

การใช้อุปกรณ์สระผมเคลื่อนที่สำหรับผู้ป่วย

พัชรี ศรีธีรรัตน์, พย.บ., พรรณี ลิ้มสวัสดิ์, พย.บ., บงกช วงษาเคน, จารุวรรณ นุ่มวาที,
วรัญญา คำฟู, กรรณชกรณ์ ประเสริฐศิลป์, นงค์ลักษณ์ จันครา
กลุ่มการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานประจำเกี่ยวกับอุปกรณ์ช่วยในการสระผมผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลที่เคลื่อนไหวลำบาก หรือต้องนอนติดเตียง อุปกรณ์ดังกล่าวเพิ่มความสะดวกสบายในการดูแลผู้ป่วย

Abstract

Hair washing table is an innovation from routine work. Hair washing table uses to wash patients' hair. It is very useful for the patients who have difficulty in mobilization or bed ridden cases.

ความเป็นมา

ในการดูแลผู้ป่วยเดิมการสระผมผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล พบว่าในการสระผมผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวลำบาก หรือต้องนอนติดเตียงโดยใช้อุปกรณ์ธรรมดา เช่น ถังน้ำ กะละมัง พบปัญหาหลายอย่าง เช่น น้ำที่ใช้สระผมหกเลอะเทอะจากการเคลื่อนย้าย ปัญหาการปวดหลังจากการยกน้ำ และท่าทางการสระผมที่ลำบาก จากปัญหาดังกล่าวทางหน่วยงานจึงได้ได้คิดพัฒนารูปแบบอุปกรณ์สระผมใหม่มาใช้ในการให้บริการสระผมผู้ป่วยในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาอุปกรณ์รดสระผมสำหรับผู้ป่วยให้สะดวกในการใช้งานและได้มาตรฐาน ยั่งยืนและช่วยลดภาวะความเสี่ยงต่อการปวดหลังของเจ้าหน้าที่ในการยกน้ำ

วิธีปฏิบัติ และแนวทางการแก้ไข

1. พัฒนารดสระผมสำหรับผู้ป่วย (รูปที่ 1) ยังไม่มีก๊อกน้ำ และใช้ท่อระบายลงในถังเก็บน้ำ



รูปที่ 1 รถระผมคันแบบ

2. จัดทำอุปกรณ์สายยางแบบยาวกับก๊อมน้ำ ต่อท่อระบายน้ำนำปลายท่อน้ำทิ้งไปวางในห้องน้ำผู้ป่วย (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 รถระผมรุ่นพัฒนาที่ 2

3. ในการปฏิบัติทำโดย ดึงหัวเตียงออก และจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมโดยศีรษะ อยู่บนบริเวณอ่างระผมและทำการระผมให้ผู้ป่วย (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 แสดงการสระผมผู้ป่วยด้วยรถสระผม

ตัวชี้วัด ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ 90 %

ผลการศึกษาและทดลอง

จากการทดสอบรถสระผมอเนกประสงค์ในการสระผมผู้ป่วย ตั้งแต่เดือน เม.ย - มิ.ย 53 นอกจากความสบายของผู้ป่วยและความพึงพอใจ 100 % แล้วยังพบว่าไม่มีน้ำหกเปื้อนที่นอนของผู้ป่วยและบริเวณพื้นโดยรอบประหยัคเวลาในการสระผม ผู้ปฏิบัติงานมีความสะดวกในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้นในมุมมองของญาติเป็นบริการที่ดีทำให้ได้รับความสะดวกเพิ่มความพึงพอใจสามารถนำไปใช้กับหน่วยงานที่เป็นผู้ป่วยในได้ลดภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติหน้าที่ได้ เช่น การปวดหลัง ปวดหัวไหล่

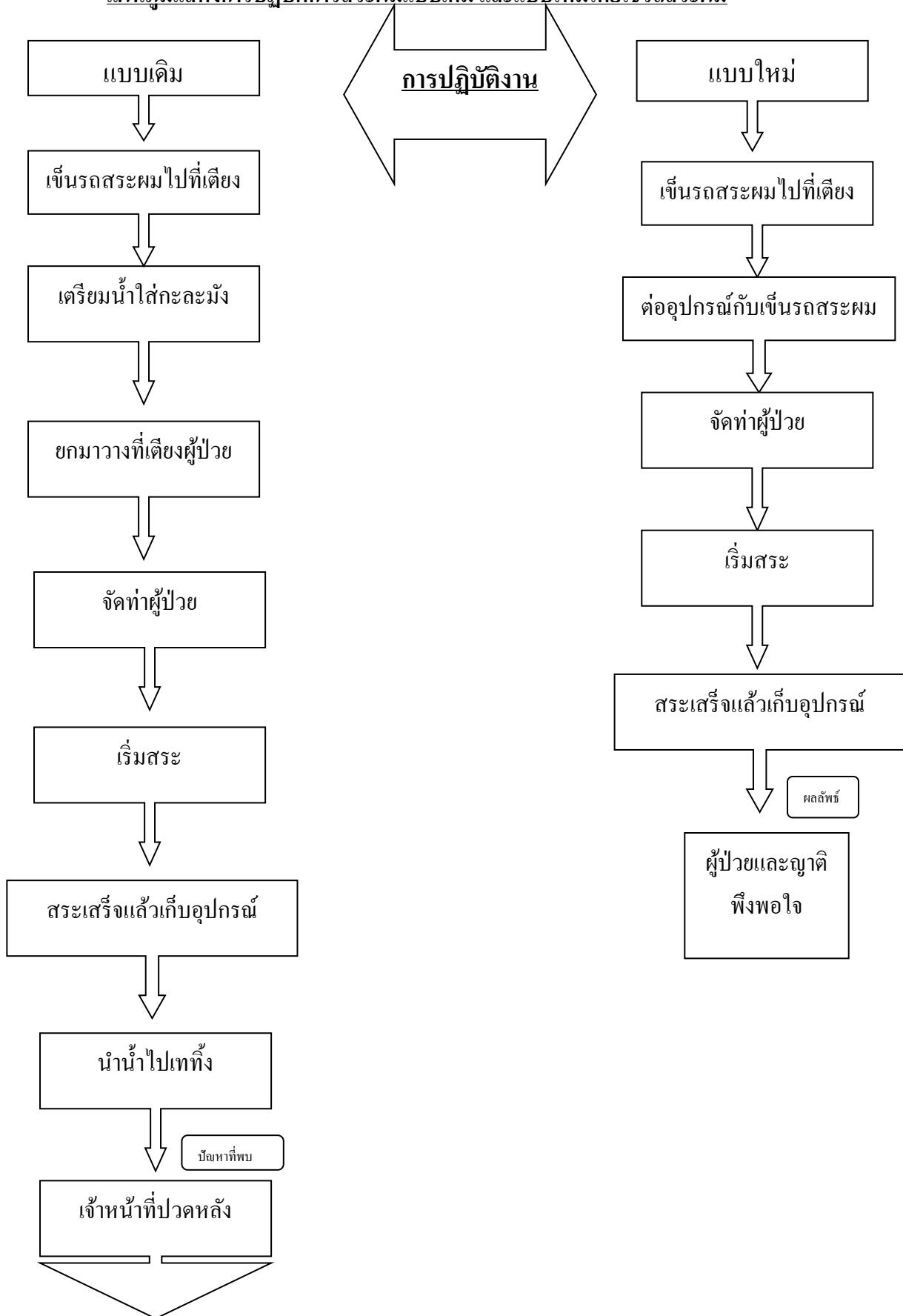
บทสรุป

รถสระผมอเนกประสงค์นี้พัฒนาขึ้นเป็นการแก้ปัญหาที่พบจากการทำงานและเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกคน ซึ่งทำให้การทำงานดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และทำให้มีอุปกรณ์ที่ดีมีมาตรฐาน

อ้างอิง

1. รัชดา ตันติสารศาสน์. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2542;17:266.
2. วไลพร นักเคราะห์า และคณะ. (2541). บทคัดย่อผลงานวิชาการ: รวมผลงานวิจัยทางการแพทย์ทาง การพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535-2541.

แผนภูมิแสดงการปฏิบัติการสระผมแบบเดิม และแบบใหม่โดยใช้รถสระผม



รายงานผู้ป่วย
กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวด

มนพร ชาดิขานี¹, นางพัชรา อัมรินทร์พรชัย²

1 อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

2 วิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลปทุมธานี

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นสิ่งที่ช่วยเตือนให้ร่างกายตระหนักว่า มีสิ่งที่ผิดปกติหรือมีอันตรายเกิดขึ้นในร่างกาย เพื่อให้บุคคลนั้นมีการตอบสนองต่ออาการปวดที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลไม่สามารถรับรู้แทนกันและ/หรือประเมินแทนกันได้ ความปวดสามารถแยกออกตามลักษณะของพยาธิสรีระแบ่งเป็น 2 ชนิด^{1,2,3} คือ Nociceptive pain เป็นความปวดจากการบาดเจ็บและ/หรือเกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อ และ Neuropathic pain เป็นความปวดจากพยาธิสภาพในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ซึ่งอาการปวดสามารถแบ่งออกเป็น อาการปวดแบบเฉียบพลัน (Acute Pain) คืออาการปวดที่เกิดขึ้นภายหลังเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด หรือ เส้นประสาทถูกทำลาย และจะหายได้ภายในเวลาไม่เกิน 1-6 เดือน ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ถ้ามีอาการเจ็บรุนแรง บุคคลที่มีความปวด สามารถบอกตำแหน่ง ลักษณะและเวลาได้แน่นอน นอกจากนี้ยังมีการผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อแตก ริมฝีปากชา และมือเท้าเย็นชืด เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้จะเกิดจากกลไกการกระตุ้นระบบซิมพาเทติก และอาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain)^{4,5,6,10} คืออาการปวดเป็น ๆ หาย ๆ ที่มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป¹ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และคุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีความปวดด้วย โดยบุคคลที่มีความปวดมักบอกลักษณะต่างๆของความผิดปกติของระบบประสาทเกิดขึ้น แต่จะพบการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนและความสามารถในการทำงานลดลง เป็นต้น ซึ่งจากผลกระทบของความปวดที่มีต่อบุคคลที่มีความปวดเป็นผลจากหลายมิติที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Quality of life) ทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical Well-Being) ด้านจิตใจ (Psychological Well-Being) ด้านสังคม (Social Well-Being) และด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being)^{11,12}

ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด สามารถป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอย่างรุนแรง โดยไม่เกิดความพิการ ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นสามารถกลับบ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรณีศึกษา

รายละเอียดทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความปวด

ประวัติส่วนตัว: ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 15 ปี กำลังศึกษาชั้น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 บิดา อาชีพ วิศวกร (อยู่ต่างจังหวัด) มารดา อาชีพ แม่บ้าน เปิดร้านขายอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่บ้าน รายได้ครอบครัว 80,000 บาท/เดือน เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายขณะอยู่รพ.เป็นค่าห้องพิเศษ 8400 บาท/สัปดาห์

การวินิจฉัยโรค Motorcycle accident c fracture right humerus c necrotizing right thigh

การผ่าตัด

1. ORIF c narrow plate Rt humerus (7 มิย 53)
2. Explor wound c debridement necrotizing Rt thigh (9 มิย 53)
3. Dressing wound OD (10 มิย 53 – 15 มิย 53)
4. Dressing wound c honey dressing OD (16 มิย 53 – 9 กค 53)
5. Dressing wound c honey dressing วันเว้นวัน (9 กค 53 – ปัจจุบัน)

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 6 มิถุนายน 2553

วันที่รับไว้ในความดูแล 14 กรกฎาคม 2553

วันที่จำหน่าย 4 สิงหาคม 2553 รวม 62 วัน

อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล ขับ MC ถูกรถบรรทุกเฉี่ยว ไม่สลบ มีแผลใต้กาง ดันแขนขวาผิดรูป ขาขวาววม

พลเมืองคีนาส่งรพ.เอกชนได้ x-ray พบว่ากระดูกสันแขนหัก ต้องผ่าตัด ญาติจึงขอย้ายมาใช้สิทธิรักษาที่รพ.

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 6 มิย 53 เวลา 11.00 น. ผู้ป่วยขับ MC ถูกรถบรรทุกเฉี่ยว ไม่สลบ มีแผลใต้กาง ดันแขนขวาผิดรูป ขาขวาววม พลเมืองคีนาส่งรพ.เอกชนได้เข็บแผลที่กางให้ IV 0.9%NSS 1000 cc IV drip , E4V6M5 V/S BP 100/60 mmHg P 100 / min R 20/min , Abd. Soft , mild pale , ส่ง X-ray ดังนี้

CXR : No active chest disease.

