

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลกรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลพบเห็นอยู่เป็นประจำ เสมือนว่าความปวดเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงขณะนอนอยู่ในโรงพยาบาล (Desbien et al., 1996) ความปวดและการบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพนับว่ายังมีปัญหาอยู่มากในเกือบทุกประเทศทั่วโลก แม้ในประเทศที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีและการแพทย์ (Benoliel, 1995) โดยเฉพาะความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งยังคงมีระดับความรุนแรงมาก (Cullen, Greiner, & Titter, 2001) จากการศึกษาการประเมินและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50-64 ประสบกับความปวดระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก และร้อยละ 15 รุนแรงมาก (Carroll et al., 1999; Desbien et al., 1996) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณช่องท้อง พบว่ามีระดับความปวดรุนแรงถึงร้อยละ 90 แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบริหารยาบรรเทาปวดโดยผู้ป่วยควบคุมตัวเอง (patient controlled analgesia) (Carr & Thomas, 1997) การควบคุมความปวดที่มีประสิทธิภาพต้องมีการประเมินความปวดที่เหมาะสม ซึ่งยังพบว่าการประเมินความปวดยังคงมีปัญหา จากสาเหตุตัวผู้ป่วยและพยาบาล

การประเมินความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพที่เกิดจากตัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรายงานเกี่ยวกับความปวดที่ประสบอยู่ให้ทีมสุขภาพทราบ ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกที่หลงเหลือหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความพร้อมในการติดต่อสื่อสารจากการคาท่อช่วยหายใจ สภาพความเจ็บป่วยที่ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วยสูงอายุ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (Christoph, 1991 as cited in Kwekkeboom & Herr, 2001) โดยกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดมักต้องคาท่อช่วยหายใจพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (Puntillo, Miaskowski, Kehrlé, Stannard, Glesson, & Nye, 1997) นอกจากการคาท่อช่วยหายใจแล้ว ผู้ป่วยบางรายยังคงมีฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกหลงเหลืออยู่ (Ho, Spence & Murphy, 1996) บางรายมีอาการอ่อนเพลีย (Stanik-Hutt, 1998) ผู้ป่วยบางรายถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการคาสายต่าง ๆ หรือได้รับการผูกมัดเพื่อป้องกันการดิ้นอุปรกรณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความปวด (Menzel, 1998) จากข้อจำกัดดังกล่าวพยาบาลจึงต้องให้การประเมินความปวด จากการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย

อาจบอกได้ยากว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นผลจากความปวด หรืออาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะการเสียเลือด ภาวะการขาดออกซิเจน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมบอกเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเมื่อปวด เนื่องจากผู้ป่วยเกรงใจบางรายคิดว่าพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือโดยไม่มีกรร้องขอ บางรายกลัวผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดหรือกลัวการฉีดยา เป็นต้น ดังการศึกษาของแมคโดนัลด์ แมคนัลตี อริคสัน และวิสคอบ (McDonald, McNulty, Erickson, & Weiskopf, 2000) ในเรื่องการสื่อสารความปวดและการจัดการกับความปวด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 35 ราย เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลายชนิด ได้แก่ ผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่าตัดต่อเส้นเลือดเข้าหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นต้น และมีระดับความรุนแรงของความปวดตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 13.3 หลีกเลี่ยงที่จะรายงานความปวดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่ต้องการยาบรรเทาปวด กลัวผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดกลัวว่าจะเกิดอาการเมายา (drugged up) บางรายไม่ทราบว่าจะอะไรจึงกลัวการรับประทานยาต้องทนอยู่กับความปวดให้ได้ และผู้ป่วยร้อยละ 16.7 เกรงใจที่จะบอกความปวดให้พยาบาลทราบเมื่อเห็นว่าพยาบาลกำลังติดภาระงานมาก จะคอยจนกระทั่งพยาบาลเข้ามาถาม นอกจากนี้ยังพบสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รายงานความปวดจากผู้ป่วยกลัวการฉีดยา (Lander, 1990) ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ ทำให้เกิดการติดยาได้ (Stanik-Hutt, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องทัศนคติต่อยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยกลัวการติดยาร้อยละ 33 (Lavies, Hart, Rounsefell, & Runciman, 1992) จากการศึกษาเกี่ยวกับความล้มเหลวของการบรรเทาปวดหลังผ่าตัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 200 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความปวดที่รุนแรงมากไม่กลัวการติดยา ผู้ป่วยในรายที่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อยถึงปานกลางกลัวการติดยาร้อยละ 80 และร้อยละ 29 ของผู้ป่วยไม่ขอรับการฉีดยา เป็นผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่รายงานความปวด (Oates, Snowdo, & Jayson, 1994)

