



การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อการจัดการความปวด ให้แก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี

อนงค์ สุทธิพงษ์ ป.พย.บ.*

อัจฉรา อ่วมเครือ Ph.D.**

เกษร วงศ์วัฒนากิจ ศษม.*

ปาริฉัตร อารยะจารุ พย.ม.***

บทคัดย่อ

การจัดการความปวด เป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของพยาบาล ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเป็นสุข วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาศักยภาพของพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรีในการจัดการความปวด 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาลราชบุรี และ 3) ประเมินผลการพัฒนาทั้งในระดับองค์กร พยาบาล และผู้ป่วย การวิจัยเริ่มด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาการจัดการความปวดที่มีอยู่ ดำเนินการพัฒนา จากการร่วมเสวนาและการสะท้อนคิดตลอดกระบวนการจนได้ผลลัพธ์ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลในกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ และผู้ป่วยซึ่งอยู่ในหอผู้ป่วยนำร่องการจัดการความปวด ระยะเวลาวิจัย 3 ปี 4 เดือน ใช้แนวทางการเสวนา การสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและนำเครื่องมือวิจัยของสถาบันเด็กแห่งชาติมาปรับใช้

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทุกคนมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.2 คิดว่าสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ ในการวิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาลราชบุรี เนื้อหาครอบคลุม วิธีการประเมินความปวดของผู้ป่วยประเภทต่างๆ ในแต่ละเวลา เครื่องมือและวิธีการใช้ วิธีการบำบัดและบันทึกความปวด ระบุวิธีการใช้แนวปฏิบัติ ที่ให้พยาบาลทุกคนปฏิบัติกับผู้ป่วยทุกคน และต้องแจ้ง Pain nurse เมื่อมีปัญหา มีการพัฒนาคู่มือและช่องทางการสื่อสาร ในภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.3 พึงพอใจแนวปฏิบัติการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลมีคะแนนความปวดไม่เกิน 3 คะแนน ยกเว้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากยาบรรเทาปวด มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่พยาบาลมีการรับรู้ว่าตนเองมีการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยร้อยละ 80.0 ซึ่งต่างกับการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพยาบาลรับรู้สูงกว่า ผู้วิจัยเสนอให้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลต่อเนื่องเพื่อการจัดการความปวดตามโมเดลชีวิตสังคมที่มีสหวิชาชีพร่วมดูแล และเน้นวัดผลลัพธ์การจัดการความปวดในเชิงคุณภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ การจัดการความปวด การจัดการความรู้

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติการเชิงวิชาชีพที่ใช้ความรู้ ทักษะ และความสามารถเฉพาะในการส่งเสริมสุขภาพ บริบาลยาผู้ป่วย ใช้ บริหารการดูแลรักษา ให้คำปรึกษาและการสอนด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีจริยธรรม การจัดการความปวด ก็เป็นหน้าที่หนึ่งของ

พยาบาลที่ต้องทำเพื่อความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้ป่วย¹ หากควบคุมความปวดไม่ดีพอ ไม่เพียงความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย แต่ยังก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงปรารถนาได้แก่ การหายล่าช้า ต้องรักษาตัวนานขึ้น รวมทั้งมีความเสี่ยงที่จะลุกลามกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้² การจัดการความปวดจึงมีความสำคัญ ไม่เพียง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี



แต่คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีนัยเชิงเศรษฐกิจและผลสืบเนื่องระยะยาวด้วย³

โรงพยาบาลราชบุรี มีการพัฒนาการจัดการความปวดชัดเจนและต่อเนื่องนับแต่ปี พ.ศ. 2550 จนปีพ.ศ.2552 โดยการร้องขอของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่มีความเจ็บปวด และมีรายงานว่าหน่วยงานวิสัญญี ก็มีการพัฒนาเช่นกัน^{4,5} แม้พบความก้าวหน้าในการให้บริการผู้ป่วย เกิดองค์ความรู้ แต่การขาดช่องทางสื่อสาร จึงเกิดความซ้ำซ้อนหรือปฏิบัติต่างกันในกรรวมตัวเป็นกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP Pain) มีการสรุปปัญหาว่า เครื่องมือวิธีการประเมิน การจัดการความปวด แบบและวิธีการบันทึกแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดไม่ต่อเนื่อง และไม่มีประสิทธิภาพ มีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับความปวด ไม่พอใจการดูแลรักษา และเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับพยาบาล⁶