Right femur : No fracture or dislocation . soft tissue swelling of the Rt. thigh is evident.

Ultrasound of Rt thigh (6 /6/53) The study reveals multiple area of subcutaneous soft tissue swelling and heterogeneous hyper echoic fluid collection , particularly along the anterolateral aspect of the right thigh (at least 4.4 x 4.7 x 11 cm.) and small amount of anteromedial aspect of upper right leg. Heterogeneous echo of the anterior muscle of lower right also noted the visualized femoral arterial

flow appears intact IMP. : Multiple areas of subcutaneous soft tissue swelling and hyper echoic fluid collection suggested hematoma ,particular along the anterolateral of right thigh (at least 4.4 x 4.7 x 11 cm.)

Lab. Hct. 41.0 % , Hb 13.4 mg% ,

การรักษาที่ได้รับจากรพ.เอกชน : 0.9%NSS 1000 cc IV drip, Pethidine 50 mg IM, Dynastat 1amp IV, CR c LAS Rt. humerus

แพทย์แนะนำให้ทำผ่าตัดกระดูกแขนขวา ญาติจึงขอย้ายมาใช้สิทธิรักษาที่รพ.รัฐบาล

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด

สรุปอาการผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

6 มิย. 53 : แกร็บที่ ER แกร็บ 16.50 น. Pt. Look weak , pale , E4V6M5 V/S BP 59/29 mmHg P 138 / min R 22/min , Abd. Soft , on LAS Rt. humerus ให้ IV 0.9%NSS 1000 cc free flow x III at 18.00 น. BP105/50 mmHg P 110/min R 22/min

Lab. Hct. 31.0% ,Hb 11.0 mg% BUN 16 . Cr. 0.99 . Na 139 , K 5.1 , Cl 107 , CO2 22.3

Admitted ศัลยกรรมกระดูก observe V/S , N/S , resuscitate shock

7 มิย. 53 : เข้า OR for ORIF c narrow plate Rt humerus under GA ขณะทำผ่าตัด V/S Stable BP 120/80 – 100/60 mmHg P 100 – 110 /min หลังผ่าตัดตื่นดี ตื่นขวามวมมากขึ้นแจ้งให้แพทย์ทราบให้สังเกตอาการต่อ

9 มิย 53 : ตื่นขวามวมมาก มีserum ซึมจากแผลลอกจำนวนมาก แพทย์ set OR for Explor wound c debridement necrotizing Rt thigh แผลเปิดยาวตั้งแต่ต้นขาถึงหัวเข่า tissue เปื่อยมีกลิ่นเหม็น จึง Debridement ที่ OR ทุกวัน under GA c Mask พบปัญหาผู้ป่วยมีไข้สูง T 38 -40° c Pulse 120 -140 / min ผู้ป่วยได้รับยา antibiotic เป็น cefazolin 1 gm IV q 6 hr, genta 240 mg IV drip OD , Pethidine 50 mg IM prn q 6 hr (ผู้ป่วยขอยาทุก 6 hr) , para 2x prn , Idarac 1x3 pc , tramal 1x3 pc pain score 7 -8

15 มิย 53 : แผลยังมีหนอง กลิ่นเหม็น เปลี่ยน dressing pack ด้วยน้ำผึ้ง ผล pus c/s พบติดเชื้อ MDR consult Med. เรืองไขสูง เปลี่ยนยาเป็น Tinam 500 mg IV q 6 hr, Sulperazole 3 mg IV q 12 hr , Nelin 300 mg IV OD

Consult จิตเวช เรืองนอนไม่หลับ มีสะดุ้ง ผวาเวลากลางคืน ได้ยาImiprassine (25) 1xhs

หลัง dressing wound c honey packing ประมาณ 2 วัน แผลเริ่มแดงขึ้น หนองลดลง กลิ่นน้อยลง เนื่องจากแผลมีขนาดใหญ่ จึงมีการเสีเลือดขณะทำแผล ผู้ป่วยจะได้รับ PRC IV drip ตามผล Hct (ได้

PRC วันเว้นสองวัน) ผู้ป่วยยังมีไข้อยู่ pain score 8-9 ส่งตรวจBUN, Cr , Electrolyte วันเว้นวัน พบ K 2.1 – 2.5 mEq ให้ IV + KCl ตามผล lab

28 มิย 53 : แผลแดงขึ้น มีเนื้อตายเป็นหลุมเป็นหย่อม ๆ เปลี่ยน dressing วันเว้นวัน เจาะ albumin ผล 1.9 จึงเพิ่มอาหารโปรตีนสูงให้ ไข่วันละ 6 ฟอง ให้ albumin 500 mg drip OD ผู้ป่วยยังมีไข้สูง pain score 8 – 9 (ผู้ป่วยขอยา pethidine q 8 hr.)

2 กค 53 : ผู้ป่วยมีไข้สูง T 39 – 40 c มีผล BUN , Cr อาศัยแพทย์ส่ง Ultrasound of whole abdomen ผล Ultrasound of whole abdomen (2/7/53)

- The study reveals normal size , shape and echo of the liver without intrahepatic space taking lesion or bile duct dilatation. There is normally distended gall bladder without gallstone , top normal size CBD is not (about 0.3 cm.)

- Pancrease , spleen and both kidney appear within normal limit. Right and left kidneys size are 11.7 x 5.1 cm and 12.9 x 6.1 cm.

- Urinary bladder is well – distended with retained folley 's cath and appeare smooth contour. Prostate gland not enlarged

- No abdominal mass or collection is seen

- No ascitis fluid

IMP. : No demonstrable abnormality of whole abdomen study.

14 กค 53 : อาการผู้ป่วยเมื่อรับเข้าในการดูแล ผู้ป่วยชายวัยรุ่น ท่าทางอ่อนเพลีย มีแผลผ่าตัดที่แขนขวา แผลตัดไหมแล้ว แห้งดี muscle tone grade 3 ขาขวาวางบนหมอน ดันขาพ้น Elastic bandage ไว้ ข้อเท้าบวม ขาวางเบะนั่ง ๆ ผู้ป่วยไม่ยอมขยับบอกว่าปวดมาก ขาซ้ายใช้งานได้ปกติ PAIN Score คะแนน 8-10 ขณะขยับตัว . และ 4-3 ขณะนอนนิ่ง ๆ

ลักษณะแผลผู้ป่วย วันที่ 23 กรกฎาคม 2553



ลักษณะข้อเท้าด้านขวาผู้ป่วยตก เนื่องจากผู้ป่วยปวดมากไม่ยอมขยับข้อเท้า (23 กค 53)



วิเคราะห์ปัญหาและการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเด็น ดังนี้

1. **Necrotizing fasciitis**⁷ ในผู้ป่วยรายนี้เกิดจาก severe trauma ที่มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา การทำ Debridement เพื่อตัดเนื้อตายเป็นวิธีที่สามารถลดการติดเชื้อได้ดีวิธีหนึ่ง ร่วมกับการใช้ antibiotic สามารถควบคุมการติดเชื้อได้

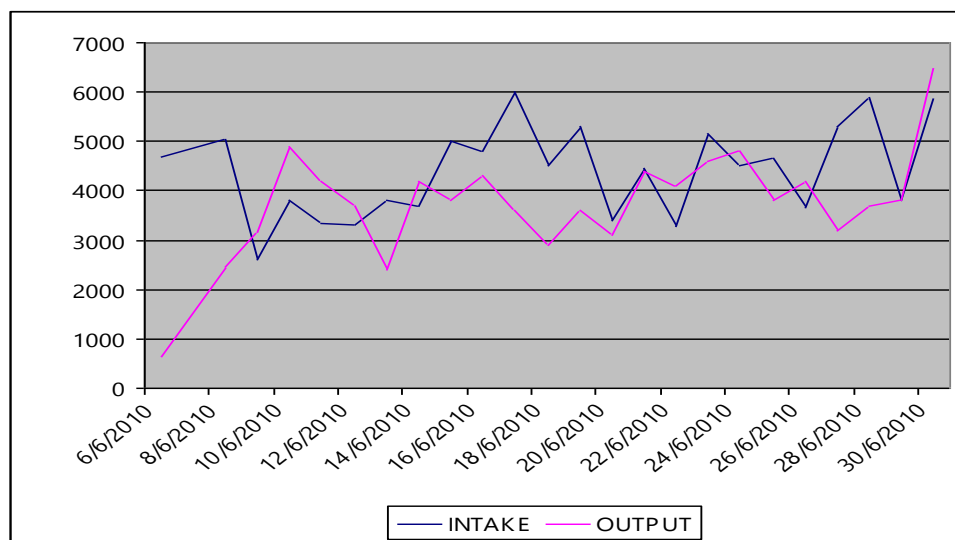
ภาวะ Infection^{6,7,8} การหายของบาดแผลเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนแต่มีลำดับขั้นตอน ตั้งแต่เกิดการบาดเจ็บทำให้มีการสร้างโครงสร้างใหม่แทนที่ส่วนที่เสียไป เริ่มจากการเหนี่ยวนำด้วยการอักเสบแบบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เซลล์บาดเจ็บ จากนั้นเกิดการสร้างใหม่ของ parenchymal cells มีการเคลื่อนย้ายและเพิ่มจำนวนของทั้ง parenchymal cells และ connective tissue cells ต่อมาเกิดการสร้างโปรตีนต่างๆ ใน Extra Cellular Membrane หลังจากนั้นจะมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงรูปร่างของ parenchymal elements เพื่อรักษาการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อนั้น ส่วนเนื้อเยื่อก็มีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงรูปร่างเพื่อให้รอยแผลแข็งแรง การหายนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นกับชนิดของเนื้อเยื่อซึ่งมีเซลล์จำเพาะต่างกัน¹⁰

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของการหาย (Pathologic aspects of repair)⁷

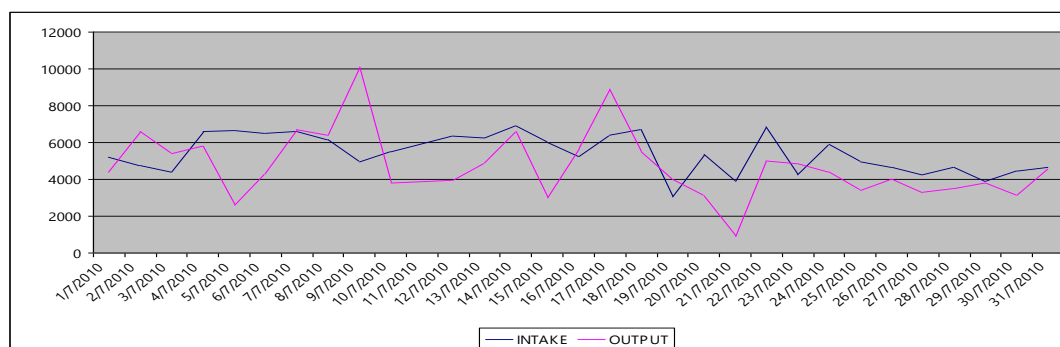
การหายของบาดแผลนั้นมีทั้งการสร้างเซลล์ปกติขึ้นมาทดแทนและการเกิดพังผืดซึ่งมักจะลดทั้งคุณภาพและความพอเพียงของกระบวนการซ่อมแซม ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นผลจากภายนอกร่างกายและภายในร่างกาย ได้แก่