การประเมินความปวดไม่มีประสิทธิภาพ อาจมีสาเหตุจากพยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับความปวด โดยเฉพาะการประเมินและการจัดการกับความปวด ดังการศึกษาของซาลอน (Zalon, 1993) ที่ศึกษาการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลขาดการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ขาดรูปแบบการประเมินที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการปฏิบัติไม่เหมือนกัน บางคนถามผู้ป่วย บางคนคอยให้ผู้ป่วยบอกว่าปวด และยังพบว่า การประเมินความปวดของพยาบาลและผู้ป่วยไม่ตรงกัน โดยพยาบาลมีการประเมินความปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินในรายที่ผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงมาก และในรายที่มีความปวดระดับต่ำพยาบาลจะ

ประเมินความปวดสูงกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน และการศึกษานี้ยังพบว่าพยาบาลขาดการติดตามความปวด ทำให้ผู้ป่วยหรือหรือสิ่งที่จะบอกความปวด จนกระทั่งความปวดรุนแรงส่งผลต่อการจัดการกับความปวด นอกจากนี้ยังมีการศึกษามากมายที่พบว่า พยาบาลยังกลัวผลข้างเคียงของการใช้ยา โดยเฉพาะยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ที่เป็นสาเหตุของการรบกวนการหายใจและการติดยา (Tittle & McMillan, 1994; Puntillo & Wilkie, 1990; Dasta, Fuhrman, & McCandles, 1994)

นอกจากการขาดความรู้เกี่ยวกับความปวดแล้วยังพบอีกว่า ลักษณะการทำงานของพยาบาลในหน่วยวิกฤตมีผลต่อการประเมินและแปลความหมายความปวดเช่นกัน เนื่องจากพยาบาลมักมีความรู้สึกที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับภาวะช็อค หรือปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมากกว่าที่จะคิดว่าผู้ป่วยมีอาการปวด (Carr & Thomas, 1997; Kwekkeboom & Herr, 2001) หากผู้ป่วยส่งสัญญาณ ท่าทาง หรือแสดงออกทางพฤติกรรม พยาบาลมักไม่คิดว่าผู้ป่วยกำลังรายงานความปวด และมักมองว่าความปวดเป็นปัญหารอง จึงไม่สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามจะบอกว่าปวด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่มักจะได้รับค่าตอบแทนช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งการหายใจที่มีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนอากาศที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งเป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึกต่อการทำงานของปอดหลังผ่าตัด 1-2 วันแรก (Macintyre & Ready, 2001) ประกอบกับหลังการผ่าตัด 1-2 วันแรกผู้ป่วยมักจะประสบกับความรุนแรงของความปวดมากจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ แต่ไม่สามารถที่จะรายงานความปวดที่กำลังประสบได้โดยตรง ทำให้เป็นอุปสรรคในการประเมินความปวดที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค่าตอบแทนช่วยเหลือร่วมด้วย จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดได้ ดังการศึกษาของเมนเซล (Menzel, 1998) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยที่ค่าตอบแทนช่วยเหลือ พบว่าความยากลำบากในการสื่อสารของผู้ป่วยกับผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองสิ่งที่ต้องการ ส่งผลต่อระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และระดับความพึงพอใจในบริการการพยาบาลลดลง

การขาดการบันทึกเป็นอีกปัญหาหนึ่ง ที่ทำให้ขาดการประเมินและการจัดการกับความปวดอย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลไม่มีการบันทึกอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ขาดข้อมูล ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลที่สามารใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาล การบันทึกไม่เพียงเพื่อการรักษาความปวด แต่เป็นภาพรวมของความปวดที่ระบุความรุนแรง และการช่วยเหลือเกี่ยวกับความปวด ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน จากการศึกษาของไวท์ (White, 1999) โดยการใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูก 35 ราย พบว่าการบันทึกเกี่ยวกับการประเมินความปวดมีผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาปวด ทำให้เพิ่มปริมาณการได้รับยา

บรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย และจากการศึกษาของบริกส์และดีน (Briggs & Dean, 1998) วิเคราะห์การบันทึกทางการแพทย์ในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าการบันทึกการประเมินความปวดของพยาบาลไม่ตรงกับการรายงานความปวดที่ผู้ป่วยประสบ จึงส่งผลต่อการจัดการกับความปวด ในต่างประเทศถึงแม้ว่าจะมีความตื่นตัวเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดให้มีประสิทธิภาพกันมาก และมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดกันแพร่หลาย แต่ก็ยังพบว่าในทางปฏิบัติการบันทึกยังเป็นปัญหาอยู่ ดังเช่นการศึกษาของแมคคิลแลน (Mac Lellan, 1997) ได้ตรวจสอบเวชระเบียนเกี่ยวกับการบริหารยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด พบว่าร้อยละ 77 ไม่มีการบันทึกการให้ยาและผลของการได้รับยาบรรเทาปวด ทำให้ไม่เห็นคุณภาพของการจัดการกับความปวด และการศึกษาของทิทเทิล และแมคคิลแลน (Tittle & McMillan, 1994) เกี่ยวกับความปวดและผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยศัลยกรรม โดยการตรวจสอบเวชระเบียน พบว่ามีการบันทึกการประเมินความปวดโดยการบันทึกตำแหน่งที่ปวดร้อยละ 50 บันทึกข้อมูลการสังเกตพฤติกรรม ร้อยละ 5 และไม่มีการบันทึกระดับความรุนแรงของความปวด สาเหตุของความปวดที่เพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงของการใช้ยาบรรเทาปวด จากการศึกษาของสกอต (Scott, 1994) ถึงประสิทธิภาพการบันทึกในการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าการมีเอกสารการบันทึกการประเมินความปวด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการประเมินความปวด ง่ายต่อความเข้าใจ การติดต่อสื่อสาร และการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่บอกความปวดและรอให้พยาบาลถามเกี่ยวกับความปวด

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนแรกของการจัดการกับความปวด นำไปสู่การจัดการกับความปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นผู้ที่เหมาะสมในการประเมินความปวด และนำข้อมูลจากการประเมินความปวดไปใช้การตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาปวด (Kwekkeboom & Herr, 2001; Tittle & McMillan, 1994) การประเมินความปวดที่เหมาะสมควรมีรูปแบบการประเมินที่ชัดเจน ทั้งเครื่องมือในการประเมินความปวดและการบันทึก เพื่อให้ทราบระดับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด ความถี่ในการประเมิน และการประเมินซ้ำ เพื่อประเมินผลของการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด (Stanik-Hutt, 1998)

จากประสบการณ์ในการทำงานงานผู้ป่วยหนัก ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตของผู้วิจัย และการวิเคราะห์สถานการณ์การประเมินความปวดก่อนการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาดหวังหายใจยังไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดดีพอ เนื่องจากปัจจัยด้านการสื่อสารของผู้ป่วย ประกอบกับพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวดที่ไม่เพียงพอ รวมถึงระบบการบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนและไม่มีความต่อเนื่อง พยาบาลส่วนใหญ่มักจัดการกับความปวดในลักษณะที่เป็นตามแผนการรักษาของแพทย์และจากประสบการณ์ของพยาบาล

เอง โดยไม่มีรูปแบบการประเมินความปวดที่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีการบันทึกและติดตามผลความปวดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจได้รับการจัดการกับความปวดอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม เกิดความพึงพอใจในคุณภาพการพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research) (Grundy, 1982) ซึ่งเป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักการของวิธีทางวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อแก้ปัญหาในสภาพเฉพาะ ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ร่วมวางแผน ปฏิบัติและสังเกต และปรับปรุงจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ

คำถามวิจัย

รูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจเป็นอย่างไร โดยมีประเด็นที่ศึกษาดังนี้

1. สถานการณ์ในการประเมินความปวดของพยาบาลในการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจก่อนการศึกษาเป็นอย่างไร
2. ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ ก่อนการศึกษาเป็นอย่างไร
3. การประเมินและการบันทึกความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจควรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความปวด เป็นแนวคิดเชิงทฤษฎีร่วมกับกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research) (Grundy, 1982) แนวคิดทั้งสองส่วนนี้ใช้ควบคู่กันเพื่อชี้แนะแนวทางการศึกษาหารูปแบบการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ มีรายละเอียด ดังนี้

