BIDI วารสารสถาบันบำราศนราดูร
Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Original Article
นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” ต่อการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในสถาบันบำราศนราดูร

มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์ วท.บ.*
เขมารดี มาสิงบุญ ปร.ด.**
** สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*
*** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักมีอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทำให้ไม่สุขสบายการเคลื่อนไหวน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหารและระบบไหลเวียนโลหิตทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆตามมา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้าต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น งานวิสัญญีได้ร่วมกับหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” (แนวทางเวชปฏิบัติฯ) ขึ้นเมื่อปี 2549 เพื่อบรรเทาอาการปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเน้นการให้ข้อมูลผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยตนเองและให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติฯในห้องพักฟื้นและ24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯต่อการบรรเทาปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดจำนวน 35 ราย และเพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ตลอดจนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 6 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 23 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฯให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและแต่ละหน่วยงานให้มากยิ่งขึ้นต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 68.6 มีคะแนนความปวดที่สูงที่สุดอยู่ในช่วง 5-7 ขณะอยู่ห้องพักฟื้นจำนวนครั้งในการประเมินความปวดในห้องพักฟื้นเฉลี่ย 7.71 ครั้ง และได้รับยาบรรเทาปวดเฉลี่ย 2.57 ครั้ง จนมีคะแนนความปวด < 5 ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย และที่เวลา 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบผู้ป่วยร้อยละ 74.2 มีคะแนนความปวดที่ 3-4 จำนวนครั้งในการประเมินความปวดที่หอผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงเฉลี่ย 10.91 ครั้ง ได้รับยาบรรเทาปวดเฉลี่ย 1.29 ครั้ง ภาพรวมความพึงพอใจมากที่สุดในระยะก่อนผ่าตัดร้อยละ 60.0 ระยะพักฟื้นร้อยละ 88.6 ส่วนในระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยร้อยละ 74.3 แนวทางเวชปฏิบัติฯที่วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทุกครั้งและทุกคนมี 5 ข้อใน 8 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ เรื่องการรายงานวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์เจ้าของไข้นอกเวลาราชการปฏิบัติได้ทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกข้อคำถาม (เฉลี่ย 4.75, SD = 0.444, range = 4-5) ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยร้อยละ 30 สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯได้ทุกข้อส่วนใหญ่ปฏิบัติได้เกือบทุกข้อ และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดในทุกข้อคำถาม (เฉลี่ย 4.40, SD = .716, range = 3-5)

Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Vol. 4 No. 2 May - August 2010

สรุปแนวทางเวชปฏิบัติฯที่ใช้ในสถาบันบำราศนราดูรนี้ เป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง ผู้ปฏิบัติตลอดจนผู้ป่วยที่มารับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ในส่วนที่เป็นแนวทางเวชปฏิบัติฯที่ผู้ปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้งนั้นจะได้นำไปทบทวนและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฯ ร่วมกันเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้าใจที่ตรงกัน มีความชัดเจนมากขึ้น และสามารถปฏิบัติได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: *แนวทางเวชปฏิบัติ, การระงับปวดหลังผ่าตัด, สถาบันบำราศนราดูร*

วารสารสถาบันบำราศนราดูร
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2553

The effect of clinical practice guideline for post operative pain management on patients receiving general anesthesia in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

Manussanun Sirisakulveroj, Bh.D.

Khemaradee Masingboon, D.S.N.

** Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,*

Department of Disease Control, Ministry of Public Health

*** School of Nursing Burapa. University*

ABSTRACT

Post operative pain is the most common problem in surgical patients. Pain is intense in the first 24 hours post operative. Good pain management will reduce the complications and hospital stay. This descriptive study is to study the satisfactory of pain management practices among patients and health professionals in Bamrasnaradura Infectious Institute. Total 36 patients who were undergone major surgery, 6 anesthetist nurses, and 23 registered nurses were enrolled in the study.

Results; 68.6% of the patients had pain score 5-7. After 24 hours, pain score were reduced to 3-4. About 88.6% of patients were satisfied with pain management protocol. There are 8 steps in the protocol. 5 steps out of 8 steps were 62.5% in frequency of practice by anesthetist nurse. Post operative consultation for pain management needed only 33.3%. Most of the anesthetist nurses and registered nurses understand the pain management protocol and satisfy to practice with the protocol. Conclusion, patients and health professionals satisfy with the recent pain management protocol of Bamrasnaradura Infectious Institute. The update and improve of the protocol will help to maintain the standard practice of pain management.