1. การติดเชื้อทำให้การหายเกิดช้าเนื่องจากการอักเสบเป็นเวลานานและทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียงมาก
 2. ภาวะโภชนาการ (nutrition) มีผลต่อการหาย: ภาวะพร่องโปรตีน ภาวะพร่องวิตามินซีทำให้เกิดการยับยั้งการสร้างคอลลาเจนแผลหายช้า
 3. Glucocorticoids (steroids) แม้มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ แต่ลดความแข็งแรงของรอยแผลเนื่องจากลดการสร้าง fibrosis การให้ Glucocorticoids สามารถลดความขุ่นจากการสะสมของคอลลาเจนได้
 4. ภาวะการไหลเวียนช้าลง (poor perfusion) เช่นในโรคหลอดเลือดแดงแข็งและภาวะการอุดตันของหลอดเลือดดำทำให้การหายช้าลง
 5. ประเภทและปริมาณของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ เนื่องจากการซ่อมแซมจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ในเซลล์ประเภท stable cells หรือ labile cells เท่านั้น แต่หากการบาดเจ็บรุนแรงและกว้างมากอาจทำให้การสร้างเนื้อเยื่อใหม่ไม่สมบูรณ์ และอย่างน้อยการทำหน้าสูญเสียไปบางส่วน ในเซลล์ประเภท permanent cells จะเกิดแผลเป็นเท่านั้นร่วมกับการทดแทนหน้าที่ด้วยการรักษาส่วนที่ยังเหลืออยู่
 6. ตำแหน่งที่เกิดการบาดเจ็บ เช่น การอักเสบภายในช่องว่างของเนื้อเยื่อ (tissue spaces) ยกตัวอย่างเช่น ช่องปอด (pleural cavity), ช่องท้อง (peritoneal cavity), ช่องน้ำไขข้อ (synovial cavity) เป็นต้น เมื่อเกิดการสร้าง exudate ออกมาอย่างมากทำให้เกิดการเจริญของ granulation tissue ภายใน exudate ซึ่งตามมาด้วยการเกิดแผลเป็นพังผืด (fibrinous scar) ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้น
 7. การเจริญของเซลล์และ ECM ที่แปลกออกไปอาจเกิดได้แม้ในการหายปกติ เช่น การสะสมของคอลลาเจนเป็นจำนวนมาก ซึ่งดันรอยแผลเป็นยื่นออกมา การรักษาแผลประเภทนี้ทำได้โดยใช้สารช่วยย่อยแผลหรือการผ่าตัด granulation tissue
 8. กลไกการหายขึ้นกับภาวะโรคที่ทำให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรัง
- ภาวะไข้ ในผู้ป่วยรายนี้พบไข้สูง ตลอดอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 39 – 40 °C เนื่องจากมีภาวะติดเชื้อในร่างกายทำให้มีไข้สูง ร่วมกับภาวะ Dehydration ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมิน ก่อนมาทำผ่าตัดผู้ป่วยต้อง NPO และการให้สารน้ำไม่เพียงพอ ประเมินจาก record I/O

Record Intake / Output (6 มิย 53 - 30 มิย 53)



Record Intake / Output (1 กค 53 - 31 กค 53)



เมื่อประเมินภาวะ Dehydration ได้แล้ว และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ผู้ป่วย force oral fluided เพิ่ม สามารถดื่มน้ำได้

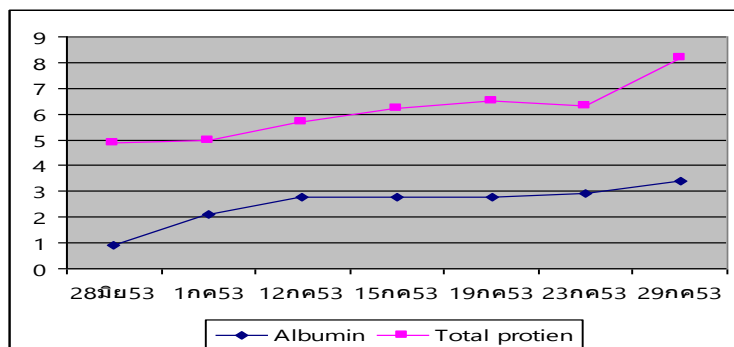
2. ภาวะ Albumin ต่ำในเลือด

Serum albumin. Albumin³ สร้างที่ตับ การพบ hypoalbuminaemia จะเกิดขึ้นเมื่อตับเสียหายและสูญเสียหน้าที่มากกว่า 70% เช่นในราย cirrhosis และ portosystemic encephalopathy สาเหตุอื่นนอกเหนือจากตับ มักเกิดจากการสูญเสียโปรตีนทางไต (Proteinuria) และทางเดินอาหาร (Proteinlosing enteropathy) ผิวหนังไหม้อย่างมาก และการขาดอาหารโปรตีน ในผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะ severe trauma ที่ขาขวา ลักษณะแผลเป็นแผลเปิด ร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรง ทำให้มีการสูญเสียalbumin และในระยะแรกผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงจึงไม่พบปัญหาเรื่องนี้

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเรื้อรัง มักจะมีค่า Albumin ในกระแสเลือดต่ำ การให้สารอาหารไม่ได้ทำให้เห็นถึงการหายของแผลได้ชัดเจน ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้คิดถึงภาวะ hypoalbuminaemia ในตอนแรก เมื่อพบว่าผู้ป่วย

สามารถควบคุมการติดเชื้อได้แล้ว แต่การซ่อมแซมเนื้อเยื่อยังไม่ดีพอ จึงส่งตรวจเมื่อพบ ภาวะ

hypoalbuminaemia ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารโปรตีนสูง แต่ยังไม่เพียงพอจึงต้องให้ Albumin IV drip q 12 hr.



3. ปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ

ผู้ป่วยได้รับ severe trauma มีแผลติดเชื้อที่ขาขวา ต้องไปทำ dressing wound Lt leg under General anesthesia with mask

Pain score 7–8 คะแนนขณะขยับตัว และ 3–4 ขณะพัก ผู้ป่วยมี hyperalodinia ตรวจโดยการถูบริเวณแผล ผู้ป่วยปวดมาก ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) Melzack และ Wall⁴ ได้เสนอทฤษฎีนี้ขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยมีสาระสำคัญ คือ การส่งความเจ็บปวดจะมีกลไกการปิด - เปิดประตู เพื่อควบคุมการเกิดความรู้สึกอยู่ที่บริเวณ S.G cell ใน Dorsal horn ของไขสันหลัง โดยความปวดเกิดจากการกระตุ้นให้มีการบาดเจ็บของ tissue , muscle , bone , vessel การกระตุ้น nociceptor ทำให้มีการแปลงสัญญาณประสาทในรูปของ nerve impulse ที่ระบบประสาทสามารถอ่านและจดจำได้ แล้ว transmission ไปยัง primary afferent nerve fiber ส่งไปยัง dorsal horn กระตุ้นให้มีการหลั่ง neurotransmitter ไปยัง spinal tract และกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทไปยัง thalamus เกิดเป็นการรับรู้สัญญาณประสาท (perception) การบาดเจ็บต่างกัน ในผู้ป่วยรายนี้มีการกระตุ้นจากการผ่าตัดบ่อย ๆ ทำให้การรับรู้ perception ขยายกว้างขึ้น

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการบำบัดด้วยการใช้ยา (Pharmacologic) ยาที่ใช้ในการระงับปวดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย Opioid analgesics, Nonopioid analgesics, และ Coanalgesics (or Adjuvant analgesics)¹ ได้แก่ pethidine 50 mg IM prn for pain q 6 hr. , tramal 1x3 pc , paracetamol 2xprn , Idarac 1x3 pc , neurotin 1x2 pc , amitrip 1xhs

สรุปประวัติความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของภาวะที่ก่อให้เกิดปัญหาที่ต้องการบำบัดทางการแพทย์

1. การจัดการความปวด pain management⁹

การแนะนำผู้ป่วยและญาติ

- พยาบาลผู้ศึกษาให้คำแนะนำเรื่องการให้ยา การประเมิน pain score เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ
- การใช้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาด้วยการ ประคบเย็นที่ข้อเท้า เพื่อลดบวมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว กระตุ้นให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น
- การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยให้หายใจ 10 จังหวะ (นับ 1 /2/3/4/5/6 พร้อมกับหายใจเข้าช้า ๆ , นับ 7 /8 กลั้นหายใจไว้ , นับ 9/10 ผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ) ผู้ป่วยสามารถทำได้ และเมื่อมีอาการปวด นักศึกษาได้แนะนำวิธีกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทำ แต่ถ้านักศึกษาไม่อยู่ผู้ป่วยไม่ทำ

พยาบาลประจำตึก ให้ข้อมูลเรื่องแผลของผู้ป่วย และยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อให้พยาบาลทราบกลไกการออกฤทธิ์ของยา และการใช้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่นักศึกษาใช้กับผู้ป่วย

แพทย์ ให้ข้อมูลแพทย์เรื่องการจัดการความปวดด้วยยายังไม่เพียงพอกับผู้ป่วย

ตัวอย่างของกระบวนการที่ใช้ในการบำบัดแก้ไขปัญหามือผู้ป่วย

การสร้าง trust กับผู้ป่วย	การสร้าง trust กับผู้ดูแล
การสร้าง trust พยาบาลผู้ศึกษากับผู้ป่วย ผู้ป่วย trust พยาบาลผู้ศึกษาก่อนที่จะรับไว้ในความดูแล โดยพยาบาลผู้ศึกษาคิดว่าผู้ป่วย trust จากสิ่งที่นักศึกษาปฏิบัติขณะให้การพยาบาลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด	ในระยะแรกพยาบาลผู้ศึกษาไม่ได้คำนึงถึงการสร้าง trust กับผู้ดูแล พยาบาลผู้ศึกษามีความรู้สึกด้านลบกับผู้ดูแลจากคำพูดของผู้ป่วยที่บอกว่า ผู้ป่วย : “ แม่บอกว่าพี่พยาบาลทำไปอย่างนั้นแหละ เขาทำตามหน้าที่ ไม่มีใครรักฉันดูแลแม่หรอก ”
พยาบาลผู้ศึกษาให้คำแนะนำ แก่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้การดูแลระงับปวดในผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก สิ่งที่แสดงว่าผู้ป่วย trust พยาบาลผู้ศึกษา - การให้ความร่วมมือในขณะที่ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ - การขอคำปรึกษาเรื่องแผล , การปวดแผล , การ	เมื่อพยาบาลผู้ศึกษาได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ จึงได้มีโอกาสได้พบกับผู้ดูแล ในครั้งแรก พยาบาลผู้ศึกษาประเมินว่าผู้ดูแลเป็นคนใจร้อน พูดไม่สุภาพในบางครั้ง และตัวพยาบาลผู้ศึกษาเองมีทักษะในการสร้าง nursing therapeutic น้อย ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างพยาบาลผู้ศึกษากับผู้ดูแล เช่น ในขณะที่ซักประวัติผู้ป่วย ผู้ดูแลจะเป็นคนแย่งตอบคำถาม

ได้รับยาแก้ปวด ของผู้ป่วย - การถามถึงนักศึกษาในวันที่พยาบาลผู้ศึกษาไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน - ผู้ป่วยเล่าให้ฟังถึงปัญหาการขัดแย้งกับผู้ดูแล	ตลอด พยาบาลผู้ศึกษาจึงบอกว่า “ตอนนี้ขอข้อมูลจากน้องก่อนนะค่ะ เคี้ยวจะขอข้อมูลจากคุณแม่” การใช้ทักษะนี้ไม่เหมาะสม เพราะพยาบาลผู้ศึกษาสรุปข้อมูลในสิ่งที่เห็นเร็วเกินไป ให้ความกับผู้ดูแลน้อยไป พยาบาลผู้ศึกษาควรยอมรับในสิ่งที่ผู้ดูแลพูด ยอมรับในความเป็นตัวตนของผู้ดูแล และไม่ควรรีบดำเนินในสิ่งที่เขาทำ
---	--

การบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิค การให้คำปรึกษา

พยาบาลผู้ศึกษาสังเกตเห็นผู้ป่วยซึม ไม่สดชื่น จึงไปพูดคุยและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยบอกว่า พยาบาลผู้ศึกษาเป็นห่วงและอยากให้หายเร็วๆ จนเดินได้และเราต้องช่วยกัน น้องก็จะหายได้เร็วขึ้น

ผู้ป่วย : “แม่บอกว่าพี่พยาบาลทำไปอย่างนั้นแหละ เขาทำตามหน้าที่ ไม่มีใครรักฉันเท่าแม่หรอก”

พยาบาลผู้ศึกษา: เฝียบ ยิ้ม แล้วจับมือคนไข้ “แล้วฉันคิดว่ายังไง”

ผู้ป่วย : “พี่ดูแลผมดี เข้าใจผม ผมเข้าใจว่าพี่อยากให้ผมหาย”

พยาบาลผู้ศึกษา : “ถ้าฉันอยากหาย อยากเดินได้ เราต้องช่วยกัน ฉันควรเริ่มจากการออกกำลังข้อเท้า พยายามกระดกข้อเท้าขึ้น กล้ามเนื้อจะได้เริ่มมีกำลัง เมื่อแผลดีขึ้นกล้ามเนื้อจะได้พร้อมที่จะเดิน”

ผลของการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร

ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจต่อการพยาบาลที่พยาบาลผู้ศึกษาให้ ให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาล โดยผู้ป่วย Cold compress ข้อเท้าขวาและสามารถขยับข้อเท้าออกกำลังกายกระตุ้นการไหลเวียนได้ และไม่เกิดภาวะเท้าตก ผู้ป่วยยังมี Pain ในขณะที่กลับจากห้องผ่าตัดอยู่ และการจัดการความปวดยังไม่ประสบผลสำเร็จ

วิเคราะห์ประเด็นที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการแก้ไขผู้ป่วยรายนี้

ด้านระบบการจัดการ

ระบบการจัดการความปวดในรพ.ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่ชัดเจน มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ระบบที่รองรับการประเมินซ้ำในผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการความปวดได้ และยังไม่มีการจัดการในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการจัดการความปวดที่ซับซ้อน