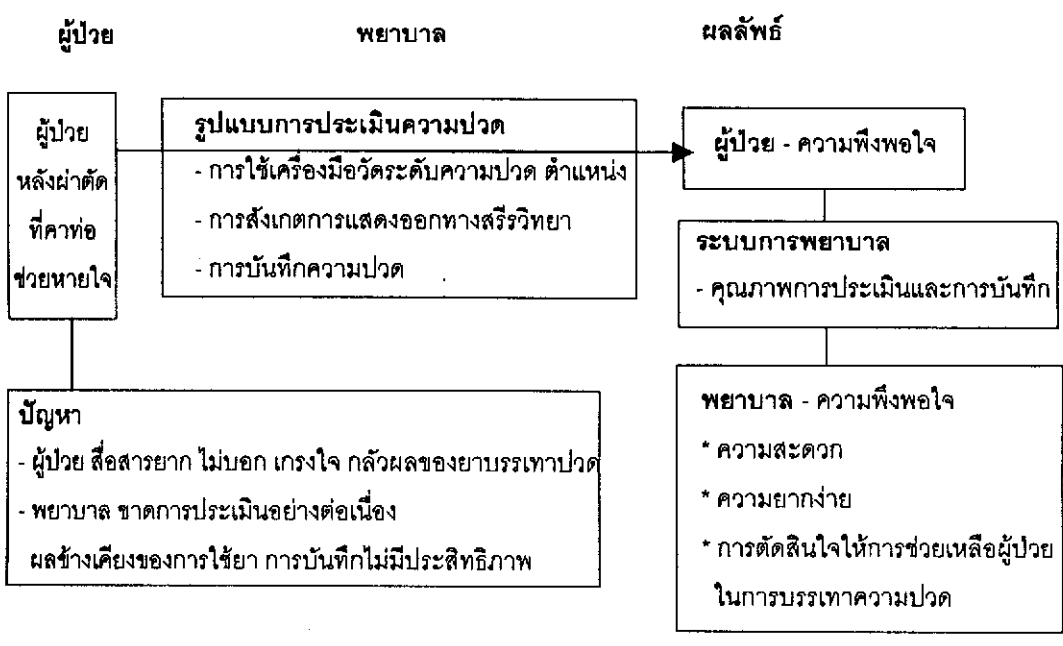
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนแรกของการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นประสบความปวดจึงยังคงมีอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ายังคงอยู่ และมาตรฐานของการประเมินความปวดคือการรายงานความปวดของผู้ป่วย (McCaffery, 1999) รวมถึงความรู้สึกและพฤติกรรมกรตอบสนองต่อความปวด (Puntillo & Wilkie, 1991) องค์ประกอบของการประเมินความปวดประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งของความปวด ลักษณะ และระยะเวลาของความปวด ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสภาพควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีการประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการคาดหวังว่าจะมีความยากลำบากในการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับความปวดที่กำลังประสบอยู่ และยังมีปัจจัยหลายอย่างทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร ได้แก่ ผลจากการหลงเหลือของฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก สภาพความเจ็บป่วย ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่จะรายงานความปวดได้ อายุ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ขัดขวางการสื่อสารทั้งสิ้น

ดังนั้นการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาดหวังว่าจะมีปัญหาในการสื่อสารโดยวาจา พยาบาลจำเป็นต้องให้ทราบเกี่ยวกับความปวดตั้งแต่เริ่มต้นก่อนที่ความปวดรุนแรงขึ้น การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีการประเมินความปวดเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่ง การเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยาและทางด้านพฤติกรรม และการบันทึกที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมและรวดเร็ว โดยประเมินผลลัพธ์จากระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการประเมิน พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความปวด ประกอบการตัดสินใจในการช่วยเหลือบรรเทาปวดของผู้ป่วย และมีระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ดี เป็นข้อบ่งชี้ถึงคุณภาพการพยาบาล ดังภาพประกอบ 1

กรอบแนวคิดวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research) โดยมีการศึกษาสถานการณ์อย่างถ่องแท้เพื่อให้ทราบถึงปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง ของการประเมินความปวดที่พยาบาลปฏิบัติอยู่โดยมีการสัมภาษณ์ประสบการณ์การประเมินความปวดของพยาบาล และประสบการณ์ความปวดและผลของการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาดหวังว่าจะมีปัญหา ร่วมกับการตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวด แล้วนำมากำหนดรูปแบบชั่วคราวการประเมิน ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาดหวังว่าจะมีปัญหา ทำความตกลงร่วมกับพยาบาลในการนำรูปแบบมาทดลองปฏิบัติ โดยอาศัยการ