จากปัญหาที่เกิดขึ้น และเพื่อให้ความต้องการพัฒนาการจัดการความปวดของพยาบาลประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้กลไกการบริหารการพยาบาล อำนาจความสะดวก และส่งเสริม ทั้งการพัฒนาศักยภาพพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ภายใต้การมีส่วนร่วมของพยาบาลและกระบวนการทำงานในสภาพปกติของโรงพยาบาลราชบุรี อันจะส่งผลต่อการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นหนึ่งในมาตรฐานสภาการพยาบาล

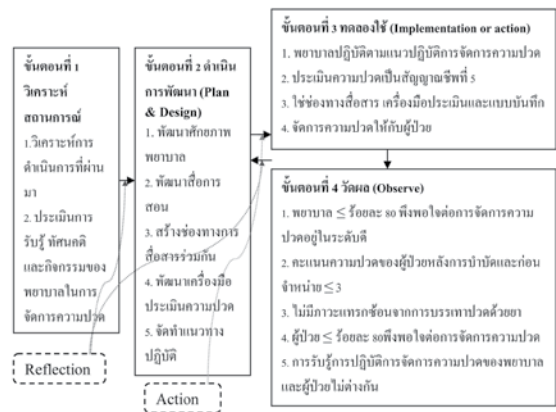
วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลโรงพยาบาลราชบุรี ในการจัดการความปวด 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาลราชบุรี และ 3) ประเมินผลการพัฒนาทั้งในระดับองค์กรพยาบาล และผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁷ ดำเนินการขั้นแรกคือการวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการจัดการความปวดที่

มีอยู่แล้ว จากนั้นจึงวางแผนดำเนินการและปฏิบัติ (Plan & Act) ซึ่งมีการประชุมเสวนาแลกเปลี่ยนสะท้อนคิด (Reflection) ปรับปรุงจนกระทั่งได้ผลลัพธ์ (Output) ที่ค่อนข้างอยู่ตัว และวัดสิ่งที่เกิด (Outcome) กับผู้ให้และผู้รับบริการ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมดำเนินการพัฒนาตามสภาพการทำงานจริง (Authentic participation) ผู้วิจัยไม่ได้มีอิทธิพล (Directing or Influencing) เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกและส่งเสริมกระบวนการกลุ่ม (Facilitator or catalyzer) ซึ่งการจัดการเพื่อให้เกิดกระบวนการที่เป็นประชาธิปไตย (Democratic approach)^{8,9} ภายใต้บริบทการทำงานของโรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ และดำเนินการตามวิธีวิจัยตั้งแต่ ตุลาคม 2552 ถึงกุมภาพันธ์ 2556 ระหว่างกระบวนการพัฒนา พยาบาล ผู้วิจัย มีการประชุมและสะท้อนคิดทั้งใน CoP Pain หรือผ่าน Web board

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย สอดคล้องตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ 1) หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลผู้รับผิดชอบการจัดการความปวด (Pain nurse) รวม 14 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด 3 คน 2) พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยนาร์่อง (หอผู้ป่วยกลุ่มตติยภูมิ ออร์โธปิดิกส์ ไฟไหม้น้ำร้อนลวก และหน่วยวิสัญญีพยาบาล) ซึ่งอยู่ใน CoP Pain ศึกษาจากพยาบาล 90 คน



ขั้นตอนการพัฒนา 1) พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยนาร่อง ทั้งหมด 90 คน (เข้ารับการพัฒน) 2) หัวหน้าพยาบาลและ Pain nurse รวม 14 คนผู้ป่วยร่วมจัดทำแนวปฏิบัติฯ พัฒนาสื่อ คู่มือ เครื่องมือประเมินความปวด และช่องทางการสื่อสาร

ขั้นตอนการใช้ พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยนาร่อง ทั้งหมด 90 คน