Key words: *Clinical practice guideline, Post operative pain management, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute*

บทนำ

อาการปวดแผลผ่าตัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทำให้ไม่สุขสบาย การเคลื่อนไหวน้อยลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของปอด เกิดภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อในปอด ระบบทางเดินอาหารทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง เกิดอาการท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ส่วนระบบไหลเวียนโลหิตทำให้เกิดการคั่งของหลอดเลือดดำ ส่วนลึกบริเวณขาก่อให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดหัวใจ ปอด และสมองได้ จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้าต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดหลังฟื้นจากยาระงับความรู้สึกเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริการวิสัญญีผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่มักไม่สุขสบาย เนื่องจากความปวดแผลหลังการผ่าตัดพบว่า ร้อยละ 90 มีอาการปวดแผลในระดับรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นความปวดจะลดลงใน 48-72 ชั่วโมงหลัง[1,2] และจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง[3,4,5] ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ชาวอเมริกันจำนวน 250 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดโดยถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการปวดหลังผ่าตัดพบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการปวดหลังผ่าตัด ซึ่งในกลุ่มนี้ร้อยละ 86 รู้สึกปวดระดับปานกลางจนถึงปวดมากหรือมากที่สุด และอยากให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ปรับปรุงการดูแล และป้องกันการเกิดประสบการณ์อาการปวดหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยด้วย[6]

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 3,163 ราย จาก 36 โรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ โดยการใช้แบบสอบถาม พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวดที่เพียงพอ คือ ร้อยละ 87 มีความเจ็บปวดระดับกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 42 เจ็บจนต้องร้องขอยาบรรเทาปวด และรู้สึกว่าได้รับยาบรรเทาปวดช้า ร้อยละ 33 ยังคงมีความเจ็บปวดตลอดเวลา และร้อยละ 17 มีความเจ็บปวดมากกว่าที่คาดไว้[5] ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการผ่าตัดจำนวนมากพบว่า มีประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดที่เพียงพอ ด้วยเหตุนี้วงการสาธารณสุขโดยเฉพาะศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์จึงเห็นความสำคัญของการรักษาและบรรเทาอาการเจ็บปวดหลังผ่าตัด ภาคีเครือข่ายการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอให้ใช้การวัดระดับความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (The fifth vital signs) ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและได้รับการบันทึกเช่นเดียวกับความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิกาย และอัตราการหายใจ[5,7] ซึ่งปัจจุบันในบางหน่วยงานของโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยเริ่มถือระดับความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าที่ต้องมีการบันทึกในเวชระเบียนแล้ว[5] จากการใช้แบบประเมินคุณภาพการจัดการกับความปวดของ American Pain Society's Patient ที่ได้ประเมินในผู้ป่วยชาวนอร์เวย์หลังผ่าตัดพบว่า ถึงแม้จะมีการให้การรักษาอาการปวดตามความเหมาะสม

ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดแล้วแต่เมื่อมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องพบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่ได้รับการจัดการกับความปวดไม่เพียงพอ การบรรเทาปวดหลังผ่าตัดที่ไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและทางด้านจิตใจตามมา ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systemic review) พบว่า อาการปวดเหล่านี้จะพัฒนาไปเป็นอาการปวดเรื้อรังได้[8] ด้วยเหตุผลดังกล่าว แล้ววิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพซึ่งต้องดูแลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงควรมีการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและให้ยาบรรเทาปวดที่เพียงพอเพื่อลดความปวดของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น

งานวิสัญญีนอกจากจะมีหน้าที่ให้บริการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดให้ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย แล้วยังครอบคลุมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องในห้องพักฟื้น รวมถึงการติดตามอาการที่หอผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่าตัด ดังนั้นงานวิสัญญีสถาบันบำราศนราดูรจึงได้ตระหนักถึงปัญหาความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเริ่มถือ

ระดับความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่5 ดังนั้นในปี2549 จึงได้พัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเริ่มกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการประเมินและการบำบัดความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นจึงได้ขยายกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดโดยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยจัดทำแนวปฏิบัติการให้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยขึ้น เรียกว่าแนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” (หรือแนวทางเวชปฏิบัติฯ) ซึ่งจัดทำขึ้นโดยวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลที่เกี่ยวข้อง (โดยอ้างอิงและดัดแปลงมาจากแนวปฏิบัติของภาควิชาวิสัญญีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) จากนั้นได้ประชุมบุคลากร วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ สูติแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจกับแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น และประสานงานกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลในการประเมินอาการปวดแก่ผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยประเมิน

ระดับความปวดด้วยตนเองโดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) และให้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ เมื่อผู้ป่วยมีระดับความปวด $\geq$ 5 และบันทึกลงในแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในห้องพักฟื้นโดยวิสัญญีพยาบาล และแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในหอผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยกำหนดให้ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทุกรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ในปีงบประมาณ 2552 สถาบันบำราศนราดูร มีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั้งสิ้นจำนวน 1,143 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจำนวน 814 ราย พบผู้ป่วยมีระดับความปวดที่ต้องได้รับยาบรรเทาปวดในห้องพักฟื้นจำนวนทั้งสิ้น 472 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.99 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปซึ่งนับเป็นจำนวนค่อนข้างสูง และจากการประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯในเบื้องต้นพบว่า มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ซึ่งแม้ว่าจะได้รับยาบรรเทาปวดจนครบตามแนวปฏิบัติในห้องพักฟื้น แล้วแต่เมื่อย้ายผู้ป่วยกลับถึงหอผู้ป่วย และมีการประเมินระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยยังคงให้ข้อมูลว่า รู้สึกปวดแผลผ่าตัดมาก และต้องการได้รับยาบรรเทาปวดอยู่ และยังขาดการประเมินแนวทางเวชปฏิบัติฯดังนั้นผู้ศึกษาจึงศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯต่อผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี ทั้งนี้เพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด นอกจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดที่พบบ่อย เช่น ปัญหาการหายใจ ภาวะเลือดออก แล้วอาการปวดหลังผ่าตัดก็เป็นปัญหาสำคัญที่พบในห้องพักฟื้นและที่หอผู้ป่วย แม้ว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการระงับปวดแผลหลังผ่าตัดมีการพัฒนาไปจากเดิมมากแต่การบำบัดความปวดยังไม่เป็นที่น่าพอใจผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังต้องทนทุกข์กับความปวดแผลอยู่เสมอ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในเรื่องการให้ข้อมูลการประเมินความเจ็บปวดก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยสถาบันบำราศนราดูร
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ต่อการบรรเทาปวดในผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ณ สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย สถาบันบำราศนราดูร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ต่อการบรรเทาปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

และใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัด จำนวน 35 ราย ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในสถาบันบำราศนราดูรในเดือนตุลาคม พ.ศ.2552 และศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯตลอดจนความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 6 ราย (ทั้งหมด) และพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 23 ราย และการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูรในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว

กรอบแนวคิด

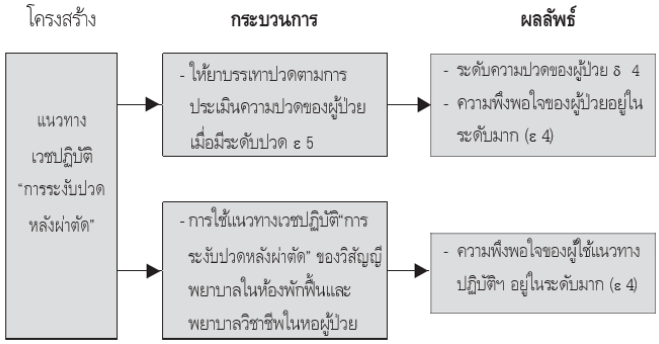
การศึกษาผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้บูรณาการทฤษฎี-แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ (Quality framework) ของโดนาบีเดียน (Donabedian's Structure-process-outcome)ที่พูดถึงคุณภาพใน 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์[9] ดังนี้

1. โครงสร้าง (structure) หมายถึง คุณลักษณะต่าง ๆของแพทย์ และโรงพยาบาลซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ

2. กระบวนการ (process) ได้แก่ ส่วนประกอบต่าง ๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆกับผู้ป่วยหรือลูกค้า

3. ข้อมูลทางผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง สภาวะของสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะด้านกระบวนการ คือ การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ ศัลยกรรมตึกหลังคลอด และผลลัพธ์ คือ ผลของการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ต่อการบรรเทาปวดของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการได้รับการจัดการความปวด และความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ดังแผนภูมินี้



