

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยเลือกศึกษาโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับความเข้าใจร่วมกัน (practical action research) (Grundy, 1982) เป็นความร่วมมือระหว่างพยาบาลในงานผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วย และผู้วิจัย เพื่อหารูปแบบการประเมินความปวดของพยาบาลที่รวดเร็ว สะดวก ใช้ง่าย และไวต่อการนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการบรรเทาปวด โดยผู้วิจัยขอแนะนำเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผลตามหัวข้อดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สถานการณ์การประเมินความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ ก่อนการศึกษา

กระบวนการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ

รูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ

มุมสะท้อนของผู้วิจัย (personal reflection)

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

#### พยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาล 13 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 26-30 ปีและอายุระหว่าง 31-35 ปี มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 30.77 ทุกคนจบ การศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประสบการณ์การทำงานในงานผู้ป่วยหนักมากที่สุด 1-3 ปี คิดเป็น ร้อยละ 30.77 และประสบการณ์ในการทำงานมากที่สุด 4-6 ปี และ 7-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.08 ดังแสดงในตารางที่ 1

#### ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้รวม 11 ราย เป็นเพศหญิง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.55 มีอายุมากกว่า 60 ปี 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการฉีกขาดของตับ (ruptured liver) 1 ราย มะเร็งของหลอดอาหาร (CA esophagus) 2 ราย การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเนื้อร้ายชนิดเนื้อเยื่อยึดต่อ ประกอบกับไขมัน (recurrent liposarcroma) 1 ราย ช่องไข่สันหลังระดับบั้นเอวตีบแคบและกระดูกสันหลัง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (n= 13)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศหญิง	13	100
การศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	13	100
อายุ (ปี)		
20-25 ปี	3	23.08
26-30 ปี	4	30.77
31-35 ปี	4	30.77
36-40 ปี	2	15.38
ประสบการณ์ในการทำงานงานผู้ป่วยหนัก		
น้อยกว่า 1 ปี	1	7.69
1-3 ปี	4	30.77
4-6 ปี	3	23.08
7-10 ปี	3	23.08
มากกว่า 10 ปี	2	15.38

เลื่อน (lumbar stenosis with spondylolithesis) 1 ราย ผังฝีติดเชื้อ (infected fasciitis) 1 ราย มะเร็งของรังไข่ (CA ovary) 1 ราย ก้อนที่ผนังหน้าท้อง (abdominal wall mass) 1 ราย อาการเป็นพิษขณะมีการตั้งครรภ์ (pre-eclamsia) 1 ราย ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์แตก (perforated sigmoid) 1 ราย และเลือดในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (bloody pericardial effusion) 1 ราย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง 5 ราย คือ การเย็บซ่อมตับ (suture liver) 1 ราย การเลาะก้อนมะเร็งช่องท้อง (removal tumor) 2 ราย การเปิดบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนโค้ง (closure of sigmoid) 1 ราย และทำความสะอาดและตกแต่งแผล (wound debridement) 1 ราย การผ่าตัดช่องอก 3 ราย คือ การผ่าตัดตัดต่อมะเร็งหลอดอาหาร (esophagectomy with esophagogastrectomy) 2 ราย และการเปิดช่องระบายที่ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial window) 1 ราย การผ่าตัดทางกระดูก 1 ราย คือ การตัดปีกกระดูกสันหลัง (laminectomy) ส่วนการผ่าตัดทางสูติกรรม 2 ราย คือ การผ่าตัดมดลูก (hysterectomy) และการเอาเด็กออกทางหน้าท้อง (cesarean section) ชนิดละ 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ศึกษา (n=11)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ หญิง</b>	6	54.55
ชาย	5	45.45
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-30 ปี	1	9.09
30-40 ปี	1	9.09
50-60 ปี	1	9.09
มากกว่า 60 ปี	8	72.73
<b>ศาสนา พุทธ</b>	10	90.91
อิสลาม	1	9.09
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาปีที่ 4	8	72.73
ประถมศึกษาปีที่ 6	1	9.09
มัธยมศึกษาปีที่ 3	2	18.18
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
ตับแตก (ruptured liver)	1	9.09
การลุกลามของก้อนเนื้อร้าย (recurrent liposarcroma)	1	9.09
ก้อนที่ผนังหน้าท้อง (abdominal wall mass)	1	9.09
มะเร็งของหลอดอาหาร (CA esophagus)	2	18.18
ช่องไขสันหลังระดับบั้นเอวตีบแคบและกระดูกสันหลังเคลื่อน (lumbar stenosis with spondylolithesis)	1	9.09
ฝีฝีคัฒอักเสบติดเชื้อ (infected fasciitis)	1	9.09
มะเร็งของรังไข่ (CA ovary)	1	9.09
เลือดในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (bloody pericardial effusion)	1	9.09
ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์แตก (perforated sigmoid)	1	9.09
อาการเป็นพิษขณะมีการตั้งครรภ์ (pre-eclamsia)	1	9.09
<b>ชนิดของการผ่าตัด</b>		
การผ่าตัดช่องท้อง (suture liver, wound debridement, tumor removal, closure of sigmoid)	5	45.46
การผ่าตัดช่องอก (esophagectomy with esophagogastractomy, pericardial window)	3	27.27
การผ่าตัดกระดูก (laminectomy)	1	9.09
การผ่าตัดทางสูติกรรม (total abdominal hysterectomy with BSO, cesarean section)	2	18.18

ลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีประวัติการเจ็บป่วย โดยย่อ ดังนี้ (ชื่อที่ใช้เป็นนามสมมติ)

**ลุงวิทย์** อายุ 66 ปี มาด้วยปวดท้องได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อทำความสะอาดและตกแต่งแผล หลังจากแผลผ่าตัดกระเพาะอาหารมีการติดเชื้อ ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 30 นาที ผู้ป่วยสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด 300 ซี.ซี. สภาพผู้ป่วยแรกรับ ดิ้น กระสับกระส่าย ไม่ทำตามคำสั่งการรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือเพททีดีน (pethidine) 25 มก. ทางหลอดเลือดดำ เมื่อปวดทุก 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลานอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 11 วัน

**น้องตา** อายุ 25 ปี มาด้วยอุบัติเหตุมอเตอร์ไซค์ล้มหน้าท้องกระแทก การวินิจฉัยโรคคือมีการฉีกขาดของตับ ได้รับการเย็บซ่อมตับ ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียเลือดในท้องผ่าตัด 1500 ซี.ซี. สภาพผู้ป่วยแรกรับหลังการผ่าตัด รู้สึกตัวดี การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือเพททีดีน 25 มก. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง ในวันแรกหลังการผ่าตัด ต่อมาเปลี่ยนเป็นมอร์ฟีน 5 มก. ทางกล้ามเนื้อ เมื่อปวด ทุก 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลานอนพักในงานผู้ป่วยหนักประมาณ 6 วัน

**ตาเชือบ** อายุ 76 ปี มาด้วยมีก้อนที่เกิดจากการลุกลามของก้อนที่ช่องท้อง ซึ่งเคยได้รับการผ่าตัดเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา การวินิจฉัยโรคคือ การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเนื้อร้ายชนิดเนื้อเยื่อยึดต่อประกอบกับไขมัน (recurrent liposarcoma) ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออก ระยะเวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง สูญเสียเลือดในท้องผ่าตัด 2500 ซี.ซี. ได้รับเลือดในท้องผ่าตัด 5 ถุง สภาพผู้ป่วยแรกรับ รู้สึกตัวเล็กน้อย ไม่ทำตามคำสั่ง การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือเพททีดีน 50 มก. ทางกล้ามเนื้อเมื่อปวดทุก 4 ชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วยมีระดับความปวดมากเปลี่ยนการบริหารยาบรรเทาปวดเป็นเพททีดีน 25 มก. ทางหลอดเลือดดำ เมื่อปวดทุก 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลานอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 7 วัน

**พระภิกษุมณี** อายุ 70 ปี มาด้วยรับประทานอาหารมีอาการแน่นจุกอกมาประมาณ 1 เดือน น้ำหนักลด 5 กก. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของหลอดอาหารและได้รับการผ่าตัดตัดต่อหลอดอาหาร ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ หอบหืด สภาพของผู้ป่วยแรกรับ ดิ้นไปมา ไม่ค่อยรู้สึกตัว หนักนัวควัฆมวด การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือเพททีดีน 50 มก. ทางกล้ามเนื้อทุก 4 ชั่วโมง โดยในวันแรกหลังการผ่าตัดได้รับการฉีดยาเพื่อบรรเทาปวด ทุก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด รวมระยะเวลานอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 7 วัน

**ลุงท๊อป** อายุ 71 ปี มาด้วยก้นลำบากและลำลัก รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด ได้รับการวินิจฉัยโรค คือมะเร็งของหลอดอาหาร ได้รับการผ่าตัดตัดต่อหลอดอาหาร ระยะเวลาในการผ่าตัด 3 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการดูแลในงานผู้ป่วยหนักได้รับมอร์ฟีน 1 มก. ทางหลอดเลือดดำ สภาพผู้ป่วยแรกรับไม่รู้สึกตัว นอนนิ่ง ตัวเย็น เริ่มรู้สึกตัวหลังการผ่าตัด 3 ชั่วโมง การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือ เพททีดีน

50 มก. ทางกล้ามเนื้อตามเวลาทุก 4 ชั่วโมง ในวันแรกหลังผ่าตัด ต่อมาได้รับเพททีดิน 50 มก. เมื่อผู้ป่วยปวด ทุก 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลาอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 7 วัน

**ลุงสา** อายุ 68 ปี มาด้วยหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีเลือดในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องระบายช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ใช้เวลาในการผ่าตัด 45 นาที สภาพผู้ป่วยแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือ เพททีดิน 50 มก. ทางกล้ามเนื้อเมื่อปวด ทุก 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลาอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 4 วัน

**หมีะคง** อายุ 54 ปี มาด้วยปวดหลัง ได้รับการวินิจฉัยว่าช่องไขสันหลังระดับบั้นเอวตีบแคบ และกระดูกสันหลังเลื่อน ได้รับการตัดปีกกระดูกสันหลัง ใช้เวลาในการผ่าตัด 4.30 ชั่วโมง สูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด 500 ซี.ซี. ปัญหาที่ต้องเข้ารับการดูแลในงานผู้ป่วยหนักมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ตลอดขณะที่ได้รับการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือ มอร์ฟีน 5 มก. ทางชั้นใต้ผิวหนังทุก 4 ชั่วโมง และมอร์ฟีน 3 มก. ทางหลอดเลือดดำเมื่อปวด และงดเมื่อความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท รวมระยะเวลาอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 2 วัน

**ยายเอื้อม** อายุ 89 ปี มาด้วยคลำได้ก้อนที่ท้องน้อย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของรังไข่ ได้รับการผ่าตัดตัดมดลูก สูญเสียเลือดในห้องผ่าตัดประมาณ 1500 ซี.ซี. ปัญหาของผู้ป่วยคือ ประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากระยะเวลาในการผ่าตัดนานประมาณ 6 ชั่วโมง และเป็นผู้สูงอายุ สภาพแรกเริ่ม ทำตามคำสั่งได้ ถาม-ตอบได้ การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือ มอร์ฟีน 6 มก. ทางกล้ามเนื้อเมื่อปวดทุก 4-6 ชั่วโมง รวมระยะเวลาอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 3 วัน

**ยายหนู** อายุ 89 ปี มาด้วยคลำได้ก้อนที่ท้องและมีอาการปวดแน่นท้อง การวินิจฉัยโรคเป็นก้อนที่ผนังหน้าท้อง ได้รับการผ่าตัดโดยการเลาะเอาก้อนเนื้อที่ผนังหน้าท้อง มีประวัติเป็นโรคถุงลมโป่งพอง สูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด 700 ซี.ซี. สภาพผู้ป่วยแรกเริ่มไม่รู้สึกตัว เริ่มต้นหลังจากออกจากห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือมอร์ฟีน 1 มก./ชั่วโมง ตลอดเวลาเป็นเวลา 4 วัน และลดขนาดยา 0.5 มก./ชั่วโมง เมื่อเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจและระดับความรุนแรงของความปวดลดลง รวมระยะเวลาอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 11 วัน

**กานดา** อายุ 33 ปี มาด้วยอายุครรภ์ 38 อาทิตย์ มีภาวะอาการเป็นพิษขณะมีการตั้งครรภ์ ได้รับการผ่าตัดเอาบุตรออกทางหน้าท้อง สูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด 500 ซี.ซี. สภาพแรกเริ่ม รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ พบว่าความดันโลหิตสูงเท่ากับ 160/110-160/120 มม.ปรอท การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือ เพททีดิน 50 มก. ทางกล้ามเนื้อเมื่อปวด ทุก 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลาอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 2 วัน

**ป้าภรณ์** อายุ 67 ปี มาด้วยปวดท้องคลื่นไส้อาเจียน การวินิจฉัยลำไส้เล็กส่วนซิคมอยแตก มีประวัติโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสตีบแคบ เบาหวาน เก๊าท์ สูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด 900 ซี.ซี. สภาพแรกเริ่ม

รู้สึกตัวดี ค่อนข้างอ่อนเพลีย การรักษาเพื่อบรรเทาปวดคือ เพททีดิน 25 มก.ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง รวมระยะเวลาอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 7 วัน

สถานการณ์การประเมินความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คอท้อช่วยหายใจ (ก่อนการศึกษา)

### วิธีการประเมินความปวด

จากการศึกษาการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คอท้อช่วยหายใจของพยาบาล ก่อนการทำวิจัยพบว่า พยาบาลมีการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คอท้อช่วยหายใจจาก

- 1) สังเกตสีหน้า ท่าทาง
- 2) อ่านจากการขยับริมฝีปากของผู้ป่วย
- 3) อ่านข้อความที่ผู้ป่วยเขียนบอก
- 4) ดูจากสัญญาณชีพ
- 5) ผู้ป่วยส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ และ
- 6) การใช้ภาพสื่อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สังเกตสีหน้า ท่าทาง พยาบาลประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คอท้อช่วยหายใจ จากการสังเกตสีหน้า ได้แก่ หน้ามืดเขียวมวต ไม่ยิ้มแย้ม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบอีกว่า พยาบาลใช้การสังเกตจาก ท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก ได้แก่ กระสับกระส่าย ตื่น ทุรนทุราย บิดตัวไปมา บางรายนอนตัวแข็ง เมื่อขยับตัวสีหน้าบ่งบอกความปวดทันที พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยมีความปวดจึงเข้าไปถามว่าผู้ป่วยมีความปวดหรือไม่ ดังที่พยาบาล 2 รายกล่าวคล้าย ๆ กันว่า

“ในผู้ป่วยที่คอท้อเขาควางไม่ได้ พูดไม่ได้ เราต้องสังเกตเอง จากท่าทาง สีหน้า แววตา ก็เดาเอว่าน่าจะปวดก็จะเข้าไปถาม....ดูจากสีหน้า ขมวดคิ้ว แสดงว่าเจ็บปวด ไม่ใช่ยิ้มแย้มแจ่มใส ...การแสดงอาการ อาจจะเป็นกระสับกระส่าย ทุรนทุราย”

(พยาบาลรายที่ 1)

“...สังเกตเห็นว่าการแสดงท่าทาง การขมวดคิ้ว สายตา กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง ท่าทาง ทุรนทุราย ..สีหน้าไม่สบาย หน้าตาแสดงความเจ็บปวด หน้ามัว คิ้วขมวด ก็แสดงทางพฤติกรรม บิดตัวไปมา ตื่นไปมา บางรายนอนตัวแข็งนอนนิ่ง ร้องไห้ก็มี บางรายผู้ป่วยแสดงออกบอกว่าปวดคือ เอี้ยวตัวไปมา ขยับไปมา อยู่ไม่นิ่ง”

(พยาบาลรายที่ 2)

2. อ่านจากการขยับริมฝีปากของผู้ป่วย พยาบาลประเมินความปวดจากการอ่านจากริมฝีปากของผู้ป่วย พยาบาลจะถามข้อความที่พยาบาลอ่านได้ว่าถูกต้องหรือไม่ ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตอบ

ว่าใช่หรือไม่ด้วยการพยักหน้าตอบรับหรือส่ายหน้าปฏิเสธ ซึ่งบางครั้งพยาบาลต้องสื่อสารกับผู้ป่วยหลายประโยค จึงจะตรงกับที่ผู้ป่วยบอก ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ผู้ป่วยขยับปากที่จะพูด เรา (พยาบาล) อ่านจากริมฝีปาก ให้ผู้ป่วยพยักหน้าหรือส่ายหน้า”

(พยาบาลรายที่ 1)

3. อ่านข้อความที่ผู้ป่วยเขียนบอก ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถเขียนบอกความต้องการหรือรายงานเกี่ยวกับความปวด พยาบาลให้ผู้ป่วยเขียนบอก ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเขียนช้า เขียนขยุกขยิก ไม่ค่อยเป็นตัวอักษร ด้วยข้อจำกัด เช่น อาการอ่อนเพลีย มือบวม การคาต่อระบายต่าง ๆ หรือจากฤทธิ์ของยาสลบ เป็นต้น ทำให้พยาบาลไม่สามารถอ่านข้อความที่ผู้ป่วยเขียนบอกได้ชัดเจน พยาบาลจึงใช้การอ่านทบทวนข้อความที่ผู้ป่วยเขียนให้ผู้ป่วยฟัง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องว่า ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการหรือไม่ ผู้ป่วยตอบโดยการพยักหน้าตอบรับหรือส่ายหน้าปฏิเสธ

“การเขียนก็มีบ้าง แต่ผู้ป่วยเขียนหนังสือไม่ได้ทุกคน บางคนเขียนได้ก็ไม่มีแรง เขียนขยุกขยิก...”