ขั้นตอนผล 1) พยาบาลทุกคนในหอผู้ป่วยนาร่อง ทั้งหมด 90 คน และผู้ป่วย 480 คน สุ่มเลือกแบบกลุ่มตามช่วงเวลา (Sampling period) 2) พยาบาลหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ทั้งหมด 30 คน และผู้ป่วย 45 คน ได้จากการคำนวณ power analysis .08 และสุ่มเลือกแบบกลุ่มตามช่วงเวลา (Sampling period) ซึ่งผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันทั้งจำนวน และความรุนแรงของโรค

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล สอดคล้องตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ 1) แบบแนวคำถามผู้วิจัยสร้างเอง ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเนื้อหา 2) แบบสอบถามการรับรู้ ทักษะ ทักษะการพยาบาลในการจัดการความปวดของผู้ป่วย ปรับใช้จากของสถาบันเด็กแห่งชาติมาหาชินี กระทรวงสาธารณสุข มีทั้งหมด 29 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และผ่านการประเมินความเที่ยงของเนื้อหา

ขั้นตอนการพัฒนา แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนและหลังการอบรม สร้างโดยพยาบาลที่มหาวิทยาลัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนผล 1) แบบประเมินการปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาลในการจัดการความปวด และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย สร้างโดยผู้วิจัยและพยาบาลที่มณฑลจัดการความปวด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2) แบบสอบถามการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวด เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ และ ทำ/ไม่ได้ทำ เลือกเฉพาะข้อที่มีค่าความเชื่อมั่น (Kruder-Richardson coefficient: KR-20) 0.68-0.83 และ 3) แบบสอบถามการรับรู้ของ

ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด ต่อการดูแลของพยาบาล ในการจัดการความปวด เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ (Kruder-Richardson coefficient: KR-20) 0.68-0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีใช้แบบแนวคำถาม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเองโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มพยาบาล ส่งให้พยาบาลตอบเอง ในกลุ่มผู้ป่วย ถ้าอ่านหนังสือเองได้ ให้ตอบเองโดยผู้วิจัยชี้แจง ส่วนผู้ที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้ช่วยวิจัยอ่านให้ฟังการสะท้อนคิดที่ทำการตลอดกระบวนการ ผู้วิจัยหรือนักวิจัยและผู้ช่วย ทำหน้าที่เป็นผู้นำการสนทนา เก็บข้อมูลโดยการบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำเสนอต่อพยาบาลผู้ให้ข้อมูลทุกคน ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ค่าร้อยละ และ t-test

ผลการวิจัย นำเสนอวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการจัดการความปวด โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการจัดการความปวด ประกอบด้วย การรับฟังบรรยาย สรีรวิทยาและพยาธิวิทยาของความปวด การประเมินและการจัดการความปวดโดยพยาบาล และแนวการรักษาของแพทย์ การฝึกปฏิบัติตามฐานการเรียนรู้การประเมินบันทึก และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา มีการนำเสนอผลการทบทวนความรู้จากงานวิจัยภายนอก 22 เรื่อง งานวิจัยในโรงพยาบาล 4 เรื่อง ผลการประเมินพบว่าคะแนนความรู้ของทุกคนเพิ่มขึ้น คะแนนอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 76) ทุกคนปฏิบัติได้ผ่านเกณฑ์ในทุกฐาน เมื่อมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวด พยาบาลร้อยละ 73.1 บอกว่าสามารถปฏิบัติตามได้ และภายหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยนาร่องได้ 6 เดือน พบว่าพยาบาลร้อยละ 77.2 มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความปวด ร้อยละ 84.2 สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 78.8 มีพฤติกรรมจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่เหลือให้ความเห็นว่า ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมใน CoP Pain อย่างต่อเนื่อง จึงเข้าใจบ้างไม่เข้าใจบ้าง และคิดว่ามีงานอื่นที่สำคัญกว่า

2. ผลการจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาลราชบุรี 1) เนื้อหาประกอบด้วย