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีในการประเมินความปวด

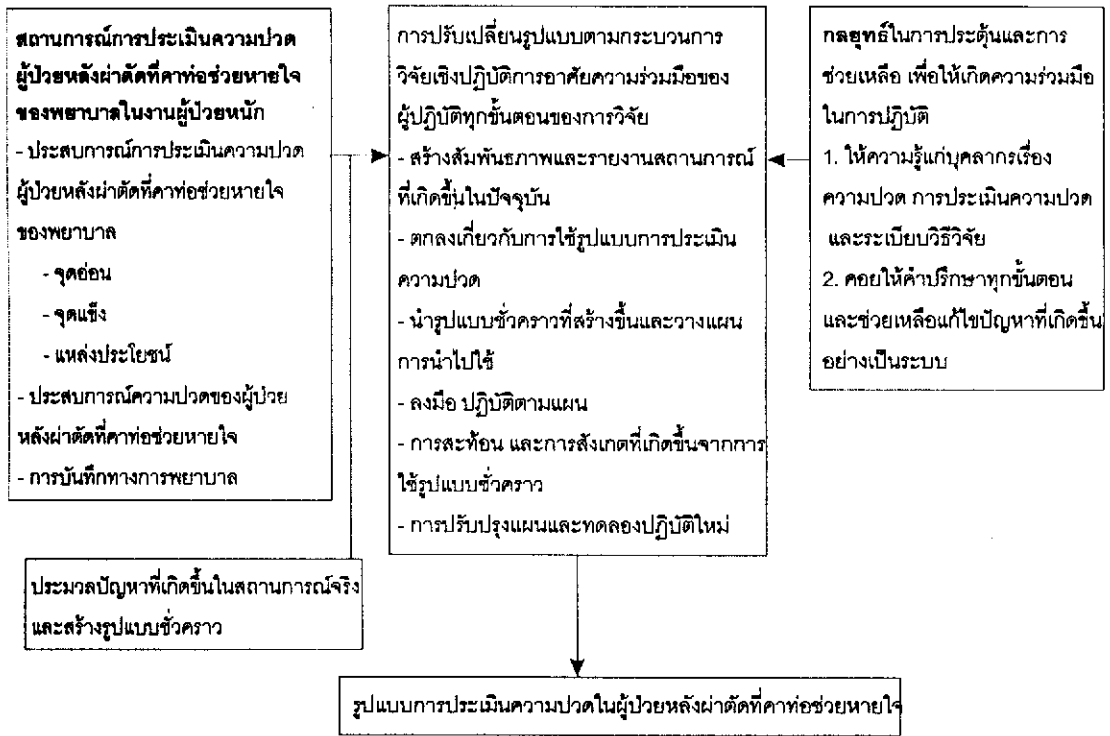
มีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนและการปรับปรุงแผนตามเกลียววงจร (spiral cycle) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988) เพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นในวงจรต่อไป มุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (อาภรณ์, 2541) มีการพัฒนาความรู้ของพยาบาล จนได้รูปแบบที่เหมาะสม พยาบาลและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีคุณภาพการประเมินและการบันทึกดีขึ้นดังแสดงในภาพประกอบ 2

นิยามศัพท์

รูปแบบการประเมินความปวด หมายถึง ขั้นตอนและวิธีการการประเมินที่สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่ง การแสดงออกทั้งทางพฤติกรรมและทางสรีรวิทยา ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินและการบันทึกทางกรพยาบาล และการประเมินซ้ำหลังให้การพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการแสดงถึงผลลัพธ์ของความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ขณะนอนพักในงานผู้ป่วยหนัก โดยการปรับจากแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีความปวดระยะเฉียบพลัน และความปวดจากมะเร็งของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย (American Pain Society, 1995)

ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลที่แสดงถึงผลลัพธ์ของ



ภาพประกอบ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบประเมินความปวดในประเด็นความสะดวก ความง่าย การมีส่วนช่วยในการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามและแบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

คุณภาพการประเมินและการบันทึก หมายถึง ผลของการตรวจสอบระยะเวลาประเมินของผู้วิจัย เพื่อเป็นเครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ที่บ่งบอกถึงคุณภาพการพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการประเมินความปวดสำหรับการจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดของ Agency for Health Care Policy and Research: AHCPH 1992 (Devine et al., 1999) และการตรวจแบบบันทึกทางการพยาบาลของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2539)

ความสำคัญของการวิจัย

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาความปวดที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ดีเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้สำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการดูแล ดังนั้นการพัฒนาระบบการประเมิน

ความปวดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย คือ พยาบาลและแพทย์ผู้ดูแล สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง แผนการจัดการกับความปวดโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่คาท้อช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น