ด้านบุคลากรพยาบาล :

1. การประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากนักศึกษาไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จะได้ดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ได้รับมอบหมาย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย การปรับนำความคิดเชื่อมโยงความรู้ไปใช้ยังไม่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่อง การนำความรู้มาใช้ยังไม่เป็นขั้นตอน ขาดความชัดเจน การให้ข้อมูลบางอย่างต้องกลับมาค้นข้อมูลเพิ่มเติม

2. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับนักศึกษา จากบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ของนักศึกษา ทำให้พยาบาลที่หอผู้ป่วยยอมรับในบทบาทสร้าง trust ได้ง่ายขึ้น ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลแก่แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เช่น ในกรณีการไม่ให้ยาแก้ปวดกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยร้องขอ นักศึกษาได้ให้ข้อมูลเรื่องแผล (เอารูปให้พยาบาลดู) และให้ข้อมูลเรื่องการปวดแผลเป็น acute pain ที่จำเป็นต้องได้รับยาและระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ 4-6 ชม. ดังนั้นควรให้ยาผู้ป่วยตามการประเมิน pain score ผู้ป่วย

3. การนำเอาวิธีการควบคุมความปวดโดยการไม่ใช้ยามาใช้ ในผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลได้ทำให้ผู้ป่วยโดยใช้ cold compress ด้วยน้ำแข็งบริเวณข้อเท้า และกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งพยาบาลได้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ และพยาบาลมีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติทำ

วิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมในผู้ป่วยรายนี้

ประเด็นจริยธรรมในผู้ป่วยรายนี้ : การที่ผู้ป่วยปวดแผลแล้วไม่ได้รับยาแก้ปวดตามที่ผู้ป่วยต้องการเนื่องจากญาติและพยาบาลกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา

สถานการณ์ : ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บหลายแห่ง มีแผลที่ขาขวาเกิดภาวะ necrotizing fasciitis มีการติดเชื้อรุนแรงผู้ป่วยมีภาวะปวดจากการกระตุ้น nociceptive จากการทำแผลผ่าตัดบ่อย ๆ ทำให้การส่งสัญญาณประสาทรับรู้ความเจ็บปวดมีบริเวณกว้างขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจาก acute pain เป็น chronic pain และภาวะ severe trauma ทำให้เกิดภาวะ neuropathic pain ที่ขาขวา

ผู้ป่วยได้รับการควบคุมการติดเชื้อ โดยยา Antibiotic และควบคุมความปวดด้วย pethidine 50 mg IM prn q 6 hr , tramal 1x3 pc , paracetamol 2xprn , Idarac 1x3 pc , neurotin 1x2 pc , amitrip 1xhs ผู้ป่วยจะขอยา pethidine 50 mg IV q 8 hr. (เวรละ 1 ครั้ง)

เหตุผลที่ถือว่าเป็นประเด็นจริยธรรม และผู้ที่เกี่ยวข้อง^{11,12} มีดังนี้

1. แพทย์ให้ยา pethidine 50 mg IV เพื่อควบคุมความปวดให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น โดยไม่กลัวเรื่องผู้ป่วยจะติดยา เนื่องจากประเมินว่าเมื่อผู้ป่วยติดยาสามารถแก้ไขได้ การที่ผู้ป่วยได้รับยาแล้วยังมีอาการปวดอยู่ แพทย์ไม่ได้ประเมินว่าการให้ยาเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วหรือยัง ควรมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความปวดได้

2. พยาบาล เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินระดับการปวดของผู้ป่วยแล้วบอกให้ผู้ป่วยอดทน เนื่องจากการได้รับยาติดต่อกันอาจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและมีผลต่อการทำงานของตับและไตได้ พยาบาลไม่ได้คำนึงถึงระดับความปวดของผู้ป่วยที่ยังควบคุมไม่ได้ และผู้ป่วยเองได้รับการกระตุ้น Acute pain ทุกวัน แต่ยังไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ทำให้ระดับความปวดเกิดความรุนแรงมากขึ้น

3. ญาติผู้ป่วย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ที่รักและห่วงใยผู้ป่วยต้องการให้ผู้ป่วยหาย สามารถเดินได้และกล่าวว่าผู้ป่วยจะมีอันตรายจากการได้รับยามากเกินไป จึงไม่ยอมขอยาให้ผู้ป่วยและบอกให้ผู้ป่วยอดทน

4. ผู้ป่วย ได้รับความทรมานจากการปวดแผล ผู้ป่วยต้องการให้อาการปวดแผลทุเลาลงและสามารถเดินได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแผลรุนแรงเมื่อกลับจากการทำแผลที่ห้องผ่าตัด และเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการยาเพื่อให้อาการปวดทุเลาลง

จากสถานการณ์ทั้งหมดมีการใช้หลักจริยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง^{11,12} ดังนี้

1. การใช้ Autonomy ผู้ป่วยในการตัดสินใจ เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเอง แพทย์และพยาบาลควรดูแลและให้การควบคุมความปวดผู้ป่วยที่เหมาะสมและเพียงพอ ควรเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก และประเมินซ้ำว่าการระงับปวดที่ผู้ป่วยได้รับเพียงพอและเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่
2. การใช้หลัก Beneficence การทำประโยชน์เกื้อกูลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ โดยแพทย์และพยาบาลควรคำนึงถึงผู้ป่วย เมื่อสามารถให้ยาควบคุมความปวดได้เพียงพอแล้ว ความต้องการยาของผู้ป่วยจะลดลง และผู้ป่วยกับญาติไม่เกิดภาวะเครียดในการดูแลผู้ป่วย
3. การใช้ Non-munificence การไม่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้อื่น แพทย์และพยาบาล จะคำนึงถึงการให้ยาระงับปวดที่เพียงพอจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ทั้งผลข้างเคียงของยาจากการได้รับยามากเกินไป และการเกิดอันตรายต่อดับและไตในการขับยาออกจากร่างกาย
4. การใช้ความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) แพทย์และพยาบาลควรรู้สึก empathy รับรู้สภาพความรู้สึกปวดและต้องการหาย สามารถเดินได้

บทสรุป

จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าการจัดการความปวดยังไม่พอเพียง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การแก้ปัญหาการจัดการความปวดในผู้ป่วย (pain management) ที่ได้ผลดี ควรมีการทำงานเป็นทีม มีการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด มีการส่งต่อข้อมูลและวางแผนการรักษาร่วมกันทำให้เกิดความต่อเนื่องและให้ผลในการรักษาที่ดี เช่น การส่งต่อข้อมูลเรื่องการให้ยาระงับปวด แพทย์มองว่าผู้ป่วยยังมี pain score 8-9 ในขณะที่ยังได้ pethidine prn q 6 hr.

แต่พยาบาลมองว่าผู้ป่วยได้ยาติดต่อกันนานแล้ว ควรลดยาลง และบางครั้งทั้งช่วงห่างการให้ยาผู้ป่วยออกไป ในขณะที่ผู้ป่วยประเมิน pain score พยาบาลไม่ได้ให้ความสนใจใน pain score ที่ผู้ป่วยให้ ไม่เชื่อผู้ป่วย ถ้าสามารถส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ทราบแล้วมีการเสริมการใช้ยาที่สามารถลดปวดได้ ทำให้การควบคุมความปวดในผู้ป่วยรายนี้ดีขึ้น

2. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในการจัดการความปวด ถ้าไม่สามารถควบคุมความปวดในผู้ป่วย acute pain ได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ในผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาการเกิด pressure sore ที่บริเวณหลังเท้า เนื่องจากผู้ป่วยนอนบนเบาะอยู่ในท่าเดิม และบริเวณหลังเท้า บวมเนื่องจาก blood circulation ไม่ดี การแก้ปัญหาด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อน และหาวัสดุที่นุ่มมารองบริเวณที่กด รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการขยับข้อเท้าออกกำลังกล้ามเนื้อ โดยการ cool compress จะช่วยลด pain และทำให้สามารถออกกำลังได้ดีขึ้น ลดการเกิด pressure sore และ การเกิดข้อติดได้

3. ผู้ดูแลบทบาทสำคัญในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยรายนี้ผู้ดูแลเครียด วิตกกังวลกลัวผู้ป่วยจะเดินไม่ได้ การสร้างความไว้วางใจของผู้ดูแลและให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล จะช่วยผู้ป่วยในการควบคุมความปวดและส่งเสริมการหายของผู้ป่วยจากการกระตุ้นการเคลื่อนไหวจากผู้ดูแลได้ และทำให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและมารดาของผู้ป่วย ที่ได้เอื้อเฟื้อให้ภาพถ่าย เพื่อทำการศึกษา และขออุทิศส่วนกุศลที่ได้รับจากการเผยแพร่ตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยรายนี้ให้แก่ตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 2 ปีต่อมาผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุและเสียชีวิตจากภาวะเลือดออกในสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. Pasero C, McCaffery M. Pain Assessment and Pharmacologic Management. St. Louis, Mo: Mosby; 2011.
2. Mathiesen O, Møiniche S, Dahl JB. Gabapentin and postoperative pain: a qualitative and quantitative systematic review, with focus on procedure. BMC Anesthesiol. 2007; 6-7.
3. Melzack, R. and Wall, P. D. "The gate control theory." The challenge of pain, 21st ed. Harmondsworth: Panguin Books, 1988.
4. Rickard, A., Living with Chronic Pain Lecturer in Physiotherapy, School of Health Professions, University of Plymouth. <http://www.lupusuk.org.uk/latest-news/82-living-with-chronic-pain> review update 28/3/2011.

5. Jessell, T. M. & Iversen, L. L. Opiate analgesics inhibit substance P release from rat trigeminal nucleus. *Nature* 1977, 549-551.
6. สุปราณี นิรุตติศาสตร์. Acute and Postoperative Pain Management. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการ เรื่อง Essentials in Pain Management: the Practical Point. P58. 1st November 2008.
7. McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T. A., & Thompson, D. R. Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 39(1), 46-60.
8. American Pain Society. Clinical Practice Guidelines. Available at: <http://www.ampainsoc.org/> Accessed December 21, 2010.
9. Cousins M., Power I. In: Melzeck R., Wall PD., eds. *Handbook of Pain Management*. Churchill-Livingstone, Edinburgh 2003: 13-30.
10. ชัชชัย ปรีชาไว . อนงค์ ประสานวงศ์, วงศ์จันทร์ เพชรพิเชษฐ์. "ความปวดและการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ." สงขลา : ชาญเมืองการพิมพ์. 2550
11. สภาการพยาบาล, กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. พิมพ์ ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เดอะเบสท์ กราฟฟิค แอนด์ ปริ้นท์, 2541.
12. สุกัญญา ประจุศิลป์. (2546). *การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.ซี. แอนด์ พี.พรินต์ติ้ง อินเตอร์เทรด จำกัด.

*Factors Causing Burnout that affects on work performance
of employees in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*

Saisunee Phanphairoje M.P.A.

Personal section, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Ministry of Public

ABSTRACT

This research is survey research. The Objective of this research is to study causing burnout that affects on work performance of employees in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The researcher used Maslach Burnout Inventory : MBI as instrument by measure from three variable : exhaustion, cynicism, and Inefficacy. The subjects in this study is 100 employees in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute The data from questionnaire was analyzed by descriptive statistic. The results of this study revealed that almost of employee are female aged between 20-40 years old, work in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute more than 10 years. The education in Bachelor degree, work as Casual worker, work as the subordinates, work in Nursing Department, married, having monthly income more than 10,000 bath and poor economic status. From analysis data found that the level of employees' burnout in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute was in the low rang. Employees in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute with difference interpersonal factor : gender, Age, and the level of education have difference mean score of burnout at statistical significance level of 0.05, while the work experience at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, work status, the responsibility, work Department, marital status, income salary and the economic status not found any relation with the three burnout's factor.

KEY WORDS: Burnout, exhaustion, cynicism, Inefficacy

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยหน่ายที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน

ของบุคลากร สถาบันบำราศนราดูร

ปีงบประมาณ ๒๕๕๔

สายสุณี พันธุ์ไพโรจน์ รป.ม.