(พยาบาลรายที่ 1)

4. ดูจากสัญญาณชีพ พยาบาลประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่ยังไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือรู้สึกตัวเล็กน้อย พบว่าผู้ป่วยที่มีความปวด มักมีอัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ในภาวะวิกฤตมีโอกาสดังกล่าวที่ซับซ้อน พยาบาลต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องโดยการประเมินและบันทึกเกี่ยวกับสัญญาณชีพ ค่าความดันในหลอดเลือดดำ ปริมาณของปัสสาวะ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้นำมาประกอบในการพิจารณาปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลว่ามีสาเหตุจากอะไร เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลต่อไป ดังนั้นทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลประเมินสัญญาณชีพ หากความดันโลหิตสูงหรืออัตราการหายใจเร็ว พยาบาลวิเคราะห์ว่าน่าจะมีสาเหตุมาจากความปวดมากกว่าภาวะช็อค เนื่องจากในภาวะช็อคผู้ป่วยมักมีความดันโลหิตต่ำ

“...จะดูที่ vital signs (สัญญาณชีพ) เปลี่ยนแปลงสูงขึ้น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ เร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ดูแล้วหาก hemodynamic ดี ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ CVP (central venous pressure) ดี heart rate (อัตราการเต้นของหัวใจ) ไม่น่าจะสูง ถ้าคนไข้สงบก็ไม่น่าจะมีความดันโลหิตสูง (สูง) ได้ขนาดนั้น ถ้าหลังผ่าตัดมาความดันสูง (สูง) ก็มักจะนึกถึงปวดแผล”

(พยาบาลรายที่ 2)

5. ผู้ป่วยส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ พยาบาลประเมินความปวดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยจะส่งสัญญาณ โดยการมอง การสบสายตา การก้มมือ การเข่าเดียว การชี้ที่แผลผ่าตัด เอามือจับที่แผล เมื่อต้องการขอความช่วยเหลือจากพยาบาล ดังพยาบาลเล่าให้ฟังว่า

“...บางคนผู้ป่วยก็จะเข่าเดียว มีการส่งสัญญาณเช่น ก้มมือเรียก การชี้ การเข่าเดียว ....บางคนก็จะชี้ที่แผลบริเวณหน้าท้อง หน้าอก หรือเอามือจับบริเวณที่ปวด”

(พยาบาลรายที่ 2)

6. การใช้ภาพถ่าย พยาบาลประเมินความปวด โดยการใช้แผนภาพจากการทำกิจกรรม คุณภาพ (คิว.ซี.) เป็นอัลบั้มรูปภาพที่สื่อถึงความต้องการของผู้ป่วยให้เลือกหลากหลาย เช่น ปวดหัวน้ำ ถ่ายอุจจาระ ต้องการพบญาติ เป็นต้น พยาบาลจะเปิดแผนภาพแต่ละภาพที่สื่อถึงความต้องการพร้อมกับถามผู้ป่วย ผู้ป่วยมักสื่อความต้องการโดยการพยักหน้า

“หากไม่ไหวจริง ๆ (สื่อสารด้วยวิธีอื่นไม่ได้) ก็จะเอารูปภาพพร้อมคำบรรยายที่เราทำ คิวซี. มาใช้ เป็นภาพที่มีคำบรรยายประกอบ ซึ่งก็ได้ผล เรารู้ความต้องการของเขาได้ ไม่ต้องถามนาน”

(พยาบาลรายที่ 1)

นอกจากนี้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสารไม่สามารถจะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงวิธีการเดียวได้ ต้องอาศัยหลาย ๆ วิธีร่วมกันจนกระทั่งพยาบาลประเมินได้ว่าผู้ป่วยปวด และตำแหน่งที่ปวด ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“หากผู้ป่วยเขียนได้ก็จะให้เขียน บางครั้งนะพยักหน้าว่าเขียนได้ แต่เอาเข้าจริง เขียนไม่เป็นภาษา สะกดคำแปลก ๆ เราก็จะใช้การถามนำเพื่อให้เค้าพยักหน้าว่าใช่หรือไม่ ซึ่งก็ไม่นาน มักสื่อกันได้ หากไม่เข้าใจจริง ๆ ก็จะเปลี่ยนคนถามเพื่อให้ได้ คำตอบจนได้ บางครั้งผู้ป่วยอาจรำคาญก็จะหลับตาบ้าง สายหน้าบ้าง สงสารเค้าเหมือนกัน แต่สักพักก็จะเข้าไปถามอีก...เราตื้อนะ คือเรียกให้คนอื่นมาช่วยกัน ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเราพยายามที่จะช่วยเหลือเขาจะ... เปลี่ยนคนถามเพื่อให้ได้คำตอบจนได้ หากประเมินได้ว่าปวดก็จะให้การช่วยเหลือทันที ”

(พยาบาลรายที่ 1)



โดยสรุปวิธีการประเมินความปวดของพยาบาล พบว่าพยาบาลสังเกตสีหน้าท่าทาง อ่านจากการขยับริมฝีปากของผู้ป่วย อ่านข้อความที่ผู้ป่วยเขียนบอก ดูจากสัญญาณชีพ ผู้ป่วยส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ และการใช้ภาพสื่อ การศึกษาครั้งนี้เป็นการบอกเพียงว่าพยาบาลประเมินได้ว่า ผู้ป่วยปวดหรือไม่ปวด แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดมากน้อยเพียงใด

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การประเมินความปวดของพยาบาล พบว่าวิธีการที่ดีที่สุดในการประเมินความปวดคือ การให้ผู้ป่วยบอก (self-report) หรือรายงานถึงความปวดที่เกิดขึ้น (McCaffery & Pasero, 1999) แต่ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการพูด ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกกับพยาบาลหรือผู้ดูแลโดยตรง พยาบาลจึงใช้วิธีการในการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง อ่านจากการขยับริมฝีปากของผู้ป่วย อ่านข้อความที่ผู้ป่วยเขียนบอก สัญญาณชีพ และการใช้ภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง การประเมินความปวดในลักษณะที่เป็น การถามนำ อาจไม่ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริง

การศึกษานี้พยาบาลประเมินความปวดผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คอหอยช่วยหายใจจากสีหน้าและท่าทางที่ผู้ป่วยแสดงออก ได้แก่ หน้ามึนคิ้วขมวด ไม่ยิ้มแย้ม กระสับกระส่าย ดิ้น ทูรนทูร่าย บิดตัวไปมา บางรายนอนตัวแข็ง เป็นต้น คล้ายกับการศึกษาของพัลทิลโล และคณะ (Puntillo et al., 1997) ที่ผลจากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่บ่งบอกความปวด ได้แก่ ไม่เคลื่อนไหว คิ้วขมวด หน้าตา บิดเบี้ยว ส่งเสียงดัง กระสับกระส่าย นอนตัวแข็ง เป็นต้น สทานิคฮัทท์ (Stanik-Hutt, 1998) กล่าวถึงการประเมินความปวดในบทความเรื่องการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตว่า วิธีที่ดีในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตและได้รับบาดเจ็บคือ การถามผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ การสังเกตท่าทาง พฤติกรรม และข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสามารถนำมาใช้ได้

นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่กล่าวถึงการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เช่น การศึกษาของคาร์รอล และคณะ (Carroll et al., 1999) ในการประเมินและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผ่าตัดและการบาดเจ็บ (trauma) ของพยาบาลโดยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในงานผู้ป่วยหนักไม่ต่ำกว่า 5 ปี พบว่าพยาบาลประเมินความปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ท่าทาง การเขียนบอก ยังมีการศึกษาของคอร์เรีย และดา ครูซ (Correa & da Cruz, 2000) เป็นการศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่บ่งบอกว่าปวด โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจ 80 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความปวดและกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดหลังการผ่าตัด โดยการใช้เครื่องมือ McGill Pain Questionnaire ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด พบว่าทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และลักษณะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความปวด คือ ไม่สุขสบาย กลัวการบาดเจ็บซ้ำ ระวังท่าทาง

(guarding behavior) กระสับกระส่าย การแสดงออกทางสีหน้า ไม่มีการเคลื่อนไหว นอนไม่หลับ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความปวดจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลที่น่ามา ประกอบว่าผู้ป่วยมีความปวดได้

### ระยะเวลาเริ่มต้นการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่เข้ารับบริการในงานผู้ป่วยหนัก มีสภาพแตกต่างกันทั้งในเรื่องอายุ ระดับความรู้สึกตัว ชนิดและวิธีการบริหารยาบรรเทาความรู้สึก ชนิดและบริเวณผ่าตัด การสูญเสียเลือดในห้องผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า พยาบาลเริ่มต้นการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท้อช่วยหายใจ เมื่อ 1) ประเมินความปวดทันทีเมื่อแรกรับ 2) ประเมินความปวดหลังผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต 3) ประเมินขณะให้กิจกรรมการพยาบาล 4) นึกได้จึงเข้าไปประเมิน และ 5) ประเมินก่อนและหลังให้ยาบรรเทาปวด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ประเมินความปวดทันทีเมื่อแรกรับ จากการศึกษาพบว่า เมื่อพยาบาลรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท้อช่วยหายใจจากห้องผ่าตัด พยาบาลจะเริ่มประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเป็นอันดับแรกและเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี พยาบาลจะประเมินความปวดทันทีโดยการซักถามถึงความรุนแรงของความปวด ผู้ป่วยสื่อสารให้ทราบว่าเป็นปวดโดยการพยักหน้าว่าปวด พยักหน้าว่าต้องการยาบรรเทาปวด ซึ่งที่แผลผ่าตัด พยาบาลจะให้ช่วยเหลือทันทีโดยการให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา บางครั้งวิสัญญีแพทย์มาพร้อมกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในรายที่มีการคาสายวัดความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง (arterial line) และผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเลือดขณะทำการผ่าตัดเป็นจำนวนมาก เป็นต้น หลังจากตรวจวัดสัญญาณชีพแล้ว พบว่าสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ วิสัญญีแพทย์มักเขียนคำสั่งการรักษาให้ยาบรรเทาปวด พยาบาลจะประเมินความปวดโดยการถามถึงความรุนแรงของความปวดก่อนการให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

“เท่าที่เราดูกันนะ แนนอนผู้ป่วยที่เข้ามา ICU ผ่าตัดใหญ่แน่นอน ต้องปวด บางครั้งผู้ป่วยไม่ได้แสดงออกอะไรออกมา เมื่อเริ่มต้น เราก็จะถามผู้ป่วยว่าปวดแผลไหม นั่นเป็นความคิดของเราว่าต้องปวดแน่นอน เราใช้ถามเลย ยังไม่ทันสังเกตอาการอะไรเลย ไม่ว่าจะ เป็นท่าทาง หรือ heart rate ”

(พยาบาลรายที่ 1)

2) ประเมินความปวดเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต การประเมินความปวดเริ่มเมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาวิกฤตให้ผ่านพ้นไปแล้ว ในระยะแรกที่รับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเข้ามาดูแล

ในงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลจะให้ความสำคัญในการประเมินการทำงานของอวัยวะสำคัญที่อาจทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังผ่าตัด เช่น ช็อคจากการเสียเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนอากาศของปอดลดลง เป็นต้น ซึ่งภาวะเหล่านี้อาจจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้ ดังนั้นทันทีที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลจะประเมินและให้การดูแลสิ่งเหล่านี้ก่อนจึงจะเริ่มการประเมินความปวด โดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน (percutaneous oxygen saturation) ดูแลให้ได้รับเครื่องช่วยหายใจ ในขณะนั้นผู้ป่วยบางรายยังมีการระส่ำระสายยังไม่รู้สึกตัวดี เมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ พยาบาลจะเข้าไปประเมินความปวดโดยการถามและให้ยาบรรเทาปวด

“เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามา ก็มีการประเมิน vital sign สารน้ำ ใส่เครื่องช่วยหายใจก่อน ผู้ป่วยอาจยังระส่ำระสาย ก็รอให้ผู้ป่วยพัก หากรู้สึกตัวดี ก็จะดูเรื่องแผล ดูว่าในห้องผ่าตัดได้รับยาอะไรบ้าง ทำผ่าตัดอะไรบ้าง สื่อสารว่าเป็นในบ้างปวดแผลไหม...บางครั้งอาการผู้ป่วยอย่างอื่นมีความสำคัญมากกว่าต่อชีวิต เช่น อาการช็อค ขาดน้ำ แผล bleed มาก ทำให้เรามัวแต่ยุ่งกับปัญหาอื่น เลยลืมเรื่องความปวด เพราะว่าปวดไม่ได้ทำให้ตายทันทีทันใด แก้ปัญหาอื่นก่อน”

(พยาบาลรายที่ 1)

3) ประเมินขณะให้กิจกรรมการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า พยาบาลประเมินความปวดเมื่อคิดว่าผู้ป่วยน่าจะปวด จากการศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการพลิกตะแคงตัว การทำแผล การเช็ดตัว ลักษณะท่าทางของผู้ป่วยนอนตัวแข็งเกร็งหรือมีอาการสะดุ้งทันทีที่พยาบาลสัมผัสแผล พยาบาลจะประเมินความปวดโดยการถาม การสังเกต สีหน้า ท่าทาง พฤติกรรม และสัญญาณชีพ เช่น อาการกระสับกระส่าย ดิ้นไปมา ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เขามือจับที่แผล เขามือปายแผลไปมา หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น พยาบาลประเมินว่าผู้ป่วยน่าจะปวดจึงให้ยาบรรเทาปวด และผลจากการให้ยาบรรเทาปวดคือ ผู้ป่วยสงบ นอนหลับ และหายใจสม่ำเสมอขึ้น

4) นึกได้จึงเข้าไปประเมิน จากการศึกษาพบว่าในการประเมินความปวดของผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะเข้าไปประเมินเมื่อพบว่า ยังไม่มีการประเมินตลอดเวร ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะงานหรือภาระงานที่มากในงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ การช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ การรับผู้ป่วยใหม่ เป็นต้น หรือพยาบาลคิดว่าผู้ป่วยอาจไม่ปวดเนื่องจากสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

เช่น เห็นผู้ป่วยนอนหลับ นอนนิ่ง เป็นต้น ด้วยเหตุต่าง ๆ ทำให้พยาบาลไม่ได้ประเมินความปวด พยาบาลจะเข้าไปประเมินเมื่อนึกได้หรือมีการถามขึ้นมาว่า ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาบรรเทาปวดบ้างหรือไม่ หรือขณะที่พยาบาลบันทึกทางการพยาบาลก่อนการรับส่งเวร พยาบาลจะประเมินความปวดทันที โดยการเข้าไปตามความปวด

“มันยุ่งนะ เป็นเหตุการณ์ที่เรากำลังยุ่ง เราคิดว่าเราเพิ่งประเมินและให้ยาผู้ป่วยไป เราลืมไปว่า เวลาผ่านไป 2 ชั่วโมงแล้วละ ความที่เรายุ่ง มีคนใช้ ชื่อคอยูเราต้องดูแล ต้องช่วยหอนทำโน่น ทำนี่ มีความรู้สึกที่เราเพิ่งให้ยาไปแล้วก็เห็นว่า คนไข้นอนนิ่ง ๆ อยู่ นอนหลับ ไม่ได้เข้าไป เราว่าเราเพิ่งให้ไปเมื่อตะกี้เอง ซึ่งจริงถ้าเราเข้าไปถามอาจไม่ปวดก็ได้ เราไม่ได้เข้าไปถามขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ บางครั้งที่เราไปทำการประเมิน ไม่สม่ำเสมอยุ่ง ๆ แล้วเราลืมไปถาม... แม้ว่าจะยุ่งแต่ก็ไม่ควรจะลืม เมื่อถึงเวลาประเมิน ก็ต้องประเมิน”

(พยาบาลรายที่ 1)

5) ประเมินก่อนและหลังให้ยาบรรเทาปวด พยาบาลส่วนใหญ่ประเมินความปวดก่อนและหลังการให้ยาบรรเทาปวด ไม่ว่าจะผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาปวดตามเวลา (around the clock) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาเมื่อมีความปวดก็ตาม พยาบาลประเมินความปวดโดยการถามผู้ป่วยและประเมินผลจากการให้ยาบรรเทาปวดโดยการสอบถามและการสังเกต จากผู้ป่วยนอนหลับได้ สีหน้าแจ่มใส ความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในกิจกรรมการพยาบาล ขยับตัวช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

“ให้ยาตามเวลา แต่ต้องประเมินทุกครั้งก่อนให้ยา โดยการถามทุกครั้ง หลังจากให้ยาแล้ว แต่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรก ถามผู้ป่วยก็จะปวดทุกครั้ง ก็ดูว่าหายปวดไหม โดยการประเมินก่อนให้ครั้งต่อไป ดูจากหลังให้ยาผู้ป่วยหลับได้ ความดันลดลง..การประเมินซ้ำหลังให้ยาบรรเทาปวด ดูจากอาการก็ได้ พักหลับได้ไหม หากเค้าวรณทุรายจากการปวดแผล ไม่น่าจะพักหลับได้ สีหน้า ท่าทาง กระสับกระส่าย”

(พยาบาลรายที่ 1)

“เราจะต้องทำหลังจากให้ยาว่าผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง จากการสอบถาม สังเกตจากนอนหลับได้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีขึ้นขยับได้คล่องขึ้น สีหน้าแจ่มใสขึ้น ไม่กระวนกระวาย สัญญาณชีพลดลง”

(พยาบาลรายที่ 2)