1.1) วิธีการประเมินความปวด ในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่/เล็ก ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ไม่มีความปวด รวมทั้งการประเมินซ้ำ หรือการประเมินตามปกติในแต่ละวัน 1.2) เครื่องมือ วิธีการใช้กับผู้ป่วยแต่ละประเภท 1.3) การบำบัดความปวด แบ่งเป็นแบบใช้/ไม่ใช้ยา และ 1.4) การบันทึกในฟอร์มปรอทและแบบบันทึกทางการพยาบาล 2) วิธีการใช้แนวปฏิบัติ 2.1) ให้พยาบาลทุกคนปฏิบัติ 2.2) ใช้กับผู้ป่วยทุกคน 2.3) ต้องแจ้ง Pain nurse เมื่อมีปัญหาในการใช้

อนึ่งเพื่อให้แนวปฏิบัติฯ สามารถใช้งานได้ดี จึงมีการพัฒนา ได้แก่ 1) สื่อการสอนการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลมีตามเรื่องที่พยาบาลต้องการ ได้แก่ คู่มือประเมินความปวด การประเมิน Sedation Score และเทคนิคการผ่อนคลาย และเอกสารการประเมินความปวดสำหรับใช้ในการแนะนำผู้ป่วย 2) ช่องทางการสื่อสาร Web-board: Ratchaburi KM หมวด CoP pain ที่พยาบาลสร้างและปรึกษาวิสัญญีแพทย์และทีม MIS ของโรงพยาบาล ซึ่งมีกระทุ้งเข้ามาอย่างต่อเนื่อง มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องความปวดเป็นผู้ตอบกระทุ้ง 3) เครื่องมือประเมินความปวดที่มีมาตรฐานเดียวกันและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท ได้แก่ ผู้ใหญ่ที่สื่อสารได้/ไม่ได้ เด็กช่วงอายุ 0-1, 1-6 และ 6 ปีขึ้นไป และ 4) แบบบันทึกการประเมินความปวดสำหรับเด็ก Post Anesthesia

Record สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และฟอร์มปรอทที่สามารถบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5

3. ผลการพัฒนาทั้งในระดับองค์กรพยาบาลและผู้ป่วย มีดังนี้ 1) โรงพยาบาลราชบุรีมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลใช้ใน 7 หอผู้ป่วย วิสัญญีแพทย์เป็นที่ปรึกษา และแพทย์ประจำหอผู้ป่วยใช้ผลการประเมินความปวดเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย 2) ในภาพรวมพยาบาลร้อยละ 80.3 มีความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี 3) ผลต่อผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายทุกข้อ ยกเว้น คะแนนความปวดเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งเท่ากับ 3.5 รายละเอียดดังตาราง และ 4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดของพยาบาลกับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีหอผู้ป่วยออโรปิติกส์เป็นพื้นที่วิจัย พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าตนเองปฏิบัติการจัดการความปวดกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0) มี 4 กิจกรรมที่พยาบาลทุกคนได้ปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินความปวดตามมาตรฐานวัดการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง การสอบถามขอบเขตหรือตำแหน่งที่ปวด และการประเมินผลข้างเคียงการให้ยา อย่างไรก็ตามพบว่าการรับรู้ของพยาบาลแตกต่างกับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพยาบาลรับรู้มากกว่า (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการพัฒนาการจัดการความปวด โรงพยาบาลราชบุรี (n = 480)

ประเด็นการประเมิน	เป้าหมาย	ผลการพัฒนา
คะแนนความปวด ($\bar{X}$) 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	≤ 3	
กรณีผ่าตัดใหญ่		3.5
กรณีผ่าตัดเล็ก		2
คะแนนความปวด ($\bar{X}$) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด	≤ 3	2
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวด ($\bar{X}$) ≤ 3 ก่อนจำหน่าย	80	100
จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแก้ปวด	0	0
ร้อยละของความพึงพอใจการจัดการความปวด	80	87.5