งานการเจ้าหน้าที่ สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร และเพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูรกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของแมสแลช (Maslach Burnout Inventory : MBI) ประกอบด้วย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร จำนวน ๒๐๙ ตัวอย่าง โดยการแจกแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง อายุระหว่าง ๓๑- ๔๐ ปี ประสบการณ์ทำงานที่สถาบันบำราศนราดูร

มากกว่า ๑๕ ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สถานภาพเป็นลูกจ้างชั่วคราว ทำงานเป็นผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานที่กลุ่มการพยาบาล สถานภาพสมรสคู่ รายได้ต่อเดือน มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท ฐานะทางเศรษฐกิจมีรายได้พอใช้ ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ บุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ส่วนประสมการณ์การทำงานที่สถาบันบำราศนราดูร สถานภาพการทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายทั้งสามด้าน

คำสำคัญ : ความเหนื่อยหน่าย, ความอ่อนล้าทางอารมณ์, การลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล, ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ

บทนำ

ความเหนื่อยหน่ายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในบุคคลทุกอาชีพ โดยเฉพาะบุคคลที่ต้องทำงานด้านบริการทางสังคม ซึ่งต้องเกี่ยวข้องและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นตลอดเวลา ความเหนื่อยหน่ายเป็นผลที่เกิดจากภาวะเครียดเป็นเวลานาน จนกระทั่งกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง เป็นความรู้สึกหมดกำลังทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งปรากฏให้เห็นเป็นลักษณะของการที่บุคคลเสียความคิด เสียพลังงาน และความคาดหวังในการทำงาน

ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคลากรในองค์กรต่างๆ มาเป็นเวลายาวนาน และปัญหานี้ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคลากรหลายๆ คนเกิดความเครียดในการทำงานและตัดสินใจลาออก อย่างไรก็ตามปัญหาการเบื่องานของบุคลากรนับเป็นปัญหา

ที่หลายๆ องค์การกำลังเผชิญอยู่และต้องการการแก้ไข ซึ่งสถาบันบำราศนราดูร อาจเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่กำลังเผชิญปัญหานี้อยู่ จากสถิติการลาออกของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ในช่วงเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา มีดังนี้

บุคลากร	ปี ๒๕๕๒	ปี ๒๕๕๓	ปี ๒๕๕๔
ข้าราชการ	๙	๑๒	๑๕
ลูกจ้างประจำ	๑	๐	๑
ลูกจ้างชั่วคราว	๔๐	๓๕	๖๗
รวม	๕๐	๔๗	๘๓

การเหนื่อยหน่ายงานเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น

- ค่าตอบแทนต่ำ
- ขาดโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน
- งานที่ทำอยู่เป็นงานเดิมๆ ที่ไม่มีความท้าทาย
- ความต้องการส่วนบุคคลไม่สัมพันธ์กับงานที่ทำอยู่
- ไม่ได้ทำด้วยใจรักหรือพึงพอใจหรือถูกกำหนดให้ทำงานนั้น
- ตัวบุคลากรเองไม่สามารถทำงานสำเร็จได้ตามที่ได้รับมอบหมาย
- มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน
- ปริมาณงานมีอยู่มากในระยะเวลาจำกัด
- ระบบไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน
- การสื่อสารกันของบุคลากรภายในองค์กรที่มีความหมายไม่ชัดเจน

ความเหนื่อยหน่ายและความเครียดในการทำงานเป็นสิ่งปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของทุกๆ คนที่ยังเกี่ยวข้องกับการทำงานไม่ว่าจะเป็นการทำงานที่บ้านหรือทำงานในสถานที่ทำงานประเภทต่างๆ ที่อาจจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ทั้งหมดโดยสิ้นเชิง แต่สามารถป้องกันและแก้ไขมิให้ทั้งความเหนื่อยหน่ายและความเครียดมาบั่นทอนความสามารถทางด้านต่างๆ หรือคุณภาพคุณภาพชีวิต

โดยไม่จัดการอะไรเลย ดังนั้น การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้จะช่วยให้ทุกคนตระหนักใน
ความสำคัญของการรับมือ และจัดการกับทั้งความเหนื่อยหน่ายและความเครียดของตนเอง
ได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพและประสิทธิผลในการทำงานต่อไป

อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านทรัพยากรมนุษย์ก็ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งยวดต่อ
องค์กรซึ่งในปัจจุบันได้เล็งเห็นความสำคัญของการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรของ
ตนเอง ตั้งแต่การนำกลยุทธ์การสรรหาคนดีมีความสามารถเข้ามาสู่องค์กร รู้จักใช้ประโยชน์
จากบุคคล ตลอดจนการให้การพัฒนาด้านต่างๆ ที่เหมาะสม และรักษามอบบุคคลให้อยู่กับ
องค์กรให้นานที่สุด เพื่อองค์กรสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นการแก้ปัญหาการเบื่องานจนถึงการลาออก จึงมีความ
จำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรจะต้องทำความเข้าใจเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงด้วยหลักของเหตุผลจะ
ช่วยทำให้องค์กรต่างๆ ได้มีแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง
และมีทิศทางต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. ศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความ
สัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ของบุคลากรสถาบันบำราศนรา
ดูร

๒. เปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร กับปัจจัยส่วน
บุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราว ปฏิบัติงานในสถาบันบำราศนราดูร จำนวน ๔๓๕ คน
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบบโควต้า ได้จำนวน ๒๐๙ ตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มแบบ
สะดวก โดยการแจกแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำไปวิเคราะห์โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานที่สถาบันบำราศนราดูร ระดับการศึกษา สถานภาพทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ กลุ่มงานที่ปฏิบัติ สถานภาพสมรสปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และฐานะทางเศรษฐกิจ

ส่วนที่ ๒ แบบวัดความเหนื่อยหน่าย โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่าย (MBI) ของแมสแลช แบ่งเป็น ๓ ด้าน คือ ความเหนื่อยหน่าย

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน ๕ ข้อ

ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล จำนวน ๕ ข้อ

ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ จำนวน ๖ ข้อ

ส่วนที่ ๓ เป็นการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และวิธีผ่อนคลาย

โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ๗ ระดับ วัดความรู้สึกหรือพฤติกรรมตั้งแต่ไม่เคยเลย (๐ คะแนน) จนถึง มีทุกวัน (๖ คะแนน) การให้คะแนนระดับความเหนื่อยหน่ายแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ประยุกต์จากเกณฑ์การให้คะแนนของแมสแลช ดังนี้

ค่าเฉลี่ย ๔.๐๐ – ๖.๐๐ หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย ๒.๐๐ – ๓.๙๙ หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย ๐ – ๑.๙๙ หมายถึง มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ แสดงผลเป็นค่าร้อยละ

๒. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคล ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ

๓. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน ด้วยสถิติ Independent t-test และทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) กรณีพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ จึงทำการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร จำนวน ๒๐๙ คน จากตารางที่ ๑ พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความเหนื่อยหน่าย โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ จากตารางที่ ๒ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีความเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงานโดยรวม และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ สำหรับ ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบความแตกต่าง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน โดยรวมและด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ โดยผู้ที่มีอายุระหว่าง ๔๑ – ๕๐ ปี มีความรู้ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ต่างจากกลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุ สำหรับ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ไม่พบความแตกต่าง และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงาน โดยรวมและด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีความรู้ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ต่างจากผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สำหรับ ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ไม่พบความแตกต่าง ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน สภาพภาพทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ หน่วยงานที่ปฏิบัติ สภาพภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ ๑ ระดับความเหนื่อยหน่ายของกลุ่มตัวอย่าง (N = ๒๐๙)

ความเหนื่อยหน่าย

คะแนน

	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	๔.๔๐๑	๑.๒๗	ต่ำ
ด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล	๔.๘๓/๙	๑.๑๒	ต่ำ
ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ	๔.๙๐๙	๑.๕๙	ต่ำ
โดยรวม	๔.๗๒๙	๐.๙๑	ต่ำ

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่าย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความอ่อนล้า		การลดความ		ความรู้สึกล้มประ สบ		F	P –value	ผลการทดสอบสมมติฐาน
	ทางอารมณ์		สัมพันธ์ส่วนบุคคล		ความสำเร็จ				
	X	S.D.	X	S.D.	X	S.D.			
เพศ							๐.๑๕๒	๐.๐๑๐ *	แตกต่างกัน
ชาย	๔.๙๒๙	๑.๐๘๕	๕.๑๑๓	๑.๑๕๖	๔.๙๙๖	๑.๔๕๕			
หญิง	๔.๒๓๐	๑.๒๘๒	๔.๘๐๓	๑.๑๐๓	๔.๘๘๐	๑.๖๔๕			
อายุ							๔.๐๕๙	๐.๐๐๘ *	แตกต่างกัน
๒๑ – ๓๐ ปี	๔.๒๓/๑	๑.๐๙๕	๔.๙๖๔	๑.๒๒๗	๔.๔๘๕	๑.๘๖๙			
๓๑ – ๔๐ ปี	๔.๒๘๒	๑.๒๓/๘	๔.๖๕๑	๑.๑๗/๔	๔.๗๙๐	๑.๖๗/๕			
๔๑ – ๕๐ ปี	๔.๓/๔๕	๑.๒๓๔	๕.๐๑๙	๐.๙๖๑	๕.๕๒๒	๐.๘๓๘			
๕๑ – ๖๐ ปี	๔.๓๒๒	๑.๔๖๖	๔.๙๐๙	๑.๐๗๖	๔.๘๙๓	๑.๖๒๘			
ประสบการณ์การทำงาน							๑.๓/๑๔	๐.๑๖๕	ไม่แตกต่าง
น้อยกว่า ๒ ปี	๓.๙๒๐	๑.๓๔๔	๔.๕๙๐	๑.๕๗๒	๔.๙๙๑	๑.๖๐๙			
๒ – ๔ ปี	๔.๓๕๕	๑.๑๖๔	๔.๙๗/๔	๑.๐๕๗	๔.๔๖๓	๑.๙๔๓			
๙ – ๑๕ ปี	๔.๓๖๐	๑.๓๙๖	๔.๖๐๐	๑.๓๐๑	๕.๒๐๔	๑.๓๑๐			
มากกว่า ๑๕ ปี	๔.๕๖๕	๑.๒๕๗	๕.๐๐๗	๐.๙๒๕	๕.๐๗/๙	๑.๓๘๒		๐.๐๐๗/	
ระดับการศึกษา							๕.๑๔๓	*	แตกต่างกัน
ต่ำกว่าปริญญาตรี	๔.๖๙๖	๑.๒๕๘	๕.๐๒๖	๑.๑๕๖	๕.๑๘๘	๑.๒๓๔			
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	๔.๑๖๕	๑.๒๑๒	๔.๗/๕๖	๑.๑๔๗	๔.๗/๑๘	๑.๗๖๘			
สูงกว่าปริญญาตรี	๔.๕๔๔	๑.๓๙๘	๔.๙๗๖	๐.๘๔๗	๔.๙๐๐	๑.๓๒๔			
สถานภาพการทำงาน							๑.๓๓๕	๐.๒๖๔	ไม่แตกต่าง
ข้าราชการ	๔.๒๔๑	๑.๓๖๓	๔.๗/๕๕	๑.๑๕๗	๔.๙๖๗	๑.๖๖๑			
ลูกจ้างประจำ	๔.๘๖๖	๑.๔๐๗	๕.๒๐๐	๑.๒๑๙	๕.๑๔๙	๑.๒๖๙			
พนักงานราชการ	๔.๓๕๐	๐.๗/๕๓	๔.๘๘๓	๑.๑๖๗	๕.๔๓๐	๑.๒๕๒			
ลูกจ้างชั่วคราว	๔.๔๕๑	๑.๑๘๕	๔.๙๒๒	๑.๐๕๘	๔.๗๒๙	๑.๖๔๑			
หน้าที่ความรับผิดชอบ							๐.๓๐๕	๐.๓๔๓	ไม่แตกต่าง
หัวหน้างาน	๔.๓๘๒	๑.๔๐๓	๔.๙๓๙	๐.๘๘๐	๕.๓๗๖	๑.๓๐๓			
ผู้ปฏิบัติงาน	๔.๔๐๓	๑.๒๕๗	๔.๘๗๒	๑.๑๕๐	๔.๘๕๑	๑.๖๒๕			
หน่วยงานที่ปฏิบัติ							๑.๐๒๕	๐.๓๙๕	ไม่แตกต่าง
กลุ่มอำนวยการ	๔.๑๘๕	๑.๔๐๑	๔.๕๑๒	๑.๓๘๗	๕.๐๒๔	๑.๒๖๒			
กลุ่มการพยาบาล	๔.๔๕๖	๑.๒๘๓	๔.๙๑๒	๑.๑๐๘	๔.๙๐๐	๑.๗/๕๘			
กลุ่มยุทธศาสตร์และ									
ประเมินผล	๔.๓๓/๗	๑.๐๐๒	๔.๙๓๓	๐.๖๔๘	๔.๓๕๑	๑.๕๑๐			
กลุ่มบริการเฉพาะทาง	๔.๕๒๔	๑.๒๔๐	๕.๐๗/๐	๐.๙๔๔	๕.๐๘๙	๑.๓๓๖			

