

สถานการณ์การจัดการความปวดในห้องพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

อิสราภรณ์ กันวี พย.ม.,

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์,

วารินทร์ บินโฮเซ็น พย.ด.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวด 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลชลประทาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาลจำนวน 9 ราย และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 97 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากวิสัญญีพยาบาลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด และแบบสังเกตการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติสุขภาพ และการเจ็บป่วย ข้อมูลความปวด และการจัดการความปวดของผู้ป่วยจากเวชระเบียน เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แรกรับที่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่าง 3-10 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.48 คะแนน หลังได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดลดลงอยู่ระหว่าง 1-7 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.35 คะแนน การจัดการความปวดที่ปฏิบัติได้แก่ การประเมินระดับความปวด และจัดการความปวดโดยการให้ยาซึ่งยาที่ใช้ได้แก่ fentanyl, morphine, และ pethidine วิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดระหว่าง 5-10 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.56 คะแนน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลให้มีความรู้และการปฏิบัติในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนมีการกำกับให้มีการบันทึกการปฏิบัติอย่างครบถ้วนและครอบคลุม

คำสำคัญ: ระดับความปวด, การจัดการความปวด, ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด,
ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, วิสัญญีพยาบาล

Pain Management Situation In Recovery Room For Persons Received General Anesthesia

Aisraporn Kunwee M.N.S.,

Nam-Oy Pakdevong Dr.Ph.,

Varin Binhosen Ph.D.

School of Nursing, Rangsit University

ABSTRACT

This descriptive research aimed to investigate the pain management situation in recovery room patients received general anesthesia in the Royal Irrigation hospital. A purposive sample of 9 anesthetic nurses and 97 patients' medical record was recruited. Questionnaires concerning knowledge about pain management and the pain management observation form were used to collect the data from anesthetic nurses. The patients' demographic data, health and illness history, medication, and pain management data were collected from the medical record. Content validity and internal consistency reliability of the questionnaires were examined. The data were analyzed through descriptive statistics method.

The results showed that the patients' pain scores at first arrived to recovery room ranged from 3 to 10 point with the average of 6.48 points. The pain scores at 2 hours postoperative decreased from 1 to 7 points with the means of 3.35 points. The anesthetic nurses relieved the patients' pain by pain assessing and giving drugs according to their pain's level. The common used drugs were fentanyl, morphine, and pethidine. Regarding the questionnaires response, the means score of knowledge about pain management was 7.56 points from 10 points. The data from observation also showed that the pre-operative advice was not documented. It is suggested that knowledge and skill in effective pain management of the anesthetic nurses should be continue developed and documentation should be focused and monitored

Key words: *Pain Level, Pain Management Knowledge About Pain Managemen,
Patients Received General Anesthesia, Anesthetic Nurse*

บทนำ

การผ่าตัดเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค จากสถิติของผู้เข้ารับการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ 2007 พบว่า การผ่าตัดที่พบบากที่สุดได้แก่ การผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารและช่องท้องประมาณ 11 ล้านคน และในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 7.3 ล้านคน และการผ่าตัดในผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด 6.4 ล้านคนตามลำดับ โดยพบการผ่าตัดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดจะให้ผลดีในการรักษา แต่ก็ยังมีภาวะที่พบได้บ่อยคือ อาการปวดแผลหลังผ่าตัด ซึ่งจะพบได้ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวในห้องผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด 3 วัน^{1,2}

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน และเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากคมมีดผ่าตัด และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะผ่าตัด ส่งผลให้มีการบวม ตึงรั้ง และการหดตัวของกล้ามเนื้อในขณะเดียวกัน ก็มีการกระตุ้นปลายประสาทอิสระ (Free nerve ending) ในขณะผ่าตัด³ นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกจะมีระดับความปวดรุนแรงมากถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 40-70 ระดับความปวดปานกลางถึงมากร้อยละ 80 ส่วนระดับความปวดเล็กน้อยมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น⁴ ถ้าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอและเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวด และทุกข์ทรมาน เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ การฟื้นสภาพกลับเข้าสู่ภาวะปกติช้า ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้นเป็นผลให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁵

สิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ คือพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจัดการความปวดที่ถูกต้อง มีการประเมินความปวดตั้งต่อก่อนผ่าตัด และมีการจัดการความปวดอย่างถูกต้อง และหลังผ่าตัดควรประเมินความปวดตั้งแต่วินาทีที่หอพักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดให้ทันก่อนที่จะส่งกลับหอผู้ป่วย⁶ ซึ่งในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นโดยวิสัญญีพยาบาล