การอภิปรายผล

การพัฒนาการจัดการความปวดของโรงพยาบาลราชบุรีมีจุดเริ่มที่พยาบาลรับรู้ในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย กระบวนการจัดการความรู้ ทำให้ผู้ปฏิบัติที่มีแนวคิดตรงกันมาพบและรวมเป็น CoP Pain การบริหารจัดการทางการพยาบาลทำให้เกิดการขับเคลื่อนในแบบการวิจัยปฏิบัติการที่ผู้ปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมและดำเนินการด้วยตนเอง ผู้วิจัยเพียงแต่จัดกระบวนการกลุ่มที่สะท้อนคิด (Reflection) ได้อย่างเท่าเทียม (Democratic approach) ใน 3 ขั้นตอน วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการพัฒนา ทดลองใช้ และ วัดผล การวิจัยพบว่า ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในหอผู้ป่วยนาร่อง คณะความรู้ของทุกคนเพิ่มขึ้น โดยคณะอยู่ในระดับดี เมื่อมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวด พยาบาลส่วนใหญ่บอกว่าสามารถปฏิบัติตามได้ และภายหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยนาร่องได้ 6 เดือน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามได้ มีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการความปวด และมีพฤติกรรมจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ในการวิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของโรงพยาบาลราชบุรีขึ้นมา มีเนื้อหาครอบคลุม วิธีการประเมินความปวด ในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่/เล็ก ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ไม่มีความปวด รวมทั้งการประเมินซ้ำ หรือการประเมินตามปกติในแต่ละวัน เครื่องมือ วิธีการใช้กับผู้ป่วยแต่ละประเภท การบำบัดความปวด แบ่งเป็นแบบใช้/ไม่ใช้ยา และการบันทึกในฟอร์มปรอทและแบบบันทึกทางการพยาบาล อีกทั้งระบุถึงวิธีการใช้แนวปฏิบัติ ที่ให้พยาบาลทุกคนปฏิบัติ ใช้กับผู้ป่วยทุกคน และต้องแจ้ง Pain nurse เมื่อมีปัญหาในการใช้ นอกจากนั้นยังมีการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ได้แก่ คู่มือประเมินความปวด ประเมิน Sedation Score และเทคนิคการผ่อนคลาย และเอกสารการประเมินความปวดสำหรับใช้ในการแนะนำผู้ป่วย พัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดที่มีมาตรฐานเดียวกันและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท และสร้างช่องทางสื่อสาร Web-board: Ratchaburi Km หมวด CoP ผลลัพธ์การพัฒนา พบว่า ในภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี ผลต่อผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายทุกข้อ ยกเว้น

คะแนนความปวดเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ยังเกิน 3 และเมื่อศึกษาเจาะจงที่หอผู้ป่วยออโรปิติกส์พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองปฏิบัติการจัดการความปวด แต่พบว่าต่างกับการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพยาบาลรับรู้มากกว่า

แม้ผลการวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ แต่สิ่งที่ต้องคำนึงคือวิจัยปฏิบัติการต้องไม่มีการสิ้นสุด ต้องเป็นวงจรการพัฒนาภายใต้สภาวะความเป็นจริง (Systemically approached development)^{8,9} ยังพบว่า มีพยาบาลบางส่วนยังปฏิบัติการจัดการความปวดไม่สม่ำเสมอ เพราะในบางช่วงพยาบาลมีภาระงานที่ต้องปฏิบัติมาก และยังขึ้นกับนโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหาร¹⁰ ผู้ป่วยรับรู้ต่ำกว่าที่พยาบาลปฏิบัติ การพัฒนาจึงยังต้องลงลึกมากกว่าความรู้เพียงเพื่อปฏิบัติได้ แต่การจัดการความปวดต้องเป็นองค์รวม และพึงตระหนักว่าการควบคุมความปวดที่ดีสำหรับผู้ป่วยในแต่ละรายนั้นขึ้นอยู่กับภาวะประเมิน การช่วยเหลือที่เฉพาะและประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพราะความปวดมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และต้องค้นหาสาเหตุของความปวดทุกครั้ง¹¹ จัดการในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีผู้ชำนาญด้านความปวดร่วมด้วย (มักเป็นวิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล) ย่อมส่งผลเชิงบวกต่อผู้ป่วยยิ่งขึ้น การประเมินความปวดแบบสหสาขา ย่อมเป็นการบูรณาการวิธีจัดการความปวดด้วยเช่นกัน อันจะบรรเทาความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวด้วย แนวทางผสมผสานในการประเมินและจัดการความปวดจะช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีทางเลือกในการบรรเทาความปวดได้มากขึ้น^{12,13,14}

