



วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

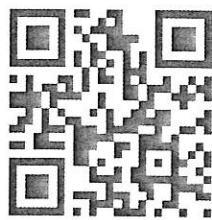
กระดูกพรุนในผู้สูงอายุ: ภัยเงียบที่ป้องกันได้

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
จากภาวะห้กระดูกต้นขาตายเหตุขาดเลือด
เนื่องจากการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ผลของการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียมในการเปิด-ปิด ลายท่อระบายเลือด
ต่อความเจ็บปวดแบบกำหนดระยะเวลา

การศึกษาการจัดการความปวดต่อระดับความปวด
ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์, การศึกษาแบบสังเกตการณ์

นวัตกรรมทางการพยาบาล : ผ้าปูเตียงปลอดลิ่ม



www.thaiorthonurse.org

ISSN 0858 - 8341

การศึกษาการจัดการความปวดต่อระดับความปวด ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์, การศึกษาแบบสังเกตการณ์ Observational study of postoperative pain management in 72 hours for orthopedic patients.

เสาวภา อินพา, วท.ม. (Saovapa Inpha, M.S.C.)¹
เรวัต ออคนัน, วท.ม. (Raywat Oakman, M.S.C.)²
สุวกล โกสีกรนิรมล, พย.ม. (Suwakon Kolsrikainirimon, M.N.S.)³
ปราณี ทองใส, วท.ม. (Pranee Tongesai, M.S.C.)⁴
รพีพันธ์ พิมลภณดี, พ.บ. (Rapin Phimolsarnti, M.D.)⁵

บทคัดย่อ:

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสังเกตการณ์ เพื่อศึกษาระดับความปวดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 10 ไต้ สลากกินแบ่งชั้น 2 และสลากกินแบ่งชั้น 5 สังกัดงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่ทำการผ่าตัดครั้งแรก จำนวน 180 ราย โดยกลุ่มแรกศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการจัดการความปวดก่อนมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา จำนวน 90 ราย และกลุ่มหลังศึกษาในกลุ่มหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด และได้รับการจัดการความปวดจากพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการในการจัดการความปวด จำนวน 90 ราย โดยผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความยินยอมจากผู้ป่วยที่ทำการศึกษาวิจัย โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกการจัดการความปวดและเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการความปวดต่อระดับความปวดเฉลี่ยในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดเฉลี่ย 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 8 24 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ที่ระดับ 2.04 2.0 1.9 และ 1.79 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมพบว่า คะแนนความปวดเฉลี่ย 8 24 48 และ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ที่ระดับ 2.68 2.44 2.2 และ

¹ พยาบาลชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยสลากกินแบ่ง 5

² ผู้ตรวจการพยาบาลและพยาบาลชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

³ พยาบาลชำนาญการเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง

⁴ พยาบาลชำนาญการพิเศษ ไอ.ซี.ยู. ตั้งตรงจิตร งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



1.99 ตามลำดับ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะความพึงพอใจด้านการดูแลเกี่ยวกับความปวดทันทีที่ร้องขอพบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับคะแนนความปวดเริ่มลดลงมาที่ระดับ ≤ 3 โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Kaplan-Meier พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับคะแนนความปวด ≤ 3 ตั้งแต่ 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และลดลงเมื่อเวลานานขึ้นแต่ในกลุ่มที่ยังใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมพบว่า ระยะเวลาที่ระดับคะแนนความปวดจะลดลงน้อยกว่ากลุ่มหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการในช่วงเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 24 จนถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และเป็นไปตามเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงให้สุขสบาย ($PS \leq 3$ มากกว่าร้อยละ 80) คือ ระดับคะแนนความปวด ≤ 3 ร้อยละ 91.1. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูปัญหาได้รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจในการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ : ความปวด การจัดการความปวด ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง

Abstract :

