



ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน*

พัชรา อัมรินทร์พรชัย พย.ม.**

อำภาพร นามวงศ์พรหม PhD***

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ศ.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นวิสัญญีพยาบาล 15 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 11 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 20 คน ขั้นตอนการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย 1) การแจกแจงปัญหา การจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ 3) การติดตามนิเทศการใช้แนวปฏิบัติโดยผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าตึกและหัวหน้าเวร มีการประชุมร่วมกับผู้ปฏิบัติเพื่อปรับใช้แนวปฏิบัติให้เหมาะสม และ 4) การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบ โดยวัดผลความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในห้องพักฟื้น 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย และความพึงพอใจผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง คุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดความรู้สำหรับพยาบาลได้ค่าความยากง่าย 0.64 อำนาจจำแนก 0.24 ส่วนแบบวัดความพึงพอใจค่าความเชื่อมั่น 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Paired t - test และสถิติเชิงบรรยาย

ผลของการพัฒนาระบบพบว่า วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมีความรู้เรื่องการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังการพัฒนาระบบที่ห้องพักฟื้น ใน 24, 48 และ 72 ชั่วโมง อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ (pain scores < 5) และคะแนนความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 82.5) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ คือ กระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาลควรตระหนักเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติและการนิเทศติดตามการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ระบบการพยาบาลในการจัดการความปวด การรับรู้ความปวด ความพึงพอใจ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดหลังการผ่าตัดจัดเป็นความปวดเฉียบพลันซึ่งต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ¹ และพบว่า ระดับความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องจะรุนแรง เป็นอันดับสองรองจากความปวดจากการผ่าตัดช่องอก² โดยในการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนมีความปวดที่รุนแรงมากกว่าความปวดจากการผ่าตัดช่องท้อง

ส่วนล่าง³ โดยพบว่ามีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ระยะเวลาการปวดนานเฉลี่ย 4 วัน² มีผู้ศึกษาพบว่าความปวดในระดับรุนแรงหลังผ่าตัด 12- 36 ชั่วโมง จะทุเลาลงภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด⁴⁻⁶ เป้าหมายในการจัดการความปวด คือต้องลดทั้งความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวด⁷ ความปวดที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทาง

* วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

**** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



ด้านร่างกายทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยช้า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น⁸⁻¹⁰ ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวนในระยะยาวได้¹⁰ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁰ เกิดความกลัวและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และส่งผลให้ความปวดรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการกับความปวดที่เพียงพอ จะเห็นได้ว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยสามารถสะท้อนคุณภาพของการบริการในองค์กรได้โดยประเมินจากผลลัพธ์คือความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด¹¹⁻¹³ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นการจัดการความปวดจึงมีความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขึ้นและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายซึ่งรวมถึงสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย¹⁴ แนวปฏิบัตินี้โดยทั่วไปจะครอบคลุมถึงเรื่องการประเมินผู้ป่วย การจัดการความปวดโดยการให้ยา¹⁵ และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ¹² พบว่า การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยาประกอบด้วย การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด การจัดทำ การให้ดนตรี¹² การใช้สมาธิบำบัด การนวดด้วยความร้อน และความเย็น การหายใจแบบผ่อนคลาย การสร้างจินตภาพ¹³ เป็นต้น นอกจากนี้ได้มีการศึกษาถึงการใช้นาฬิกาปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดทำให้ระดับความปวดในผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นาฬิกาปฏิบัติ^{16,17} อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะทำผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ผู้วิจัยได้ทบทวนสถานการณ์ในพื้นที่ศึกษาพบว่า พยาบาลยังขาดความมั่นใจในการประเมินผู้ป่วยและการให้ยาาระงับปวดหลังผ่าตัด รวมทั้งการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดไปใช้ยังไม่ต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดซึ่งไม่มีความต่อเนื่องในการให้ยาาระงับปวดระหว่างห้องฟักฟื้นและหอผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะปวดเฉียบพลัน

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบงานโดยใช้ผลงานวิจัยมาปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของ CURN Model¹⁷ (Conduct and Utilization of Research in Nursing) มาใช้ในการพัฒนาระบบในครั้งนี้ เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้นและหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการพัฒนาระบบการพยาบาลในครั้งนี้ใช้ CURN Model ซึ่งเป็นรูปแบบของการใช้ผลงานวิจัยมาปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และพัฒนาระบบให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติให้สอดคล้อง กับสถานการณ์จริงและพยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถมีส่วนร่วมได้ในทุกขั้นตอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยปฏิบัติการนี้ใช้เพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งกระบวนการพัฒนาที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

- 1) การแจกแจงปัญหาเรื่องการจัดการความปวด ผู้วิจัยร่วมประชุมเพื่อค้นหาปัญหาในการจัดการความปวด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ วิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พบว่า พยาบาลยังเข้าใจไม่ตรงกันในเรื่องการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และยังไม่มีความรู้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวด และแนวปฏิบัติในการให้ยาาระงับปวดในผู้ป่วยแต่ละคนยังไม่ชัดเจนและ



แตกต่างกันตามแผนการรักษาของแพทย์

2) การพัฒนาแนวปฏิบัติและอบรมพยาบาล แบ่งเป็น 2.1) พัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินความปวด การจัดการความปวด โดยการให้ยาและไม่ให้ยา ด้วยวิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วย การจัดทำ และการหายใจแบบผ่อนคลาย โดยแนวปฏิบัตินี้ได้ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย¹⁴ 2.2) การพัฒนาบุคลากร มีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม และจัดการอบรมเรื่องการจัดการความปวดโดยผู้วิจัย

3) การใช้แนวปฏิบัติและการนิเทศประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติดังนี้ 3.1) ก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยมีการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการความปวดร่วมกับการให้ผู้ป่วยและญาติอ่านคู่มือคำแนะนำในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดทำ การหายใจแบบผ่อนคลาย และการไออย่างมีประสิทธิภาพ 3.2) ในระยะผ่าตัด ขณะให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามมาตรฐานวิสัญญี ด้วย Morphine 1-2 mg/kg หรือ Fentanyl 10 - 20 mcg /kg ทางหลอดเลือดดำ 3.3) ระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดทุก 15 นาที มีแนวทางปฏิบัติในการให้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้น โดยใช้ Morphine 2 mg หรือ Fentanyl 20 mcg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 15 นาที จนกว่าอาการปวดทุเลาลง (pain score < 3) ถ้าให้ยาติดต่อกัน 3 ครั้งยังไม่ทุเลาปวด ให้รายงานวิสัญญีแพทย์ ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย คะแนนความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน 3.4) ที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยาใน 24; 48 และ 72 ชั่วโมง ทุก 2; 4 และ 6 ชั่วโมง ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในวันที่ 4 การติดตามและนิเทศการปฏิบัติโดยผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติรวมทั้งมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมร่วมกันของพยาบาลทำให้ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติ

ตามแนวทางในการจัดการความปวด

4) การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบพบว่า วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชายมีคะแนนความรู้ในการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลเป็นประชากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานวิสัญญีพยาบาลทั้งหมด 15 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย จำนวน 11 คน 2) ผู้ป่วย จำนวน 20 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2556 ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้องรับการดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายอายุมากกว่า 20 ปี เข้าใจภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 2 รายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีผู้ป่วย 4 ราย ย้ายออกจากตึกศัลยกรรมชาย ก่อนการดูแลครบ 72 ชั่วโมง จึงถูกตัดออกจากการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาล ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวปฏิบัติที่นำมาใช้ได้รับการทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องสำหรับพยาบาล และคู่มือการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวด และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน 2) แบบทดสอบความรู้ในการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดัชนีความยากง่าย = 0.64 อำนาจจำแนก = 0.24 3) แบบบันทึกการรับรู้ความปวดหลังผ่าตัดซึ่งมีใช้ในแผนกอยู่แล้วคือ มาตรวัดตัวเลข (Numeric rating scale) 0 - 10 คะแนน 4) แบบบันทึกคะแนนความพึงพอใจ



ต่อการจัดการความปวดจำนวน 13 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อยและต้องปรับปรุง ค่าความเชื่อมั่น = 0.94

การรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาล ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 26 คน พร้อมทั้งทดสอบความรู้ก่อนการอบรม และทดสอบความรู้หลังการอบรมในเดือนกรกฎาคม 2556 2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2556 ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยภายหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยและบันทึกคะแนนการรับรู้ความปวด ในระยะหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น เมื่อแรกรับทุก 30 นาทีและก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย และบันทึกคะแนนการรับรู้ความปวดในระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก ทุก 4 ชั่วโมงใน 48 ชั่วโมงต่อมาและทุก 6 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมง เมื่อครบ 72 ชั่วโมงผู้ป่วยได้รับการประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลในการจัดการความปวด

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ค่าคะแนนการรับรู้ความปวดในห้องพักฟื้น และในระยะ 24; 48, และ 72 ชั่วโมง และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงหลังการใช้แนวปฏิบัติ และใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาล ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ

1.1 คะแนนความรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน มีคะแนนความรู้ก่อนการพัฒนาระบบระหว่าง 17 – 26 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 21.23 คะแนน (SD=2.49) หลังพัฒนาระบบมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนาระบบระหว่าง 24 – 30 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 27.15 คะแนน (SD=1.76) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างก่อนการพัฒนาระบบกับหลังการพัฒนาระบบ

โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

1.2 ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องท้องในห้องพักฟื้น ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 5.54 เป็น 4.75 และ 2.85 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

1.3 ระดับความปวดของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดที่ 24; 48 และ 72 ชั่วโมง ลดลงอย่างต่อเนื่องและพบว่าใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมีระดับความปวดอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ทุกคน (ตารางที่ 2)

2. คะแนนความพึงพอใจผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่างร้อยละ 70 – 90 โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 82.5 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.90) เมื่อแบ่งตามระดับความพึงพอใจพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 18 รายมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าร้อยละ 80

การอภิปรายผล

ด้านการพัฒนาระบบ การใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิดสามารถนำไปใช้ได้ผลในทางปฏิบัติปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในทุกขั้นตอนของการพัฒนามีส่วนทำให้การพัฒนาระบบเกิดความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนใช้ CURN Model ในการพัฒนาระบบการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ศีรษะชนิดรุนแรง¹⁹ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า การมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการติดตามนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลทำให้พยาบาลในแผนกมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการนำข้อมูลมาทบทวนร่วมกันทำให้สามารถปรับแนวปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบท ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ผลของการพัฒนาระบบ

2.1 คะแนนความรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบ เพิ่มขึ้นมากกว่า



ก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) อธิบายได้ว่าในขั้นตอนของการแจกแจงปัญหาด้านพยาบาลพบว่าพยาบาลมีความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดโดยใช้ยา ผู้วิจัยจึงค้นคว้าความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์และจัดการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความปวดแก่พยาบาลและมีการทบทวนการปฏิบัติโดยทำการณัติศึกษา (case conference) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย การติดตามนิเทศการปฏิบัติของพยาบาลโดยผู้วิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวรทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

2.2 คะแนนการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24; 48 และ 72 ชั่วโมง หลังการพัฒนา ระบบ พบว่า ในห้องพักรักษาพยาบาลประเมินระดับความปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการบันทึกข้อมูลในใบบันทึกการดูแลห้องพักรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบและในการให้ยาระงับปวดมีการใช้แนวปฏิบัติในการระงับปวดอย่างชัดเจนและสามารถลดการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วย พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยทำให้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม พบผู้ป่วย 1 ราย มีระดับความปวดที่รุนแรงขึ้นเมื่อมีอาการไอเมื่อได้รับยาระงับปวดและคำแนะนำการปฏิบัติตัวเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำและการฝึกลูกจากเตียงด้วยท่าที่ถูกต้อง ระดับความปวดลดลง

ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความปวดได้แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วย 1 รายที่ยังต้องขอยาระงับปวดเพิ่ม เพราะไอบามากเนื่องจากมีประวัติสูบบุหรี่จัด ระดับความปวดจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการไอ และพบว่ามีผู้ป่วย 1 รายไม่ยอมลุกเดินแต่มีการเคลื่อนไหวอิริยาบถ เนื่องจากญาติแจ้งว่ากลัวแผลแยก ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวจนเข้าใจผู้ป่วยจึงปฏิบัติตามคำแนะนำ

ในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายสามารถควบคุมระดับความปวดได้ คะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใน 24, 48 และ 72

ชั่วโมง ลดลงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุนันทา เอมน้อย¹⁹ ที่ศึกษาการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องไปใช้โดยมีการจัดการความปวดโดยใช้ยาและการไม่ใช้ยาาร่วมกัน ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความปวดในผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติในระยะเวลา 24; 48 และ 72 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ

2.3 คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดหลังการพัฒนา ระบบสูง กว่าร้อยละ 80 สามารถอธิบายตามกระบวนการพัฒนาระบบได้ 1) การให้ข้อมูลในการจัดการความปวดตั้งแต่ระยะแรกก่อนการผ่าตัด การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ดีและส่งผลให้คะแนนการรับรู้ความปวดลดลง 2) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ข้อมูลการรับรู้ความปวดและการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลตรงกัน ผู้ป่วยสามารถใช้การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันผู้ป่วยมีความสุขสบายและพึงพอใจต่อการพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลเมืองจะเซิงเทรา

ข้อเสนอแนะ

1. การนำ CURN Model มาใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลในการจัดการความปวดทำให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของพยาบาล เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นโรงพยาบาลควรสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติต่อเนื่องไป
2. ในการนำกระบวนการพัฒนาระบบไปใช้ ผู้ใช้ควรพิจารณาถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม การนิเทศ ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้เกิดความสำเร็จ



References

1. Lindgren PG, Nordgren SR, Oresland T, Hulten L. Midline or transverse abdominal incision for right-sided colon cancer- a randomized trial. *Colorectal Disease* 2001; 3: 46-50.
2. Bonica JJ. Postoperative pain in The Management of Pain. (2nd ed.). Philadelphia: Lea & Febiger; 1990.
3. Konthieng K. A survey of nursing research related to pain in Thailand. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2005. (in Thai).
4. Rongtonggul R, Yoosuk W, Tharnprisan P, Bungrathok B, Thienthong S. A prospective Pain Survey in the Second Postoperative Day after Total Abdominal Hysterectomy. *Srinagarind Med J* 2005; 20(4): 215-221.
5. Chaichart O, Petpichetchian W, Phumdoung S. Pain severity, demographic factors, expectation and patients' satisfaction toward postoperative abdominal pain management by health team. *Songkla Med J* 2006; 24(2): 101-109.
6. Chaigam S. A study of pain perception and pain management in persons. [Thesis]. Bangkok: Rangsit University; 2008. (in Thai).
7. McCaffery M. Nursing management of the patient with pain. Philadelphia: Lippincott; 1979.
8. Chinnoros S, Jirapinyo M, Punpho K. Pain Management and Satisfaction with Pain Management in Patients Undergoing Total Abdominal Hysterectomy. *Rama Nurs J* 2009; 15(3): 328-343.
9. Poomnikom, N. Nurses' knowledge and practice on pain management and pain control in postoperative patients (Unpublished doctoral dissertation). Bangkok: Mahidol University; 2000. (in Thai).
10. Teeraviroj N, Kongnurut A, Kwangnork S, Sookpadung S, Kittiwattanasarn P. Postoperative Pain Assessment Situation in Orthopaedic Patients, Buriram Hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29 (4): 33-39.
11. Chanvej L, Petpichetchian W, Kovitwanawong N, Chaibandit C, Vorakul C, Khunthong T. A chart audit of postoperative pain assessment and documentation: the first step to implement pain assessment as the fifth vital sign in a University Hospital in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2004; 87(12): 1447-1453.
12. Keolai N. Meta-analysis of Nursing Intervention on Postoperative Pain. [Thesis]. Chiang Mai University; 2003. (in Thai).
13. Manias E. Pain and anxiety management in the postoperative gastro-surgical setting. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(6): 585-594.
14. Thai Association for the Study of Pain. Clinical Guidance for Management of Acute Postoperative pain. 2011. [cited 2011 Mar 12]. Available from: file:///C:/Users/manaporn/Desktop/patchara patumthane/CPG_Postoperative_Pain.pdf.
15. WHO. Three Step Ladder. [Online] [cited 2009 August 11]. Available from: <http://www.WHO.int/topics/en>
16. Monger KS, Sangchart B. Patients' perceptions of Nurses' caring behaviors and post-operative pain management on the surgical wards of Jigme Dorji Wangchuk National Referral Hospital in Bhutan. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35 (1): 69-82.
17. Horsley JA, Crane J, Crabtree MK, Woos DJ. Using research to improve nursing practice: a guide (CURN Project). Orlando FL: Grune & Stratton; 1983.