การประเมินที่ได้จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอลิกช่วยเหลือทันทีเมื่อแรกรับในผู้ป่วยรายที่รู้สึกตัวดี แต่ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือในรายที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต สัญญาณชีพไม่คงที่ พยาบาลจะรายงานว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวหรือผ่านพ้นภาวะวิกฤตก่อน จึงเข้าไปประเมินและให้การช่วยเหลือ นอกจากนี้พยาบาลประเมินความปวดขณะให้กิจกรรมการพยาบาล หรือนึกได้จึงเข้าไปประเมิน เมื่อพยาบาลสังเกตเห็นท่าทาง สีหน้า ที่บอกว่าปวด ผลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะเห็นได้ว่า พยาบาลมักจะให้การดูแลความปวดในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวดี และให้การดูแลภาวะคุกคามต่อชีวิตก่อนการดูแลเกี่ยวกับความปวด แนวทางในการดูแลความปวดไม่ชัดเจน ไม่ระบุความถี่ในการประเมินและการประเมินซ้ำหลังให้ยาบรรเทาปวด ซึ่งแนวทางการประเมินความปวดเพื่อการจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดของ Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR 1992 (Devine et al., 1999) กำหนดว่า ควรประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมงในวันแรกของการผ่าตัดใหญ่ และความถี่ในการประเมินความปวดอาจจะมากกว่านี้ได้ เมื่อระดับความปวดเพิ่มขึ้น หรือเมื่อมีการเปลี่ยนวิธีการบรรเทาความปวด และมีการประเมินความปวดซ้ำหลังจากให้ยาบรรเทาปวด

### การรับรู้ของพยาบาลต่อความปวด

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาปวดนั้น การรับรู้ถึงความปวดที่ผู้ป่วยประสบเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความตระหนัก ความสำคัญในการประเมินและให้การช่วยเหลือ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลมีการรับรู้ต่อความปวดคือ 1) การมีแผลทำให้ปวดแฉ่นอน และ 2) ความปวดส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การมีแผลทำให้ปวดแฉ่นอน พยาบาลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีโอกาสที่จะปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อมีการบาดเจ็บ บาดแผลมีขนาดใหญ่ ยาว และลึก ประกอบกับผู้ป่วยที่คาทอลิกช่วยเหลือได้รับการดูแลหมะทางท่อช่วยหายใจ กระตุ้นให้เกิดการไอ เพื่อขับเสมหะ เป็นการเพิ่มความดันในช่องท้อง ยิ่งส่งผลให้มีความปวดเพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยบอกว่าต้องการยาบรรเทาปวด พยาบาลควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทันที ซึ่งการประเมินความปวดของพยาบาลโดยการถามระดับความรุนแรงของความปวด พยาบาลจึงจำเป็นต้องบอกให้ผู้ป่วยรับทราบว่ามีโอกาสการปวดแผลให้บอกพยาบาลและขอยาบรรเทาปวดได้

“ปวดแผล คนไข้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด อุบัติเหตุ จากการกระแทกบริเวณหน้าอก ผู้ป่วยเจ็บแฉ่นอน จากการที่เนื้อเยื่อมีการฉีกขาดหรือมีการชอกช้ำของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด การมีแผลที่เกิดขึ้นในร่างกายก็ทำให้เกิดความปวดได้ เจ็บแผลที่ลึก แผลยาวได้รั้งแล้ว ยาวไปข้างหลัง นอนหงายก็จะ

ทับแผล แผลก็ยาวโดยเฉพาะขณะมีการดูตเสมอในผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยจะเอามือกุมท้องไว้แน่น อาจเป็นจากความดันที่เพิ่มขึ้นในช่องท้อง ทำให้แผลกระทบกระเทือน”

(พยาบาลรายที่ 1)

2) ความปวดส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลรับรู้ว่าการปวดส่งผลทั้งทางร่างกาย และจิตใจ จะทำให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้น ความปวดทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ การเผาผลาญเพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลง ดังนั้นการประเมินความปวดจึงมีความสำคัญ หากพยาบาลไม่สามารถประเมินความปวดได้ จะทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ

“...ถ้าประเมินไม่ได้ ก็ไม่รู้ว่าคุณป่วยต้องการอะไร บางครั้งความปวดควบคู่ไปกับปัญหาอื่น แก้ปัญหาไม่ได้ ทำให้ทุกข์ทรมาน เค็ดไม่มีความสุขแน่นอนก็ไม่ได้ จะพักนอนก็ไม่ได้ เค็ดอยู่ไม่ได้ อยู่ไม่ได้แน่ ทรมานทรมาน... ถ้าเค็ดปวด อวัยวะต่าง ๆ ทำงานหนักหมดเลย เช่น หายใจเร็ว หัวใจเต้นแรง หัวใจบีบแรง ไป load (เพิ่ม) การทำงานของอวัยวะพวกนี้ ต้องใช้พลังงานมาก ผู้ป่วยซึ่งผ่าตัดมีการเสียเลือด เสียน้ำ ทำให้หัวใจทำงานหนักกว่าเดิม อาจส่งผลให้เกิดหัวใจขาดเลือด หากไม่ปวดปัญหาผู้ป่วยก็น้อยลง ความปวดเป็นสิ่งสำคัญ แม้อย่างอื่นดีหมด ถ้าปวดอะไรอะไรเหมือนแก้ไม่ได้ จะฟื้นฟู จะให้ขยับตัวไม่ได้ไปหมด อย่างอื่นก็ตามมา แยกกันใหญ่ เรื่องใหญ่เนะ เหมือนเราอยู่บ้าน เราปวด เราก็อยู่ไม่ได้ต้องมาตรวจ”

(พยาบาลรายที่ 1)

การรับรู้ถึงความปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด จากการศึกษาพบว่า พยาบาลคิดว่าการมีแผลทำให้ปวดแน่นอน และความปวดส่งผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีผลต่อพฤติกรรมของพยาบาลในการประเมินความปวด เช่น ความเอาใจใส่ในการถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดที่กำลังประสบและนำไปสู่การช่วยเหลือ เนื่องจากการที่พยาบาลรับรู้ว่าการปวดเกิดขึ้นแน่นอน ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรายงาน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติไม่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหรือพฤติกรรม หากพยาบาลนึกถึงความปวด พยาบาลต้องเข้าไปถามและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนแทนที่จะให้ผู้ป่วยรอคอย โดสเชอร์ (Doscher, 1992) กล่าวว่า การรับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากเป็นพื้นฐานในการรวบรวมข้อมูลและแปลความข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วย ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ หรือมีการตอบสนองของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ความปวดเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วย ดังการศึกษาของชวัญเรือน (2544) ที่ศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้

ของผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่าการคาดหวังช่วยหายใจ ความปวด และการดูแลหะ เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าก่อให้เกิดความเครียดเป็น 3 อันดับแรก

### ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการประเมินความปวด

การประเมินความปวดเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งความปวดเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ความชอกช้ำ บาดแผลที่กว้าง และบางรายอวัยวะชอกช้ำ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินความปวดคือ 1) แสดงถึงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล 2) เป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยาก และ 3) สอบถามความปวดก่อนการให้ยา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) **แสดงถึงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล** พยาบาลคิดว่าการประเมินความปวดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล พยาบาลเป็นผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา หากพยาบาลไม่ใส่ใจผู้ป่วยจะไม่ได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการ โดยเฉพาะในรายที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารไม่สามารถที่จะพูดออกเสียงได้ ไม่มีแรงที่จะขอความช่วยเหลือ พยาบาลต้องเป็นตัวแทนผู้ป่วยโดยการพูด การถามแทนผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าพยาบาลเข้าใจถูกต้องหรือไม่ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเช่นเดียวกับปัญหาอื่น ๆ

“ต้องประเมิน เป็นบทบาทของเรา เพราะเราอยู่กับคนใช้ตลอดเวลา เป็นความทุกข์ทรมาน เป็นปัญหาใหญ่ ซึ่งถ้าเค้า (ผู้ป่วย) ไม่บอกพยาบาล ไม่รู้จะบอกใคร หากพยาบาลไม่ดูแลตรงนี้ ไม่รู้ว่าใครจะดูแล ผู้ป่วยที่ใส่ท่อนี้ ถ้าพยาบาลไม่นึก พยาบาลไม่เห็นความสำคัญ ก็ไม่มีใครดูผู้ป่วย... ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมีข้อจำกัดในการบอกอยู่แล้ว ใส่เครื่องช่วยหายใจพูดไม่ได้ ไม่ได้ลุกขึ้นมาใช้สิทธิของตนเองอย่างเต็มที่ พูดไม่ได้ แรงไม่มี ถ้าพยาบาลไม่เห็นตรงนี้ เค้าจะบอกปัญหากับใคร ใครจะช่วยเค้า ผู้ป่วยคงอยากบอกว่า ฉันไม่มีแรงอยู่แล้ว ยังไม่มีแรงที่จะขอให้ คนอื่นมาช่วยแก้ปัญหา ฉันไม่มีแรงที่จะขอความช่วยเหลือจากคนอื่นมาช่วยฉัน เราเป็นตัวแทน แทนเค้านะ พูดแทนเค้า ให้เค้าพยักหน้าก็พอ”

(พยาบาลรายที่ 1)

2) **เป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยาก** พยาบาลรับรู้ว่าการประเมินความปวดไม่ใช่เรื่องยุ่งยากสามารถกระทำได้ง่าย พยาบาลประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับชีวิตยังกระทำได้ เพิ่มการประเมินความปวดควรจะได้เช่นกัน

“คิดว่าการประเมินความปวดไม่ยุ่งยาก งานของเรายังมีอย่างอื่นต้อง

ประเมินอีก ที่ยุ่งยากกว่านี้ยังทำได้”

(พยาบาลรายที่ 5)

3) สอบถามความปวดก่อนการให้ยา พยาบาลส่วนใหญ่มักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดและความต้องการยาบรรเทาปวด ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะบริหารยาด้วยวิธีใดก็ตาม หากผู้ป่วยยังคงมีระดับความปวดรุนแรง พยาบาลควรรายงานแพทย์ทราบ

“ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้า (รับการรักษา) ที่เรา ได้รับยาอยู่แล้วตามเวลา หากเราถามผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยบอกว่าไม่เอายาบรรเทาปวด ในวันแรกของการผ่าตัดนะ เราไม่รู้เหมือนกันว่าเราจะทำยังไง บางครั้งไม่ถาม ให้ยาเลย ซึ่งหมอลดยาลงอยู่แล้วตามวันที่ผ่าตัด เวลา wean (การหย่าเครื่องช่วยหายใจ) เห็นหมอก็ลดยา...ดูเหมือนเรายังยึดกับคำสั่งของแพทย์ ทุก 3-4 ชั่วโมง ถ้าไม่ถึงเวลาเราก็จะจ่ายเบี่ยง ทั้ง ๆที่เราก็ถามผู้ป่วยนะ และรู้ดีว่าผู้ป่วยปวด... ผู้ป่วยน่าจะไม่ใช่ OK นะกับเราในการที่ให้เค้ารอยา แต่เราน่าจะนำข้อมูลนี้ไปบอกกับหมออีกที”

(พยาบาลรายที่ 2)

โดยสรุป พยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินความปวดว่า แสดงถึงบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล เป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยาก และมีการสอบถามความปวดของผู้ป่วยก่อนการให้ยาบรรเทาปวด

### การรับรู้ของพยาบาลต่อการประเมินความปวดที่ปฏิบัติอยู่

พยาบาลมีการประเมินความปวดโดยการถาม สีน้หน้าท่าทาง การให้ผู้ป่วยเขียนบอก การสังเกตสัญญาณชีพ และการส่งสัญญาณของผู้ป่วย พยาบาลรับรู้ถึงการประเมินที่ตนเองปฏิบัติอยู่ คือ 1) แนวทางการประเมินความปวดไม่เหมือนกัน 2) ประเมินความปวดจากประสบการณ์ และ 3) ถามว่าปวดหรือไม่ดีกว่าให้บอกตัวเลข โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวทางการประเมินความปวดไม่เหมือนกัน การประเมินความปวดที่ปฏิบัติอยู่ พยาบาลคิดว่ามีแนวทางไม่เหมือนกัน ต่างคนต่างทำ ทำบ้างไม่ทำบ้าง พยาบาลไม่สามารถบอกได้ว่าประเมินเมื่อไหร่ ไม่สามารถที่จะระบุความถี่ในการประเมินความปวดได้ บางครั้งถามบ่อย บางครั้งไม่ได้ถามขึ้นกับเหตุการณ์ เช่น ภาระงานมาก ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความช่วยเหลือ เป็นต้น พยาบาลล้มการประเมินความปวด ขาดความต่อเนื่องในการประเมินความปวด นอกจากนี้พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีความสามารถในการประเมินความปวดได้เร็วกว่าพยาบาลที่เพิ่งเข้ามาปฏิบัติงาน



“บางทีเราถามบ่อยไปหรือว่ามากเกินไป หรือบางครั้งที่เราไปทำไม่สม่ำเสมอ ยุ่ง ๆ แล้วลืมไปตาม เหมือนกับว่าไม่ลงตัวน้อยไปหรือมากเกินไป ไม่มีใครมาบังคับว่าจะอะไรต้องถามทุก 1 หรือ 2 ชั่วโมง แม้ว่า คุณจะยุ่ง แต่ก็ไม่ควรลืม เมื่อถึงเวลาประเมินก็ต้องประเมิน ...แพทย์สั่งยา around the clock (ตามเวลา) หลังจากนั้นให้ pm (เมื่อปวด) ซึ่ง pm ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ไม่ตรงกัน บางทีรอให้คนไข้เรียก คนไข้ก็จะรอว่าเดี๋ยวพยาบาลคงเข้ามาฉีดยาให้ คนไข้ต้องทนกับความปวด..ไซ้ไม่มีความสม่ำเสมอ แต่ละคนไม่เหมือนกัน เราไม่ได้ยึดตัวผู้ป่วยเป็นหลัก...ก่อนการช่วย (เหลือ) ไม่เห็น (ไม่เห็นการประเมินความปวด) ไม่เห็นว่าทำอย่างไร ไม่เหมือนกัน”

(พยาบาลรายที่ 1)

“น่าจะครอบคลุมกว่านี้ แต่ไม่รู้ว่าจะอย่างไร ที ๆ จะประเมินได้เร็ว มองก็พอจะเดาออก การประเมินหนูว่า น่าจะได้เร็วและผู้ป่วยสบาย นอนได้ ปัญหาในการสื่อสารมีความสำคัญ นอกจากถาม การเขียน จากแผ่นประเมินบางครั้งผู้ป่วยไม่เข้าใจ ก็ต้องถามซ้ำ แต่ก็ยังไม่เหมือนกัน ทำคล้าย ๆ กัน แต่ไม่เหมือนกัน...บางเวรก็ให้ยาบ่อย บางเวรก็ลืมไปเลย”

(พยาบาลรายที่ 2)

2. ประเมินความปวดต้องอาศัยประสบการณ์ การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่มีข้อจำกัดไม่ว่าจะเป็นความพร้อมในการสื่อสาร จากการขัดขวางจากอุปกรณ์ไม่ว่าจะเป็น การคาท่อช่วยหายใจ ผลจากยา ระดับความรู้สึกตัว การมองเห็น และบางรายไม่สามารถที่จะเคลื่อนไหวได้ ดังนั้นการประเมินความปวดในงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลต้องใช้ประสบการณ์ช่วยในการประเมินความปวด ด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยวิกฤต มักจะไวต่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วย สามารถที่จะแยกแยะ คาดเดา ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าเกิดจากความปวด หรือภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย พยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยประเมินความปวดได้ช้าไม่แน่นอน เนื่องจากขาดทั้งประสบการณ์และไม่มีแนวทางในการประเมิน หากมีขั้นตอนในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลทุกคนน่าจะประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง รวดเร็วกว่าที่ปฏิบัติอยู่ ดังที่พยาบาลกล่าวถึงการประเมินความปวดว่า

“มันไม่ใช่การถามอย่างเดียว สังเกตท่าทางมันก็ไม่ชัดเจนร้อยเปอร์เซ็นต์นะ ที่เราใช้อยู่มันอาจจะถูกก็ได้ เราใช้ประสบการณ์ในการประเมิน แต่เราทำไม่เหมือนกัน น่าจะประเมินหลาย ๆ อย่าง บางคนอาจไม่มี (อาการ) อย่างนี้ แต่ไม่

ได้ถามอย่างเดียว...น่าจะมี guideline (แนวทาง) ในการประเมิน”

(พยาบาลรายที่ 1)

“...รู้สึกว้าๆ ไม่แน่นอน...น่าจะมีการประเมินเป็นแนวทางเดียวกัน บางครั้งสำหรับพยาบาลจบใหม่ไม่มีประสบการณ์ในการสังเกตเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยทำให้เกิดความสับสนในการให้ยาแก้ปวด การบรรเทาปวดไม่เหมาะสมได้”

(พยาบาลรายที่ 2)

3. ถามว่าปวดหรือไม่ดีกว่าให้บอกตัวเลข ในหน่วยงานมีเครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลนำมาใช้น้อยมาก ไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ อาจเนื่องจากยังไม่มีกรตกลงขั้นตอนในการใช้เครื่องมือ และผู้ป่วยมักอยู่ในสภาพที่สับสนงุนงง อ่อนเพลีย อาจบอกความรุนแรงของความปวดเป็นตัวเลขไม่ได้ การถามตรงไปตรงมาว่า ปวดหรือไม่ปวดจะได้คำตอบที่เร็วกว่า หากใช้เครื่องมือพยาบาลต้องถามหลายคำถาม

“มีนะ เป็นแบบตัวเลข 0-10 แต่ไม่ค่อยใช้ เพราะคิดว่าบางครั้งคนไข้เบลอๆ แล้วยังมาคิดว่า จะเอา (คะแนน) เท่าไรดี หากเขาไปใช้ ต้องใช้หลายคำถามเหมือนกัน แต่ถ้าถามตรงไปตรงมาน่าจะเร็วกว่า และไม่แน่ใจในการใช้เครื่องมือ ไม่รู้เหมือนกัน ว่าใช้อย่างไร”

(พยาบาลรายที่ 1)

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ของพยาบาลต่อการประเมินความปวดที่ปฏิบัติอยู่คือ แนวทางการประเมินความปวดไม่เหมือนกัน ประเมินความปวดจากประสบการณ์ และถามว่าปวดหรือไม่ดีกว่าให้บอกตัวเลข ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ การประเมินความปวดไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ต้องอาศัยประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาล ทำให้พยาบาล ต่างคนต่างทำ ขาดความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการประเมินความปวด ซึ่งตรงกับการศึกษาของซาลอน (Zalon, 1993) ที่ศึกษาการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง 119 ราย พบว่าการประเมินความปวดของพยาบาลไม่มีความสม่ำเสมอ พยาบาลแต่ละคนปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินความปวดไม่เหมือนกัน พยาบาลบางคนไม่ถามเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยขอให้ผู้ป่วยบอก

#### การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (chart audit)

การศึกษานี้ นอกเหนือจากการสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ 10 ราย โดยใช้แบบตรวจสอบ

คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลพบว่า มีการบันทึกในเรื่องต่อไปนี้คือ 1) ระดับความรุนแรงของความปวด โดยระบุว่าผู้ป่วยมีความปวดมาก ปวดพอทน 2) ตำแหน่งที่ปวด โดยส่วนใหญ่ระบุว่าผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด 3) พยาบาลบันทึกชื่อและตำแหน่งผู้ประเมินทุกครั้งที่มีการประเมินความปวด 4) การบริหารยาบรรเทาปวดมีการระบุเวลา ชนิด ขนาดและวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดในแบบฟอร์มการบันทึกสัญญาณชีพงานผู้ป่วยหนัก แทนการบันทึกในแบบฟอร์มลงยา ยกเว้นยาบรรเทาปวดที่ให้ตามเวลาจะบันทึกในแบบฟอร์มลงยา และ 5) การประเมินความปวดซ้ำหลังจากการให้ยาบรรเทาปวด ระบุว่าอาการทุเลา พักหลับได้ ดังตัวอย่างตารางที่ 3 ข้อมูลที่พยาบาลไม่มีการบันทึกคือ ไม่มีการบันทึกเวลาการประเมินความปวดซ้ำหลังให้ยาบรรเทาปวด แม้ว่าจะมีการบันทึกเกี่ยวกับตำแหน่ง ความรุนแรงของความปวด แต่การบันทึกไม่ต่อเนื่อง มีการบันทึกบ้างไม่บันทึกบ้าง และการบันทึกไม่สามารถบอกได้ว่า ความถี่ในการประเมินความปวดเป็นอย่างไร ทำให้การบันทึกขาดความต่อเนื่อง ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินเมื่อไหร่ อย่างไร และยังพบอีกว่า การบันทึกการประเมินความปวดซ้ำหลังการให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด ไม่สามารถบอกถึงผลของการให้ยาที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยได้รับยาเพียงพอหรือไม่เพียงพอกับความต้องการ และนำไปสู่การปรับปรุงแผนการรักษาหรือไม่ อย่างไร

นอกจากนี้พยาบาลในงานผู้ป่วยหนักมีข้อตกลงว่า พยาบาลประเมินความปวดตามแบบฟอร์มการบันทึกการดูแลเฉพาะราย (care map) หากพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความปวด พยาบาลจะลงบันทึก “เครื่องหมายผิด” ในช่องผลลัพธ์ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความปวด พยาบาลต้องบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (nurses' note) โดยบันทึกปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผล เพื่อให้เห็นกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน แต่จากการตรวจบันทึกบางครั้งพบว่า พยาบาลบันทึกเครื่องหมายผิด แต่ไม่มีการบันทึกในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจาก 10 เวชระเบียนตามแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 14.28 พยาบาลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการบันทึกความปวดว่า

“มีการบันทึกในแบบฟอร์มเพียงเขียนการให้ยาบรรเทาปวด และส่งเวรว่าผู้ป่วยปวด ให้ยาอะไร แต่ก็ไม่มีหลักฐานที่จะตรวจสอบได้ ช่วงที่มีการประเมิน ... กรรมการ HA (hospital accreditation) ถามแต่ตอบไม่ได้ เนื่องจากไม่มีการบันทึกให้เห็น ว่าเราประเมินอย่างไร หลังจากประเมินก็ให้ยา แล้วมีการประเมินซ้ำ ซึ่งถามว่าเราทำหรือเปล่า ทำ แต่ไม่มีหลักฐาน ต่างคนต่างทำ เหมือนจะ

ตารางที่ 3 แสดงตัวอย่างการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย

ปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
-ประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด	-ให้ยาบรรเทาปวด M.O. 1 มก/ ช.ม. V -ดูแลให้พักผ่อน -สังเกตความปวด -ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตาม แผนการรักษา	-อาการปวดทุเลาลง -ส่วนใหญ่พักหลับได้ -ยังมีอาการปวดแผลเมื่อ พลิกตะแคงตัว
-ไม่สุขสบายจากปวดแผล	-จัดทำให้สุขสบาย -นอนศีรษะสูง -พูดคุยให้กำลังใจ -ให้ pethidine 50 มก. M ทุก 4 ชั่วโมง	-ผู้ป่วยยังบ่นปวดแผล พอทน -พักหลับได้
-ปวดแผลหลังการผ่าตัดวันที่ 1 และมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง	-ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการ รักษาของแพทย์ -ดูแลให้พักผ่อน	-หลังได้รับยาบรรเทาปวด หลับได้ ผู้ป่วยสงบ ความ ดันโลหิตลดลง heart rate ลดลง
-ปวดพอทน	-ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการ รักษา -นอนศีรษะสูง	-บ่นปวดแผล จึงให้ยา บรรเทาปวด หลังได้รับยา หลับได้

คล้ายกัน แต่เมื่อมีการถาม ตอบได้ไม่เต็มที่ ...อยากให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ที่เขียนคือ ผู้ป่วยสงบหลับได้ vital sign ดี เรายังบันทึกไม่ครอบคลุม แต่ในทางปฏิบัติก็พอใจ เราก็ก็นึกแค่นั้น สั้น ๆ ในหัวข้อ pain คิดว่า การบันทึกก็น้อย รวบรัด เราไม่ได้หาสาเหตุของความปวด และเครื่องมือที่อยู่ใน ward ขณะนี้ เราไม่ได้รู้ที่มา รู้แต่ว่าเวลาประเมินให้เอามาใช้ ควรจะมีการพูดเรื่องความ

ปวดให้ละเอียดและลึกกว่านี้สักหน่อย”

(พยานาการายที่ 1)

พยานาการายมีการบันทึกถึงผลของความปวดต่อประสิทธิภาพของการหายใจ ความไม่สุขสบาย และระดับความรุนแรงของความปวด และให้กิจกรรมการพยานาการาย แต่การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่เพียงพอที่จะบอกถึงคุณภาพของการบันทึกทางการพยานาการาย คุณภาพการบันทึกทางการพยานาการายมีความสำคัญยิ่งในการปฏิบัติพยานาการาย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาพยานาการายที่ได้รับประโยชน์สูงสุด เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร และส่งต่อข้อมูลด้านการดูแลรักษาาระหว่างกัน เป็นพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจกิจกรรมการพยานาการายและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย (บุญศรี และศิริพร, 2543) ปัญหาการบันทึกทางการพยานาการายที่พบคือ การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ขาดความชัดเจน เขียนข้อความซ้ำ ๆ มักเกิดจาก ภาระงานมากไม่มีเวลาทำงานไม่ทัน หรือบุคลากรไม่เห็นความสำคัญเพราะเสียเวลา นอกจากนี้อาจเกิดจากแบบบันทึกไม่เหมาะสมมีแบบบันทึกที่ยุงยากจะเห็นได้ว่า ปัญหาในการบันทึกทางการพยานาการายจะคล้าย ๆ กัน ปัญหาการบันทึกที่พบในการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของแมคเคลแลน (Mac Lellan, 1997) ซึ่งศึกษาโดยการตรวจสอบการบันทึกทางการพยานาการาย และการบริหารยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 136 ราย พบว่าการบันทึกไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะยาบรรเทาปวดที่ให้เมื่อผู้ป่วยปวด ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไม่มีการบันทึกการให้ยา และผลจากการได้รับยาบรรเทาปวด การบันทึกบอกเพียงตำแหน่งที่ผู้ป่วยปวดมากกว่าระดับความรุนแรงของความปวด และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมความปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด 34 ราย จากการตรวจเวชระเบียนพบว่า ร้อยละ 73.5 ของผู้ป่วยที่ศึกษาบันทึกความปวดไม่ครอบคลุม ร้อยละ 64.7 บันทึกผลกระทบของความปวด ร้อยละ 50 บันทึกตำแหน่งของความปวด ร้อยละ 17.6 บันทึกระดับความรุนแรงของความปวด และร้อยละ 2.9 บันทึกลักษณะของความปวด (Paice, Mahon, & Faut-Callahan, 1991)

### ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอลิกช่วยหายใจ

ผลการศึกษาประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอลิกช่วยหายใจ เกี่ยวกับการรับรู้ต่อความปวดของผู้ป่วย และวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยสื่อสารให้พยานาการายทราบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอลิกช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยรับรู้ต่อความปวดที่ประสบ คือ 1) ทรมาน เหมือนจะตายให้ได้ 2) ปวดตลอดเวลา และ 3) ความปวดได้รับการดูแล มีรายละเอียดดังนี้

1) **ทรมาน เหมือนจะตายให้ได้** ผู้ป่วยมีการปวดแผลหลังผ่าตัด การขยับพลิกตะแคงตัว การไอ ทำให้มีอาการปวดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ไม่อยากทำอะไร อารมณ์หงุดหงิด นอนหลับได้ไม่นาน หายใจไม่ออก อยากจะร้องออกมาดัง ๆ ก็ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากได้รับการค้ำคอช่วยหายใจ และการค้ำคอช่วยหายใจยังทำให้เจ็บคอ มีเสมหะ ไอ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังบอกว่า ความปวดหลัง การผ่าตัดไม่ได้เกิดจากแผลผ่าตัดอย่างเดียว ยังเกิดจากการค้ำคอช่วยหายใจ และหรือท่อระบายต่าง ๆ ความปวดมีความรุนแรงรู้สึกทรมานเหมือนการตายจะดีเสียกว่า ดังที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า

“รู้สึกว่าจะเจ็บเวลาตะแคงตัว หายใจไม่ออก มีแผลค้ำอยู่ สายต่าง ๆ ค้ำอยู่ เหมือนจะตายให้ได้เลย ใน 1-2 วันแรก เราเหมือนจะตายเลย.ขอตายดีกว่า แผล เจ็บจะตาย หว่ย ๆ (ขยับตัว) ก็เจ็บ ท่ออีก”

(ผู้ป่วยรายที่ 1)

“การค้ำคอทำให้เจ็บคอ มีเสมหะ พุดจายากหน่อย ไม่ได้ยินเสียง ยิ่งเวลาใส่ท่อ เมื่อไอเจ็บไปหมด ไอหนักกลัวที่สุด เจ็บไปทั้งหน้าอกที่แผล คอ ใจจะขาดให้ได้ เจ็บไปหมด ไอไม่ชอบเลย ยังทำให้เราไม่อยากทำอะไร อารมณ์หงุดหงิด อยากจะร้องออกมาดัง ๆ เพราะว่าเราเจ็บเกินช่วงนั้น..หมายถึง เจ็บแผล เจ็บจน หายใจไม่ออก อึดอัด การนอนหลับนะ หลับไม่ยาวนานะ

(ผู้ป่วยรายที่ 2)

2) **ปวดตลอดเวลา** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ความรู้สึกถึงความปวดคงอยู่ตลอดเวลา แม้พยาบาลจะให้ยาบรรเทาปวดตามเวลา แต่อาการปวดก็ไม่ทุเลา ผู้ป่วยยังต้องการยาบรรเทาปวดอีก แต่ต้องรอให้ถึงเวลาในการจัดยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาความปวด และการรอคอยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเวลาผ่านไปอย่างช้า ๆ

“ใน 1-2 วันแรก เราเหมือนจะตายเลย แต่ที่นั่นหมอดี (พยาบาล) ดูแลผู้ป่วยดี..สนใจเรามาก ช่วงใหม่ชะช้า อาจจะเป็นความรู้สึกของเราก็ได้ว่าช้า เราอาจจะยังช่วยตนเองไม่ได้เลยรู้สึกว่าข้ามันเจ็บตลอด ขณะที่พยาบาลก็ให้ยาตามเวลา ประมาณทุก 4 ชั่วโมงเลย เรานอนดูนาฬิกาอยู่”

(ผู้ป่วยรายที่ 1)

3) **ความปวดได้รับการดูแล** ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ค้ำคอช่วยหายใจรับรู้ต่อการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อการบรรเทาปวด โดยรับรู้ว่ายาพยาบาลเข้าไปสอบถามถึงความปวดค่อนข้างบ่อย และให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด โดยการพูดคุย จัดท่า โดยการให้นอนศีรษะสูง และให้ยาบรรเทาปวด ซึ่งวิธีการต่าง ๆ ที่พยาบาลให้การช่วยเหลือ แม้ว่าไม่สามารถให้ความปวดหายไป นอกจากยาบรรเทาปวด แต่ช่วยให้ความรู้สึกกลัวลดลง

“พยาบาลดูแลตลอด เดินมาถามอยู่เรื่อย ให้ยาบรรเทาปวด จัดท่านอน บอกว่านอนศีรษะสูงทำให้ท้องหย่อน จริงด้วย แต่ไม่หาย ต้องรอสายให้ออกฤทธิ์ แล้วก็ เคี้ยวเข้ามาพูดด้วย ดินะไม่เหงา ความกลัวลดลง”

(ผู้ป่วยรายที่ 2)

ประสบการณ์ข้างต้น เป็นประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย 2 ราย ผู้ป่วยรายแรกได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ต่อมามีการติดเชื้อในช่องท้อง ทำให้มีหนองภายในช่องท้องและแผลผ่าตัดแยกมีหนองไหล มีผิวหนังรอบแผลผ่าตัดบวมแดง มีการคาท่อระบายคือ ท่อระบายชนิดแข็งจากแผลช่องท้อง (sump drain) และท่อระบายทรวงอก (chest drain) ระยะเวลาในการนอนพักในงานผู้ป่วยหนักนาน 10 วัน ผู้ป่วยรู้สึกปวดตลอดเวลา แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาด้วยเพททีดิน 50 มก. ทุก 4-6 ชั่วโมงทางกล้ามเนื้อเมื่อปวด พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษาหรือให้ยาบรรเทาปวดก่อนถึงเวลาฉีดยา 30 นาที พยาบาลบอกว่า ผู้ป่วยรายนี้ขอยาบ่อยมาก โดยขณะมีคาท่อช่วยหายใจจะเขย่าไม้กั้นเตียง หลังเอาท่อช่วยหายใจออกจะเรียกเสียงดัง ผู้ป่วยนอนดูนาฬิกาตลอดและบอกว่าหลังฉีดยา 3 ชั่วโมงจะเริ่มปวด ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย หรืออาจเกิดจากสาเหตุของความปวดไม่ได้รับการแก้ไข ด้วยผิวหนังรอบแผลมีการอักเสบ ผู้ป่วยอีกรายหลังการผ่าตัดเอาเด็กออกจากหน้าท้อง (cesarean section) ความต้องการยาบรรเทาปวดวันแรกหลังการผ่าตัดเพียง 2 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาบรรเทาปวดด้วยมอร์ฟีน 5 มก.ทุก 4 ชั่วโมงทางกล้ามเนื้อเมื่อปวด ระยะเวลาในการนอนในงานผู้ป่วยหนักนาน 2 วัน ผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจเพียง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยนอนหลับได้เป็นส่วนใหญ่

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วย 2 รายนี้มีความแตกต่างทั้งลักษณะของแผล ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัว ระดับความรุนแรงของความปวด ความต้องการยาบรรเทาปวด และชนิดของยาบรรเทาปวด ทำให้ผู้ป่วย 2 รายให้ความรู้สึกเกี่ยวกับความปวดที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ประสบกับความปวดระดับรุนแรงจะให้ความรู้สึกในทางลบรู้สึกปวดตลอดเวลา ทรมาน เกิดจากสาเหตุของความปวดไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนผู้ป่วยอีกรายรับรู้ถึงความปวดได้รับการดูแล ด้วยประสบกับระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย ชนิดของยาบรรเทาปวดก็มีความสำคัญ หากผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมทั้งจำนวน ปริมาณ ชนิดของยา ทำให้สามารถจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ควรได้รับยาบรรเทาปวดชนิดมอร์ฟีน 2.5-20 มก. ทุก 4-6 ชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ ด้วยฤทธิ์ของมอร์ฟีนมีความรุนแรงที่สามารถระงับปวดได้มากกว่าเพททีดินประมาณ 10 เท่า (Nickel & Smith, 2001) การพิจารณาในการให้ยาบรรเทาปวด ขึ้นกับระยะ

เวลาเริ่มออกฤทธิ์ (onset) ของยา และเวลาที่ออกฤทธิ์ ปกติยาในกลุ่มโอปิออยด์จะไม่มี ความแตกต่างในการออกฤทธิ์ แต่เวลาที่ออกฤทธิ์จะแตกต่างกันได้เล็กน้อย ในกรณีนี้ผู้ป่วยได้รับเพทิดีน 50 มก. ทุก 4-6 ชั่วโมง อาจไม่เพียงพอ เนื่องจากเพทิดีน มีช่วงเวลาการออกฤทธิ์สั้น คือ 2-3 ชั่วโมงเท่านั้น นอกจากนี้ ไม่ควรใช้เพทิดีนเป็นเวลานาน ๆ เนื่องจากการสะสมของนอร์เมเพอริดีน (normeperidine) ทำให้เกิดอาการสับสนและชักได้ โดยไม่มีอาการนำมาก่อน ขนาดของยาเพทิดีน ที่ใช้ คือ 75 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4-6 ชั่วโมง ฤทธิ์ที่ได้จะเท่ากับฤทธิ์ของมอร์ฟีน 5-7.5 มก. ซึ่งอาจไม่เพียงพอ ดังนั้นการบริหารยาเพทิดีนควรลดช่วงความถี่ของการบริหารยาเป็นทุก 2-3 ชั่วโมง และระยะเวลาไม่ควรใช้ติดต่อกันเกิน 3-5 วันเพื่อป้องกันผลของนอร์เมเพอริดีนดังกล่าว (Plummer, Gourlay, & Cherry, 2001)

วิธีการรายงานความปวดของผู้ป่วย การศึกษาพบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการสื่อสารให้พยาบาลทราบว่า ตนเองปวดและต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดคือ 1) มองสบตา และก้มมือ 2) เขย่าไม้กั้นเตียงและซีที่ต้นแขน 3) ซีที่แผลผ่าตัด และ 4) พักหน้าตอบรับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **มองสบตาและก้มมือ** เมื่อมีความปวดผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล มองหาพยาบาล แต่บางครั้งพยาบาลกำลังดูแลผู้ป่วยรายอื่นอยู่ จึงไม่ได้หันมาสบตา ผู้ป่วยต้องมองอยู่เป็นเวลานานกว่าพยาบาลจะทราบว่าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ผู้ป่วยจึงใช้การก้มมือร่วมด้วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าการทำเช่นนี้จะทำให้พยาบาลรับทราบได้เร็วขึ้น

“ใช้สายตา ท่าทาง มือ ก็มองเค้า แต่นานกว่าจะเห็น นานประมาณ 15-20 นาที บางครั้งไม่ได้เรื่อง แล้วก็ก้มมือเรียก (แสดงท่าทางประกอบ โดยยกมือขวา แล้วก้มมือ) ไม่นานเค้าก็จะเข้ามา เค้าเข้ามาถามว่า จะเอาอะไร...”