This research is an observational study, to determine postoperative pain level in orthopedic patients after 72 hours, under caring of orthopaedic unit at Siriraj hospital. Sample group are 180 orthopedic patients with 72 hours post operation, age more than 18 years old and experience surgical operation for the first time. The first sample group, 90 patients receive pain management care before change in Doctor' order sheet policy. The second sample group, 90 patients after change in Doctor' order sheet policy and including of pain management reminding tools with caring form nurse undergo workshop in pain management. Researchers noted the objective of research and ask for permission from patients for patient record, pain management record and interview. Results showed that after change in Doctor' order sheet policy and including of pain management reminding tools with caring form nurse undergo workshop in pain management, cause statistical significance different ($p < 0.05$) in average pain 8 hours postoperative, with average pain score of 2.04, 2.0, 1.9, and 1.79 at 8, 24, 48, 72 hours respectively, compare to patients with old pain management policy at 8, 24, 48, 72 hours postoperative with average pain score of 2.68, 2.44, 2.2, and 1.99 respectively. Patients satisfaction of pain management increasing, especially satisfaction of pain management under immediate request with significance different ($p < 0.05$). Pain score reduce to ≤ 3 levels under Kaplan-Meier analysis, both patient groups had Pain score reduce to ≤ 3 levels since first 8 hours but group with old policy had a slower reduction in pain from 24 to 72 hours postoperative compare to group under new policy, trained nurse and reminder tools. These showed successful in caring of 72 hours postoperative management ($PS \leq 3$ more than 80%) with pain score ≤ 3 at 91.1%. This study can be used for improving quality of postoperative pain management, which will help patients recover faster without complication, reduce staying time at hospital, treatment cost and healthcare service satisfaction from patient and family.

Keyword : Pain, Pain management, Postoperative in 72 hours for orthopedic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไม่สุขสบายที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะปวดแผลหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีผลกระทบต่อสรีระของร่างกายทำให้เกิดความกลัวและทุกข์ทรมาน พยาบาลศาสตร์ฯ มีหน้าที่หลักที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายโดยมีความปวดน้อยที่สุด ($PS \leq 3$) ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงที่ได้รับการผ่าตัดและลดโอกาสเสี่ยงของภาวะไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการให้การระงับปวดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็นและอาจเกิดเป็นความปวดเรื้อรังตามมา งานการพยาบาลศาสตร์ฯ ฝ่ายการพยาบาล มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื่องความเจ็บปวดร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดเฉียบพลันของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีการเก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ร่วมกับภาควิชาวิสัญญี พบว่ายังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ($PS \leq 3$ มากกว่าร้อยละ 80) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ที่ทำอยู่ในปัจจุบันมีแนวทางที่ชัดเจนแต่ยังพบว่า ผลลัพธ์ของการปฏิบัติยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากการสุ่มตรวจสอบการบริหารจัดการความปวดของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดเฉียบพลันของโรงพยาบาลศิริราชพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากคำสั่งการรักษาไม่ชัดเจนไม่ครบถ้วน ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ และนโยบายการจัดการความปวดรูปแบบใหม่ และพยาบาลขาดความตระหนักเพราะคิดว่าผู้ป่วยไม่ปวดจริง หรือได้ยาแก้ปวดแล้วก็น่าจะหาย

ปวด เลือกรูปแบบของการให้ยาแก้ปวด หรือใช้วิธีการประเมินอาการปวดไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ขาดการประเมิน และติดตามอาการปวดภายหลังได้รับยาตามระเบียบวิธีปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งภาระงานค่อนข้างมากจึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติได้ ทำให้การดูแลความเจ็บปวดหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และ ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจในการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษาของ ศิริเอมอร วิชชาชาติ (2552) พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมากที่สุด และจากการศึกษาของ วรนุช ฤทธิธรรม 2555 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาแบบสังเกตการณ์ต่อผลของการจัดการความปวดต่อระดับความปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หลังจากเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor's order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และดูแลโดยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ (work shop) ในการจัดการความปวด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อสังเกตการณ์ผลของการใช้การจัดการความปวดต่อระดับความปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อระดับความปวดเฉลี่ยในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก ต่อการจัดการความปวดหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop)

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อสังเกตการณ์ผลของการใช้การจัดการความปวดต่อระดับความปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop)

2. เพื่อประเมินผลของการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (Box alarm) ต่อการจัดการความปวด

