



กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

แก้วตา นาที พย.บ.*

สุภาภรณ์ รัตนสิมกร พย.บ.**
ปิยะฉัตร วรรณาสุนทรไชย พบ.***

นุจรินทร์ พันโกฏี พย.บ.**
จิระนาถ ศรีวัฒนา พบ.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ใช้กรอบแนวคิดของ Coghlan & Brannick และองอาจ นัยพัฒน์ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการ และ 3) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 300 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 455 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม/สัมภาษณ์ แนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แบบบันทึกการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย มีดังนี้

ระยะที่ 1 พบว่า วิสัยทัศน์พยาบาล ไม่มีแนวทางการให้ยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น ให้ยาตามประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมา และพยาบาลวิชาชีพส่วนมากทำการประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัดแรกรับหลังกลับจากห้องผ่าตัด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังจากนั้นส่วนน้อยที่มีการประเมินความปวดในผู้ป่วยรายเดิมซ้ำ และมีทัศนคติว่าการให้ยาแก้ปวดบ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยติดยา มีความกังวลถึงอาการข้างเคียงของยาแก้ปวด ไม่มีรูปแบบการประเมินความปวด บางหน่วยงานไม่มีเครื่องมือประเมินความปวด หรือเครื่องมือประเมินความปวดที่มีไม่สามารถวัดความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร แพทย์เจ้าของไข้ให้การรักษาเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดแบบล้าสมัย ส่วนวิสัยทัศน์แพทย์ให้การรักษาเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดเช่นเดียวกัน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความสับสนในการให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนมากมีความคิดว่าอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นเรื่องปกติ แม้ว่าผู้ป่วยบางรายได้มีส่วนร่วมในการจัดการความปวดโดยใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง (Patient controlled analgesia : PCA) แต่ผู้ป่วยไม่กล้ากดให้ยาตนเอง เนื่องจากกลัวว่าถ้าได้รับยาแล้วจะหยุดหายใจ และไม่มีการบันทึกข้อมูลความปวดในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ทำให้หน่วยงานไม่ทราบรายละเอียดของข้อมูลนั้น ๆ

ระยะที่ 2 พบว่า ได้คู่มือแนวทางการจัดการความปวดที่หลังจากนำมาใช้แล้ว พบว่า เนื้อหาไม่ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการความปวดทั้งหมด ได้จัดทำนวัตกรรมเครื่องมือประยุกต์การประเมินความปวดผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสารโรงพยาบาลอุดรธานี (Modified Udonthani Pain Tool : nonverbal pain scale : NVPS) และแบบประเมินความปวดสำหรับเด็กเล็กถึงอายุ 1 ปี (Newborn & Infant Pain Scale : NIPS) พยาบาลมีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ผู้ป่วยร้อยละ 20 ให้ข้อมูลว่าปวดแผลผ่าตัดอยู่ในระดับมาก และต้องการได้รับยาแก้ปวด และร้อยละ 17 มีความปวดระดับรุนแรง แต่กลับไม่ได้รับยาแก้ปวด และพบว่าพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีการประเมินและการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน มีการประเมินและรักษาอาการปวดล่าช้า มีแนวทางการบันทึกข้อมูลความปวดที่ชัดเจน โดยการบันทึกลงแบบฟอร์มปรอทในแฟ้มของ

*หัวหน้าพยาบาล **วิสัยทัศน์พยาบาล ***วิสัยทัศน์แพทย์



ผู้ป่วย แต่การบันทึกทำได้ครบถ้วนเพียงร้อยละ 40

ระยะที่ 3 พบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การประเมินและให้ข้อมูลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และ 4) การบันทึกข้อมูลการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดในระยะหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความปวดหลังผ่าตัดในระยะหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ลดลงก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะแทรกซ้อนจากยาแก้ปวดลดลง ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ส่วนมากอยู่ในระดับพึงพอใจมากในด้านประสิทธิผล ความชัดเจนของเนื้อหา ความง่ายต่อการปฏิบัติ และสะดวกในการนำไปใช้ มีการบันทึกข้อมูลความปวดในฟอร์มปรอทในแฟ้มผู้ป่วยเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ครบทุกราย

การพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ที่มีกระบวนการพัฒนาเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการพัฒนา การจัดการความปวด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลัน และเป็นภาวะคุกคามที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ ระบบหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจหดตัว ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าลดลง มีผลทำให้ความอึดตัวของออกซิเจนแดงลดลง อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกตัวเย็น ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้การหลั่งน้ำย่อยเพิ่มขึ้นและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง คลื่นไส้อาเจียน^{1,2} ผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกจะมีระดับความปวดรุนแรงมากถึงมากที่สุดร้อยละ 40-70 หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆ บรรเทาตามระยะเวลา การควบคุมความปวดหลังผ่าตัดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นประสบการณ์การรักษาด้วยการผ่าตัดให้เป็นไปด้วยดีและสามารถฟื้นสภาพได้โดยเร็ว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ³

วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรเลือกใช้วิธีการปฏิบัติที่ได้รับการ

พิสูจน์ทางทฤษฎีแล้วว่าได้ผลดี หรือผ่านการทดลองในการปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลจริง นั่นคือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ต้องอาศัยผู้นำที่มีความสามารถในการเป็นผู้นำด้านการปฏิบัติทางคลินิก ต้องมีความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะต่างๆ ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ^{4,5} โดยต้องมีการใช้ความรู้ที่กว้างขวาง ลึกซึ้ง ใช้วิจารณ์ญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผลเพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของผู้ใช้บริการ เพื่อนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล สามารถทำได้ด้วยการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล

โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีขนาด 924 เตียง ที่ผ่านมามีผู้รับบริการผ่าตัดปีละเฉลี่ย 28,000 รายต่อปี⁶ การผ่าตัดส่วนมากมักเป็นการผ่าตัดใหญ่ ยุ่งยาก ซับซ้อน การผ่าตัดเหล่านี้ผู้ป่วยมักเกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดหลังผ่าตัดได้ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลอุดรธานี มีการเปิดบริการด้านการจัดการความปวดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาล จึงมีแนวคิดในการทำวิจัยเชิง



ปฏิบัติการเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี เน้นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการจัดการความปวด ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด จนกระทั่งหลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วย เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในบริบทของโรงพยาบาลอุดรธานี รวมทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการทางการพยาบาลของโรงพยาบาลอุดรธานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการผสมผสานระหว่างกรอบแนวคิดของ Coghlan & Brannick⁸ และองอาจ นัยพันธ์⁹ ดำเนินการเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

- 1) เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความปวด
- 2) สอบถามวิสัญญีพยาบาล/พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
- 3) ตรวจสอบระบบการบันทึกข้อมูล
- 4) ตรวจสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์
- 5) สอบถาม/สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับการจัดการความปวด
- 6) วิเคราะห์ข้อมูล และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่หน่วยงาน

ผลลัพธ์

ด้านระบบ :

- 1) แนวทางการประเมินและให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วย
- 2) แนวทางบันทึกข้อมูลความปวด
- 3) แนวทางการสั่งการรักษาเกี่ยวกับการจัดการความปวด

ด้านผู้ป่วย :

- 1) ระดับความปวด
- 2) ทักษะติดตามความปวดหลังผ่าตัด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

- 1) วิเคราะห์ปัญหาที่พบจากระยะที่ 1
- 2) วางแผน กำหนดกลยุทธ์วิธีการแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมาย
- 3) ลงมือปฏิบัติตามแผน
- 4) ติดตามประเมินผล/เก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) วิเคราะห์ข้อมูล และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่หน่วยงาน

ผลลัพธ์

ด้านระบบ :

- 1) มีการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามแนวทางที่กำหนด
- 2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด

ด้านผู้ป่วย :

- 1) ค่าคะแนนความปวดหลังผ่าตัดลดลง
- 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด
- 3) ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาแก้ปวด

ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดและประเมินผล

- 1) วิเคราะห์ปัญหาที่พบจากระยะที่ 2
- 2) วางแผน กำหนดกลยุทธ์วิธีการแก้ไขปัญหา และกำหนดเป้าหมาย
- 3) ลงมือปฏิบัติตามแผน
- 4) ติดตามประเมินผล/เก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) วิเคราะห์ข้อมูล และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่หน่วยงาน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการศึกษากระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะที่ 1 ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาตั้งแต่พฤษภาคม 2555 ถึงเมษายน 2556 เป็นระยะที่มีการระบุแนวคิดและนิยามปัญหาอย่างชัดเจน รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีผู้ร่วมวิจัยได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยดังกล่าว จำนวน 50 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยดังกล่าว จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม/สัมภาษณ์วิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ตามความรู้ที่ได้รับมาจากการเรียนการสอนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัย มีการสร้างสัมพันธภาพและเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพัฒนาจนได้รับความไว้วางใจ แล้วจึงเริ่มทำการสอบถามหรือสัมภาษณ์ รวมทั้งวางแผนเพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหาก็รวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยศึกษาตั้งแต่เมษายน 2556 ถึงกันยายน 2557 สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีผู้ร่วมวิจัยได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ ศัลยแพทย์ เภสัชกร วิทยาลัยพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นสถานที่ศึกษา จำนวน 40 คน ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้มีการประชุม และจัดทำคู่มือการจัดการความปวด เครื่องมือประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร

เครื่องมือประเมินความปวดสำหรับเด็กเล็ก แจกให้แก่ทุกหน่วยงาน อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับการจัดการความปวด ประชุมกลุ่มกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อค้นหาปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ รวมถึงข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ติดตามนิเทศ ประเมินผลการปฏิบัติโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและวิทยาลัยพยาบาล ในประเด็นที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ วิทยาลัยแพทย์นำข้อมูลปัญหาที่พบเสนอในที่ประชุมองค์กรแพทย์เพื่อปรับแนวทางการให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดที่ทันสมัย ให้ถือคำสั่งของวิทยาลัยแพทย์เป็นหลัก หลังจากนั้นมีการสอบถามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงระยะเวลาดังกล่าว จำนวน 200 ราย วิเคราะห์ข้อมูลแล้วส่งข้อมูลป้อนกลับให้หน่วยงานทราบ

3. ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดและประเมินผล ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี ใช้กรอบแนวคิดของสภากิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ดำเนินงานระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 ถึงเมษายน 2558 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใน 8 หอผู้ป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 75 ราย และ 80 ราย ตามลำดับ 2) วิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการจัดการความปวดที่หอผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้จัดทำคำขออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี และผ่านการอนุมัติให้ทำวิจัยได้



ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. สถานการณ์การจัดการความปวด

1.1 วิสัญญีพยาบาล ไม่มีแนวทางการให้ยาแก้ปวดในห้องพักฟื้น มักให้ยาตามประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติมา และพยาบาลวิชาชีพ ส่วนมากมักจะทำการประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัดแรกรับหลังจากออกจากห้องผ่าตัด ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังจากนั้นมีการประเมินความปวดในผู้ป่วยรายเดิมซ้ำน้อย คิดว่าผู้ป่วยสามารถนอนพักได้ เนื่องจากไม่มีการร้องขอยาแก้ปวดซ้ำ และมีทัศนคติว่าการให้ยาแก้ปวดบ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยติดยา มีความกังวลถึงอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดโดยเฉพาะยามอร์ฟีนจะไปกดการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้

1.2 ไม่มีรูปแบบการประเมินความปวด บางหน่วยงานไม่มีเครื่องมือประเมินความปวด หรือเครื่องมือประเมินความปวดที่มีไม่สามารถวัดความปวดในผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีปัญหาการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความรู้สึกตัว เป็นต้น

1.3 การสั่งการรักษาด้านการจัดการความปวด พบว่า แพทย์เจ้าของไข้ผู้ทำการผ่าตัดให้การรักษาเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดแบบล้าสมัย ส่วนวิสัญญีแพทย์ก็มีคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดเช่นเดียวกัน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความสับสน ผู้ป่วยบางรายได้รับยาแก้ปวดมากเกินไปจนเกิดความจำเป็นพยาบาลบางคนเลือกให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามประสบการณ์ของตนเอง

1.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าส่วนมากมีความคิดว่าอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นเรื่องปกติ แต่ถ้าปวดมากจึงจะร้องขอยาแก้ปวดจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยส่วนน้อยมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการความปวดหลังผ่าตัดด้วยตัวเอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะใช้เครื่อง PCA แต่ก็ไม่กล้ากดยาเนื่องจากผู้ป่วยกลัวว่าถ้าได้รับยาแล้วจะหยุดหายใจ

1.5 ระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ไม่มีการบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วย แต่วิสัญญีพยาบาลจะมีแบบฟอร์มการประเมินความปวดขณะ

ไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด แล้ววิสัญญีพยาบาลจะเป็นผู้เก็บแบบประเมินไว้สำหรับการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในวันต่อไป ทำให้หน่วยงานไม่ทราบรายละเอียดของข้อมูลนั้นๆ

2. แนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ได้แก่

2.1 มีคู่มือแนวทางการจัดการความปวด โรงพยาบาลอุดรธานี ที่หลังจากนำมาใช้แล้ว พบว่าเนื้อหาไม่ครอบคลุมกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการความปวดทั้งหมด เป้าหมายที่ต้องการคือ มีแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครอบคลุมตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัดถึงระยะหลังผ่าตัด มีแนวทางการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน

2.2 ได้จัดทำนวัตกรรมเครื่องมือประยุกต์การประเมินความปวดผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสาร โรงพยาบาลอุดรธานี (Modified Udonthani Pain Tool: nonverbal pain scale : NVPS) และแบบประเมินความปวดสำหรับเด็กเล็กถึงอายุ 1 ปี (Newborn & Infant Pain Scale : NIPS)

2.3 ด้านการให้การพยาบาลและการให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด จากการตรวจสอบพบว่าการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยเฉพาะการจัดการความปวดยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ว่าเพื่อให้การรับปวดหลังผ่าตัดมีค่าคะแนนความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 หรือในระดับที่ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน และจากการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง 2557 เมื่อย้ายผู้ป่วยกลับไปถึงหอผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลมีการตรวจเยี่ยมและประเมินระดับความปวดภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 20 ยังคงให้ข้อมูลว่าปวดแผลผ่าตัดอยู่ในระดับมาก และต้องการได้รับยาบรรเทาปวด (NRS =5-7) และร้อยละ 17 มีความปวดระดับรุนแรง (NRS มากกว่าหรือเท่ากับ 8) แต่กลับไม่ได้รับยาแก้ปวด รวมถึงผู้ป่วยบางรายไม่ได้ขอยาแก้ปวด หรือขอแล้วแต่ไม่ได้รับยา และยังพบว่าพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีการประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน มีการประเมินและรักษาอาการปวดล่าช้า กลัวอาการแทรกซ้อนของยาแก้ปวด และ



เนื่องจากโรงพยาบาลมีงบประมาณในการจัดซื้อเครื่อง PCA เพิ่มขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น

2.4 ด้านระบบการบันทึกข้อมูล มีการกำหนดให้มีการประเมินและบันทึกค่าคะแนนความปวด และ sedative score ลงแบบฟอร์มปรอท ในแฟ้มของผู้ป่วย เป็นสัญญาณชีพที่ 5 ทุกคนสามารถเห็นข้อมูลได้ แต่การบันทึกทำได้เพียงร้อยละ 40

3. ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

3.1 ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การประเมินและให้ข้อมูลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และ 4) การบันทึกข้อมูลการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ

3.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการวิจัยระยะที่ 3 นี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเข้าร่วมการวิจัยในระยะก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติทั้งหมด จำนวน 155 ราย ผลการวิจัยมีดังนี้

1) การประเมินและบันทึกที่ระดับความปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะ 0-24 ชั่วโมง 24-48 ชั่วโมง และ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด ระยะหลังผ่าตัด 0-24, 24-48 และ 48-72 ชั่วโมง ได้รับการประเมินและบันทึกที่ระดับความปวดสูงกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ระดับความปวดของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด 0-24, 24-48 และ 48-72 ชั่วโมง ทั้งในขณะพักและเคลื่อนไหว พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวด ระยะหลังผ่าตัด 0-24, 24-48 และ 48-72 ชั่วโมง มีระดับความปวดหลังผ่าตัดทั้งในขณะพักและเคลื่อนไหวต่ำกว่ากลุ่มก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในระยะหลังผ่าตัดทั้ง 3 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด พบว่า

ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ผลลัพธ์ด้านบุคลากรพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี แบ่งได้เป็น 2 ประเด็น คือ ค่าคะแนนการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

1) เปรียบเทียบค่าคะแนนการทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความก้าวหน้าของการสอบผ่านความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 5 อันดับแรก ได้แก่ ความก้าวหน้าเรื่องความหมายของความปวด ร้อยละ 79.0, ยาที่ใช้รักษาภาวะการกดการหายใจ ร้อยละ 48.0, การประเมินความปวด ร้อยละ 43.0, การใช้มอร์ฟีนในกลุ่มผู้ป่วย ร้อยละ 38.5 และลักษณะของผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตัวเอง ร้อยละ 36.0 ตามลำดับ