(ผู้ป่วยรายที่ 1)

2) **เขย่าไม้กั้นเตียงและซีที่ต้นแขน** เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาบอช่วยหายใจไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดได้ ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการเขย่าไม้กั้นเตียงเพื่อเรียกให้พยาบาลเข้าไปหาผู้ป่วย วิธีนี้ผู้ป่วยหลายรายบอกว่า ทำให้สื่อสารได้เร็ว พยาบาลจะเข้ามาถามทันทีเกี่ยวกับความปวด

“สำหรับผม เร่ง เขย่าเตียง ไม้ข้างเตียง แล้วเอานิ้วชี้ทำท่าจิกขาที่ต้นแขนขวา แล้วพี่เค้าก็มักจะฉีดยาให้... ซีที่แขนทำท่าจิกขา พยาบาลรู้ทันที”

(ผู้ป่วยรายที่ 1)



3) **ซีทีแมลงผ่าตัด** ผู้ป่วยจะบอก/รายงานความปวดให้พยาบาลทราบโดยการซีทีแมลงผ่าตัด เพื่อสื่อสารให้พยาบาลทราบว่าตนเองปวด พยาบาลมักถามความปวดเกือบทุกครั้งที่มีการตรวจวัดสัญญาณชีพ เมื่อมีความปวดผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณปวดเป็นความรู้สึกของตนเอง จึงไม่มีใครสามารถบอกหรือบรรยายแทนกันได้ดีเท่ากับตัวเอง หลังจากผู้ป่วยซีทีแมลง พยาบาลมักทราบความต้องการของผู้ป่วยทุกครั้งว่า ผู้ป่วยปวด ต้องการยาบรรเทาปวด

“...ต้องบอกพยาบาลนะ ก็เราปวด ซีทีแมลงพยาบาลมาทันที...พยาบาลเข้ามาถามบ่อย เดี่ยวเข้ามาถามว่าปวดหรือไม่ เดินถามไม่หยุด พอใจมาก ดีแล้ว...เราต้องเป็นคนบอกนะ เพราะเราเป็นคนเจ็บ พยาบาลเค้ายุ่งหลายเรื่อง เค้าเข้ามาถาม แต่บางทีเราไม่ปวด ถ้าปวดเราต้องบอกเค้า...”

(ผู้ป่วยรายที่ 2)

“เจ็บคอ เสมหะ ปวดแผล ช่วงนั้นเราจะขึ้นวีบริเวณหน้าห้อง เขามีออนบริเวณแผล ทำท่าว่าเจ็บตรงนั้นเขา (พยาบาล) ทราบ”

(ผู้ป่วยรายที่ 1)

4) **พยักหน้าตอบรับ** จากการสังเกตพบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่สำคัญในการสื่อสารแทนผู้ป่วย เมื่อพยาบาลคาดว่า ผู้ป่วยคาบอช่วยหายใจปวดแผลผ่าตัด พยาบาลจะทำหน้าที่ถามผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ตอบ โดยการพยักหน้าตอบรับ ขณะที่มีการพูดคุย บางครั้งพยาบาลเข้าไปตามพร้อมกับการสัมผัสมือของผู้ป่วย

จากการศึกษาสถานการณ์การรายงานความปวดโดยการมองสบตาและกวักมือ เขย่าไม้กั้นเตียง ซีทีต้นแขน ซีทีแมลงผ่าตัด และการพยักหน้าตอบรับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยการใช้ภาษาท่าทาง เพื่อให้พยาบาลทราบความต้องการการช่วยเหลือ จากการศึกษาของพันทิลโล (Puntillo, 1990) ถึงวิธีการสื่อสารความปวดของผู้ป่วยให้ทีมสุขภาพทราบ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังจากย้ายออกจากงานผู้ป่วยหนักไม่เกิน 5 วัน 19 ราย ที่มีประสบการณ์การคาบอช่วยหายใจ ผู้ป่วยรายงานความปวดโดยการ ส่งสัญญาณจากการส่งสายตา แสดงสีหน้า เคลื่อนไหวมือเตะเขย่าเตียง ใช้มือเคาะเตียง ส่งเสียงร้อง หายใจดัง และพยายามคว้าหรือจับมือพยาบาล เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนเล็กน้อยที่พยายามสื่อโดยการเขียนบอก

#### วิเคราะห์สถานการณ์การประเมินความปวด (ก่อนการวิจัย)

จากการศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) ประสบการณ์การประเมินความปวดของพยาบาล และการตรวจสอบการบันทึกทางการ

พยาบาล และ 2) ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย และวิธีการสื่อสารที่ผู้ป่วยรายงานความปวดให้พยาบาล ทำให้ทราบสถานการณ์ในการประเมินความปวด ดังนี้

1. พยาบาลมีทัศนคติที่ดีในการประเมินความปวด เริ่มจากพยาบาลรับรู้ว่าคุณป่วยหลังผ่าตัดมีความปวดแน่นอน จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ความปวดส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่ประสบกับความปวดมักจะหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ช้า ดังนั้นพยาบาลจึงพยายามที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจหลาย ๆ วิธี เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยประสบกับความปวดแม้ว่าผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการคาท่อช่วยหายใจ หรือในรายที่ยังไม่สามารถรายงานความปวดได้ พยาบาลยังให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดโดยการให้ยาบรรเทาปวด การพูดคุย และการจัดท่า นอกจากนี้พยาบาลคิดว่าการประเมินความปวดถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลสามารถกระทำได้ไม่ยุ่งยาก

2. พยาบาลให้ความสำคัญในการสื่อสารกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ จากการศึกษา พยาบาลใช้หลายวิธีทั้งการเขียน การอ่าน การสังเกตการแสดงท่าทางของผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลสามารถที่จะสื่อสารได้ดีและเร็ว บางรายที่สื่อสารไม่เข้าใจ พยาบาลจะใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลนำแผนภาพ คิว. ซี. ของหน่วยงานที่เอื้อต่อการสื่อสารมาใช้ ซึ่งมักจะสื่อสารได้เป็นผลสำเร็จ

3. พยาบาลไม่มีแนวทางในการประเมินความปวด ทำให้การประเมินความปวดแตกต่างกันและขาดความต่อเนื่อง พยาบาลประเมินความปวดเมื่อคิดว่าผู้ป่วยปวด โดยการสังเกตหรือการถาม แต่ยังไม่มีการติดตามและการเฝ้าระวังความปวดเหมือนกับการเฝ้าระวังภาวะช็อคหรือภาวะวิกฤตหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า มิได้กำหนดเป็นแนวทางชัดเจนว่าการประเมินความปวดควรเป็นเช่นไร พยาบาลจึงมักรอประเมินความปวดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหรือก่อนการให้ยาบรรเทาปวด อีกทั้งไม่มีการประเมินหรือติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมักให้การช่วยเหลือก็ต่อเมื่อผู้ป่วยประสบกับระดับความปวดที่รุนแรง ทำให้การควบคุมความปวดไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การประเมินความปวดในผู้ป่วยหนักที่คาท่อช่วยหายใจในหน่วยงานที่ศึกษา ยังมีได้ ทำความตกลงเรื่องการนำมาตรวัดความรุนแรงความปวดมาใช้ ทำให้การประเมินมีรูปแบบที่หลากหลาย ในทางปฏิบัติควรมีระบบการประเมินแรกรับและการติดตามประเมินเป็นระยะๆ ที่เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น กำหนดให้มีการประเมินเมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวมายังงานผู้ป่วยหนัก หรือเมื่อมีความปวดใหม่ (new report of pain) เกิดขึ้น จากนั้นประเมินทุก 2 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และประเมินหลังการให้การช่วยเหลือ เช่น ประเมินหลังให้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีด 15-30 นาที หรือหลังให้ยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน 1 ชั่วโมง (Carr, Jacox, & Chapman, 1992;

American Pain Society, 1999) นอกจากนี้การใช้แผ่นการติดตามการประเมินความปวด (pain flow sheet) จะช่วยให้พยาบาลมีการประเมินความปวดเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องได้ (Kwekkeboom & Herr, 2001; MaCaffery & Pasero, 1999)

4. พยาบาลอาจมีความรู้เกี่ยวกับความปวดไม่เพียงพอ จากการศึกษาเมื่อพยาบาลประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความปวด ปวดตลอดเวลา พยาบาลให้การช่วยเหลือโดยการให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น รอให้ยาแก่ผู้ป่วยเมื่อถึงเวลา แต่ขาดการติดตามประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการจัดการกับความปวด เป็นต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาปวด หรืออาจเป็นความเข้าใจว่าผู้ป่วยทุกรายจะมีความปวดลดลงตามลำดับวันเวลาหลังผ่าตัด รวมทั้งความกลัวว่าผู้ป่วยอาจได้รับยาบรรเทาปวดมากเกินไป ทำให้การจัดการกับความปวดไม่เหมาะสม พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในการประเมินความปวด พยาธิสรีรวิทยา การออกฤทธิ์ของยาแต่ละชนิด ขนาดของยา ที่จะควบคุมระดับความรุนแรงของความปวดที่เหมาะสม และการช่วยเหลือเพื่อการบรรเทาปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความปวดและการให้ยาบรรเทาปวดให้ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คาดหวังช่วยหายใจที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร พยาบาลต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งประกอบกัน คือ การให้ผู้ป่วยบอกถึงระดับความรุนแรงของความปวดโดยใช้มาตรวัด การสังเกตท่าทาง พฤติกรรม เป็นต้น เพื่อการติดตามประเมินซ้ำและการวางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ดรูณี (2540) กล่าวว่า พยาบาลบางคนมีพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่ามีความรู้เรื่องยาบรรเทาปวดยังไม่ถูกต้อง เช่น รอให้ผู้ป่วยปวดมาก จึงเริ่มให้ยาบรรเทาปวด ตีความหมายของคำสั่งยาที่ให้เมื่อปวด (prn) ว่าให้ยาบรรเทาปวดน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ และประเมินผลการบำบัดความปวดเกินความจริง เช่น พยาบาลมักเชื่อว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดแล้วควรจะหายปวด เป็นต้น จึงให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ ทำให้การจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพ

5. พยาบาลบางรายคิดว่าการดูแลเกี่ยวกับความปวดเหมาะสมแล้ว จากการศึกษาพบว่าพยาบาลบางรายรับรู้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการดูแลความปวดเพียงพอแล้ว เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามเวลาทุกครั้ง ไม่ควรมีปัญหาเรื่องความปวดอีก ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริง ชนิด ขนาด และวิธีการบริหารยาอาจยังไม่เหมาะสม ดังนั้นหากพยาบาลมองว่าไม่เป็นปัญหา ก็จะไม่มีการแก้ไขให้ดีขึ้น นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ พยาบาลมุ่งเน้นการดูแลภาวะคุกคามต่อชีวิตมากกว่าการดูแลเกี่ยวกับความปวดโดยอาจไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่ตามมา จากการที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับความปวด

6. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับความปวดไม่ครบถ้วนและไม่มีความต่อเนื่อง การประเมินความปวดที่ครบถ้วนประกอบด้วย ข้อมูลการประเมินความปวด ระยะเวลา ระยะเวลาในการประเมินก่อนและหลังให้ยาบรรเทาปวด และการบันทึกอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า พยาบาลบันทึกเกี่ยวกับความปวดใน 2 ลักษณะคือ

1) บันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล มักบันทึกเพียงว่าผู้ป่วยหลังจากการได้รับยาบรรเทาปวด อาการทุเลาหรือไม่ ไม่สามารถบอกได้ว่า ระดับความปวดลดลงมากน้อยเพียงใด และไม่ระบุเวลาของการประเมินซ้ำหลังให้ยาบรรเทาปวด ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบริหารยาบรรเทาปวด พยาบาลจะไม่มีกรบันทึกเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยข้อนี้ ทำให้ไม่ทราบว่าคุณผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีความปวดหรือไม่ ทั้ง ๆ ที่พยาบาลบอกว่าการประเมินความปวดก็ตาม

2) บันทึกในแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นการระบุกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยและสรุปปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลมักบันทึกเพียงว่าผู้ป่วยปวดแผล แต่มิได้ระบุว่าผู้ป่วยปวดเมื่อไหร่ ลักษณะการปวดเป็นอย่างไร

การบันทึกใน 2 ลักษณะนี้ไม่เห็นกระบวนการดูแลความปวดอย่างต่อเนื่องว่า พยาบาลประเมินอย่างไร ใช้ข้อมูลอะไรในการตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวด และปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขหรือไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ควรได้รับการประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมงในวันแรกของการผ่าตัด เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่มีความปวดหรือน้อยที่สุด ได้รับการบริหารยาบรรเทาปวดมีประสิทธิภาพสูงสุดและผลข้างเคียงน้อยที่สุด

7. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย นอกจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรายงานความปวดจากการคาท้อช่วยหายใจแล้ว ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย อันได้แก่ พยาธิสภาพของโรค ภาวะสูงอายุ ความอ่อนเพลีย การล้าแรง ความเกรงใจ ไม่กล้ารายงานความปวดของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ทำให้การบริหารการจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพ มีการศึกษาที่พบปัญหาการรายงานความปวดของผู้ป่วย เช่น การศึกษาของคาร์และโทมัส (Carr & Thomas, 1997) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีระดับความปวดที่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยล้าแรง ไม่แน่ใจในการรายงานความปวดให้พยาบาลทราบ ผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด รอให้พยาบาลเข้ามาถาม และผู้ป่วยบอกว่าพยาบาลมีภาระงานมาก ทำให้ไม่มีเวลาพอที่จะบรรเทาความปวดของผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของคาร์ (Carr, 1990a) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในท่อน้ำดี การผ่าตัดไต ใส่เส้น และการตกแต่งกระเพาะอาหาร 21 ราย พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 53 จะรอคอยให้พยาบาลเป็นผู้มาสอบถามเมื่อตนมีความปวด

จากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เสนอรูปแบบการประเมินความปวดชั่วคราว เพื่อการพัฒนาการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ ให้เหมาะสมตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ขั้นตอนและวิธีการประเมินที่สามารถบอกถึง การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม ระดับความรุนแรงของความปวดโดยการใช้มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 ตำแหน่งที่ปวด และการบริหารยาบรรเทาปวด และแบบฟอร์มการบันทึกความปวด (แสดงในภาคผนวก) ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบการประเมินความปวดชั่วคราว ดังนี้

1) ขั้นตอนในการประเมิน พยาบาลประเมินความปวดจากการแสดงออกทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม ระดับความรุนแรงของความปวด การให้การช่วยเหลือโดยการใช้ยาบรรเทาปวด ความถี่ในการประเมินความปวดและการประเมินซ้ำหลังการให้ยาบรรเทาปวด

2) แบบฟอร์มการบันทึกความปวด บันทึกจากสิ่งที่ประเมินในหัวข้อ 1

#### กระบวนการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ พยาบาลเริ่มต้นประเมินเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและเข้ารับการดูแลอย่างใกล้ชิดในงานผู้ป่วยหนัก จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพยาบาล 13 ราย และผู้ป่วย 11 ราย ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการพบว่า การประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล มีกระบวนการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดตามลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่รูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจที่ปฏิบัติได้จริงกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานผู้ป่วยหนักเป็นที่ยอมรับของทุกคน ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการพัฒนามี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก้าวแรกเริ่มจากไม่แน่ใจ ถึงเล ระยะที่ 2 ปรับเปลี่ยนจนได้แนวทาง และระยะที่ 3 รูปแบบที่ลงตัวเป็นส่วนหนึ่งของงาน ดังภาพประกอบ 9

กระบวนการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจ อาศัยความร่วมมือของพยาบาลในหน่วยงาน 13 ราย ร่วมกันพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการประเมินที่ครอบคลุมเหมาะกับบริบท เริ่มจากพยาบาลนำรูปแบบชั่วคราวไปใช้กับผู้ป่วย 2 ราย พยาบาลรับรู้ว่าเป็นภาระ ด้วยไม่คุ้นเคยกับขั้นตอนการประเมินและการบันทึก ทุกคนร่วมกันปรับจนได้รูปแบบชัดเจนขึ้น ทั้งขั้นตอนและแบบบันทึก เรียกระยะที่ 1 นี้ว่า ก้าวแรกไม่แน่ใจ ถึงเล การส่งเสริมในระยะนี้ ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจ ให้ความรู้ สะท้อนคิด และร่วมปรับรูปแบบในการประเมินทั้งขั้นตอนและการบันทึก ต่อมานำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยอีก 5 ราย พบว่าพยาบาลยังไม่แน่ใจในบางขั้นตอนที่