3. เพื่อประเมินระยะเวลาที่ Pain score เริ่มลดลงมาอยู่ที่ระดับ ≤ 3 และคงที่ (เมื่อวัดครั้งต่อ ๆ ไป)

ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบสังเกตการณ์ (Observation clinical research : New treatment from policy changing compared with historical control) มีกลุ่มประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็น

กลุ่มที่ให้การจัดการความปวดก่อนมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ในการจัดการความปวดจำนวน 90 ราย และกลุ่มที่ 2 ศึกษาในกลุ่มหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) จำนวน 90 ราย

ผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ที่รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลศิริราช เพื่อการรักษาโดยการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 3 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 10 ใต้ สลากกินแบ่งชั้น 2 และสลากกินแบ่งชั้น 5 สังกัดงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2556 ถึง ตุลาคม 2558 จำนวน 180 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม nQuery ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 82 ราย

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ผ่าตัดเป็นครั้งแรก ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถบอกระดับความเจ็บปวดได้ ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นนานมากกว่า 2 ชั่วโมง และไม่ได้รับยาแก้ปวดโดยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น IV PCA, PCEA, EB infusion, IV continuous infusion และ Spinal block morphine รวมทั้งทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา จากเวช
ระเบียนของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคะแนนความปวดและการ
จัดการความปวด จากเวชระเบียนของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ประกอบด้วย

- คำสั่งการรักษาระงับปวดหลังผ่าตัด
สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลความแตกต่างระหว่างใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด-ผู้ใหญ่ฉบับเดิม กับใบคำสั่ง
การระงับปวดหลังผ่าตัด-ผู้ใหญ่ฉบับใหม่ เนื่องจากเปลี่ยนแปลงตามนโยบายโรงพยาบาล

ประเด็นความแตกต่าง	ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด- ผู้ใหญ่ฉบับเดิม	ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด- ผู้ใหญ่ฉบับใหม่
- รูปแบบ	- เป็นลำดับข้อให้เลือกตาม criteria ของผู้ป่วยแต่ละราย - ตัวอักษรใหญ่มองเห็นชัดเจน	- เป็นตารางชนิดการให้ยาทำให้มอง เห็นชัดเจนมากขึ้น - ตัวอักษรเล็กลง บางครั้งลายตา ถ้า ผู้ใช้ไม่คุ้นเคย ค่อนข้างใช้เวลานาน
- ชนิดของยาแก้ปวด	- มีเฉพาะ Morphine / Pethidine IV - Pain medications อื่นๆ ให้ระบุมอง	- มีชนิดยาและรายละเอียดมากขึ้น- - เพิ่ม Per oral analgesics/ parenteral NSAIDs/Other pain medications เป็นตัวเลือกในการ ให้ยาแก้ปวดนอกจากยาฉีด
- ชนิดของยาแก้คลื่น ไส้อาเจียน	- มีเฉพาะ Metoclopramide/ Ondansetron	- มีชนิดยาและรายละเอียดมากขึ้น
- การจัดการเมื่อมีปัญหา จากการได้รับยา	- มีวิธีการประเมิน Sedation score และการดูแลจัดการเมื่อมี ปัญหาจากการได้รับยา	- วิธีการดูแลจัดการละเอียดมากขึ้น

- การฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็น
การอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการจัดการความปวด
- การประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop)
แก่บุคลากร 100 %
- การจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด
ที่ถูกต้องเหมาะสม
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด
เฉียบพลันแก่ผู้ป่วย

- การใช้นวัตกรรม Box Alarm ซึ่งเป็น
เครื่องช่วยเตือนการให้ยาระงับปวด
- สรุปการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด
แก่บุคลากรในหอผู้ป่วย
- 1. ให้ความรู้ในการจัดการความปวดเฉียบ
พลันแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสมโดยการ
บรรยาย การสาธิต และใช้ Power point ประกอบ
การสอน

2. สาคิตรีวิธีการใช้ใบคำสั่งการรักษา Post-Operative Doctor's Order Sheet ในรูปแบบเดียวกัน

3. การใช้นวัตกรรม Box Alarm ซึ่งเป็นเครื่องช่วยเตือนการให้ยาระงับปวดโดยใช้ power point ประกอบการสอน และสาธิตการปฏิบัติ

จริยธรรมในการวิจัยหรือการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ไม่มีข้อเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรืออันตรายใดๆ แก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น เป็นเพียงความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษาทั่วไป เช่น การแพ้ยา ผลข้างเคียงของยา เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมผู้ให้การรักษาหากผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยในความดูแลของผู้วิจัย หรือพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย อาจเกิด Undue influence ทำให้ผู้ป่วยเกรงใจไม่กล้าปฏิเสธ จะมีวิธีการบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลข้อใดข้อหนึ่งหรือบอกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติโครงการจากหน่วยพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการ และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหัวหน้าภาควิชา ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เพื่อชี้แจงเหตุผลและขออนุญาตเก็บข้อมูลที่ หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 10 ได้ สลากกินแบ่งชั้น 2 และสลากกินแบ่งชั้น 5 เลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว ให้ข้อมูลและบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความยินยอมโดยหัวหน้าโครงการ

วิจัยหรือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้อาสาสมัครเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมในการทำวิจัย จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล และใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยคือ แบบบันทึกการเก็บข้อมูล การจัดการความปวดของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง (case record form)

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ independent-sample T-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม และการวิเคราะห์แบบ Kaplan-Meier เพื่อประเมินระยะเวลาที่ Pain score เริ่มลดลงมาอยู่ที่ระดับ ≤ 3

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่ม 1 และ กลุ่ม 2 มีลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน เพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน กลุ่ม 1 เพศชายร้อยละ 57.8 และเพศหญิง 42.2 ส่วนกลุ่ม 2 เพศชายร้อยละ 47.8 และเพศหญิงร้อยละ 52.2 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41 - 60 ปี ร้อยละ 41.1 และ 38.9 ตามลำดับ มีอาการปวดต่อเนื่องมาเป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือน และความคาดหวังต่อความเจ็บปวดจากการผ่าตัดในครั้งนี้ ไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม และทำการทดสอบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม 1 และ 2

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม 1 (n = 90)		กลุ่ม 2 (n = 90)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.18
ชาย	52	57.8	43	47.8	
หญิง	38	42.2	47	52.2	
อายุ (ปี)					0.56
18 – 25	9	10.0	7	7.8	
26 – 40	25	27.8	21	23.3	
41 – 60	37	41.1	35	38.9	
60 ปีขึ้นไป	19	21.1	27	30.0	
ปวดต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน					0.06
ใช่	36	40.0	49	54.4	
ไม่ใช่	54	60.0	41	45.6	
ความคาดหวังต่อความเจ็บปวดจากการผ่าตัดครั้งนี้					0.17
ใช่	52	57.8	61	67.8	
ไม่ใช่	38	42.2	29	32.2	

1.2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด พบว่า กลุ่ม 1 และ กลุ่ม 2 ได้รับการอธิบายเรื่องการประเมินระดับความปวดจากพยาบาล ร้อยละ 98.9 และ 97.8 ตามลำดับ การขอยาบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด ร้อยละ 93.3 และ 96.7 ตามลำดับ ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด ร้อยละ 78.9 และ 90.0 ตามลำดับ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด ร้อยละ 74.4 และ 92.2 ตามลำดับ และได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดนอกเหนือจากการใช้ยาร้อยละ 53.3 และ 78.9 ตามลำดับ และทำการทดสอบความแตกต่างของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ

จัดการ ความปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเรื่องการประเมินระดับความปวด และการขอยาบรรเทาอาการปวด ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ส่วนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเรื่องผลข้างเคียงของยาแก้ปวด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด และการได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดนอกเหนือจากการใช้ยา พบว่า กลุ่ม 2 ได้รับข้อมูลมากกว่ากลุ่ม 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด และทดสอบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม 1 (n = 90) ก่อน		กลุ่ม 2 (n = 90) หลัง		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การประเมินระดับความปวด					
ได้	89	98.9	88	97.8	
ไม่ได้	1	1.1	2	2.2	
การขอยาบรรเทาอาการปวด					0.31
ได้	84	93.3	87	96.7	
ไม่ได้	6	6.7	3	3.3	
ผลข้างเคียงของยาแก้ปวด					0.04
ได้	71	78.9	81	90.0	
ไม่ได้	19	21.1	9	10.0	
ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับระยะเวลา การออกฤทธิ์ของยาแก้ปวด					0.001
ได้	67	74.4	83	92.2	
ไม่ได้	23	25.6	7	7.8	
ความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อบรรเทา อาการปวดนอกเหนือจากการใช้ยา					0.00
ได้	48	53.3	71	78.9	
ไม่ได้	42	6.7	19	21.1	