ผลการวิจัยได้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดซึ่งพยาบาลทุกหน่วยสามารถทำได้เหมือนกันและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ว้าวุ่นที่ใด ความปวดก็ได้รับการประเมินและบันทึก เมื่อเริ่มต้นดูแลผู้ป่วย ภายหลังการให้ยารักษาหรือหัตถการ หลังการบำบัดความปวด มีการรายงานความปวดต่อเนื่อง ดูได้เช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่น ๆ ในระยะเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การประเมินการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติควรเน้นการพิจารณาผลรายด้านด้วยว่า พยาบาลมีความคิดเห็นอย่างไร เพื่อจะได้ปรับปรุงให้ง่ายต่อหรือเหมาะสม



การใช้¹⁵ จุดอ่อนตรงที่การรับรู้ของพยาบาลว่าตนเองปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าหรือต่างจากที่ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งย่อมส่งผลต่อประสบการณ์และการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ จึงควรเพิ่มการสื่อสารในส่วนของพยาบาลกับผู้ป่วย พร้อมทั้งบูรณาการการดูแลในรูปชีวิตจิตสังคม (Biopsychosocial model)^{16,17}

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเป็นฝ่ายประสานและส่งเสริมการสื่อสารทั้งในเฉพาะวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพอื่น จัดกลไกเพื่อเฝ้าดู แก้ไข ส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพึงพอใจ และอำนวยความสะดวกให้มีการพัฒนาต่อไปในเชิงคุณภาพตามโมเดลชีวิตจิตสังคม โดยอาศัยสหสาขาวิชาชีพที่นอกเหนือจากการมีแพทย์
2. พัฒนาความรู้ทางการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อต่อยอดความรู้การจัดการความปวด การเข้าใจความเป็นปัจเจกของผู้ป่วยและการปฏิบัติที่มีคุณภาพมากขึ้น
3. สังเคราะห์และนำเสนองานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวด เพื่อพัฒนาความรู้ของพยาบาล
4. ประเมินผลลัพธ์การดูแล นอกจากดูที่ความสำเร็จตามตัวชี้วัดแล้ว ความปลอดภัยของผู้ป่วยถือว่าสำคัญที่สุด
5. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ควรให้ความสำคัญกับการตอบกลับของผู้ป่วย¹⁷ และคำนึงว่าความพึงพอใจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่นความคาดหวังของผู้ป่วย ความเชื่อและความรู้สึกส่วนบุคคล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอให้แพทย์มาปรับเปลี่ยนวิธีการบรรเทาปวด และระยะเวลาที่ความปวดบรรเทาลง
6. การประเมินเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการความปวดที่มีต่อผู้ป่วย และการพัฒนาการจัดการความปวดตามโมเดลชีวิตจิตสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี และทีมพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนในเชิงระบบการทำงานตลอด

กระบวนการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลทุกท่านที่ได้ร่วมกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ ขอขอบคุณพยาบาลใน CoP Pain และผู้ช่วยวิจัยทุกท่าน

References

1. North Dakota Board of Nursing. Role of Nurse in Pain Management. [Cited 2013 July 9] from <http://www.Ndbon.org/opinions/role%20of%20nurse%20in%20mgmt.asp>
2. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years. British Journal of Anaesthesia 2008;101(1): 77-86.
3. Schug SA. The Global Year Against Acute Pain. Anaesthesia and Intensive Care 2011; 39(1): 11-14.
4. Nursing Division of Rachaburi Hospital. Rachaburi Pain Management Project. [Micographed]. Rachaburi Hospital; 2010.
5. Namgham A, Wongwattanakij K. The results of Seven Stages of Wound Dressing in Burned Patients. [Micographed]. Rachaburi Hospital; 2007.
6. CoP Pain. CoP Pain Record of Rachaburi Hospital. September 27, 2009.
7. Karadsheh L, Mansour E, Alhawari S, Azar G, El-Bathly N. A Theoretical Framework for Knowledge Management Process: towards Improving Knowledge Performance. 2009 [Cited 2013 September 9]. From <http://www.ibimapublishing.com/journals/CIBIMA/volume7/v7n.pdf>
8. Freshwater D. "Action Research for Changing and Improving Practice". (210-227). in Qualitative Research in Health Care. Edited by Immy Holloway. England: Open University Press, 2005.