กลุ่มวิจัยและพัฒนาโรคเอดส์

ฯ	๔.๗/๑๑	๑.๐๘๖	๔.๘๐๐	๑.๒๔๘	๓.๗/๒๒	๒.๖๘๐			
สถานภาพสมรส							๐.๙๓/๓	๐.๓๘๐	ไม่แตกต่าง
โสด	๔.๓๕๖	๑.๒๒๓	๔.๙๖๑	๑.๑๕๐	๔.๖๙๔	๑.๗/๔๙			
คู่	๔.๔๙๒	๑.๒๙๙	๔.๘๓๘	๑.๑๑๓	๔.๐๖๙	๑.๔๒๔			
ม่าย / หย่า / แยก	๓.๘๙๒	๑.๒๕๓	๔.๗/๐๓	๑.๐๕๓	๔.๘๕๙	๑.๗/๑๕			

ตารางที่ ๒ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความอ่อนล้าทางอารมณ์		การลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล		ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ		F	P-value	ผลการทดสอบสมมติฐาน
	X	S.D.	X	S.D.	X	S.D.			
รายได้ต่อเดือน							๒.๐๗/๕	๐.๑๐๕	ไม่แตกต่าง
น้อยกว่า ๓,๐๐๐ บาท	๔.๗/๑๐	๑.๔๐๑	๔.๐๘๐	๑.๔๑๔	๔.๙๘๓	๑.๘๙๔			
๓,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท	๔.๑๘๙	๑.๒๕๙	๔.๖๓๓	๑.๓๒๕	๔.๖๓๕	๑.๕๘๐			
๑๐,๐๐๑ - ๑๕,๐๐๐ บาท	๔.๔๖๔	๑.๑๒๐	๔.๐๓๓	๑.๐๔๒	๔.๙๔๑	๑.๖๔๑			
มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท	๔.๔๔๓	๑.๓๐๔	๔.๙๒๖	๐.๙๙๓	๔.๐๕๓	๑.๕๒๙			
ฐานะทางเศรษฐกิจ							๐.๙๙๓	๐.๓๓/๒	ไม่แตกต่าง
รายได้เหลือเก็บ	๔.๘๐๐	๑.๐๖๕	๔.๙๑๓	๐.๙๖๔	๔.๑๓๓	๑.๔๗/๒			
รายได้พอใช้	๔.๓๕๓	๑.๓๒๔	๔.๘๘๓	๑.๑๘๘	๔.๗/๕๑	๑.๗/๔๘			
รายได้ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	๔.๓๔๓	๑.๒๔๓	๔.๘๖๑	๑.๐๘๒	๔.๐๕๙	๑.๓๒๘			
โดยรวม	๔.๔๐๑	๑.๒๗/๐	๔.๘๗/๙	๑.๑๒๒	๔.๙๐๙	๑.๕๙๔			

สรุปความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

สาเหตุของความเครียดและความเหนื่อยหน่ายมาจาก

๑. หัวหน้างาน : ขาดวิสัยทัศน์และความยุติธรรม ไม่เห็นความสำคัญของงาน/การพัฒนางาน ใช้คนไม่ถูกต้องกับงาน ไม่เปิดใจรับฟัง ชอบใช้อารมณ์ทำให้เสียบรรยากาศในการทำงาน ทำงานหนักเหนื่อยแต่เจ้านายไม่เห็นความสำคัญ

๒. เพื่อนร่วมงาน : ลาหุ่ยดบ่อย ไม่มีความเกรงใจกัน นิสัยที่ไม่เป็นมิตร รุนแรงไม่ให้เกียรติรุ่นพี่ ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน การสื่อสารที่ไม่เข้าใจในการทำงาน คำพูดส่อเสียด การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์-พยาบาล ความคิดเห็นและพฤติกรรมที่

แตกต่างกันทำให้เกิดความขัดแย้งในการทำงาน ขาดความสามัคคี บรรยากาศในการทำงานไม่ดี

๓. ภาระงาน และอัตราค่าจ้าง : ปริมาณงานมีมากเกินไปทำไม่ทัน/ไม่มีเวลาพักทานอาหาร/ถูกกดดันให้เสร็จทันเวลา/ขาดอัตราค่าจ้างในการทำงาน งานมากแต่เงินเดือนน้อย มอบหมายงานสูงกว่าความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ ความรับผิดชอบในการดูแลชีวิตผู้ป่วย ขั้นตอนกระบวนการทำงานที่ยุ่งยากซับซ้อนไม่เป็นระบบ ระเบียบ

๔. นโยบาย : นโยบายของสถาบันไม่คุ้มครองผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน การบริหารงานล่าช้า เปลี่ยนแปลงบ่อยไม่แน่นอน ความไม่โปร่งใสมีพรรคพวก ความรู้สึกไม่มั่นคงเพราะต้องถูกย้ายแผนก/ปรับเปลี่ยนผู้บังคับบัญชาบ่อย ความไม่ชัดเจนของระบบงาน/เป้าหมายองค์กร การปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ของกรมที่ส่งผลถึงการทำงานของสถาบัน การไม่มีโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การไม่ตัดสินใจของผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจสั่งการ การทำงานซ้ำซ้อน วิธีปฏิบัติงานที่ยุ่งยากซับซ้อน ระเบียบแบบฟอร์มมีมากเกินไป

๕. สภาพแวดล้อมในการทำงาน : ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน มีสิ่งรบกวนสมาธิ เช่น อากาศร้อน ควันบุหรี่ กลิ่นเหม็นจากท่อระบายน้ำ ยุง แมลง เสียงดังรบกวนจากคนรอบข้าง เครื่องปรับอากาศเสียงดัง และฝุ่นละออง

๖. เศรษฐกิจ : ค่าครองชีพไม่เหมาะกับรายได้ เงินเดือนไม่พอใช้ มีหนี้สิน

๗. ปัญหาสุขภาพร่างกาย : การเมื่อยล้าจากการนั่งทำงานเป็นเวลานานๆ การใช้สายตา

๘. ปัญหาส่วนตัว : ไม่มีใจรักในงานที่ทำ งานที่ทำซ้ำซากจำเจ

วิธีผ่อนคลาย

๑.คุยกับคนที่เข้าใจกัน พูดเรื่องตลกสนุกสนานกับเพื่อนร่วมงาน

๒.เดินออกไปหาบรรยากาศดี ๆ นอกห้องทำงานทำจิตใจให้สงบ อยู่นิ่งๆ นิ่งเฉยๆ ไม่รับรู้

๓.อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นเกมส์ใน Internet ออกกำลังกาย เล่นกีฬา

๔.พักผ่อน ทานอาหาร ขนม กาแฟ เข้าห้องน้ำ สูบบุหรี่ เดินเล่น

๕.ลาหยุดงาน พักผ่อน นอนหลับ Shopping ที่ต่างจังหวัด

๖. อยู่กับครอบครัว ทำกิจกรรม เล่นกับสัตว์เลี้ยง ปลูกต้นไม้

๓๗. อยู่คนเดียวเงียบๆ สวดมนต์ นั่งสมาธิ แม่เมตตา อ่านหนังสือธรรมะ ทำใจปล่อยวาง

อภิปรายผล

๑. บุคลากร สถาบันบำราศนราดูร มีระดับความเหนื่อยหน่ายต่อการปฏิบัติงานโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็นด้านการลดความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และความอ่อนล้าทางอารมณ์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลิระยา สัมมาวาจ (๒๕๓๒) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน ๕๔๖ คน โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ แมสแลช พบว่า พยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาริบัติ มีค่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งสามด้าน

๒. บุคลากร สถาบันบำราศนราดูร ที่มีความแตกต่างทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านแตกต่างกัน โดยบุคลากร สถาบันบำราศนราดูร ที่มีอายุระหว่าง ๔๑ - ๕๐ ปี มีความรู้ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล มากกว่าบุคลากรที่มีอายุระหว่าง ๒๑ - ๓๐ ปี, ๓๑ - ๔๐ ปี และ ๕๑ - ๖๐ ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maslach (๑๙๘๖) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการและวุฒิภาวะในคนปกติ เมื่ออายุมากขึ้นระดับความมีวุฒิภาวะจะเจริญขึ้นตามวัย ความคิดและพฤติกรรมจะปรับเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มาก มีความสุขุมรอบคอบ รู้จักมองโลกกว้างไกลและครอบคลุม สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้มีอายุน้อย

๓. ประสิทธิภาพการทำงานที่สถาบันบำราศนราดูร สถานภาพการทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายทั้งสามด้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมล กิจจานนท์ (๒๕๕๒) ที่ทำการศึกษา ความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า สถานภาพสมรส หน้าที่หัวหน้าเวร เงินเดือน การรับรู้สัมพันธภาพกับ

ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน ความคิดที่จะลาออกเนื่องจากเวรตึก ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายทั้งสามด้าน

๔. ความคิดเห็นของบุคลากร สถาบันบำราศนราดูร เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เป็นการแสดงความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้รับผลกระทบในการปฏิบัติงาน ซึ่งเกิดจากเหตุและปัจจัยต่างๆ จากสภาพแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม จากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา ภาระงาน อัตราค่าจ้างที่ไม่สมมูล นโยบายการบริหารที่ไม่ชัดเจน ความก้าวหน้าของตำแหน่งในสายงาน ความมั่นคงในงานอาชีพ บรรยากาศในการทำงาน และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พนม ลิ้มอารีย์ (๒๕๒๙) กล่าวว่า ในหน่วยงานขนาดเล็ก หัวหน้าหน่วยงานและผู้ร่วมงานมีโอกาสได้ใกล้ชิด ได้รู้จักทำงานคุ้นเคยกันมากกว่าหน่วยงานขนาดใหญ่ เจ้าหน้าที่จะรู้สึกเป็นกันเอง และร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สำหรับหน่วยงานขนาดใหญ่การติดต่อสื่อสาร การประสานงานมักเป็นลักษณะทางการ การมีส่วนร่วมและความผูกพันในกลุ่มจะมีน้อย สอดคล้องกับ แมคคอบเนล (๑๙๘๒) ที่กล่าวว่า ขนาดและโครงสร้างขององค์กรมีผลทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานได้ โดยบุคลากรในองค์กรขนาดใหญ่จะเห็นห่างกัน ขาดความพึงพอใจในงาน ขนาดของกลุ่มจึงมีความเกี่ยวข้องกับ ความเหนื่อยหน่าย ซึ่ง โพน์และคาฟรี้ (๑๙๘๗) กล่าวว่า การทำงานในลักษณะเร่งรีบเพื่อให้ทันกับปริมาณงานที่มาก ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ มูส์ (๑๙๗๔) ที่ว่าการได้รับการสนับสนุน ทั้งจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่จะส่งเสริม หรือหยุดยั้งความพึงพอใจในการทำงานของบุคคลที่มีต่องาน ส่วนการสั่งการและระเบียบในองค์กร มีผลต่อความท้อถอยและคับข้องใจของพนักงาน และความชัดเจนในการปฏิบัติงานถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาร์ลสัน และคณะ (๑๙๘๗) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะมาจากเพื่อนร่วมงาน ผู้ใต้บังคับบัญชา ครอบครัวหรือจากชุมชน เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกที่ตนเองมีที่พึ่ง ที่ปรึกษาหรือมีผู้เห็นความสำคัญของตนเองทำให้เกิดกำลังใจที่จะปฏิบัติงานต่อไป สอดคล้องกับ ขวาบ (๑๙๘๔) ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะทำให้ความเครียดและความท้อถอยในการทำงานลดต่ำลง นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังทำให้บุคคลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดันในด้านต่างๆ ที่

ทำให้เกิดความเครียดและความท้อถอย สอดคล้องกับ Frederick K. Herzberg ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานของบุคคล โดยศึกษาว่าคนเราต้องการอะไรจากงาน คำตอบก็คือ บุคคลต้องการความสุขจากการทำงาน ซึ่งสรุปได้ว่า ความสุขจากการทำงานนั้นเกิดมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในงานที่ทำโดยความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจในงานที่ทำนั้น ไม่ได้มาจากกลุ่มเดียวกันแต่มีสาเหตุมาจากปัจจัยสองกลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ เป็นแรงจูงใจในการทำงานให้คนชอบและรักงานที่ปฏิบัติ เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความพึงพอใจให้แก่บุคคลในองค์การให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น ความก้าวหน้า การได้รับเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นของบุคคลในองค์การ การมีโอกาสได้ศึกษาเพื่อหาความรู้เพิ่ม หรือได้รับการฝึกอบรม ส่วนปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขศาสตร์ ได้แก่ เงินเดือน ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน นโยบายและการบริหาร ความมั่นคงในการทำงาน และวิธีการปกครองบังคับบัญชา