ได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement_CQI) ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ 2552-ปัจจุบัน โดยกระบวนการพัฒนาเริ่มจากการค้นหาสาเหตุของปัญหา การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดทำโครงการเพื่อปรับปรุงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และระดับความปวดก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยไม่เกิน 5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงการพัฒนาคุณภาพของการดูแล และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงโครงการพัฒนาคุณภาพในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในระยะต่อไปผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวดในหอพักฟื้นของวิสัญญีพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวด 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บความรู้สึกแบบทั่วไป ของโรงพยาบาลชลประทานในเรื่องระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรก และวิธีการจัดการความปวดใน 2 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลในหอพักฟื้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มวิสัญญีพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นจำนวน 9 ราย และ 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับบาดเจ็บความรู้สึกแบบทั่วไปที่ได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นโดยวิสัญญีพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จำนวน 97 ราย ระหว่างเดือนเมษายน-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล

ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดและแบบสังเกตการณ์จัดการความปวดหลังผ่าตัด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดของพยาบาล 3) แบบสังเกตการณ์จัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อมูลสถานการณ์การจัดการกับความปวดข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายโดยแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวิสัญญีพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น มีจำนวน 9 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 27-57 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 44.22 ปี (S.D.= 12.91) และส่วนใหญ่อายุมากกว่า 36 ปี 6 ราย นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด 4 ราย สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีประสบการณ์การทำงานในแผนกอื่น ๆ ระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด 7 ราย และประสบการณ์การทำงานในแผนกวิสัญญีมากกว่า 5 ปี มากที่สุด 6 ราย และประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยผ่านการประชุม/อบรมเรื่องการจัดการความปวด 5 ราย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกจำนวน 97 ราย มีอายุระหว่าง 15-78 ปีประมาณครึ่งหนึ่ง

(55.67%) มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15-35 ปี (55.67%) อายุเฉลี่ย 36.44 ปี (S.D. = 13.81) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.19%) นับถือศาสนาพุทธ (96.90%) สถานภาพสมรสคู่ (64.94%) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (29.89%) และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (43.29%) ส่วนใหญ่ (80.4%) ไม่มีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่า เป็นความดันเลือดสูงและเบาหวานมากที่สุด 19 ราย (19.58%) ส่วนใหญ่ (60.82%) ไม่มีประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัด และในการผ่าตัดครั้งนี้พบว่าเป็นการผ่าตัดทางศัลยกรรมมากที่สุด (46.39%) ลักษณะการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดตามแนวยาว (86.59%) เป็นแผลสะอาด (Clean Wound) (73.19%) ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงมากที่สุด (44.32%) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (95.87%) ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าแผลผ่าตัดมีเลือดซึมผ้าปิดแผล

ระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้น

จากข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นจำนวน 97 ราย พบว่าเมื่อแรกรับในห้องพักฟื้น คะแนนความปวดมีค่าระหว่าง 3-10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.48 คะแนน (SD = 1.39) ประมาณครึ่งหนึ่งมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (50.51%) ภายหลังการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง พบว่าคะแนนความปวดมีค่าระหว่าง 1-7 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.35 คะแนน (SD = 1.63) และมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (32.98%) รายละเอียดดังแสดงตามตาราง

ระดับความปวด	แรกรับ			หลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง		
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm SD$	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X} \pm SD$
มาก (7-10 คะแนน)	47	48.45	7.68 ± 0.78	5	5.15	7.00 ± 0.00
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	49	50.51	5.41 ± 0.67	32	32.98	$4.78(0.91)$
น้อย (0-3 คะแนน)	1	1.03	$1.00(0.00)$	60	61.85	$2.28(0.72)$
โดยรวม (พิสัย)	3-10		$6.48(1.39)$	1-7		$3.35(1.63)$

วิธีการจัดการความปวดใน 2 ชั่วโมงแรกของ วิสัญญีพยาบาลในหอพักฟื้น

จากข้อมูลบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดในหอพักฟื้นจำนวน 97 ราย พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีการบันทึกตามแนวทางการจัดการความปวดที่ได้รับการอบรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องดังนี้