9. Wimpenny K. Participatory Action Research: An Integrated Approach towards Practice Development. in *New Approaches to Qualitative Research: Wisdom and Uncertainty*. Savin-Baden M. and Howell C. editors, New York; Routledge, 2010.
10. Yuyod S, Wongnaya S. Development of Practice Guideline for Postoperative Pain Management in Recovery Room at Kamphaeng Phet Hospital. [Cited 2013 July 10]. Available from <http://202.29.15.38/goldenteak/images/stories/pdf/16.1-11>
11. Soonthonkul Na Chonburi J, Chukkul Luengsukcharoen S. Evaluation of Acute Pain Management at Ramathibodi Hospital. *Rama Nurs J*. 2009; 15(3): 303-314.
12. Juangpanich U, Onbunreang J, Lunlud J. et al. Effect of Music of Thailand on Anxiety and Pain in Cancer Patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2012; 30(1): 46-52.
13. Richardson P, Mustard L. The management of pain in the burns unit. 2009. [Cited 2013 July 9]. Available from: doi:10.1016/j.burns.2009.03.003.
14. Teeraviroj N, Kongnurut A, Kwangnork s, et al. Postoperative Pain Assessment Situation in Orthopaedic Patients, Buriram Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2011; 29(4): 33-39.
15. Panthamaka U, Thongsirima V. The Development of Clinical Guideline for Pain Management in Post Caesarian Women at Samutsakorn Hospital. *Journal of Nursing Division* 2010; 37(1): 66-84.
16. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129-136.
17. Chassin MR, Galvin RW. "The urgent need to improve health care quality: Institute of medicine national roundtable on health care quality". *Journal of the American Medical Association* 1998; 280(11): 1000-5.



Efficacy Development of Nurses in Pain Management in Rachaburi Hospital

Anong Soottipong B.N.S. *

Ajchara Oumkrua PhD**

Kasorn Wongwattanakij M.Ed.*

Parichat Arayajaru M.N.S.***

Abstract

Pain management is the one of the important roles of nurses for Patient safety and happiness. This action research aimed to develop the pain management efficacy of Rachaburi hospital's nurses, develop the pain practical guideline by the participation of practical nurses and evaluate the developmental results in the organization, nurse and patient level. The research was started by situation analyzing of the former pain management that was a reflection for creating the activities of nurse and other facilities for developing pain management. The reflection was through the process until reach the output and ultimate outcomes. The research participants were the nurses in community of practice of pain management and the patients in the pilot wards. The research period was 3 years and 4 months. The research tools were an interview guideline and questionnaires, developed or modified from the questionnaires of the Queen Sirikit National Institute of Child Health by the researchers.

The results of the development showed that all nurses gotten the development procedure had the knowledge score higher and at a good level 76 percent and told that they could practice. The participants could produce a clinical guideline of pain management for nurses contenting of the pain assessment method for all kinds of patients and in different time, the tools and their uses, the pain score record, the nursing cares and record including of the application which for all nurses and patients together with the report in the case of facing an obstacle. Moreover, the handbooks and the communicable channel were also developed. The actions results showed that most nurses 80.3 percent had satisfaction toward the clinical guideline of pain management at a good level while the patient pain score was not more than 3 (except for the patients with the major surgery), no analgesic complication and the patients had satisfaction toward pain management 87.5 percent. However, though most nurses 80.0 percent perceived of their practice in pain management, the perception was significantly different ($p < .001$) compared with the patients, higher in nurses. The researchers recommended that the pain management should be redeveloped to biopsychosocial model with multi professional participation and should be emphasized on qualitative outcomes.

Keywords: pain management, knowledge management, lesson learning

* Registered nurse; senior professional level, Rachaburi Hospital

** Instructor; senior professional level, Boromrajonni College of Nursing, Rachaburi

*** Registered nurse; Professional level, Boromrajonni College of Nursing, Rachaburi