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม (วิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วย) เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงการตอบแบบสอบถาม ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแต่ละชุดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่ม วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยผู้ศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ไม่เป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยดังกล่าว และขอร้องให้ผู้ตอบตามความรู้สึกจริงไม่ต้องเกรงใจ เพื่อจะได้นำผลที่ได้ไปพัฒนาเพื่อให้การบริการที่ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

3. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติหาค่าจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

วารสารสถาบันบำราศนราดูร
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2553

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯในด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.4 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 8.6 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 36.2 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 77.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 40.0 อาชีพรับจ้างหรือพนักงานของรัฐร้อยละ 51.4 มีประวัติเคยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดมาก่อนร้อยละ 51.4 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 55.6 ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด

การจำแนกผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 74.3 อยู่ใน ASA Physical status II เป็นผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (Emergency case) ร้อยละ 62.9 มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 68.34 กิโลกรัม มีระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 54.6 นาที และส่วนใหญ่ร้อยละ 54.3 เป็นผู้ป่วยมาทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและร้อยละ 74.3 เป็นการผ่าตัดในช่องท้องส่วนล่าง ส่วนผลของคะแนนความปวดต่ำสุดและสูงสุดในห้องพักฟื้นที่หอผู้ป่วย คะแนนความปวดก่อนส่งจากห้องพักฟื้น และคะแนนความปวดที่เวลา 24 ชั่วโมงที่หอผู้ป่วยดังตารางที่1

ตารางที่1 แสดงค่าคะแนนความปวดต่ำสุด สูงสุดของผู้ป่วย ทั้งในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วย, ค่าคะแนนความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (n=35)

คะแนนความปวด	ห้องพักฟื้น คะแนน (ร้อยละ)	หอผู้ป่วย คะแนน (ร้อยละ)
ต่ำสุด	1-2 (14.2)	1-2 (80)
	3-4 (42.9)	3-4 (20)
สูงสุด	≤ 4 (14.3)	≤ 4 (37.1)
	5-7 (68.6)	5-7 (57.1)
	8-10 (17.1)	8-10 (5.8)
ก่อนออกจากห้องพักฟื้น	≤ 4 (100)	-
24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	-	≤ 2 (22.9)
	-	3-4 (74.2)
	-	5-6 (2.9)

จากตารางพบว่า ในห้องพักฟื้นผู้ป่วยมักมีระดับความเจ็บปวดสูงกว่าที่หอผู้ป่วย ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับ[1,2] ที่พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มอาการปวดแผลในระดับรุนแรงมากใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จากนั้นความเจ็บปวดจะลดลงใน 48-72 ชั่วโมงหลัง และจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง[3,4,5]

ส่วนการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลจัดการความเจ็บปวดก่อนให้ยาระงับความรู้สึกพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความเจ็บปวดทำให้เข้าใจและสามารถประเมินคะแนนความปวดได้ร้อยละ 74.3 รองลงมาคือ เรื่องที่วิสัญญีพยาบาลสามารถตอบข้อซักถามได้เป็นที่พึงพอใจคิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนความพึงพอใจในห้องพักฟื้นนั้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละสูงที่สุดในเรื่องวิสัญญีพยาบาลได้ให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างทันท่วงทีและความพึงพอใจจากการได้รับการดูแลแก้ไขเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาบรรเทาปวด เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 54.2 สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลจัดการความเจ็บปวดที่หอผู้ป่วยนั้นผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละสูงที่สุดคือ ร้อยละ 71.4 ในเรื่องการได้ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยตนเองรองลงมาร้อยละ65.7 ในการได้รับความสนใจจากพยาบาลวิชาชีพโดยการซักถามและประเมินระดับความปวดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
Vol. 4 No. 2 May - August 2010

อย่างไรก็ตามพบว่าภาพรวมของความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ พึงพอใจมากที่สุดขณะอยู่ในห้องพักฟื้นสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 88.6 รองลงมาคือ ความพึงพอใจมากที่สุดขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยร้อยละ 74.3 และพึงพอใจมากที่สุดระยะก่อนผ่าตัดร้อยละ 60 ดังแสดงในตารางที่2

ตารางที่2 ร้อยละของระดับความพึงพอใจมากที่สุด (5) ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ

	ร้อยละของระดับความพึงพอใจมากที่สุด (5)	ภาพรวมระดับความพึงพอใจ $\bar{X}$, SD, range
พยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย	52.2	4.35, SD = 0.775, range = 3-5
วิสัญญีพยาบาล	83.3	4.83, SD = 0.408, range = 4-5
ผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก	60	4.60, SD = 0.497, range = 4-5
ผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น	88.6	4.86, SD = 0.356, range = 4-5
ผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย	74.3	4.74, SD = 0.443, range = 4-5

2. ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯโดยวิสัญญีพยาบาลพบว่า วิสัญญีพยาบาลเป็นเพศหญิงทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 42.83 ปีส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 13.33 ปี วิสัญญีพยาบาลร้อยละ 100 ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯทุกครั้งในเรื่อง

2.1 การให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดในระยะก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการประเมินระดับความปวดและวิธีการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด

2.2 การประเมินระดับความปวดทุก 5 นาทีโดยวิธีให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวดเป็นตัวเลข (NRS)

2.3 การย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นเมื่อประเมินระดับความปวด 4 และประเมิน PACUscore 9 ตาม PACU Discharge Guideline

2.4 การส่งต่อข้อมูลการให้ยาบรรเทาปวด ระดับความปวด และการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในห้องพักฟื้นกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล การประเมินและการให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนแนวทางเวชปฏิบัติฯในเรื่องการนับอัตราการหายใจร่วมกับการวัดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทุกครั้งที่ประเมินระดับความปวดนั้นวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 ปฏิบัติทุกครั้ง และร้อยละ 16.7 ทำเป็นบางครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยร้องเจ็บปวดมากจึงรีบเตรียมและให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยก่อนเพราะผู้ป่วยที่ปวดมาก ๆ แสดงว่ายาบรรเทาปวดไม่เพียงพอที่จะกดอัตราการหายใจของผู้ป่วยในขณะที่การปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯในเรื่องการให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดโดยวิธีการจัดท่านอนที่เหมาะสม และสอนวิธีการหายใจเพื่อผ่อนคลายนั้น วิสัญญีพยาบาลร้อยละ 66.7 ปฏิบัติทุกครั้ง และร้อยละ 33.3 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง สำหรับการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯในเรื่องการรายงานวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์เจ้าของไข้กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความปวด $\geq$ 5 หลังได้รับยาครบตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ แล้วมีวิสัญญีพยาบาลร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่ปฏิบัติทุกครั้ง และร้อยละ 66.7 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

สำหรับการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯพบว่า มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดในทุกข้อคำถามดังนี้

1. เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 4.48, SD = 0.408, range = 4-5)

2. การช่วยลดระดับความปวดให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ($\bar{X}$ = 4.48, SD = 0.408, range = 4-5)

3. ไม่เป็นการเพิ่มขั้นตอนการทำงานทำให้ยุ่งยากและเสียเวลามากขึ้น ($\bar{X}$ = 4.50,SD = 0.548, range = 4-5)

4. ภาพรวมระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ($\bar{X}$ = 4.83, SD = 0.408, range = 4-5)

วารสารสถาบันบำราศนราดูร
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2553

3. ผลการศึกษาการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯโดยพยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.3 เพศชายร้อยละ 8.7 มีอายุเฉลี่ย 40.04 ปี ร้อยละ 87.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 13.0 จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.78 ปี

4. พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ดังตารางที่3

ตารางที่3 แสดงผลการปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (n=23)

แนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด”	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคยทำ จำนวน(ร้อยละ)
1. การให้ข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดในระยะก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการประเมินระดับความปวด และวิธีการ บรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด	21 (91.3)	2 (8.7)	–
2. การประเมินระดับความปวดแก่ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วตัว	22 (95.7)	–	1 (4.3)
3. การประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดจากห้องพักฟื้นก่อนส่งกลับตึก เริ่มประเมินระดับความปวดเมื่อผู้ป่วยมาถึงตึกแล้ว 2 ชั่วโมง	19 (82.7)	3 (13.0)	1 (4.3)
4. การประเมินในกรณีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดจากห้องพักฟื้น เมื่อผู้ป่วยถึงตึก และจัดท่านอนให้ผู้ป่วย เรียบร้อยแล้ว 15 นาทีจึงเริ่มประเมินระดับความปวด	18 (78.3)	4 (17.4)	1 (4.3)
5. การนับอัตราการหายใจร่วมกับวัดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทุกครั้งที่ประเมินระดับความปวด	18 (78.3)	5 (21.7)	–
6. การฉีดยาบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ทันทีเมื่อผลการประเมินระดับความปวด (NRS) ≥ 5	20 (87)	3 (13.0)	–
7. การประเมินระดับความปวดและนับอัตราการหายใจร่วมกับวัดระดับความรู้สึกตัวภายใน 5–10 นาที หลังฉีดยาบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยทาง IV	21(91.3)	2(8.7)	–
8. การประเมินระดับความปวดและนับอัตราการหายใจร่วมกับวัดระดับความรู้สึกตัวภายใน 15- 20 นาที หลังฉีดยาบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยทาง IM	21(91.3)	2(8.7)	–
9. การรายงานแพทย์เพื่อสั่งการรักษากรณีที่ผู้ป่วยประเมินระดับความปวด (NRS) ≥ 5 หลังจากฉีดยาบรรเทา ปวดแล้วและยังไม่ครบเวลาให้ยาบรรเทาปวดครั้งต่อไป	17(73.9)	6(26.1)	–
10. การทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด โดยวิธีการจัดท่านอนที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด	21(91.3)	2(8.7)	–
11. ท่านทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด โดยวิธีการกระตุ้นให้หายใจเข้าลึก ๆทางจมูกแล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆเพื่อผ่อนคลายให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด	17(73.9)	6(26.1)	–
12. ท่านทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยวิธีการประคบเย็นบริเวณผ่าตัดนาน 15–20 นาทีทุก 2 ชั่วโมง	13(56.5)	3(13.0)	7(30.4)

5. สำหรับการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯในภาพรวมพบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.39, SD = 0.583, range = 3-5) ดังนี้

5.1 ประโยชน์ต่อการตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย ($\overline{X}$ = 4.48, SD = 0.665, range = 3-5)

5.2 การช่วยลดระดับความปวดให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ($\overline{X}$ = 4.39, SD = 0.839, range = 3-5)

5.3 ไม่เป็นการเพิ่มขั้นตอนการทำงานทำให้ยุ่งยากและเสียเวลามากขึ้น ($\overline{X}$ = 4.39, SD = 0.583, range = 3-5)

5.4 ภาพรวมระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ ($\overline{X}$ = 4.35, SD = 0.775, range = 3-5)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาดังกล่าวนำมาอภิปรายผลแยกเป็น 3 ส่วน คือผู้ป่วยที่มารับบริการ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ

จากข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติฯทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะอยู่ในห้องพักฟื้น และระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยแม้ว่าเมื่อให้ผู้ป่วยประเมินว่ายังคงรู้สึกปวดแผลผ่าตัดอยู่ก็ตาม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้การพยาบาลตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ นั้นแม้จะไม่ช่วยให้ผู้ป่วย ทุกรายหายปวดโดยสิ้นเชิงก็ตาม แต่การที่ทั้งวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพมีการเข้าไปพูดคุยซักถามอาการปวดของผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ (หรือมากกว่านั้นในผู้ป่วยบางราย) น่าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี เกิดความรู้สึกไว้วางใจและมั่นใจได้ว่าตนเองมิได้ถูกทอดทิ้งให้เผชิญกับความเจ็บปวดเพียงลำพัง แต่ทั้งวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือในการลดและบรรเทาอาการปวดให้ตนเอง โดยมีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง แม้จะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นไปยังหอผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้การพยาบาลเพื่อระงับและบรรเทาปวดนั้นสะดุดลงด้วยเหตุผลดังกล่าว แล้วจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ

2. วิสัญญีพยาบาลกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ

ผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่าวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ และสามารถนำแนวทางเวชปฏิบัติฯมาใช้ในการตัดสินใจให้การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากวิสัญญีพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฯดังกล่าว โดยการนำปัญหาในการปฏิบัติงานมาร่วมกันคิดและกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้สามารถปรับใช้กับการปฏิบัติงานได้จริงเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเพื่อลด และบรรเทาความปวดให้ผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดการทำแนวทางเวชปฏิบัติฯจึงสามารถใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯดังกล่าวในการปฏิบัติงานได้ทุกครั้งตามหลักการของการจัดทำแนวปฏิบัติฯโดยทั่วไปของ AGREE[12] ส่วนการให้เหตุผลความไม่แน่ใจถึงวิธีปฏิบัติในและนอกเวลาราชการ น่าจะเกิดจากความไม่ชัดเจนของรายละเอียดในข้อปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งหากมีการทบทวนข้อตกลงและระบุในแนวทางเวชปฏิบัติฯ ให้ชัดเจนแล้วจะทำให้ผู้ปฏิบัติทุกคนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ได้ทุกครั้ง