1. การดูแลก่อนการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลพบว่ามีการบันทึกเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 78.35
2. การประเมินความปวดในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในหอพักฟื้น 2 ชั่วโมง พบว่ากิจกรรมที่มีการบันทึกมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ประเมินความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในหอพักฟื้น การใช้เครื่องมือ เช่น Pain Scale ในการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคน และการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับปวด (97.93% ทั้ง 3 อันดับ)
3. การจัดการความปวดโดยใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาระงับปวดก่อนผ่าตัด (90.72%) และในกลุ่มที่ได้รับยาระงับปวดก่อนผ่าตัดพบว่าได้รับยา Morphine มากที่สุด และระหว่างผ่าตัดยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับได้แก่ Fentanyl และ Morphine (62.88 และ 37.11% ตามลำดับ) ส่วนยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในหอพักฟื้นได้แก่ Fentanyl, morphine และ Pethidine (54.63, 41.23 และ 4.12% ตามลำดับ)

ส่วนข้อมูลจากการสังเกตการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาล ผู้วิจัยและหัวหน้าวิสัญญีพยาบาลได้สังเกตการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในหอพักฟื้น และจากข้อมูลการบันทึกการดูแลผู้ป่วยระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2554 ของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 9 คน คนละ 2 ครั้ง รวม 4 ครั้ง โดยสุ่มสังเกตการปฏิบัติทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ พบว่าข้อมูลจากการสังเกตของผู้สังเกต 2 คน มีความสอดคล้องกันคิดเป็นร้อยละ 80.00 ซึ่งการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาลตามแนวทางที่ได้รับการอบรมตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลก่อนการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พบว่ามีการบันทึกการปฏิบัติเพียง 2 คน และ 5 คน ตามลำดับ

2. การประเมินความปวด พบว่ากิจกรรมที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติ ซึ่งผู้สังเกตทั้ง 2 คนได้จากการสังเกตที่ได้ตรงกันหรือใกล้เคียง ได้แก่ มีการประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 15 นาที 8 คน⁸ มีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในหอพักฟื้น 8 คน⁹ และการประเมินระดับความปวดก่อนการให้ยาระงับปวด 7 คน⁹ ส่วนกิจกรรมที่ผู้สังเกตได้ข้อมูลที่แตกต่างกันมากที่สุด ได้แก่ การรายงานแพทย์เมื่อพบว่าหลังการได้รับยาระงับปวดและอาการไม่ดีขึ้น 3 คน⁸

3. การจัดการความปวดโดยใช้ยา พบว่ากิจกรรมที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติซึ่งผู้สังเกตทั้ง 2 คนสังเกตได้ใกล้เคียงกันคือ การบันทึกคะแนนความปวด 8 คน⁹ และการสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยาระงับปวด 2 คน¹

4. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา พบว่าผู้สังเกตทั้ง 2 คนสังเกตกิจกรรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติได้ตรงกันทั้ง 2 กิจกรรม คือ การจัดท่านอน 7 คน⁷ และการแนะนำการไอ และการเคลื่อนไหวบนเตียงหลังผ่าตัด 2 คน²

5. การประเมินผลและการส่งต่อ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติตรงกันคือ ก่อนการย้ายผู้ป่วยมีคะแนนความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน 9 คน⁹

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลในหอพักฟื้น

ข้อมูลความรู้ได้มาจากการตอบแบบสอบถามของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 9 คนในเรื่องความรู้ เรื่องการจัดการความปวดใน 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยพบว่า มีคะแนนความรู้ระหว่าง 5-10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.56 คะแนน (SD = 1.74) เมื่อแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็น 3 ระดับพบว่า วิสัญญีพยาบาลจำนวน 5 ราย มีความรู้ในระดับดี และจำนวน 2 รายมีความรู้ในระดับปานกลางที่เหลืออีก 2 ราย

มีความรู้ในระดับไม่ต่ำโดยความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาลที่ตอบถูกทุกคน ได้แก่ 1) ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นสามารถทำได้ทันทีที่ผู้ป่วยออกมาจากห้องผ่าตัด และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดแล้วอาการปวดไม่ทุเลาลงให้รายงานวิสัญญีแพทย์ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การประเมินผลหลังการให้ยาระงับปวดสามารถทำการให้ยาระงับปวดใน 10 นาที 3 ราย 2) การให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นควรให้ในผู้ป่วยที่มี sedation score > 2 มี 4 ราย และ 3) การให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจะทำเมื่อผู้ป่วยร้องขอเท่านั้น 5 ราย