2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนมากมีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี และมีความคิดเห็นว่าการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความปวดอย่างต่อเนื่องต่อไป

การอภิปรายผล

1. ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า วิสัยทัศน์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ส่วนมากมีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในวันแรกที่กลับจากห้องผ่าตัด และจะให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา จะมีการประเมินความปวดซ้ำอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยร้องขอ วิสัยทัศน์



พยาบาลจะมีแบบบันทึกความปวดที่เป็นเฉพาะของ วิสัญญี ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยจะบันทึกข้อมูล ความปวดใน nurse's note มีผลทำให้ต่างคนต่างบันทึก ไม่มีการใช้ข้อมูลร่วมกัน ในการให้ยาแก้ปวด พยาบาล วิชาชีพที่หอผู้ป่วยเกิดความสับสนในการให้ยาแก้ปวด เนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ผู้ทำการผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ ต่างคนต่างก็มีคำสั่งการรักษา ผู้ป่วยบางรายได้รับยา แก้ปวดมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น พยาบาลบางคนเลือกให้ ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยตามประสบการณ์ของตนเอง รวมทั้งเครื่องมือประเมินความปวดมีการใช้หลากหลายตาม ประสบการณ์ของผู้ดูแล และไม่สามารถวัดความปวดใน ผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีปัญหาการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความรู้สึกตัว เป็นต้น และเมื่อสุม ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าส่วนมากมีความ คิดว่าอาการปวดหลังผ่าตัดเป็นเรื่องปกติ แต่ถ้าปวด มากจึงจะร้องขอยาแก้ปวดจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยส่วนน้อยมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการความ ปวดหลังผ่าตัดด้วยตัวเอง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะใช้ เครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง (patient controlled analgesia : PCA) แต่ก็ไม่กล้ากดยาแก้ปวดให้ตัวเอง เนื่องจากกลัวว่าถ้าได้รับยาแล้วจะหยุดหายใจ ซึ่งเป็น ปัญหาหนึ่งที่สำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุม ความปวดจากการใช้เครื่องควบคุมความปวดด้วยตนเอง¹⁰

2. จากการนำปัญหาที่พบจากการดำเนินการ วิจัยในระยะที่ 1 มาวางแผนปรับปรุงแก้ไข โดยการให้ ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางการปฏิบัติใน การแก้ไขปัญหาก็ทำให้ระยะที่ 2 มีคู่มือการจัดการ ความปวด โรงพยาบาลอุดรธานี มีนวัตกรรมเครื่องมือ ประยุกต์การประเมินความปวดผู้ป่วยที่มีปัญหาการ สื่อสารโรงพยาบาลอุดรธานี (Modified Udonthani Pain Tool : nonverbal pain scale : NVPS) และเครื่องมือ ประเมินความปวดสำหรับเด็กเล็กถึงอายุ 1 ปี (Newborn & Infant Pain Scale : NIPS) มีการสอนให้ความรู้แก่แพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการจัดการความปวด มีการสอนสาธิต แนวทางการให้ยาแก้ปวดผ่านเครื่อง PCA ให้แก่พยาบาล ที่หอผู้ป่วยและผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง PCA ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ สำคัญที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นที่ได้มี ส่วนร่วมในการควบคุมความปวดด้วยตนเอง^{11,12} และ