18. Tantivisut S, Sirikul S, Namvongprom A. Effectiveness of Nursing System Development in Using Evidence-Based Protocol on Quality of Care in Patients with Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(3): 5-14. (in Thai)
19. Aimnoi S, Namvongprom A, Pakdevong N. Effects of Pain management protocol on Pain perception in patients with Emergency abdominal surgery. [Thesis]. Bangkok: Rangsit University; 2013. (in Thai).

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความปวด และการควบคุมความปวดที่ห้องพักฟื้น

ระยะเวลา	พิสัย	$\bar{x} \pm SD$	ระดับความปวดที่ควบคุมได้		ระดับความปวดที่ควบคุมไม่ได้		กลับ	
			Pain score < 5		Pain score $\geq$ 5			
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แรกเริ่ม	0-10	5.54 $\pm$ 3.23	5	25	8	40	7	35
30 นาที	1 - 8	4.75 $\pm$ 2.22	10	50	10	50	-	-
ก่อนส่งกลับตึก	2 - 5	2.85 $\pm$ 0.67	19	95	1	5	-	-

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดที่หอผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ระยะเวลา	พิสัย	$\bar{x} \pm SD$	คะแนนความปวด			
			ควบคุมความปวดได้		ควบคุมความปวดไม่ได้	
			Pain score < 5		Pain score $\geq$ 5	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
24 ชั่วโมง	1 - 10	4.64 $\pm$ 0.82	12	60	8	40
48 ชั่วโมง	0 - 10	3.58 $\pm$ 1.19	20	100	-	-
72 ชั่วโมง	1 - 6	2.62 $\pm$ 0.91	20	100		



The Effectiveness of Nursing System on Pain Management in Patients with Acute Pain*

Phatchara Ummarinphonchai B.N.S.**

Ampaporn Namvongprom PhD***

Nam – Oy Pakdevong Dr.P.H.****

Abstract

The aims of this action research were to develop the nursing system for pain management and evaluate the effectiveness of the nursing system as measured by nurses' knowledge, patients' pain perception and satisfaction. A purposive sample of 15 nurse anesthetists, 11 registered nurses in a male surgical ward, and 20 postoperative patients were recruited for this study. CURN model was used as a conceptual model. The development process consisted of; 1) Problem identification, 2) Evidence based pain management protocol was developed and content validated by 5 experts, nurses were educated and trained, pre – posttests regarding knowledge were carried out, 3) The researcher, head nurses and incharge nurses supervised and discussed with staff nurses regarding the use of the nursing protocol, and 4) The outcomes of pain management including nurses' knowledge, patients' pain perception in the recovery room, and 24, 48 and 72 hours in the ward and satisfaction with care of the patients were collected. The reliability of the knowledge scale developed by the researcher was .64 for difficult index and .24 for discrimination. The reliability of the satisfaction scale was .94. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t – test.

The findings showed that the nurses' knowledge of pain management after the nursing system development was significantly increased. ($p=.000$), patients' pain perception in the recovery room and 24, 48 and 72 hours after surgery were under controlled (pain scores < 5). The patients' satisfaction with pain management was at a good level (82.5%). The nursing system development successful factors are staff participation and supervision by head nurse and researcher.

Keywords: nursing system on pain management, pain perception, satisfaction

* Thesis of Master of Nursing Science, School of Nursing, Rangsit University.

** Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing School of Nursing, Rangsit University

*** Assistant professor and Dean, School of Nursing, Rangsit University

****Senior Lecturer, School of Nursing, Rangsit University