วิเคราะห์และอภิปรายผล

1. ระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้น

1.1 หลังผ่าตัดทันทีพบว่าผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (50.5%) (ค่าเฉลี่ย 5.41 คะแนน) และปวดมาก (48.5%) (ค่าเฉลี่ย 7.68 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของสกูลรัตน์ รื่นสม⁷ ที่พบว่าหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะมีความปวดสูงสุดในวันแรกโดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.09 คะแนน (SD = 0.72) และจะลดลงในวันต่อมา และการศึกษาของอรพรรณ ไชยชาติ และคณะ² ที่พบว่าความรุนแรงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะพบสูงสุดในวันที่ 1 เท่ากับ 8.26+1.96 คะแนนและจะลดลงในวันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ อาการปวดจะสูงในวันแรกเนื่องจากการผ่าตัดเป็นกระบวนการรักษาที่ต้องใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อต่างๆ ส่งผลให้เนื้อเยื่อเกิดความชอกช้ำ และมีการตอบสนองโดยการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น ไฮโดรโคโรสเตรอนอยด์ โนโนเอมีนเปปไทด์ สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกทำให้เกิดอาการปวดตั้งแต่ออกจากห้องผ่าตัด^{8,9} เพราะหลังผ่าตัดทันทีอาการปวดและประสาทรับความรู้สึกจะกลับมาเนื่องจากหมดฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก และประสาทสัมผัสต่างๆ ก็เริ่มกลับมาทำงานตามปกติ และเมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นกลไกความปวดก็ทำงานทันที

1.2 หลังจากได้รับการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น และก่อนนำส่งหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับน้อย 0-3 คะแนน (61.1%) ค่าเฉลี่ย 2.28 คะแนน และระดับความปวดที่น้อยที่สุดคือปวดมาก (5.2%) ซึ่งเป็นไปตามบันไดการรักษาอาการปวดแบบเฉียบพลันตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ยาในกลุ่ม Opioid คือ Fentanyl, Morphine และ Pethidine สอดคล้องกับการศึกษาของนิโรบล กนกสุนทรรัตน์¹⁰ และอภิรติ ใจกล้า⁴ ที่พบว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดในการจัดการกับความปวดวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด คือ Pethidine และ morphine และการศึกษาของ อรพรรณ ไชยชาติ และคณะ² ที่พบว่าการจัดการความปวดโดยใช้ยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดขนาดที่เหมาะสม สามารถลดระดับความปวดของผู้ป่วยได้ดี และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม กดการหายใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากกว่า 7 คะแนนร้อยละ 5.2 ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้องด้วย เช่น โรคที่เป็นชนิดของการผ่าตัด และการได้รับแก้ปวดระหว่างผ่าตัด และประสิทธิภาพการผ่าตัดที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยหลังได้รับยาแล้วยังคงมีอาการปวดมากอยู่ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจต้องค้นหาสาเหตุ และทำแนวทางในการจัดการความปวดด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย

2. วิธีการจัดการความปวดใน 2 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยวิสัญญีพยาบาล พบว่าการปฏิบัติของผู้วิสัญญีพยาบาลเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือ (Pain Scale) และการจัดการความปวดทั้งโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้

2.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยา พบว่ายาที่ใช้ลดปวดได้แก่ยาในกลุ่ม Opioid คือ Fentanyl, Morphine และ Pethidine ทางหลอดเลือดดำซึ่งสอดคล้องกับความระดับความปวดของผู้ป่วยที่วิสัญญีพยาบาลประเมินได้ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{2,7,11} ที่พบว่า พยาบาลจัดการความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกโดยใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ และใช้ยาในกลุ่ม Opioid เนื่องจากผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับมาก

2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาวิสัญญี
พยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดท่านอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย
รู้สึกสุขสบายขึ้นมากกว่าการแนะนำให้ไอ และกระตุ้นให้
เคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹² ที่พบว่า การ
บรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุดคือ การ
จัดท่านอน