รูปแบบชีวิตควา  
-ขั้นตอนในการประเมิน  
ระดับความรุนแรงของความปลอดภัย NRS0-10  
การสังเกตจากพฤติกรรมและสรีรวิทยา  
-บันทึกในแบบฟอร์มการบันทึก

กิจกรรมการเสริม  
กลยุทธ์

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยส่งเสริมความสามารถ

- ประสิทธิภาพการทำงาน
- ลักษณะการทำงานที่ต้องเฝ้าระวัง
- ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ทักษะที่ดีต่อการประเมินความปลอดภัย
- ตรงกับความต้องการของหน่วยงาน
- การรับรู้ว่าเป็นภาระ

- ความเอาใจใส่

ระยะที่ 1

เริ่มจาก ไม่นับใจ ลังเล  
สู่การปรับเปลี่ยน  
ให้ความร่วมมือ

ระยะที่ 2

จากความร่วมมือ  
ในการปรับเปลี่ยน สังเกต  
จนได้แนวทาง

ระยะที่ 3

จากรูปแบบที่ลงตัว  
ทดสอบเพิ่มเติมส่วนที่ขาดตกส่วนซ้ำซ้อน  
จนเป็นส่วนหนึ่งของงาน

- 1) สร้างความมั่นใจ
- 2) สะท้อนคิด
- 3) ให้ความรู้
- 4) ร่วมปรับเปลี่ยนในการประเมิน

- 1) สะท้อนคิด
- 2) ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง
- 3) ปรับการบันทึก

- 1) สะท้อนคิด
- 2) ปรับขั้นตอนการประเมินและการบันทึก

เสริมแรงใจ

เสริมสร้างพลังอำนาจ

รูปแบบการประเมินความปลอดภัยผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คำต่อช่วยหายใจ

การประเมินความปวดและการบันทึกยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการประเมินความปวด ปวดอย่างครบถ้วน ในระยะที่ 2 นี้เรียกว่า **ปรับเปลี่ยนจนได้แนวทาง** การส่งเสริมในระยะนี้ใช้การสะท้อนคิด ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และ ปรับการบันทึก ผู้วิจัยนำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอีก 4 ราย พบว่ายังคงมีการปรับรูปแบบการประเมินให้เหมาะกับผู้ป่วยวัยสูงอายุที่ไม่สามารถรายงานความปวดเป็นตัวเลขได้ รวมถึงการตัดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน และเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไปจนกระทั่งได้รูปแบบที่พยาบาลพึงพอใจ ในระยะที่ 3 เรียกว่า **รูปแบบที่ลงตัวเป็นส่วนหนึ่งของงาน** การส่งเสริมในระยะนี้คือ การสะท้อนคิด และปรับขั้นตอนการประเมินและแบบบันทึก ซึ่งระยะนี้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด พยาบาลเกิดความพึงพอใจในรูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คอท่อยุบายใจ ดังมีรายละเอียด แต่ละระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ก้าวแรกไม่แน่ใจ ลังเล**

**เริ่มจาก ไม่แน่ใจ ลังเล สูการปรับเปลี่ยน ให้ความร่วมมือ**

การวิจัยเริ่มต้นเมื่อพยาบาลใช้รูปแบบการประเมินความปวดชั่วคราว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นกับผู้ป่วย 2 รายคือ ลุงวิทย์กับน้องดา หลังจากผู้ป่วยมาถึงงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลเรียกปลุกเพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว พบว่าลุงวิทย์ยังไม่รู้สึกตัวดี สับสน มีอาการกระสับกระส่าย ดิ้นไปมา พยายามที่จะดึงท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถที่จะสื่อสาร มีการคาทอระบายทรวงอก พยาบาลเข้าไปประเมินความปวดครั้งแรกโดยประเมินจากการวัดสัญญาณชีพและสังเกตพฤติกรรม ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูง (150/90 มม.ปรอท) และมีอาการกระสับกระส่าย พยาบาลวิเคราะห์ว่าน่าจะปวดจึงให้ยาบรรเทาปวดและจัดให้ผู้ป่วยได้พักนอน 1 ชั่วโมงต่อมา ลุงวิทย์เริ่มตื่นและรู้สึกตัวดีสามารถทำตามคำบอก “บีบมือ คลายมือ” ได้ พยาบาลเริ่มถามถึงความปวดว่า “ปวดแผลหรือไม่” พยาบาลเริ่มอธิบายการรายงานระดับความรุนแรงของความปวด ผู้ป่วยบอกความปวดโดยการยกนิ้วบอกทันที ส่วนน้องดาแรกรับรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ เมื่อพยาบาลเข้าไปประเมินความปวดโดยการอธิบายรายละเอียดการรายงานความรุนแรง น้องดาสามารถบอกระดับความรุนแรงของความปวดได้ทันที โดยการยกนิ้วบอกความรุนแรง เมื่อพยาบาลถามซ้ำ น้องดาพยักหน้าเพื่อยืนยันคำตอบ และการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน การทดลองใช้รูปแบบการประเมินชั่วคราวนี้กับลุงวิทย์และน้องดา 11 และ 6 วันตามลำดับ พบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. **ไม่แน่ใจว่าจะสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยรายงานความปวดได้** รูปแบบการประเมินเป็นสิ่งใหม่ที่มีการตกลงร่วมกันในการนำมาทดลองใช้ ต้องใช้เวลาในการอ่านทำความเข้าใจ พยาบาลบางรายรู้สึกว่าในการอธิบายวิธีการรายงานความปวดกับผู้ป่วย พยาบาลอธิบายได้ไม่คล่อง พูดติดขัด รู้สึกเขิน ไม่ชิน จึงเกิดความไม่มั่นใจว่าอธิบายแล้วผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“พูดอธิบายไม่ค่อยคล่อง ชัด ๆ ตอนที่ (ผู้วิจัย) พูดให้ฟังง่ายออก คงไม่ชิน  
เขิน ๆ อยู่เลย กลัว ๆ เหมือนกันนะ ลุ้นอยู่ว่าผู้ป่วยจะตอบอย่างไร เขาจะตอบได้  
ไหม เรากังวล...ยังไม่ค่อยแน่ใจในเครื่องมือเหมือนกันว่า ผู้ป่วยจะเข้าใจหรือ  
เปล่า”

(พยาบาลรายที่ 5)

2. **ไม่แน่ใจในการรายงานความปวดของผู้ป่วย** ระยะเวลาแม้ว่าพยาบาลจะประเมิน  
ความปวดของผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนดไว้ แต่ก็ยังไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยรายงานความปวดนั้นเป็น  
ความจริง เนื่องจากการประเมินในขณะที่ผู้ป่วยยังมีอาการระคายเคืองหลังการผ่าตัด ผู้ป่วย  
อาจไม่รับทราบข้อมูลทั้งหมด อาจไม่เข้าใจ พยาบาลใช้เวลาในการอธิบายนานและหลายครั้ง ต้อง  
ใช้คำพูดที่สั้น กะทัดรัด ในกรณีฉุกเฉินที่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ซ้ำไม่ตรงตัวเลข ต้องถามย้ำ  
ตัวเลขที่ผู้ป่วยรายงานเพื่อให้แน่ใจว่าเข้าใจตรงกัน บางครั้งผู้ป่วยรายงานเดียวกันรายงานได้บ้างไม่ได้  
บ้าง ด้วยอาจเกิดจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกที่หลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยอาจรายงานความปวดสูงกว่า  
ความเป็นจริงเนื่องจากสาเหตุทางด้านจิตใจ จากความกลัวว่าความปวดที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้  
พยาบาลต้องประเมินจากข้อมูลอื่นร่วมด้วยไม่ว่าจะเป็นชนิดของการผ่าตัด ลักษณะการกรีดแผล  
ผ่าตัด ความกว้างของแผล การคาที่อธิบายต่าง ๆ เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยมีความปวดจริง

“รู้สึกว่เมื่อถามผู้ป่วย ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะเข้าใจหรือไม่ บางครั้งเราใช้  
คำถามที่คิดว่าผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือ เช่น ปวดแผลไหม เอายานะ ผู้ป่วยจะ  
พยักหน้า คล้าย ๆ กับเราต้องถามนำ...ในครั้งแรก ๆ ที่ประเมินผู้ป่วยไม่สามารถ  
ชี้บอกได้ ไม่ตรงกับตัวเลขบ้าง แก่ก่อนข้างจะเพลีย เค้าไม่มีแรง”

(พยาบาลรายที่ 7)

“ครั้งแรกประเมินยาก ผู้ป่วยยังระคายเคือง ต้องอธิบายนานหน่อย เริ่ม  
จากเรียกปลุก เพื่อระดับความรู้สึกตัว เค้าบอกได้ แต่เราไม่ค่อยแน่ใจนักว่ที่  
เค้ารายงานใช่หรือไม่ เราดูอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น แผลผ่าตัดกว้าง อยู่บริเวณ  
หน้าท้อง และมีกร pack gauze (อัดผ้าก๊อซ) ในท้อง น่าจะเจ็บก็เลยเชื่อ เรา  
confirm (ยืนยัน) ด้วยสภาพผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด

(พยาบาลรายที่ 3)

นอกจากนี้พยาบาลไม่แน่ใจว่สิ่งที่ผู้ป่วยรายงานจะตรงกับความเป็นจริง โดยเชื่อว่าผู้ป่วย  
รายงานความปวดสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องกจากสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัวว่จะปวด  
เป็นต้น ดังที่พยาบาลเล่าว่



“ก็การที่ผู้ป่วยซึ่งที่แผลผ่าตัดเค้าน่าจะชี้ 5 ก็ได้ (ระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง) หลังจากการดมยา อาจมีฤทธิ์อยู่ เค้าน่าจะไม่ปวด เมื่อเราอธิบายเกี่ยวกับการรายงานเป็นคะแนน หลังผ่าตัดเค้าน่าจะกลัวปวด ก็จะมีเยอะ บางคนชี้ 7 หลังผ่าตัดใหม่ ๆ เค้ามามีแผลผ่าตัด จิตใจเค้าน่าจะปวด แต่จริงแล้ว เค้ายังไม่ปวด ทำให้เค้าอาจบอกเราไม่ได้ว่า ระดับความปวดที่เค้าคิดว่าต้องการยา อยู่ตรงไหน”

(พยาบาลรายที่ 13)

3. ให้อาบน้ำบรรเทาปวดตามความต้องการของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีไม่ว่าผู้ป่วยจะรายงานระดับความรุนแรงของความปวดมากหรือน้อย พยาบาลให้อาบน้ำบรรเทาปวดตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักต้องการยาบรรเทาปวดก่อนการทำแผล ถึงแม้ผลจากการประเมินความปวดพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดเล็กน้อยก็ตาม ในบางครั้งผู้ป่วยจะปฏิเสธความต้องการยาบรรเทาปวดแม้ว่าระดับความปวดคงเดิมก็ตาม ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ผู้ป่วยบางครั้งบอกว่า 6 (ระดับความปวด) ต้องการยา บางครั้ง 6 แต่ไม่ต้องการยา เราต้องถามพยาบาลกันว่า ทำไม บางครั้ง 6 ก่อนการทำแผล เคื่ก็เอายา บางครั้ง 6 หลังจากให้ยา (หลังจากผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด พยาบาลประเมินซ้ำระดับความปวด) เคื่ก็ไม่ต้องกรยา แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยว่าอย่างไรก็อย่างนั้นนะ (ถ้าผู้ป่วยต้องการยาบรรเทาปวด พยาบาลก็จะให้)”

(พยาบาลรายที่ 1)

4. ประเมินแวรละครั้งหลัง 72 ชั่วโมงนานเกินไป พยาบาลมีความคิดเห็นว่าการประเมินความปวดแวรละครั้ง หลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมงเป็นช่วงห่างนานเกินไป ด้วยรูปแบบการประเมินกำหนดให้พยาบาลประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ประเมินทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24-72 ชั่วโมง และประเมินแวรละครั้งหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนจากมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 และ/หรือแพทย์ปรับเปลี่ยนขนาดของยาบรรเทาปวด ให้ประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมง 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อนำไปทดลองใช้พยาบาลแสดงความคิดเห็นว่าผู้ป่วยบางรายอาจถูกละเลย ดังเช่นกรณีลู้งวิทย์ที่เป็นคนเฉย หากพยาบาลไม่ถาม ผู้ป่วยจะไม่รายงานความปวด ดังนั้นจึงควรประเมินทุก 4 ชั่วโมงตรงกับเวลาวัดสัญญาณชีพ นอกจากนั้นพยาบาลยังมีความคิดเห็นว่าการประเมินหลัง 72 ชั่วโมงไม่จำเป็นต้องใช้แบบประเมินความปวดที่มีความละเอียด ควรบันทึกในแบบบันทึกงานผู้ป่วยหนัก เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง มีระดับความรุนแรงของความปวดและ

ความต้องการยาบรรเทาปวดลดลง สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ และผู้ป่วยสามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง

“การประเมินทุก 2 ชั่วโมงดีแล้ว แต่หลัง 24 ชั่วโมงเราประเมินทุก 4 ชั่วโมงไปเลย เราวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงอยู่แล้ว ไม่ลำบาก หากเราถามแฉะครั้งไม่รู้จะถามเมื่อไหร่ การประเมินที่ชัดเจน ต่อเนื่อง เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่นอนเฉยปวดเอายาก็ไม่บอก เราต้องถามจึงจะบอก”

(พยาบาลรายที่ 4)

“วันหลัง ๆ การผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เอายาบรรเทาปวดแล้ว สัญญาณชีพก็เหมือนเดิม ผู้ป่วยเอายาเมื่อไหร่ก็จะเรียก เคารู้แล้วเมื่อปวดให้บอก วันนั้นลุงวิทย์ปวด ICD ซึ่งบอกว่าจะเอายา เราประเมินและบันทึกสัญญาณชีพในแบบบันทึกงานผู้ป่วยหนักอยู่แล้ว บางครั้งงานเรายุ่ง บันทึกหลายที่ ซ้ำซ้อน แต่ถ้าสอง สาม วันแรก มันจำเป็น”

(พยาบาลรายที่ 6)

5. **สิ่งที่จะเข้าไปประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยหลับ** ในรูปแบบชั่วคราวได้กำหนดให้มีการติดตามการประเมินและการบันทึกหลังจากได้รับยาบรรเทาปวด 30 นาทีในผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยนอนหลับหลังให้ยาบรรเทาปวด พยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากกว่าปลุกผู้ป่วยเพื่อถามระดับความรุนแรงของความปวด โดยเฉพาะในเวรตึก ซึ่งควรเป็นเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย แต่หากไม่มีการประเมินซ้ำ พยาบาลไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยนอนหลับหรือหลับตาเฉย ๆ เนื่องจากการหลับตาไม่ได้บอกว่าคุณป่วยนอนหลับได้หรือไม่ปวด พยาบาลได้เสนอแนะ ให้มีการตกลงกับผู้ป่วยก่อนการให้ยาบรรเทาปวดเกี่ยวกับวิธีการประเมินซ้ำ ดังที่พยาบาลบอกว่า

“เราไม่รู้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยหลับ เขาปวดหรือเปล่า หรือหลับตาเฉย ๆ จริง ๆ ผู้ป่วยหลับ เขาประสบกับปัญหาความปวดหรือไม่อยากรับรู้อะไร เราน่าจะถามเค้านะ ไม่อย่างนั้นก็เหมือนเดิมที่เราไม่ถาม”

(พยาบาลรายที่ 1)

“... เราต้องตกลงกับผู้ป่วยก่อนการให้ยาบรรเทาปวดว่า จะเข้ามาถามเพื่อดูว่า อาการปวดดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร โดยการเข้ามาจับมือเบา ๆ หากยังไม่หลับให้ลืมนิดา”

(พยาบาลรายที่ 5)

6. การบันทึกความปวดไม่ชัดเจน แบบบันทึกที่กำหนดไว้มี 2 หน้า หน้าแรกเป็นการบันทึกการประเมินระดับความรุนแรงความปวด พฤติกรรม และสัญญาณชีพ หน้าหลังเป็นการประเมินตำแหน่ง การบริหารยาบรรเทาปวด จากการศึกษาพบว่า แบบบันทึก 2 หน้าทำให้พยาบาลต้องพลิกไปมาขณะบันทึกและทำให้ยุ่งยากในการเชื่อมโยงข้อมูล และยังพบอีกว่าสเกลในแบบการบันทึกไม่ตรงกับตารางที่จะลงบันทึก ไม่มีเส้นแบ่งแต่ละบรรทัด ทำให้พยาบาลต้องนับช่องหรือกะประมาณ เพื่อลงบันทึกค่าความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจที่ประเมินได้ พยาบาลต้องใช้เวลาในการบันทึกและบันทึกยาก ค่าที่ลงบันทึกไม่ตรง นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลบันทึกในหัวข้อเดียวกันไม่เหมือนกัน เช่น ระบุความต้องการยา บางรายลงบันทึกว่า “ต้องการ” หรือ “ไม่ต้องการ” บางรายใช้เครื่องหมาย “✓” (ถูก) “X” (กากบาท) เป็นต้น ส่วนการบันทึกการประเมินความปวดซ้ำหลังการให้ยา ในกรณีพบว่า ผู้ป่วยหลับ ยังไม่ได้กำหนดเป็นข้อตกลงไว้ในแบบบันทึกว่าจะบันทึกที่ไหน อย่างไร พยาบาลจึงลงบันทึกว่า “หลับ” ในช่องพฤติกรรมอื่น ๆ พยาบาลบางรายลงบันทึกในช่องประเมินความรุนแรงของความปวด หรือบางรายไม่ได้บันทึก ส่งผลต่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า แบบบันทึกที่สร้างขึ้น การบันทึกซ้ำซ้อนในช่องตำแหน่งความปวด ชนิด ปริมาณยาบรรเทาปวด เช่น ต้องบันทึก “แผลหน้าท้อง” หรือ บันทึก pethidine 50 mg M ทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด เป็นต้น เนื่องจากแผนการรักษายาบรรเทาปวดและตำแหน่งของความปวดมักไม่เปลี่ยนแปลง