1.3 ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด พบว่า กลุ่ม 1 ส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการดูแลเกี่ยวกับความปวดทันทีที่ร้องขออยู่ในระดับมากร้อยละ 48.9 และ กลุ่ม 2 ส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการดูแลเกี่ยวกับความปวดทันทีที่ร้องขออยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 53.3 ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบรรเทาความปวดทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับมากร้อยละ 53.4 และ 58.9 ตามลำดับ ความพึงพอใจต่อการติดตามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 54.4 และ 50 ตามลำดับ และความรู้สึกพึงพอใจต่อการจัดการ

ความปวดครั้งนี้อยู่ในระดับมากร้อยละ 51.1 และ 50 ตามลำดับ และทำการทดสอบความแตกต่างของความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยการทดสอบ ไคสแควร์ พบว่า ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบรรเทาความปวด ติดตามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความปวดครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ส่วนความพึงพอใจในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับความปวดทันทีที่ร้องขอพบว่า กลุ่ม 2 พึงพอใจมากกว่ากลุ่ม 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด และทดสอบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด	กลุ่ม 1 (n=90)					กลุ่ม 2 (n=90)					p
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
การดูแลเกี่ยวกับความปวดทันทีที่ร้องขอ	40.0	48.9	10.0	0	1.1	53.3	45.6	1.1	0	0	0.02
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบรรเทาความปวด	30.0	53.4	13.3	2.2	1.1	34.4	58.9	6.7	0	0	0.24
ติดตามอาการปวดของทำนองอย่างสม่ำเสมอ	54.4	40.0	4.5	1.1	0	50	48.9	1.1	0	0	0.29
การจัดการความปวดครั้งนี้	40.0	51.1	8.9	0	0	45.6	50	4.4	0	0	0.43

2. ข้อมูลด้านการรักษาที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 และ กลุ่ม 2 ได้รับการวางแผนผ่าตัด ร้อยละ 100 และ 97.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผ่าตัดกระดูกสันหลังร้อยละ 45.6 และ 48.9 ตามลำดับ ระวังความรู้สึกด้วยวิธี General Anesthesia ร้อยละ 74.4 และ 75.5 ตามลำดับ มีการสั่งยาแก้ปวด around the clock ร้อยละ 93.3 และ 97.8 ตามลำดับ และทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$)

3. ข้อมูลคะแนนความปวดและการจัดการความปวด

3.1 คะแนนความปวดพบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีคะแนนความปวดเฉลี่ย

8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ที่ระดับ 2.68 และ 2.04 ตามลำดับ คะแนนความปวดเฉลี่ย 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 2.44 และ 2.0 ตามลำดับ คะแนนความปวดเฉลี่ย 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 2.2 และ 1.9 ตามลำดับ และคะแนนความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 1.9 และ 1.7 ตามลำดับ และทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความปวดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า คะแนนความปวดเฉลี่ย 24, 48 และ 72 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) ส่วนคะแนนความปวดเฉลี่ย 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 5

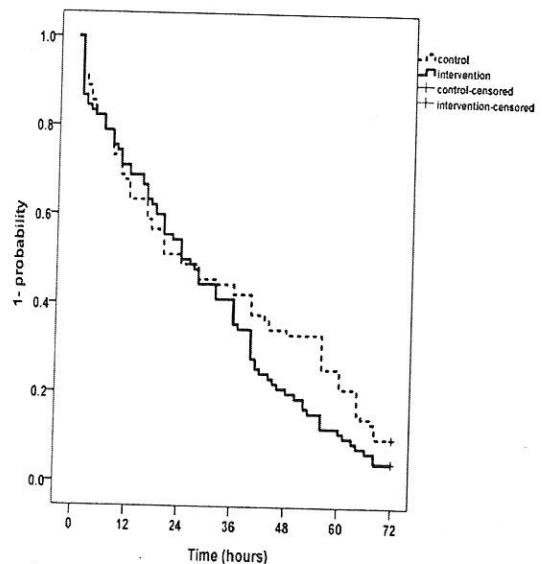
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความปวดเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