จากทฤษฎีสองปัจจัยสรุปได้ว่าปัจจัยทั้ง ๒ ด้านนี้ เป็นสิ่งที่คนต้องการเพราะเป็นแรงจูงใจในการทำงาน องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญทำให้คนเกิดความสุขในการทำงาน โดยมีความสัมพันธ์กับกรอบแนวคิดที่ว่าเมื่อคนได้รับการตอบสนองด้วยปัจจัยชนิดนี้ จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน ผลที่ตามมาก็คือคนจะเกิดความพึงพอใจในงานสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยค้ำจุนหรือสุขศาสตร์ทำหน้าที่เป็นตัวป้องกันมิให้คนเกิดความไม่พอใจ หรือไม่พึงพอใจในงาน

ช่วยทำให้คนเปลี่ยนเจตคติจากการไม่ยอมทำงานมาสู่ความพร้อมที่จะทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับหัวหน้างาน และผู้บริหาร เพื่อใช้ในการจัดการหรือป้องกันไม่ให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของบุคลากร โดยหาวิธีเพิ่มรายได้พิเศษ และการกระจายอัตราบุคลากรให้เหมาะสม โดยหน่วยงานที่มีปริมาณงานมากควรมีจำนวนบุคลากรหรือคำตอบแทนที่เหมาะสม ยุติธรรม สำหรับบุคลากรใหม่ควรมีการสร้างค่านิยมในการทำงาน เช่น ความมั่นคง โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง ความก้าวหน้าในสายงาน รวมทั้งการจัดสวัสดิการด้านอื่นๆ เพื่อจูงใจบุคลากรที่มีความสามารถให้คงอยู่ ส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน สามารถเป็นที่ปรึกษา

ช่วยชี้แนะด้านความรู้ในการพัฒนาตนเอง การพัฒนางาน เพื่อลดความเครียดและความ
เหนื่อยหน่ายที่นำไปสู่การขาดงาน การลาออก ต่อไป

การศึกษาในอนาคตควรแยกศึกษาเฉพาะบุคลากรเป็นรายกลุ่มตามสายงาน และ
ศึกษาเชิงคุณภาพให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่าย เพื่อ
หาสาเหตุที่แท้จริงใช้เป็นแนวทางในการป้องกันหรือแก้ไขได้อย่างตรงประเด็นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. กังสดาล สุทธิวิศรีสรรค์. (๒๕๕๓). ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
๒. กิตติ แสงเทียนฉาย. (๒๕๓๑). การศึกษาความท้อถอยและสาเหตุในการปฏิบัติงานของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตการศึกษา ๓. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. พิษณุโลก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก.
๓. กัลยา วาณิชย์ปัญญา. (๒๕๔๙). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ ๖ กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์.
๔. นฤมล กิจจานนท์ และคณะ. (๒๕๕๒). ความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย วิกฤติ. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
๕. นวลอนงค์ ศรีธัญรักษ์. (๒๕๓๔). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม., บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
๖. ปัญจพร ไรจน์เจริญ. (๒๕๔๕). การศึกษาความท้อแท้ในการทำงานบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสาธารณสุขที่ ๔. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
๗. ประพาฬรัตน์ บุรีรัตน์. (๒๕๓๕, กุมภาพันธ์ – มีนาคม). สิ่ง que ทุกคนควรรู้เกี่ยวกับความเครียด. วารสารแนะแนว.
๘. ปรียาภรณ์ วงศ์อนุตรโรจน์. (๒๕๓๕). จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล : ศูนย์สื่อเสริม, กรุงเทพฯ.
๙. พนม ลิ้มอารีย์. (๒๕๒๙). กลุ่มสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ : ปรีดาออฟเซต.
๑๐. พรทิพย์ สุริโยธี ณ ราชสีมา. (๒๕๓๙). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม., กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
๑๑. พรรณราย ทรัพย์ะประภา. (๒๕๔๘). จิตวิทยาในการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายและความเครียดในการทำงาน. เอกสารประกอบการบรรยายการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
๑๒. ยงยุทธ์ พืรพงศ์พัฒน์. (๒๕๓๘). ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน

ในองค์การเอกชนแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ วทม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ)
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

๑๓. ลีระยา สัมมาวาจ. (๒๕๓๒). ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการใน
โรงพยาบาลรามารัตน์. วิทยานิพนธ์ วทม. (พยาบาลศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
๑๔. อารี ผุดเพชร. (๒๕๓๐). มนุษย์สัมพันธ์ในการทำงาน. กรุงเทพฯ : สันติกุลการพิมพ์.
๑๕. Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (๒๐๐๑). Job burnout. In S. T. Fiske,
D.L. Schacter & C. Zahn-Waxler (Eds.), *Annual Review of Psychology*.

PAIN MANAGEMENT SITUATION IN RECOVERY ROOM FOR PERSONS RECEIVED GENERAL ANESTHESIA.

AISRAPORN KUNWEE¹ M.N.S. NAM-OY PAKDEVONG² Dr.P.H. VARIN BINHOSEN² Ph.D.
(Nursing)

1. Major in Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University
2. 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
MANAGEMENT, PATIENTS RECEIVED GENERAL ANESTHESIA, ANESTHETIC
NURSE

สถานการณ์การจัดการความปวดในห้องพักรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

อิสรากรณ์ กันวิ¹ พย.ม. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์² ศ.ด. วารินทร์ บินโฮเซ็น² พย.ด.

1. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวด 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลชลประทาน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาลจำนวน 9 ราย และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 97 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากวิสัญญีพยาบาลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดและแบบสังเกตการจัดการความปวดในห้องพักรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย ข้อมูลความปวด และการจัดการความปวดของผู้ป่วยจากเวชระเบียน เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แรกวันที่ห้องพักรักษาผู้ป่วยมีคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่าง 3-10 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.48 คะแนน หลังได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดลดลงอยู่ระหว่าง 1-7 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.35 คะแนน การจัดการความปวดที่ ปฏิบัติได้แก่การประเมินระดับความปวด และจัดการความปวดโดยใช้ยา ซึ่งยาที่ใช้ได้แก่ fentanyl, morphine, และ pethidine วิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดระหว่าง 5-10 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.56 คะแนน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลให้มีความรู้และการปฏิบัติในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนมีการกำกับให้มีการบันทึกการปฏิบัติอย่างครบถ้วนและครอบคลุม

คำสำคัญ : ระดับความปวด การจัดการความปวด ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด
ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป วิสัญญีพยาบาล

หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค จากสถิติของผู้เข้ารับการรักษาในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ 2007 พบว่าการผ่าตัดที่พบมากที่สุดได้แก่ การผ่าตัดในระบบทางเดินอาหารและช่องท้องประมาณ 11 ล้านคน และในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 7.3 ล้านคนและการผ่าตัดในผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด 6.4 ล้านคนตามลำดับ โดยพบการผ่าตัดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดจะให้ผลดีในการรักษาแต่ก็ยังมีภาวะที่พบได้บ่อยคืออาการปวดแผลหลังผ่าตัด ซึ่งจะพบได้ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวในห้องผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัด 3 วัน¹⁻²

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลันและเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากคมมีดผ่าตัดและการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะผ่าตัด ส่งผลให้มีการบวม ดึงรั้งและการหดตัวของกล้ามเนื้อ ในขณะที่เดียวกันก็มีการกระตุ้นปลายประสาทอิสระ (Free nerve ending) ในขณะผ่าตัด³ นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกจะมีระดับความปวดรุนแรงมากถึงมากที่สุดถึงร้อยละ 40-70 ระดับความปวดปานกลางถึงมาก ร้อยละ 80 ส่วนระดับความปวดเล็กน้อยมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น⁴ ถ้าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอและเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดและทุกข์ทรมาน เครียดวิตกกังวล นอนไม่หลับ การฟื้นฟูสภาพกลับเข้าสู่ภาวะปกติช้า ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น เป็นผลให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น⁵

สิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ คือพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจัดการความปวดที่ถูกต้อง มีการประเมินความปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และมีการจัดการความปวดอย่างถูกต้อง และหลังผ่าตัดควรประเมินความปวดตั้งแต่แรกรับที่ห้องพักรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดให้ดีกว่าก่อนที่จะส่งกลับหอผู้ป่วย⁶ ซึ่งในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาโดยวิสัญญีพยาบาล ได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(Continuous Quality Improvement_CQI) ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ 2552-ปัจจุบัน โดยกระบวนการพัฒนาเริ่มจากการค้นหาสาเหตุของปัญหา การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดทำโครงการเพื่อปรับปรุงโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และระดับความปวดก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยไม่เกิน 5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะสะท้อนถึงการพัฒนาคุณภาพของการดูแล และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงโครงการพัฒนาคุณภาพในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในระยะต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวดในห้องพักรักษาของวิสัญญีพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวด 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วไป ของโรงพยาบาลชลประทาน ในเรื่องระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรก และวิธีการจัดการความปวดใน 2 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลในห้องพักฟื้น

วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มวิสัญญีพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจำนวน 9 ราย และ 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วไป ที่ได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้นโดยวิสัญญีพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จำนวน 97 ราย ระหว่างเดือนเมษายน-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวด และแบบสังเกตการณ์จัดการความปวดหลังผ่าตัด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดของพยาบาล 3) แบบสังเกตการณ์จัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อมูลสถานการณ์การจัดการกับความปวด ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวิสัญญีพยาบาลซึ่งดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น มีจำนวน 9 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 27-57 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 44.22 ปี (SD= 12.91) และส่วนใหญ่อายุมากกว่า 36 ปี (6 ราย) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด (4 ราย) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีประสบการณ์การทำงานในแผนกอื่นๆระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด (7 ราย) และประสบการณ์การทำงานในแผนกวิสัญญีมากกว่า 5 ปี มากที่สุด (6 ราย) และประมาณครึ่งหนึ่งไม่เคยผ่านการประชุม/อบรมเรื่องการจัดการความปวด (5 ราย)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกจำนวน 97 ราย มีอายุระหว่าง 15-78 ปี ประมาณครึ่งหนึ่ง (55.67%) มีอายุ มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15-35 ปี (55.67%) อายุเฉลี่ย 36.44 ปี (SD =

13.81) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.19%) นับถือศาสนาพุทธ (96.90%) สถานภาพสมรสคู่ (64.94%) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (29.89%) และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (43.29%) ส่วนใหญ่ (80.4%) ไม่มีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นความดันเลือดสูงและเบาหวานมากที่สุด 19 ราย (19.58 %) ส่วนใหญ่ (60.82%) ไม่มีประสบการณ์ความปวดหลังผ่าตัดและในการผ่าตัดครั้งนี้พบว่าเป็นการผ่าตัดทางศัลยกรรมมากที่สุด (46.39 %) ลักษณะการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดตามแนวยาว (86.59 %) เป็นแผลสะอาด (Clean Wound) (73.19 %) ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงมากที่สุด (44.32 %) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (95.87%) ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนพบว่าแผลผ่าตัดมีเลือดซึมผ้าปิดแผล

ระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้น

จากข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล ในเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นจำนวน 97 ราย พบว่าเมื่อแรกรับในห้องพักฟื้น คะแนนความปวดมีค่าระหว่าง 3-10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.48 คะแนน (SD= 1.39) ประมาณครึ่งหนึ่งมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (50.51%) ภายหลังการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมงพบว่า คะแนนความปวดมีค่าระหว่าง 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 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลในห้องพักฟื้น

จากข้อมูลบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดในห้องพักฟื้น จำนวน 97 ราย พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีการบันทึกตามแนวทางการจัดการความปวดที่ได้รับการอบรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

(1) การดูแลก่อนการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูล พบว่ามีการบันทึกเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 78.35

(2) การประเมินความปวดในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง พบว่า กิจกรรมที่มีการบันทึกมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ประเมินความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้น

การใช้เครื่องมือ เช่น Pain Scale ในการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกคนและการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับปวด (97.93% ทั้ง 3 อันดับ)

(3) การจัดการความปวดโดยการให้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาระงับปวดก่อนผ่าตัด (90.72%) และในกลุ่มที่ได้รับยาระงับปวดก่อนผ่าตัดพบว่าได้รับยา Morphine มากที่สุดและระหว่างผ่าตัดยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับได้แก่ Fentanyl และ Morphine (62.88 และ 37.11% ตามลำดับ) ส่วนยาระงับปวดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในห้องพักฟื้นได้แก่ Fentanyl, morphine และ Pethidine (54.63, 41.23 และ 4.12 % ตามลำดับ)

ส่วนข้อมูลจากการสังเกตการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาลผู้วิจัยและหัวหน้าวิสัญญีพยาบาลได้สังเกตการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้นและจากข้อมูลการบันทึกการดูแลผู้ป่วยระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2554 ของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 9 คน คนละ 2 ครั้งรวม 4 ครั้ง โดยสุ่มสังเกตการปฏิบัติทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ พบว่า ข้อมูลจากการสังเกตของผู้สังเกต 2 คน มีความสอดคล้องกัน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ซึ่งการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาลตามแนวทางที่ได้รับการอบรมตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีรายละเอียดดังนี้

(1) การดูแลก่อนการผ่าตัด โดยการให้ข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พบว่ามีการบันทึกการปฏิบัติเพียง 2 คนและ 5 คน ตามลำดับ

(2) การประเมินความปวด พบว่า กิจกรรมที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติซึ่งผู้สังเกตทั้ง 2 คนได้จากการสังเกตที่ได้ตรงกันหรือใกล้เคียง ได้แก่ มีการประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 15 นาที (8, 8 คน) มีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในห้องพักฟื้น (9, 8 คน) และการประเมินระดับความปวดก่อนการให้ยาระงับปวด (9, 7 คน) ส่วนกิจกรรมที่ผู้สังเกตได้ข้อมูลที่แตกต่างกันมากที่สุดได้แก่ การรายงานแพทย์เมื่อพบว่าหลังการได้รับยาระงับปวดและอาการไม่ดีขึ้น (8, 3 คน)

(3) การจัดการความปวดโดยใช้ยา พบว่ากิจกรรมที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติซึ่งผู้สังเกตทั้ง 2 คนสังเกตได้ใกล้เคียงกันคือ การบันทึกคะแนนความปวด (9, 8 คน) และการสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยาระงับปวด (1, 2 คน)

(4) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา พบว่า ผู้สังเกตทั้ง 2 คนสังเกตกิจกรรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติได้ตรงกันทั้ง 2 กิจกรรมคือ การจัดท่านอน (7, 7 คน) และการแนะนำการไอและการเคลื่อนไหวบนเตียงหลังผ่าตัด (2, 2 คน)

(5) การประเมินผล และการส่งต่อ พบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติตรงกันคือ ก่อนการย้ายผู้ป่วยมีคะแนนความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน (9, 9 คน)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลในห้องพักฟื้น

ข้อมูลความรู้ได้มาจากการตอบแบบสอบถามของวิสัญญีพยาบาลจำนวน 9 คนในเรื่องความรู้เรื่องการจัดการความปวดใน 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยพบว่ามีความรู้ระหว่าง 5-10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.56 คะแนน (SD=1.74) เมื่อแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็น 3 ระดับ

พบว่าวิสัญญีพยาบาลจำนวน 5 ราย มีความรู้ในระดับดี และจำนวน 2 รายมีความรู้ในระดับปานกลางที่เหลืออีก 2 รายมีความรู้ในระดับไม่ดี

โดยความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาลที่ตอบถูกทุกคน ได้แก่

1) ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นสามารถทำได้ทันที ที่ผู้ป่วยออกมาจากห้องผ่าตัด และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดแล้วอาการปวดไม่ทุเลาลงให้รายงานวิสัญญีแพทย์ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ 1) การประเมินผลหลังการให้ยาระงับปวดสามารถทำการให้ยาระงับปวดใน 10 นาที (3 ราย) 2) การให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นควรให้ในผู้ป่วยที่มี sedation score > 2 (4 ราย) และ 3) การให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจะทำเมื่อผู้ป่วยร้องขอเท่านั้น (5 ราย)

วิจารณ์และอภิปรายผล

1. ระดับความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกในห้องพักฟื้น

1.1 หลังผ่าตัดทันทีพบว่าผู้ป่วยมีความปวดอยู่ที่ ระดับปานกลาง (50.5%) (ค่าเฉลี่ย 5.41 คะแนน) และปวดมาก (48.5%) (ค่าเฉลี่ย 7.68 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ สกูลรัตน์ รื่นสม⁷ ที่พบว่าหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะมีความปวดสูงสุดในวันแรกโดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.09 คะแนน (SD= .72) และจะลดลงในวันต่อมา และการศึกษาของอรพรรณ ไชยชาติ และคณะ² ที่พบว่าความรุนแรงของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะพบสูงสุดในวันที่ 1 เท่ากับ 8.26+ 1.96 คะแนน และจะลดลงในวันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

อาการปวดจะสูงในวันแรกเนื่องจากการผ่าตัดเป็นกระบวนการรักษาที่ต้องใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อต่างๆ ส่งผลให้เนื้อเยื่อเกิดความชอกช้ำและมีการตอบสนองโดยการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น ไฮโดรโคโรน โปรสตาโนอิด โมโนเอมีนเปปไทด์ สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกทำให้เกิดอาการปวดตั้งแต่ออกจากห้องผ่าตัด⁸⁻⁹ เพราะ

หลังผ่าตัดทันทีอาการปวดและประสาทรับความรู้สึกจะกลับมาเนื่องจากหมดฤทธิ์ยาระงับความรู้สึกและประสาทสัมผัสต่างๆก็เริ่มกลับมาทำงานตามปกติและเมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นกลไกความปวดก็ทำงานทันที

1.2 หลังจากได้รับการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นและก่อนนำส่งหอผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความปวดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับน้อย 0-3 คะแนน (61.1%) ค่าเฉลี่ย 2.28 คะแนน และระดับความปวดที่น้อยที่สุดคือ ปวดมาก (5.2%) ซึ่งเป็นไปตามบันไดการรักษาอาการปวดแบบเฉียบพลันตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ยาในกลุ่ม Opioid คือ Fentanyl, Morphine และ Pethidine สอดคล้องกับการศึกษาของ นิโรบล กนกสุนทรรัตน์¹⁰ และอภิรดี ใจกล้า⁴ ที่พบว่า ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดในการจัดการกับความปวดวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด คือ Pethidine และ morphine และการศึกษาของอรพรรณ ไชยชาติ และคณะ² ที่พบว่าการจัดการความปวดโดยใช้ยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดขนาดที่เหมาะสม สามารถลดระดับความปวดของผู้ป่วยได้ดี และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม กัดกร่อนหายใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากกว่า 7 คะแนนร้อยละ 5.2 ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้องด้วยเช่น โรคที่เป็น ชนิดของการผ่าตัด และการได้รับแก้ปวดระหว่างผ่าตัด และประสบการณ์การผ่าตัดที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยหลังได้รับยาแล้วยังคงมีอาการปวดมากอยู่ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องค้นหาสาเหตุและทำแนวทางในการจัดการความปวดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย

2. วิธีการจัดการความปวดใน 2 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลพบว่า การปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือ (Pain Scale) และการจัดการความปวดทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้

2.1 การจัดการความปวดโดยการใช้ยาพบว่ายาที่ใช้ลดปวดได้แก่ยาในกลุ่ม Opioid คือ Fentanyl, Morphine และ Pethidine ทางหลอดเลือดดำซึ่งสอดคล้องกับความระดับความปวดของผู้ป่วยที่วิสัญญีพยาบาลประเมินได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{2,7,11} ที่พบว่าพยาบาลจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกโดยการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ และใช้ยาในกลุ่ม Opioid เนื่องจากผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับมาก

2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาวิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดท่านอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้นมากกว่าการแนะนำให้ไอ และกระตุ้นให้เคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹² ที่พบว่าการบริหารปวดโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุดคือ การจัดท่านอน

3. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมงแรกของวิสัญญีพยาบาลในห้องพักฟื้นจากการให้วิสัญญีพยาบาลตอบแบบสอบถามในเรื่องความรู้เรื่องการจัดการความปวดพบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความรู้เรื่องความปวดหลังผ่าตัดและการประเมินหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดหลังได้รับยาระงับปวดอยู่ในระดับดี ใน 3 เรื่องคือชนิดของความปวด การประเมินหลังผ่าตัดสามารถทำได้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงห้องพักฟื้นและเมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดแล้วอาการไม่ทุเลาลงให้รายงานวิสัญญีแพทย์ ซึ่งสัมพันธ์กับงานพัฒนาความรู้เรื่องความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นแต่ยังพบว่าการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและการบันทึกทางการพยาบาลหลังได้ยาระงับปวดในบันทึกทางการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม สอดคล้องกับงานวิจัยของ สกฤตรัตน์ รื่นสม⁷ พบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวด และการปฏิบัติด้านการประเมินการแนะนำและดูแลการพยาบาล แต่ข้อมูลไม่มีความสอดคล้องกับแบบบันทึกทางการพยาบาล และผลการศึกษาของ¹² ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการความปวดดี มีการบันทึกตามเป้าหมาย แต่ขาดความต่อเนื่องในการประเมินความปวด และการบันทึกต่อไปที่หอผู้ป่วย¹³ พบว่า ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินและการควบคุมความปวด อยู่ในระดับดี ความรู้ด้านการควบคุมความปวดโดยใช้ยาอยู่ในระดับพอใช้ และมีความรู้ด้านการควบคุมความปวดโดยไม่ใช้ยา ระดับดี แต่ยังขาดความต่อเนื่อง

สรุป ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีในห้องพักฟื้นส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และลดลงหลังได้รับการจัดการความปวดก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ศัลยกรรมมีคะแนนความปวดน้อยกว่า

5 คะแนน และด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นจากการปฏิบัติที่ได้จากการสังเกตและบันทึกจากใบบันทึกทางการพยาบาลพบว่าการประเมินความปวดและการให้ยาบรรเทาปวดตามแนวทางปฏิบัติที่จัดทำขึ้น มีการส่งต่อข้อมูลความปวดชนิด และขนาดของยาที่ให้ผู้ป่วย แต่ยังขาดการบันทึกและสังเกตหลังการให้ยาระงับปวดและการแนะนำการขอยาแก้ปวด ส่วนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาลอยู่ในระดับดีมากกว่าระดับอื่นๆ อย่างไรก็ตามยังพบว่าวิสัญญีพยาบาลที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดและมีความรู้ในระดับไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าวิสัญญีพยาบาลไม่มีการบันทึกเรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการปรับปรุง แก้ไขให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. แผนกวิสัญญีพยาบาลควรจัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และการปฏิบัติ เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนาวิสัญญีพยาบาลให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการติดตามกำกับให้มีการบันทึกกิจกรรมการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามผลลัพธ์ของการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์จุดอ่อน และโอกาสพัฒนาบริการของวิสัญญีพยาบาล

อ้างอิง

- 1 พงษ์ภรณ์ เจาตะเกษตริน และคณะ. ความปวด (Pain). (2547) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ทิมส์ (ประเทศไทย) จำกัด. 64-72
- 2 อรพรรณ ไชยชาติ. (2549) ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมนุสสุภาพ, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- 3 ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร, และชัชชัย ปรีชาไว. (2552). ความปวดและการระงับปวด Pain & Pain Management 2 .พิมพ์ครั้งที่ 2 สงขลา:ซานเมืองการพิมพ์. 47-60
4. อภริณี ไวกลา. (2545) ประสบการณ์ความปวด การจัดการกับความปวด และผลของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

5. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1992) .Acute pain management: Operation of medical Procedures and trauma. Clinical Practice guideline No.1. AHCPR Publication. [Online] ; Available at : <http://www.ahcpr.org>, 17 February 2009.
6. รัตดา กำหม่อม, มานินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ และคณะ.(2544). การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นตามแผนภูมิการระงับปวดที่กำหนดขึ้น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* ,16(4), 251-256.
7. สกฤตรัตน์ รื่นสม.(2549) การศึกษาระดับความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดของสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง, วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต.
8. ลลิตา อาชานุกาพ, รุ่งจิต เต็มศิริกุลชัย.(2552) .การประเมินความปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหลังผ่าตัดที่ห้องพักรฟื้น. *รามาศิษพยาบาลสาร*.15 (3), 315 -326
9. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552) *แนวทางการระงับปวดหลังผ่าตัด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร : โรงพิมพ์วินเพรสโปรดักชั่นเฮ้าส์. 26-37
10. นิโรบล กนกสุนทรรัตน์.(2535) *การรับรู้ความเจ็บปวด และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง*, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. สุนิดา ไชยงาม.(2552) *การศึกษาระดับความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด "* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต.
12. จิราณี สุนทรกุล ณ ชลบุรี, สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ.(2552) การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาศิษ. *Rama Nurs J.* 26 (3),303-314.
13. เจือกุล อโนธรมณ์ และคณะ. (2548) ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินและการควบคุมความเจ็บปวด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 23 (2), 13-16.