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
2 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลในหอพักฟื้น จากการ
ให้วิสัญญีพยาบาลตอบแบบสอบถามในเรื่องความรู้เรื่อง
การจัดการความปวดพบว่า วิสัญญีพยาบาลมีความรู้เรื่อง
ความปวดหลังผ่าตัดและการประเมินหลังผ่าตัดและการ
จัดการความปวดหลังได้รับยาระงับปวดอยู่ในระดับดีใน
3 เรื่อง คือ ชนิดของความปวด การประเมินหลังผ่าตัด
สามารถทำได้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงหอพักฟื้นและเมื่อผู้ป่วย
ได้รับการจัดการความปวดแล้วอาการไม่ทุเลาลงให้รายงาน
วิสัญญีแพทย์ ซึ่งสัมพันธ์กับงานพัฒนาความรู้เรื่องความ
ปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นแต่ยังพบว่าการเฝ้าระวัง
อาการข้างเคียง และการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม
สอดคล้องกับงานวิจัยของสกุศลรัตน์⁷ พบว่า พยาบาล
มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวด และการปฏิบัติ
ด้านการประเมินการแนะนำและดูแลการพยาบาลแต่
ข้อมูลไม่มีความสอดคล้องกับแบบบันทึกทางการพยาบาล
และผลการศึกษาของจิราภี สุนทรกุล¹² ที่พบว่า พยาบาล
ส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการความปวดดี มีการบันทึก
ตามเป้าหมายแต่ขาดความต่อเนื่องในการประเมินความ
ปวด และการบันทึกต่อไปที่หอผู้ป่วย¹³ พบว่าความรู้ และ
การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมิน และการควบคุม
ความปวดอยู่ในระดับดี ความรู้ด้านการควบคุมความปวด
โดยใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้ และมีความรู้ด้านการควบคุม
ความปวดโดยไม่ใช้ยาระดับดีแต่ยังขาดความต่อเนื่อง

สรุป

ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีใน

หอพักฟื้นส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และลดลง
หลังได้รับการจัดการความปวดก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้านผู้ป่วย
ศัลยกรรมมีคะแนนความปวดน้อยกว่า 5 คะแนน และ
ด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในหอพักฟื้นจาก
การปฏิบัติที่ได้จากการสังเกต และบันทึกจากใบบันทึก
ทางการพยาบาลพบว่า มีการประเมินความปวดและการ
ให้ยาบรรเทาปวดตามแนวทางปฏิบัติที่จัดทำขึ้น มีการส่ง
ต่อข้อมูลความปวดชนิด และขนาดของยาที่ผู้ป่วย แต่
ยังขาดการบันทึก และสังเกตหลังการให้ยาระงับปวด และ
การแนะนำการขอยาแก้ปวด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการ
ความปวดของวิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับดีมากกว่าระดับ
อื่นๆ อย่างไรก็ตามยังพบว่าวิสัญญีพยาบาลที่ไม่เคยเข้า
รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดและมีความรู้
ในระดับไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าวิสัญญีพยาบาลไม่มีการ
บันทึกเรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งประเด็น
เหล่านี้ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. แผนกวิสัญญีพยาบาลควรจัดการประชุม
เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และการปฏิบัติเรื่องการจัดการ
ความปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนา
วิสัญญีพยาบาลให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการติดตามกำกับให้มีการบันทึกกิจกรรม
การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เนื่องจาก
เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและ
เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ของการจัดการ
ความปวดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในโครงการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้
ในการวิเคราะห์จุดอ่อน และโอกาสพัฒนาบริการของ
วิสัญญีพยาบาล

บรรณานุกรม

1. พงษ์การดี เจาพะเกษตริณ และคณะ. ความปวด(Pain). พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ทิมส์; 2547. หน้า 64-72.
2. อรพรรณ ไชยชาติ. ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลานครินทร์: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
3. ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ชัชชัย ปรีชาไว. ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552. หน้า 47-60.
4. อภิรติ ใจกล้า. ประสพการณ์ความปวด การจัดการกับความปวด และผลของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
5. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Acute pain management: Operation of medical Procedures and trauma. Clinical Practice guideline No.1. AHCPR Publication. [Internet]. 1992 [cited 2009 February 17]; Available from: <http://www.ahcpr.org>
6. รัตดา กำหอม, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะ ประกรกิจ และคณะ. การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นตามแผนภูมิการระงับปวดที่กำหนดขึ้น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2544; 16(4): 251-6.
7. สกุรัตน์ รื่นสม. การศึกษาระดับความเจ็บปวด และการจัดการความเจ็บปวดของสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2549.
8. ลลิตา อาชานุภาพ, รุ่งจิต เต็มศิริกุลชัย. การประเมินความปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2552; 15(3): 315-26.
9. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางการระงับปวดหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร: โรงพิมพ์วินเพรสโปรดักชั่นเฮาส์; 2552. หน้า 26-37.
10. นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. การรับรู้ความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
11. สุนิดา ไชยงาม. การศึกษาระดับความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2552.
12. จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, สุธีรา จักรกุล เหลืองสุข-เจริญ. การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาธิบดี. Rama Nurs J 2552; 26 (3): 303-14.
13. เจือกุล อโนธามณ์ และคณะ. ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินและการควบคุมความเจ็บปวด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2548; 23 (2): 13-6.