“การบันทึกทำให้เพิ่มภาระ การลงความดันโลหิตหาสเกลไม่ถูก เพราะไม่ตรงกับตำแหน่งที่ต้องการจะบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจก็เช่นกัน ไม่ตรงกับช่องที่ต้องการบันทึก ทำให้เสียสายตา สัญญาณชีพใช้เวลาบันทึกค่อนข้างนาน ลงบันทึกยาก ต้องกะประมาณ ช่องเล็ก ค่าตัวเลขบันทึกได้ไม่ชัดเจน ”

(พยาบาลรายที่ 10)

“หลังการให้ยาผู้ป่วยหลับไม่แน่ใจว่าจะลงตรงไหนดี...น่าจะระบุพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า หลับ ในส่วนของพฤติกรรม แต่ช่องนี้แสดงถึงพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าปวด ไม่ใช่พฤติกรรมหลังการให้ยาบรรเทาปวด ”

(พยาบาลรายที่ 6)

“เขียนยาแก้ปวดทุกครั้งที่มีการให้ยา ลงต่อยาวกันเป็นพริต หั้ ๆ ที่ยาที่ให้ก็เป็นตัวเดิม มันเสียเวลา เราลงบันทึกแบบใบลงยาได้ไหม จะได้ไม่ต้องเขียนซ้ำ ”

(พยาบาลรายที่ 4)

7. ไม่ได้ลงบันทึกทันทีหลังการประเมิน เมื่อพยาบาลภาระงานมาก หรือมีกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่อง เช่น รับผู้ป่วยใหม่ ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาคุกคามต่อชีวิต วัตถุประสงค์ตามเวลา ให้อาหารทางสายยาง พลิกตะแคงตัว เป็นต้น ถึงแม้ว่าพยาบาลประเมินความปวดตามเวลา และให้ยาบรรเทาปวดไปแล้ว แต่ไม่ได้ลงบันทึกทันทีภายหลังการประเมิน ทำให้เกิดการประเมินความปวดซ้ำระหว่างพยาบาล 2 คนเป็นการรบกวนผู้ป่วย นอกจากนี้อาจเกิดความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลได้หากมีผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลายรายที่พยาบาลประเมินความปวด ดังที่พยาบาลบอกว่า

“ประเมินเราได้ข้อมูลมาว่า ปวดเท่าไร เป็นช่วงที่เราติดพันอยู่ ดูผู้ป่วยรายอื่นอยู่ จะไม่ลงบันทึกก่อน ค่อยมาลงทีหลัง เราจำได้ แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการยา ก็ฉีดก่อน แล้วค่อยมาลง (บันทึก) หากมีงานอื่นรออยู่ เช่น พลิกตะแคงตัว ให้อาหารทางสายยาง ไม่ได้บันทึกทันทีทุกครั้งที่มีการประเมิน”

(พยาบาลรายที่ 5)

“เราไม่ได้บันทึกทุกครั้งหลังประเมิน บางครั้งประเมินซ้ำกัน ได้ยินน้อง (พยาบาลวิชาชีพอีกราย) เข้าไปถามคนไข้ว่าปวดไหม เราว่าเราประเมินแล้วแต่ยังไม่ได้ลง”

(พยาบาลรายที่ 6)

ผู้วิจัยและพยาบาลได้ร่วมกันสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นในระยณะนี้พบว่า 1) พยาบาลไม่คุ้นเคยรูปแบบการประเมินความปวด 2) แบบประเมินบันทึกยาก 3) รูปแบบไม่ชัดเจน และ 4) พยาบาลขาดความมั่นใจในการประเมิน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พยาบาลไม่คุ้นเคยรูปแบบการประเมินความปวด ก่อนเริ่มการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของพยาบาลเกี่ยวกับความรู้ การประเมินความปวด และทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบชั่วคราวการประเมินความปวด แต่เมื่อพยาบาลนำปฏิบัติจริงพบว่า พยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด รวมถึงยังไม่เคยอธิบายการรายงานความปวดแก่ผู้ป่วย ทำให้พยาบาลรู้สึกพูดไม่คล่อง เินที่จะถามผู้ป่วย และไม่แน่ใจสิ่งที่พยาบาลอธิบายจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ ผู้ป่วยจะรายงานได้หรือไม่ นอกจากนั้นจากการที่พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามทุกขั้นตอน ทำให้ต้องใช้เวลาในการประเมินนาน เป็นผลให้พยาบาลรับรู้ว่าการประเมินเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล จากการศึกษาที่ต้องมีการประเมินตามเวลา อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในการรายงานความปวดและต้องอ่านพฤติกรรมทุกหัวข้อในแบบบันทึก

2. **แบบประเมินบันทึกยาก** การบันทึกนับว่าเป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ ที่จะสื่อให้เห็นกระบวนการประเมินความปวดของพยาบาล จากการศึกษาพบว่า แบบบันทึกใช้ยาก ไม่สะดวกในการบันทึก ขาดความเชื่อมโยงของข้อมูล แบบบันทึกยาวประกอบด้วย 2 หน้า พยาบาลต้องพลิกไปมาขณะทำการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาปวด ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้ นอกจากนี้การบันทึกพฤติกรรมที่แสดงความปวดแต่ละข้อไม่ได้แยกบรรทัดให้เห็นชัดเจน สเกลในการลงบันทึกสัญญาณชีพไม่ชัดเจน และไม่มีเส้นแบ่งทำให้พยาบาลต้องใช้การกะประมาณ จึงใช้เวลานานในการบันทึกและแปลผลข้อมูล นอกจากนี้แบบประเมินยังไม่เอื้อในการบันทึกเกี่ยวกับตำแหน่ง การบริหารยาบรรเทาปวด ทำให้พยาบาลต้องบันทึกซ้ำ ยุ่งยากในการบันทึก

3. **รูปแบบไม่ชัดเจน** รูปแบบซึ่งหมายถึง ขั้นตอนในการประเมินความปวดและการบันทึก เมื่อพยาบาลนำรูปแบบการประเมินความปวดไปใช้พบว่า ไม่มีรายละเอียดการใช้แบบบันทึก ดังเช่น การบันทึกตำแหน่งของความปวดรูปภาพ 1-45 การบันทึกความต้องการยาบรรเทาปวดและการบริหารยาบรรเทาปวด ระบุเพียงเวลาในการประเมินซ้ำหลังการให้ยา ทำให้พยาบาลเกิดความสับสน บันทึกไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ขั้นตอนการประเมินระบุเวลาที่ในการประเมินหลังจากผ่าตัดวันที่ 3 เวนละครั้งพยาบาลมีความคิดเห็นว่ามันเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการช่วยเหลือ พยาบาลส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่ารูปแบบการประเมินนี้ควรประเมินเฉพาะช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นให้พยาบาลประเมินและบันทึกในแบบบันทึกของงานผู้ป่วยหนัก

4. **พยาบาลขาดความมั่นใจในการประเมิน** แม้ว่าพยาบาลจะให้ช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย แต่ยังคงมีความสงสัยว่าข้อมูลที่ได้รับตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจริง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยคนเดียวกันรายงานระดับความปวดเท่ากันแต่ต้องการยาบรรเทาปวดต่างกัน ผู้ป่วยบางรายมีอาการระคายเคือง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง พยาบาลไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้มา นอกจากนี้พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยอาจรายงานความปวดสูงกว่าความเป็นจริง จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการประเมินว่าตนเองทำถูกต้องหรือไม่

**กิจกรรมการส่งเสริมการพัฒนาแบบ**

กระบวนการพัฒนาแบบการประเมินความปวดในระยะที่ 1 ซึ่งทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 รายแรก คือ 1) สร้างความมั่นใจ 2) สะท้อนคิด 3) ให้ความรู้ และ 4) ร่วมปรับรูปแบบในการประเมิน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **สร้างความมั่นใจ** การสร้างความมั่นใจช่วยให้พยาบาลเห็นศักยภาพของตนเอง ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาล โดยการเน้นให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวดว่า

เป็นสิ่งที่ท้าทาย การที่พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมบ่งบอกว่าปวด โดยไม่ต้องรอประเมินระดับความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี พยาบาลประเมินความปวดโดยการให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง จากการใช้มาตราวัดความรุนแรงของความปวดแบบตัวเลข 0-10 จะเห็นได้ว่าพยาบาลเริ่มอธิบายให้ผู้ป่วยทราบแบบค่อยเป็นค่อยไป การอธิบายให้พยาบาลเข้าใจว่าการปฏิบัติที่พยาบาลกระทำเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ส่งผลให้พยาบาลเกิดความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนั้นผู้วิจัยยังสร้างความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยทำเป็นแบบอย่าง โดยประเมินให้พยาบาลดูและเปิดโอกาสให้พยาบาลซักถาม การประชุมกลุ่มย่อยเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาล การประชุมกลุ่มเป็นระยะเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน และยังเป็นการทบทวนขั้นตอน เป็นผลให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

การเน้นให้พยาบาลทราบว่าการประเมินเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง และการประชุมกลุ่มย่อยเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง อีกทั้งยังเป็นการแลกเปลี่ยนทัศนคติต่อการประเมินความปวดและบันทึกความปวด การสร้างความมั่นใจในการประเมินโดยการทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำทางความคิด (opinion leader) เพื่อให้พยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความมั่นใจในการประเมินความปวดว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและรายงานความปวดได้ แม้ว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดจากการคาท่อช่วยหายใจ ท่อระบายต่าง ๆ ก็ตาม เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ผู้ป่วยจะเริ่มเข้าใจและเห็นความสำคัญของการรายงานความปวด ทำให้พยาบาลสามารถจะประเมินได้ง่ายและข้อมูลที่ได้รับเป็นประโยชน์ในการให้การดูแลผู้ป่วยตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นการปฏิบัติให้เห็นเป็นแบบอย่างของผู้วิจัยจึงทำให้ภาพที่คิดว่ายาก อาจไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป ซึ่งในเรื่องนี้แมคแคฟเฟอร์รีและพาสีโร (McCaffery & Pasero, 1999) เสนอแนะว่าการมีผู้นำทางความคิดที่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มบุคคลากรที่ปฏิบัติจะเป็นส่วนสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. **สะท้อนคิด** เป็นการสะท้อนร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้พยาบาลเล่าเหตุการณ์ในการประเมินความปวด ร่วมวิเคราะห์ปัญหาที่ไม่สามารถประเมินความปวดได้ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังเช่น กรณีพยาบาลอธิบายการรายงานความปวด ผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการสอนก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการรายงานความปวด ดังนั้นพยาบาลจึงควรอธิบายเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน ให้ความรู้กับผู้ป่วยในการรายงานความปวด แทนการเร่งรีบให้ได้คำตอบหรือในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวดี พยาบาลสามารถประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมและสัญญาณชีพ เป็นต้น นอกจากนี้การสะท้อนคิดยังช่วยแก้ปัญหาพยาบาลขาดความมั่นใจในการ

ประเมิน พยาบาลจะถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้ประกอบในการช่วยเหลือตามผู้ป่วยต้องการ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดี เมื่อพยาบาลสงสัยข้อมูลจากการประเมินว่าตรงตามความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือไม่

การสะท้อนคิดทำให้พยาบาลได้ทบทวนการปฏิบัติ วิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไขร่วมกัน ผู้วิจัยให้ความสำคัญของการสะท้อนคิด ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมองสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความตระหนักและก่อให้เกิดความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างถ่องแท้มากขึ้น จนทำให้เกิดการพัฒนามุมมองหรือแนวคิดใหม่ กระบวนการสะท้อนคิดต้องอาศัยการรับรู้ต่อสถานการณ์ ความรู้เดิม หรือประสบการณ์ ความรู้จากที่ต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายเหตุการณ์ การวิเคราะห์ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลหาความสัมพันธ์และเหตุผลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจสร้างความรู้ใหม่ขึ้นได้ (Alkins & Murphy, 1993) ซึ่งไบชอป ฮันลีย์ ไอเสค และจอห์นสัน (Bishop, Huntly, Isaac, & Johnson, 1988) ได้กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้และการสะท้อนคิดว่าเป็นกระบวนการที่เน้นหลักการคิดของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมของตนเองและการวิเคราะห์การกระทำที่ผ่านมา โดยการย้อนคิดกลับไปสู่กิจกรรมที่ได้กระทำและทำการไตร่ตรอง ส่งผลทำให้ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำคัญ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในขั้นตอนการสะท้อนคิดต้องใช้ความรู้ที่มีอยู่หรือการประยุกต์ความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มาอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจหรือความรู้ใหม่

**3. ให้ความรู้** การให้ความรู้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้ ทั้งที่เป็นความรู้จากทฤษฎี ผลงานวิจัย และบทความวิชาการมาพูดคุยกับพยาบาล เช่น บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต การประเมินความปวดและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น รวมถึงการเน้นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย พยาบาลจึงควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาใช้ในการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ผู้วิจัยให้ความรู้แก่พยาบาลโดยสอดแทรกเนื้อหาขณะที่มีการประชุมร่วมกันก่อนการทำงาน (pre-conference) และขณะมีการประชุมกลุ่มย่อย (group reflection)

การให้ความรู้เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับบุคลากรพยาบาล การให้ความรู้จะพัฒนาความสามารถและส่งเสริมความสามารถที่ซ่อนเร้นภายในตัวบุคคล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีความรู้ที่จำเป็นมาประกอบการตัดสินใจที่ถูกต้องและเหมาะสม (Tracy, 1990) ซึ่งในโครงการนี้ก่อนเริ่มต้นนำรูปแบบลงสู่การปฏิบัติได้เตรียมความพร้อมของพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและแนวทางในการประเมินความปวด เพื่อให้พยาบาลนำความรู้มาเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในเรื่องการประเมินความปวดจากวิธีการเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่

4. **ร่วมปรับรูปแบบการประเมินความปวด** การมีส่วนร่วม (participation) เป็นความเกี่ยวข้องของทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิเคราะห์ปัญหาอันใดอันหนึ่งที่เกิดขึ้น แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น ให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและสังคมนั้น ๆ (สุริยา, 2543) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับรูปแบบ เพื่อให้รูปแบบสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ช่วยให้รูปแบบที่ปรับใหม่สามารถนำไปใช้ได้โดยมีประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่น เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงสุด นอกจากนี้พยาบาลยังได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ทำให้พยาบาลเกิดการรับรู้ว่ามีพลังอำนาจ รู้สึกภูมิใจในงานที่ทำ และรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเอง (ปรางค์ทิพย์, 2543)

### การสะท้อนการปฏิบัติ

ผลการสะท้อนการปฏิบัติในวงจริงนี้ พบปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวด ดังนี้

#### ปัจจัยส่งเสริม

1. **ประสบการณ์การทำงาน** การศึกษาครั้งนี้พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 46.61 มีประสบการณ์การทำงานในงานผู้ป่วยหนักมากกว่า 5 ปีและร้อยละ 30.77 มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี ดังนั้นประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลในงานผู้ป่วยหนัก และดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คาบอช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินความปวด เช่น เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกร่วมมีอาการกระสับกระส่าย ตื่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น พยาบาลสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยปวดแผลมากกว่าภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้น และตัดสินใจให้การพยาบาลสอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว

2. **ลักษณะการทำงานที่ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง** ลักษณะการทำงานในงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตซึ่งต้องมีการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง พยาบาลมีการประเมินและการบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ดังนั้นเมื่อรูปแบบการกำหนดให้ประเมินอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง พยาบาลส่วนใหญ่จึงสามารถประเมินและบันทึกเพิ่มในส่วนของพฤติกรรมและการรายงานระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย

3. **ทัศนคติที่ดีต่อการประเมินความปวด** พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการประเมินความปวดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ที่ควรปฏิบัติเพื่อบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยที่เป็นผู้ที่ประสบกับความปวด พยาบาลต้องเป็นตัวแทนผู้ป่วยโดยเฉพาะในรายที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารไม่สามารถที่จะพูดออกเสียงได้ ทัศนคติที่ดีทำให้พยาบาลเข้าใจถึงบทบาทของตนเอง ความเอาใจใส่ เชื้อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเกี่ยวกับความปวด ส่งผลต่อพฤติกรรมในการแสดงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ รับผิดชอบต่อ



การให้บริการได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายได้อย่างดี สามารถพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดที่ง่าย ชัดเจนในการประเมินผู้ป่วย และสามารถนำไปสู่การจัดการกับความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ตรงกับความต้องการของหน่วยงาน ในระยะที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษา เป็นช่วงที่หน่วยงานมีแผนงานในการพัฒนาคุณภาพงาน ประกอบกับการประเมินความปวดเป็นความสนใจของหน่วยงาน เพราะสามารถบ่งชี้ถึงคุณภาพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่เข้ารับการดูแลในงานผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม ดังนั้นการเข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยนี้ ทำให้หน่วยงานมีโอกาสเร่งรัดการพัฒนาระบบการบริการให้ได้มาตรฐานเพื่อรองรับการตรวจสอบรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งจะมีการเยี่ยมตรวจโดยองค์กรอิสระในการติดตามความก้าวหน้าของโรงพยาบาล หลังจากได้รับการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลมา 1 ปี จึงทำให้พยาบาลทุกคนเห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือ และสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้อย่างเต็มที่