3. พยาบาลวิชาชีพกับแนวทางเวชปฏิบัติฯ

ผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เนื่องจากเห็นว่ามีประโยชน์ในการช่วยตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยโดยไม่เป็นการเพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติอย่างไรก็ตามพบว่ามีข้อปฏิบัติบางข้อ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง ข้อแรกได้แก่ การที่มีพยาบาลวิชาชีพประเมินระดับความปวดเมื่อผู้ป่วยถึงตึกแล้วประมาณ 4-6 ชั่วโมง ไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาปวดมาจากห้องพักฟื้นหรือไม่ได้ก็ตาม ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ เนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคลากรใหม่จึงอาจไม่เข้าใจขั้นตอนตามแนวทาง

วารสารสถาบันบำราศนราดูร
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2553

เวชปฏิบัติฯ ดีพอส่วนแนวทางเวชปฏิบัติฯ ข้ออื่นที่ไม่ได้ปฏิบัติทุกครั้ง คือ การรายงานแพทย์เพื่อสั่งการรักษากรณีที่ผู้ป่วยประเมินระดับความปวด (NRS) ≥ 5 หลังจากฉีดยาบรรเทาปวดแล้ว และยังไม่ครบเวลาให้ยาบรรเทาปวดครั้งต่อไป การที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯได้ทุกครั้งนั้นน่าจะเกิดจากความไม่ชัดเจนของข้อความในแนวทางเวชปฏิบัติฯทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความลังเล ไม่มั่นใจว่าควรรายงานแพทย์ในกรณีใดบ้าง นอกเวลาราชการจะมีวิธีปฏิบัติเหมือนหรือต่างกับในเวลาราชการอย่างไรเหล่านี้คือ ข้อคำถามของผู้ปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจต่างกันและไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯได้ทุกครั้งและทุกคน

ส่วนการทำกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยวิธีการกระตุ้นให้หายใจเข้าลึก ๆทางจมูกแล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆเพื่อผ่อนคลายให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาข้อมูลให้ละเอียดต่อไปว่าการที่ไม่ได้ให้การพยาบาลในกิจกรรมดังกล่าวนั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านพยาบาลหรือผู้ป่วย เช่น การที่พยาบาลมีภาระงานมาก มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดในเวรนั้น ๆ หลายรายจึงไม่สามารถให้การพยาบาลข้อนี้แก่ผู้ป่วยได้เนื่องจากต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มมากขึ้น หรือเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามผู้ป่วยหลับหลังได้รับยาบรรเทาปวด หรือภาวะหลังผ่าตัดของผู้ป่วยไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว ซึ่งถ้าไม่มีการศึกษาข้อมูลให้ได้คำตอบที่ชัดเจนและร่วมกันหาวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในหอผู้ป่วยแล้วพยาบาลวิชาชีพทุกคนน่าจะสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯได้ครบถ้วนทุกข้อปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคความยากง่ายในการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยบางท่านมีความเชื่อที่ว่าหากผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดมากทำให้ไม่ยอมลุกเนื่องจากเวียนศีรษะทำให้เกิดอาการท้องอืดตามมา จึงฉีดยาให้ผู้ป่วยเพียง 1 ครั้ง ตลอด 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พยาบาลบางท่านไม่ยอมรับคะแนนความปวดที่ผู้ป่วยบอกโดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยบอกคะแนนปวดเกินจริงโดยสีหน้าที่แสดงออกไม่เจ็บมากและได้พยายามอธิบายให้ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดลดลง

จากปัญหาดังกล่าว ควรมีการจัดการประชุมวิชาการเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย ให้บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯเพื่อให้มีทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้อง ควรมีการจัดประชุมและให้ผู้ปฏิบัติทุกคนได้มีส่วนร่วมในการปรับแก้แนวทางเวชปฏิบัติฯ เพื่อให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่วนปัญหาที่ว่าผู้ป่วยบางรายให้คะแนน ≥ 5 แต่เมื่อทราบว่าจะต้องฉีดยาเข้ากล้ามจึงขอไม่รับยาบรรเทาปวดและขอลดคะแนนปวดลง เนื่องจากไม่อยากเจ็บตัวเพิ่มขึ้นจากการถูกฉีดยาเข้ากล้ามเรื่องวิธีบริหารยานี้จะได้นำเสนอให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบเพื่อปรับวิธีบริหารยาให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลและการอภิปรายผลในทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวแล้วผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในเรื่องนี้ดังนี้

1. ควรมีการทบทวนการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯเป็นระยะ ๆ ทั้งนี้เพื่อจะได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติฯให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆที่เปลี่ยนไป เช่น บุคลากรใหม่ชนิดของการผ่าตัดและยาบรรเทาปวดชนิดใหม่ ๆที่มีการนำมาใช้ในสถาบันบำราศนราดูร

2. ควรจัดอบรมเรื่อง การประเมินความปวดและการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” เป็นระยะ ๆทั้งนี้เพื่อทบทวนความรู้ให้แก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้องและให้ความรู้แก่บุคลากรใหม่เพื่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. ในการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติฯแต่ละครั้งควรมีการเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลและปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นที่ยอมรับและสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง

4. มีการนำประสบการณ์และบทเรียนจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯมาสู่กระบวนการจัดการความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆไปปรับใช้กับการปฏิบัติพยาบาล

ในสถานการณ์ต่าง ๆได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัย และจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับวิสัญญีพยาบาล ในเรื่องอื่น ๆที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น แนวปฏิบัติการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค และแนวปฏิบัติสำหรับกิจกรรมการพยาบาลของหน่วยงานอื่นในสถาบันบำราศนราดูรโดยยึดหลักความปลอดภัย ความสุขสบายและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ

6. ควรจัดทำระบบการชี้แจงแนวทางเวชปฏิบัติฯ สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากรใหม่และผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติฯทุกคน เพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลในการลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุกคนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

7. นำปัญหาที่พบเกี่ยวกับการรายงานวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์เจ้าของไข้กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความปวด ≥ 5 หลังได้รับยาครบตามแนวทางเวชปฏิบัติฯนอกเวลาราชการให้วิสัญญีแพทย์ทราบ เพื่อร่วมกันปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติฯเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และทำให้ผู้ปฏิบัติทุกคนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติฯได้ทุกครั้ง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูรในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ แพทย์หญิงศรัณยา ประสิทธิศิริกุล (วิสัญญีแพทย์) คุณถนอมจิตต์ ดวนด่วน และคุณพรรณี ลิ้มสวัสดิ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหาและช่วยปรับแก้แบบสอบถามให้สมบูรณ์ขึ้น ขอขอบพระคุณ ดร.เขมารดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางการทำวิจัยให้ถูกต้อง ขอขอบคุณนายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ ที่ได้ช่วยแนะนำการเขียนและปรับแก้ Abstract และท้ายนี้ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม ตึกหลังคลอด และวิสัญญีพยาบาลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์การวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน. ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่มที่1. กรุงเทพฯ: ทิมส์; 2547.
2. Avidan M, Harvey A M R, Ponte J, Wendon J, Ginsburg R. Perioperative care, anesthesia, pain management and intensive care: An illustrated colour text. London: Churchill Livingstrone; 2003.
3. ภัทรพร เขียวหวาน. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่: การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2548.
4. Ashburn M A, Ready B. Postoperative pain In J. D. Loeser . 3rd ed. Bonica's management of pain. Philladelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2001; 222-40.
5. สมรัตน์ จารุลักษณานันท์. การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อคุณภาพและ ความปลอดภัย. ตำราวิสัญญีวิทยา. สมุทรสาคร: วินเพรส โปรดักชั่นเฮาส์; 2548.
6. Jefferry L, et al. Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to be Un-dermanaged. Postoperative pain experience. Anesthesia & Analgesia 2003;97: 534-40.
7. Phillips DM. JCAHO Pain managementstandards are unveiled. J Am Med Assoc 2000; 284: 428-9.
8. Alfhild Dihle, et al. Using the American Pain Society's Patient Outcome Questionnaire to Evaluate the Quality of Postoperative Pain Management in a Sample of Norwegian Patients. The Journal of Pain, 2006; 7(4): 272-80.
9. จุฬาลักษณ์ บารมี. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ และคุณภาพการพยาบาล. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.

10. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัย ทางพยาบาลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

11. จุฬาลักษณ์ บารมี. สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. พิมพ์ครั้งที่1. ชลบุรี: ศรีศิลปะการพิมพ์;2551.