คะแนนความปวดเฉลี่ย	กลุ่ม 1 (n = 90)		กลุ่ม 2 (n = 90)		p
	Mean	Std.	Mean	Std.	
ความปวดเฉลี่ย 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	2.68	2.1	2.04	1.7	0.02
ความปวดเฉลี่ย 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	2.44	1.7	2.0	1.5	0.11
ความปวดเฉลี่ย 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	2.2	1.5	1.9	1.4	0.28
ความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด	1.9	1.4	1.7	1.18	0.22

3.2 การจัดการความปวด

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงให้สุขสบายโดยมีความปวดน้อยที่สุด (PS \leq 3 มากกว่าร้อยละ 80) จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) มีคะแนนความปวด เฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดที่มีระดับคะแนนความปวด \leq 3 ร้อยละ 91.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดที่มีระดับคะแนน ความปวด \leq 3 ร้อยละ 80 และกลุ่มตัวอย่างหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) มีการติดตามประเมินผลหลังได้รับยา ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมมีการติดตามประเมินผลหลังได้รับยา ร้อยละ 73.33

เมื่อประเมินระยะเวลาที่ระดับคะแนนความปวดเริ่มลดลงมาที่ระดับ \leq 3 โดยใช้การวิเคราะห์แบบ Kaplan-Meier พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีระดับคะแนนความปวด \leq 3 ตั้งแต่ 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และลดลงเมื่อเวลานานขึ้นแต่ ในกลุ่ม 1 พบว่าระยะเวลาที่ระดับคะแนนความปวดจะลดลงน้อยกว่ากลุ่ม 2 ในช่วงเวลาตั้งแต่ 24 ชั่วโมง จนถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ความน่าจะเป็นของระยะเวลาที่ระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดเริ่มลดลง

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผลของการใช้การจัดการความปวดต่อระดับความปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อระดับความปวดเฉลี่ยในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก ต่อการจัดการความปวดหลัง เปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดเฉลี่ย 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ที่ระดับ 2.04 คะแนนความปวดเฉลี่ย 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 2.0 คะแนนความปวดเฉลี่ย 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 1.9 และคะแนนความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 1.7 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมพบว่า คะแนนความปวดเฉลี่ย 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด อยู่ที่ระดับ 2.68 คะแนนความปวดเฉลี่ย 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 2.44 คะแนนความปวดเฉลี่ย 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 2.2 และคะแนนความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 1.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบใหม่ และเป็นไปตามเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงให้สุขสบายโดยมีความปวดน้อยที่สุด ($PS \leq 3$ มากกว่าร้อยละ 80) พบว่า กลุ่ม 2 มีคะแนนความปวดเฉลี่ย 72 ชั่วโมงแรกหลัง

ผ่าตัดที่มีระดับคะแนนความปวด ≤ 3 ร้อยละ 91.1 ส่วนกลุ่ม 1 มีระดับคะแนนความปวด ≤ 3 ร้อยละ 80 เป็นเพราะมีรูปแบบการดูแลจัดการความปวดอย่างชัดเจนใช้ใบคำสั่งการรักษา Post-Operative Doctor's Order Sheet รูปแบบเดียวกัน พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด ซึ่งการฝึกอบรมเป็นการถ่ายทอดความรู้เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความชำนาญ ความสามารถ และทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop) เป็นเทคนิคการฝึกอบรมที่สนับสนุนให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ร่วมกันลงมือทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้ดีขึ้น ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวดได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนิตย์ กมลวิทย์ 2557 พบว่า ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้สามารถยืนยันถึงผลดีของการจัดการความปวดที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดเฉลี่ยลดลง และการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงให้สุขสบายโดยมีความปวดน้อยที่สุด ($PS \leq 3$ มากกว่าร้อยละ 80) เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ผลของการใช้การจัดการความปวดต่อระดับความปวดในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิง

ปฏิบัติการ (work shop) ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความพึงพอใจด้านการดูแลเกี่ยวกับความปวดทันทีที่ร้องขอ พบว่า พึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยได้รับทราบพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและปัญหาของผู้ป่วย จากการศึกษาและประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม โดยอุปสรรคสำคัญคือพยาบาลขาดความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนใหญ่คิดว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถยอมรับความปวดได้ การให้ยาระงับปวดอาจมีผลข้างเคียง และการประเมินระดับความปวดต่ำกว่าระดับความปวดจริงของผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยจัดการความปวดให้กับผู้ป่วย คือการยอมรับความปวดของผู้ป่วยทันทีที่ร้องขอ เชื่อในการรายงานความปวดจากผู้ป่วยมากกว่าการสังเกตจากอาการแสดงทางกายภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้ยาแก้ปวดก่อนที่อาการปวดจะรุนแรง ดังนั้นการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพพยาบาลต้องเชื่อในการรายงานความปวดจากผู้ป่วยมากกว่าการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบางรายรายงานความปวดระดับมากและขอยาแก้ปวด แต่เมื่อพยาบาลไปให้ยาแก้ปวดกลับพบว่า ผู้ป่วยนอนหลับนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่ปวด แต่ผู้ป่วยอาจรู้สึกอ่อนล้าจากความปวด หรือเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเรื่องผลข้างเคียงของยาระงับปวด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาระงับปวด และการได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวด

นอกเหนือจากการใช้ยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) ได้รับข้อมูลมากกว่าแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเรื่องการประเมินระดับความปวดและการขอยาบรรเทาอาการปวด ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$) อาจเพราะการจัดการความปวดมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้ข้อมูลเรื่องการประเมินระดับคะแนนความปวด และการขอยาบรรเทาอาการปวด แต่จากการอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) พบว่าแนวทางการดูแลจัดการความปวดที่พัฒนาจากเดิมมีความสำคัญทำให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพการดูแลเรื่องการจัดการความปวดที่ดีขึ้น คือการสาธิตวิธีการใช้ใบคำสั่งการรักษา Post-Operative Doctor's Order Sheet ในรูปแบบเดียวกัน การให้ความรู้ในการจัดการความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับก่อนผ่าตัดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการจัดการความปวด และการใช้นวัตกรรม Box Alarm ซึ่งเป็นเครื่องช่วยเตือนการให้ยาระงับปวด เช่นเดียวกับการศึกษาของสุธิดา ธีรานูตร 2557 พบว่า ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการพยาบาลในการจัดการความปวดมีผลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล และทำให้เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อต่อ

ผลของการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (Box alarm) ต่อการจัดการความปวด เนื่องจากอาการปวดเป็นปัญหาที่สำคัญมากที่พบในผู้ป่วยทุกรายและจากปัญหาในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดพบว่า ไม่มีการจัดการความปวดที่เหมาะสมให้ยา หรือให้ยาซ้ำมาก ไม่มีการประเมินหลังจากให้ยาแก้ปวด ดังนั้นจึงมีการประดิษฐ์นวัตกรรม Box Alarm เพื่อช่วยเตือนความจำเกี่ยวกับการให้ยาบรรเทาอาการปวดและการติดตามประเมินผลอาการปวดของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) มีการติดตามประเมินผลหลังได้รับยา ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมมีการติดตามประเมินผลหลังได้รับยา ร้อยละ 72.78 ซึ่งจากการสอบถามพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม Box Alarm พบว่า สามารถช่วยกระตุ้นเตือนในการจัดการความปวดได้ดี แต่มีความเห็นว่าอาจไม่จำเป็นต้องใช้นวัตกรรม Box Alarm ในการประเมินและติดตามอาการปวดหลังได้รับยา เนื่องจากเริ่มปฏิบัติจนกลายเป็นความคุ้นชินและเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลจัดการความปวดว่าต้องมีการประเมินและติดตามทุกครั้งหลังให้ยาแก้ปวด และระยะเวลาที่คะแนนความปวดเริ่มลดลงมาอยู่ที่ระดับ ≤ 3 และคงที่ (เมื่อวัดครั้งต่อ ๆ ไปโดยการสอบถามและบันทึกคะแนนความปวดทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง) จากการศึกษาพบว่าคะแนนความปวดเริ่มลดลงอยู่ที่ระดับ ≤ 3 ตั้งแต่ 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และลดลง