เมื่อติดตามประเมินผลหลังจากนำคู่มือการจัดการ ความปวดมาใช้แล้ว พบว่าเนื้อหาไม่ครอบคลุมกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยในการจัดการความปวดทั้งหมด ซึ่งเป้าหมาย ที่ต้องการคือ มีแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดครอบคลุมตั้งแต่ในระยะ ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมทั้งการกำหนดให้มี การประเมินและบันทึกค่าคะแนนความปวด และ sedative score ในฟอร์มปรอทของผู้ป่วย เป็นสัญญาณชีพที่ 5 มีผลทำให้บุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลร่วมกัน ไม่มีการบันทึกซ้ำซ้อน อย่างไรก็ตาม จากการตรวจสอบแฟ้มผู้ป่วยพบว่าการบันทึกข้อมูล ความปวดในฟอร์มปรอทเพียงร้อยละ 40 ส่วนการ ประเมินด้านการให้การพยาบาลและการให้ยาแก้ปวด หลังผ่าตัด จากการตรวจสอบพบว่าการจัดการความ ปวดยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งโรงพยาบาล อุดรธานีตั้งเป้าหมายคือเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีค่า คะแนนความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 หรือในระดับ ที่ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน และจากการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2557 เมื่อย้ายผู้ป่วยกลับไปถึงหอ ผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาลมีการตรวจเยี่ยมและประเมิน ระดับความปวดภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 20 ยังคงให้ข้อมูลว่าปวดแผลผ่าตัด อยู่ในระดับมาก และต้องการได้รับยาบรรเทาปวด (NRS=5-7) และร้อยละ 17 มีความปวดระดับรุนแรง (NRS มากกว่าหรือเท่ากับ 8) แต่กลับไม่ได้รับยาแก้ปวด รวมถึงผู้ป่วยบางรายไม่ได้ขอยาแก้ปวด หรือขอแล้วแต่ ไม่ได้รับยา และพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยมีวิธีการ ประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่ แตกต่างกัน มีการประเมินและรักษาอาการปวดล่าช้า กลัวอาการแทรกซ้อนของยาแก้ปวด และเนื่องจาก โรงพยาบาลมีงบประมาณในการจัดซื้อเครื่อง PCA เพิ่ม มากขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความ ปวดด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น จากปัญหาที่พบในระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยเน้น บทบาทของพยาบาล ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น



3. ผลการวิจัยในระยะที่ 3 เป็นการนำปัญหาที่พบจากการวิจัยในระยะที่ 2 มาหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) การประเมินและให้ข้อมูลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดแบบเช้าและไม่ว่า และ 4) การบันทึกข้อมูลการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ และเมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดในระยะหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับความปวดหลังผ่าตัดในระยะหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ลดลงกว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากยาแก้ปวดลดลง ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ส่วนมากอยู่ในระดับพึงพอใจมากในด้านประสิทธิผล ความชัดเจนของเนื้อหา ความง่ายต่อการปฏิบัติ และสะดวกในการนำไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{13,14,15,16}

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านนโยบายในการพัฒนาระบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลควรกำหนดให้เป็นนโยบายหลักในการใช้แนวปฏิบัติด้านการจัดการความปวดของโรงพยาบาลที่ชัดเจนและมีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดทุกระดับทั้งบุคลากรเก่าและใหม่ และขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมในผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดเรื้อรัง และขยายแนวทางการพัฒนาการจัดการความปวดไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย เขตบริการสุขภาพที่ 8

2. ข้อเสนอแนะในด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จากผลการวิจัยแสดงได้ว่ากระบวนการพัฒนา

แนวทางการจัดการความปวดนี้ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ควรมีการติดตามนิเทศผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติ นี้ เพื่อเป็นการค้นหาโอกาสพัฒนาและปรับปรุงให้การปฏิบัติมีความยั่งยืน

3. ข้อเสนอแนะในด้านการศึกษาวิจัยควรมีการวางแผนการวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Pain Society Quality of care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA 1995; 1874-1880. [online] 1995. [cited 2013 June]. Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
2. Barratt SM. Advances in acute pain management. Int Anesthesiology Clin 1997; 35 (2): 27-47. [online] 1997. [cited 2013 June]. Available from URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
3. Corke P. Postoperative pain management. Sydney: Aust Prescr 2013; 36(6): 202-5. [online] 2013. [cited 2013 June]. Available from : <http://www.australianprescriber.com>.
4. Fongkham Tiloksakulchai. Evidence based-practice. Bangkok, Free-One, 2006.
5. Somchit Hanucharunkul. Conceptual framework of advance based-practice nursing in the national healthcare system policy. Chiang Mai : Chiang Mai University, 2000.
6. Udonthani Hospital. Healthcare statistics report 2013. Statistics department, Udonthani Hospital ; 2013.
7. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guideline to the development, implementation and evaluation of practice guidelines. . [online] 1999. [cited 2013 June].



