปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติเพื่อความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาบรรเทาปวด เพื่อนำมาวางแผนทางการพยาบาลต่อไป

2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดของพยาบาล เพื่อหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความปวด นำมาพัฒนาคุณภาพด้านการบริการต่อไป

3. ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานพัฒนาการจัดการความปวด เช่น สร้างสื่อวีดิทัศน์ นวัตกรรม เป็นต้น

4. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่อง ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด คะแนนความปวดของผู้ป่วย ประเมินความปวดจากการบันทึกทางการพยาบาล อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความปวดจริงของผู้ป่วย เนื่องจากการสรุปในการประเมินในแต่ละเวร อาจได้คะแนนปวดไม่ได้ตรงความเป็นจริงที่ผู้ป่วยรู้สึก และเป็นการศึกษาย้อนหลังจากการบันทึกทางการพยาบาล การศึกษาครั้งต่อไปควรสอบถามจากผู้ป่วยและสอบถามความพึงพอใจจากการจัดการความปวด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร, แพทย์หญิงศรัณยา ประสิทธิ์ศิริกุล, นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์, คุณมนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, คุณณัฐนันท์ หาญณรงค์, คุณพัชรี ศรีธัญรัตน์, คุณสมถวิล อัมพรอารีกุล และคุณธงชัย กาสา ที่ช่วยในการทำให้การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. อิศราภรณ์ กันวี, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น. สถานการณ์การจัดการความปวดใน ห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาาระงับความรู้สึก. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2555; 6(2): 87-97.
2. วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์. ความเป็นมาและงานของ หน่วยระงับปวดเฉียบพลัน ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (ตอนที่1). เวชบันทึก ศิริราช 2559; 9(1): 30-3.
3. Allcock N. Factor affecting the assessment of post-operative pain: a literature review. J Adv Nurs 1996; 24: 1144-51.

4. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. ตำราวิสัญญีวิทยา: การ ให้ยาาระงับความรู้สึกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย. สมุทรสาคร: วินเพรสโปรดักชั่นเฮาส์; 2548.
5. สมบูรณ์ เทียนทอง, มานินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, วัฒนา ตันทะเทวินทร์, ณรงค์ ชันดีแก้ว. การ พัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้ เป็นสัญญาณชีพที่ทำในโรงพยาบาลระดับของ มหาวิทยาลัย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22(2): 158-64.
6. มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์. ผลการใช้แนวทางเวช ปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” ต่อการบรรเทา ความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกทั่วไป สถาบันบำราศนราดูร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ 2552; 3(2): 22-31.
7. ศรัณยา ประสิทธิ์ศิริกุล, มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์, ณภัทร ไวยรินทะ, บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส, จุฬาลักษณ์ โชติกมณีย์, กาญจนา โกกิละนันท์ และคณะ. NO PAIN HAVE GAIN I. มปท.; 2556.(อัดสำเนา)
8. Puntillo KA, Stannad D, Miaskowski C, Kehrie K, Gleeson S. Use of a pain assessment and intervention tool in critical care nursing practice: Nurses' evaluation. Heart Lung 2002; 31(4): 303-14.
9. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข ร่วมกับชมรมวิสัญญีแห่งประเทศไทย. หน้าที่รับผิดชอบหลักและสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.