เมื่อเวลานานขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลความปวดรูปแบบเดิมใช้ระยะเวลาที่ทำให้คะแนนความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ในเวลาตั้งแต่ 24 ชั่วโมงจนถึง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดการความปวดหลังเปลี่ยนแปลงนโยบายการใช้ใบคำสั่งการรักษา (Doctor' order sheet) ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยเตือนจัดการความปวด (box alarm) และอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่เกี่ยวข้องเชิงปฏิบัติการ (work shop) ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดเฉลี่ยลดลง และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มที่ดูแลความปวดรูปแบบเดิม อีกทั้งใช้ระยะเวลาสั้นกว่าที่จะทำให้คะแนนความปวดลดลงส่งผลให้การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจในการบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ใช้ใบคำสั่งการรักษา Post-Operative Doctor's Order Sheet รูปแบบเดียวกัน พยาบาลจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความปวด

ผู้ช่วยพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินและติดตาม
อาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คุณภาพการ
ดูแลด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดดียิ่งขึ้น

2. การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรศึกษาใน
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มอื่น เช่น ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัด
อวัยวะในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ แสงอำไพ, ดาริณี สุวภาพ, มนสภรณ์ วิฑูรเมธา. (2552). ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อความรู้
ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและความพึงพอใจใน
การนิเทศของพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(1), 1-13.
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดเฉียบพลันของโรงพยาบาลศิริราช. (2552). *คำแนะนำสำหรับการ
ระงับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช*. พิมพ์ที่ ฮาซัน พรินต์ติ้ง.
- จินตนา ฤทธารมย์ และ วิไลภรณ์ อุตะเกา. (2553). ความปวด การจัดการความปวด อุปสรรคและความ
พึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *วารสารชมรมพยาบาล
ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย*, 15(1), 32-43.
- จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. (2552). การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาริบัติ.
รามาริบัติพยาบาลสาร, 15(3), 303-14.
- กนกพร คุปตานนท์. (2555). การศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในโรงพยาบาลเครือข่ายพัฒนาการ
พยาบาล. ใน: *เอกสารรายงานการประชุม เรื่อง Essential care in orthopaedic pain*. จัดโดย
ชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ณ โรงแรมปรีณิพาเลข วันที่ 23-24 กุมภาพันธ์ 2555
กรุงเทพฯ. หน้า 79.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2550). *การบริหารความปวดเฉียบพลัน*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ ทจก. เอ็นพีเพรส.
- วรรณุช ฤทธิธรรม. (2555). ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยผ่าตัด
ช่องท้อง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 9(2), 75-87.
- ศิริเอมอร วิชชาชาติ. (2552). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในหอพิเศษ
พระปทุมวราชสุริยวงศ์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี*. รายงานการศึกษา
อิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมาคมการศึกษา เรื่อง ความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*.

- สุธิดา อธิรานุตร, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2557). ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการพยาบาลในการจัดการความปวดต่อความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล การรับรู้ความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อต่อ. ใน: เอกสารรายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2557. วันที่ 3 เมษายน 2557 กรุงเทพฯ. หน้า 103-12.
- เสาวภา อินผา. (2550). โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวภา ไกรศรีวรรณ. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสาวนิตย์ กมลวิทย์, ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาล, 41(2), 23-40.
- Lavonia Francis, NEA-BC, Joyce J. Fitzpatrick. (2013). Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. *Pain Management Nursing*, 14(4), 351-7.
- Viveka Andersson, Eva Otterstrom-Rydberg, Ann-Kristin Karlsson. (2015). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634-41.