- Available from : <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>.
8. Coghlan D & Brannick T .Doing Action Research in Your Own Organization. London: Sage Publications ; 2001.
 9. Ongart Naiyapat. Research Design : Qualitative Research, Quantitative Research and Integrating. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2008.
 10. Worranut Taesiri, Panaratana Ratanasuwan, Kanchana Uppan and Krittiya Wanthon. A survey of the problems from the use of self-controlled analgesia devices of patient in Srinagarind Hospital. Srinagarind Med J 2015 ; 30(1) : 9-14.
 11. Catheya Tensit and Dueanpen Singhapromsarn. Comparison of postoperative pain control method after spinal fusion between PCA and IV around the clock : a prospective randomized controlled trial. Thai Journal of Anesthesiology 2010; 36(1) : 42-54.
 12. Rattaphol Seangrung, Anakaporn Nomnuch and Siriporn Paopead. The effectiveness of intravenous patient-controlled analgesia after major surgery. Buddhachinaraj Med J 2012; 29(3): 341-8.
 13. Saowanit Kamolwit and Pinanong Rattanapathumwong. Development of Clinical Practice Guidelines for Pain Management in Postoperative patients in Ranong Hospital. Journal of Nursing Division 2014 ; 41(2) : 23-40.
 14. Jirapee Soonthornkul Na Chonburi and Suteera Chukkul Luengsukcharoen. Evaluation of Acute Pain Management at Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Nursing Journal 2009; 15(3): 303-14.
 15. Jawaid M, Muhammad S, shafiq F, Malik KA. Acute postoperative pain management by a surgical team and patient satisfaction in a tertiary care teaching hospital. Pakistan: M.E.J. ANESTH 2009; 20 (3): 405-10.
 16. Suwaree Yuyod and Somchai Wongnaya. Development of Practice Guideline for Postoperative Pain Management in Recovery Room at Kamphaeng Phet Hospital. The Golden Teak : Humanity and Social Science Journal 2010 ; 16(1): 159-70.



The Development of Guidelines for Pain Management in Patients Undergoing Surgery at Udonthani Hospital

Keawta Natee B.N.S.*

Supaporn Rattanasimakorn B.N.S.**

Nudjarin Phankote B.N.S.**

Piyachat Wannasunthornchai M.D.***

Jeranart Srivoramas M.D.***

Abstract

This action research aimed to develop the guidelines for pain management in patients undergoing surgery at Udonthani Hospital between May 2012 to April 2015. We applied Coghlan & Brannick's and Ongart Naiyapat's concepts for this study. The research had 3 phases 1) scenario analysis 2) action and 3) development of clinical nursing practice guideline and evaluation. The samples were purposive selection of 320 healthcare workers and patients undergoing surgery that mentioned period. The research data collection tools were composed of pain management record form, patient satisfaction questionnaires, registered nurse knowledge questionnaires, and registered nurse satisfaction questionnaires. The data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The results of this study found as follows :

1. The first phase showed that there was no pain management guideline in the recovery room. Nurses usually used their experience as a guideline for giving analgesic drugs to patients and had only one postoperative pain assessment on the first day after surgery. Most of nurses were worried about analgesic drug addiction and its side effect. There was no pain assessment guideline in some wards or an existing pain assessment tool could not be used in some patients who were unable to communicate. Both surgeons and anesthetists ordered to use pain control medication at the same time which made nurses confused to give analgesic drug. The pain data were not recorded in a patient's file and only nurse anesthetists who kept that record.

2. The second phase showed that we had a pain management guidelines. However, the contents of this guidelines does not cover all of the pain care procedures. Modified Udonthani Pain Tool (Nonverbal pain scale : NVPS) and New borne & Infant Pain Scale (NIPS) were invented to access a pain in patients who were unable to communicate and infant patients. The pain management was still below the standard of care. 20% of postoperative patients had moderate pain scale, 17% had severe pain scale but not receiving any analgesic drugs. The pain data were recorded in patient's file only 40%.

3. The third phase showed that CNPGs for pain management consisted of four components; 1) informing the preoperative patients information about the pain control 2) postoperative pain assessment 3) pharmacological and non-pharmacological postoperative pain management, and 4) pain management data being recorded systematically. After implementing CNPGs the results showed that the pain assessment process was significantly higher compared to before implementation. The postoperative pain score was significantly lower than before implementation ($p<.05$). The patients satisfied to the CNPGs. Nurse anesthetists and registered nurses satisfied to the effectiveness, clarification, applicability, and appropriateness of the CNPGs, and had a test score higher than before implementing CNPGs.

The systematic development of pain management guidelines has results more effective of care to the patients.

Keywords : development of guidelines, pain management, patient undergoing surgery

*Head Nurse ** Nurse anesthetist *** Anesthetist