#### อุปสรรค

การรับรู้ว่าเป็นภาระ ในทางปฏิบัติถึงแม้พยาบาลส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าการประเมินความปวดอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ดี แต่บางครั้งพยาบาลรับรู้ว่าเป็นภาระเนื่องจาก ลักษณะงานในงานผู้ป่วยหนัก ต้องการความเร่งรีบ อาการของผู้ป่วยที่มีเปลี่ยนแปลงอยู่เกือบตลอดเวลา ต้องเฝ้าระวังปัญหาที่คุกคามถึงชีวิต ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย 4 คน ที่รับมาจากหลายแผนกไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทางศัลยกรรม อายุรกรรม สูติกรรมและกุมารเวชกรรม ที่มักมีปัญหาลายระบบ ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมีปัญหาซับซ้อน บางครั้งภาระงานทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการประเมินความปวดเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำที่ปฏิบัติ ทำให้บางครั้งพยาบาลมองข้ามการประเมินความปวด มุ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลความปวดอย่างต่อเนื่อง

#### ผลลัพธ์

ผลลัพธ์ของการใช้พัฒนารูปแบบการประเมินความปวดชั่วคราวจากการนำไปใช้กับผู้ป่วย 2 ราย คือ 1) ปรับขั้นตอนการประเมินความปวด 2) ปรับแบบบันทึก 3) ปรับวิธีการบันทึก และ 4) ปรับระยะเวลาในการใช้แบบประเมินโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปรับขั้นตอนการประเมินความปวด ผู้วิจัยได้ปรับขั้นตอนการประเมินในคู่มือการประเมินความปวดดังนี้

1) พยาบาลประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง เพื่อให้ตรงกับเวลาการตรวจวัดสัญญาณชีพ เป็นการลดความซ้ำซ้อนในการรบกวนผู้ป่วย เสมือนว่าการ

ประเมินความปวดเป็นการตรวจวัดสัญญาณชีพที่ 5 และหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง กำหนดให้ประเมินความปวดและบันทึกในแบบบันทึกงานผู้ป่วยหนักตามปกติ

2) การประเมินความปวดซ้ำหลังให้ยาบรรเทาปวด ให้ประเมินซ้ำภายหลังจากให้ยาบรรเทาปวด 1 ชั่วโมง โดยพยาบาลตกลงกับผู้ป่วยก่อนหรือขณะที่ให้ยาบรรเทาปวดกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลจะเข้ามาประเมินผู้ป่วยอีกครั้ง ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบชั่วคราวที่กำหนดให้ระยะเวลาในการประเมินซ้ำขึ้นกับวิธีการบริหารยาบรรเทาปวด กรณีให้ทางหลอดเลือดดำประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาทีและกรณีให้ยาทางกล้ามเนื้อประเมินความปวดซ้ำภายใน 1 ชั่วโมง จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากบริหารยาบรรเทาปวด ผู้ป่วยมักจะหลับ ซึ่งการหลับเป็นช่วงเวลาของการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก โดยปกติกลไกการนอนหลับมี 4 ระยะ หากพยาบาลปลุกหรือสัมผัสผู้ป่วยเพื่อทราบระดับความรุนแรงของความปวดในระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งการนอนหลับเป็นช่วงที่ไม่มี การเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว (Non-rapid eye movement = NREM) พยาบาลสามารถจะทำให้ผู้ป่วยตื่นได้ง่ายด้วยเสียงเดินและการสัมผัสร่างกาย กลไกการนอนหลับระยะที่ 1 และ 2 นี้ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ดังนั้นหากพยาบาลสัมผัสผู้ป่วยในระยะนี้ ผู้ป่วยจะถูกปลุกให้ตื่นและกว่าที่ผู้ป่วยจะนอนหลับ ผู้ป่วยต้องเริ่มระยะที่ 1 ทำให้เป็นการขัดขวางการนอนหลับของผู้ป่วย (ณัฐสุรงค์, 2538) ส่วนการประเมินซ้ำหลังการบริการยาบรรเทาปวดสามารถที่จะประเมินได้ภายใน 30-60 นาที (Cullen & Tittler, 2001)

2. ปรับแบบบันทึก จากปัญหาแบบประเมินบันทึกยาก เนื่องจากแบบประเมินตามรูปแบบชั่วคราวประกอบด้วย 2 หน้า จึงมีปรับรูปแบบใหม่ คือ ปรับแบบบันทึกให้รวมอยู่ในใบเดียวกัน และยังคงการประเมินความปวดเกี่ยวกับ สัญญาณชีพ พฤติกรรม ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของความปวด และการบริหารยาบรรเทาปวดไว้อย่างเดิม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ (ภาคผนวก ข)

1) ปรับแบบบันทึกสัญญาณชีพ โดยการดัดแปลงจากแบบฟอร์มการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (neurological observation sheet) เพื่อแก้ไขแบบบันทึกเดิมที่สเกลไม่ชัดเจน แบบบันทึกประกอบด้วย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ชีพจร ที่เริ่มจากสเกล 10-210 โดยมีการเพิ่มสเกลของละ 10 ในแนวตั้ง และอุณหภูมิตั้งแต่ 35-40 องศาเซลเซียส

2) ปรับการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 และการประเมินระดับความรู้ตัว (sedative score) มาไว้ในช่องเดียวกัน เพื่อให้เห็นข้อมูลที่ประเมินได้ชัดเจนขึ้น เช่น ระดับความรู้สึกรู้ตัวมากกว่า 2 จะไม่มีการประเมินและการบันทึกระดับความรุนแรงของความปวด เป็นต้น

3) ปรับแบบบันทึกการประเมินจากพฤติกรรม/ท่าทาง/สีหน้า ที่บ่งบอกความปวด ตำแหน่งที่ปวดและกิจกรรมการช่วยเหลือ โดยการแบ่งเป็นช่อง มีเส้นบรรทัดที่ชัดเจนขึ้น เพื่อให้ลงบันทึกได้ง่าย มีรายละเอียดเพิ่มขึ้น ดังนี้

- พฤติกรรม/ท่าทาง/สีหน้าที่บ่งบอกความปวด เพิ่มข้อความ “นิ้วชี้ที่แปลเพื่อขอยาบรรเทาปวด”
- กิจกรรมการช่วยเหลือ แบบฟอร์มฉบับแรกระบุเฉพาะการบริหารยาบรรเทาปวด ปรับโดยการระบุชนิดของยาที่มักใช้กับผู้ป่วย พร้อมกับทำเส้นประ “.....” เพื่อให้พยาบาลบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของยาบรรเทาปวด ขนาด วิธีบริหารยา นอกจากนี้ยังระบุกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาปวดเพิ่มเติมคือ “การจัดท่า การพูดคุย” เป็นต้น

3. ปรับวิธีการบันทึก ในแบบบันทึกสัญญาณชีพ ความรุนแรงของความปวดความต้องการยาบรรเทาปวดและตำแหน่งที่ปวด เพื่อความสะดวก การบันทึกที่สามารถสื่อในทีมได้ ดังนี้

- 1) สัญญาณชีพ ให้ระบุอัตราการหายใจเป็นตัวเลข แทนการลากเส้นเชื่อมจุดต่อจุด
- 2) ความรุนแรงของความปวด จากการประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 ให้ลงบันทึกโดยการบันทึกเครื่องหมาย “.” (จุด) ภายในช่องตามระดับความปวดที่ประเมินได้ และลากเส้นเชื่อมโยงทุกครั้งที่มีการประเมิน เพื่อให้เห็นความต่อเนื่องของระดับความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังให้การช่วยเหลือ

3) ความต้องการยาบรรเทาปวด ปรับการบันทึกความต้องการยาบรรเทาปวด โดยใช้อักษรย่อ กรณีผู้ป่วยต้องการยาบรรเทาปวด บันทึก “Y” (yes) และหากผู้ป่วยไม่ต้องการยาบรรเทาปวด บันทึก “N” (no) แทนการเขียนข้อความ

4) ตำแหน่งที่ปวด การบันทึกเกี่ยวกับตำแหน่งที่ปวดให้ระบุเป็นตัวเลข แทนการเขียนบรรยาย เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก

5) การบริหารยาบรรเทาปวด บันทึกดังนี้ 1) ให้ระบุชนิดของยาบรรเทาปวด ปริมาณ วิธีการบริหารยา และ 2) ใช้เครื่องหมาย “✓” (ถูก) ในช่องที่ตรงกับเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดที่ตรงกับการบันทึกระดับความรุนแรงของความปวด พฤติกรรมและสัญญาณชีพ

6) การบันทึกหลังจากผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด กรณีที่ผู้ป่วย “หลับ” ให้บันทึกในส่วนของการบันทึกระดับความรุนแรงของความปวด

7) พยาบาลบันทึกทันทีหลังจากประเมินความปวด เพื่อการลงบันทึกได้ง่ายและใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในการวางแผนการพยาบาล

การปรับแบบบันทึกโดยวิธีการบันทึกส่วนใหญ่เป็นในลักษณะการเขียนรายข้อ เพื่อความสะดวกในการใช้แบบบันทึก ดังงานวิจัยเชิงทดลองของจวินดาภรณ์ และยุพิน (2544) เรื่องผลของการใช้แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลต่อประสิทธิภาพการบันทึกและการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาลในพยาบาล 15 ราย ที่ปฏิบัติงานในแผนกผ่าตัดพบว่า ประสิทธิภาพการบันทึกด้านความครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดี และด้านความคล่องตัวในการบันทึกอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งการบันทึกใช้การบันทึกแบบเขียนรายข้อเป็นความต้องการของบุคลากรและเป็นที่ยอมรับมากกว่าการบรรยาย ดังที่สโลน และคณะ (Slone et al., 1989) กล่าวว่า ลักษณะงานในห้องผ่าตัด แบบบันทึกนิยมแบบเขียนรายข้อมากกว่าการบรรยาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ลักษณะงานผู้ป่วยหนักและงานห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

4. ปรับระยะเวลาในการใช้รูปแบบการประเมิน ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลแสดงความคิดเห็นเหตุผลในการที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจได้ มีการปรับโดยคำนึงถึงว่าระดับความรุนแรงของความปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากจะมีความปวดมากในระยะ 1-3 วันแรกหลังการผ่าตัดหลังจากนั้นความปวดจะทุเลาลงเรื่อย ๆ จึงมีข้อสรุปร่วมกันให้ใช้แบบประเมินความปวดนี้เป็นเวลา 3 วัน นับจากผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด จนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

นอกจากนั้นผู้วิจัยประเมินผลของการใช้รูปแบบการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่คาท่อช่วยหายใจระยะที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ระดับความพึงพอใจของพยาบาล และผู้ป่วย พบว่า

1. พยาบาล ผู้วิจัยวางแผนประเมินระดับความพึงพอใจโดยการสัมภาษณ์พยาบาลถึงระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมิน แต่ผู้วิจัยไม่ได้ประเมินเนื่องจากระยะนี้เป็นระยะเริ่มแรกของการศึกษา พยาบาลยังไม่คุ้นเคยกับรูปแบบการปฏิบัติตามรูปแบบการประเมิน อีกทั้งรูปแบบการประเมินยังไม่ชัดเจน ต้องมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ในระยะนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้วัดระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการประเมิน อย่างไรก็ตามพยาบาลให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงระดับความพึงพอใจ ผู้วิจัยประเมินผลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 1 ราย ส่วนอีก 1 รายผู้วิจัยไม่สามารถสัมภาษณ์ถึงวิทยหลังการเอาท่อช่วยหายใจออก เนื่องจากผู้ป่วยคาท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน 11 วัน หลังจากถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่สามารถพูดออกเสียงได้ ไม่สามารถสื่อสารด้วยการเขียนได้ จากการสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวด

และระดับความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด ขณะที่นอนพักรักษาตัวในงานผู้ป่วยหนักขณะที่คาท้อช่วยหายใจ พบว่า

1) การรับรู้ถึงกิจกรรมการประเมินความปวดและการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดของพยาบาล พบว่าพยาบาลเข้ามาถามเกี่ยวกับความปวด ความต้องการยาบรรเทาปวด และให้ยาบรรเทาปวดทันทีที่ขอต้องการยาบรรเทาปวด สำหรับการสื่อสารเมื่อประสบกับความปวดของผู้ป่วยกระทำโดยชี้บอกตัวเลข ยกนิ้วบอกคะแนนความรุนแรงของความปวด ทำท่าชัตตาด้วยการเอานิ้วชี้ที่แขนเพื่อขอยาบรรเทาปวด ซึ่งสามารถสื่อสารให้พยาบาลทราบทันที นอกจากการได้รับยาบรรเทาปวดแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับการช่วยเหลือในการบรรเทาปวด โดยวิธีการอื่นร่วมด้วย เช่น การจัดท่านอน การสอนการหายใจเข้าออกลึก ๆ เป็นต้น

2) ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย พบว่าระดับความพึงพอใจร้อยละ 85 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยให้ระดับความพึงพอใจระดับดีทั้งพยาบาลติดตามประเมินความปวดเป็นระยะ ให้ความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยคอยยาบรรเทาปวดนาน เมื่อผู้ป่วยต้องการยา พยาบาลยังการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดโดยการจัดท่านอน การพูดคุย และในภาพรวมผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแลของพยาบาลในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด

## ระยะที่ 2 ปรับเปลี่ยนจนได้แนวทาง

จากความร่วมมือในการปรับเปลี่ยน สังเกต จนได้แนวทาง

ระยะนี้เริ่มต้นเมื่อ พยาบาลใช้รูปแบบการประเมินความปวดซึ่งปรับจากระยะที่ 1 โดยให้กับผู้ป่วย 5 ราย สภากษของผู้ป่วยแรกรับทั้ง 5 รายพบว่า พระภิกษุมณี ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ ดิ้น หน้ามืดตัวชวมืด นอนเกร็ง ลุ่สำราญ และหมีะคง มีความรู้สึกตัวดี ส่วนอีก 2 รายคือ ลุงประทีป กับตาเชือบ เรียกปลุกไม่ตื่น นอนนิ่ง ตัวเย็น หน้าซีด สีหน้าเรียบเฉย รุม่านตาตอบสนองต่อแสงปกติ

พยาบาลประเมินความปวดผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว โดยใช้การประเมินเฉพาะพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา หลังจากผู้ป่วย 5 ราย มีระดับความรู้สึกตัวดี พยาบาลจึงเริ่มอธิบายการใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 0-10 โดยให้ผู้ป่วยรายงานความปวด ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ให้ผู้ป่วยชี้นิ้ว/ยกนิ้ว ชัยบริมฝีปากบอกตัวเลข หรือชี้ตัวเลขบนบอร์ดตัวเลขมาตรวัดความปวด เป็นต้น พยาบาลถามย้ำคะแนนความปวดที่ผู้ป่วยรายงาน ผู้ป่วยยืนยันคำตอบด้วยการพยักหน้าหรือยกนิ้วชี้ พยาบาลลงบันทึกในแบบประเมินความปวดทันทีหรือบันทึกหลังให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วย แต่ด้วยระยะนี้ผู้ป่วยมีปัญหาที่แตกต่างไปจากระยะที่ 1 ปรากฏการณ์ที่พบมีดังนี้

1. **ไม่ต้องประเมินระดับความปวดกับผู้ป่วยทุกราย** การประเมินความปวดในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว พยาบาลต้องประเมินความปวด ประเมินทั้งระดับความรุนแรงของความปวดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทางสรีรวิทยา จากการศึกษาพบว่า ในบางครั้งพยาบาลไม่ได้ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดกับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากพยาบาลต้องให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดจึงไม่จำเป็น ดังกรณีของหมีะคงภายหลังการผ่าตัด แพทย์ให้การรักษายาบรรเทาปวดชนิดมอร์ฟีน 5 มก.ทางกล้ามเนื้อตามเวลาทุก 4 ชั่วโมง และงดให้ยาบรรเทาปวดหากความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปรอท (ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 85/50-90/50 มม.ปรอท) พยาบาลจึงให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่ได้ประเมินระดับความรุนแรงของความปวด พยาบาลมีความคิดเห็นว่า ไม่ต้องการรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย และระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยไม่มีผลต่อการให้ยาบรรเทาปวด การบริหารยาบรรเทาปวดขึ้นกับความดันโลหิต ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ผู้ป่วยรายนี้แม้ระดับความรุนแรงของความปวดจะมากหรือน้อยไม่ได้เป็น  
ข้อมูลที่ตัดสินใจให้การให้ยาบรรเทาปวดความดันต่ำหมอมไม่ให้ยา”

(พยาบาลรายที่9)

2. **รอจนกระทั่งผู้ป่วยตื่น จึงประเมินความปวด** จากการศึกษาพบว่า พยาบาลไม่ได้ใช้รูปแบบการประเมินความปวด ในกรณีผู้ป่วยไม่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหรือไม่รู้สึกตัว พยาบาลประเมินและบันทึกเฉพาะสัญญาณชีพในแบบฟอร์มงานผู้ป่วยหนักตามปกติ โดยมีได้ประเมินความปวดจากการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและสัญญาณชีพ พยาบาลให้เหตุผลว่าผู้ป่วยที่ไม่ฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกไม่มีอาการการเปลี่ยนแปลง จึงไม่สามารถนำข้อมูลนี้ไปประกอบการตัดสินใจให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดได้ ดังกรณีของตาเชียบพยาบาล ไม่ประเมินความปวดและไม่ให้ยาบรรเทาปวด แม้ว่าแพทย์ให้แผนการรักษาเรื่องยาบรรเทาปวดไว้ก็ตาม รอจนกว่าผู้ป่วยตื่นหรือมีการตอบสนอง (sedative score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2) จึงเริ่มใช้รูปแบบการประเมินความปวดในเวรตึก โดยพยาบาลสังเกตเห็นผู้ป่วยใช้มือจับแผล หน้านิ้วคิ้วขมวด ตรวจวัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ พยาบาลจึงเริ่มให้ยาบรรเทาปวดตามเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลเล่าเหตุการณ์ให้ฟังว่า

“ผู้ป่วยยังไม่ตื่นเลยที่ เลยยังไม่ให้ยา ก็หมอสั่ง เพทิดีน ทุก 4 ชั่วโมง  
ผู้ป่วยตัวเย็น ยังไม่ตื่น เรียกปลุกตั้งนาน... เขาก็ยังไม่ตื่น ตัวเย็น แต่ความ  
ดันโลหิตดี...ยังไม่ประเมิน pain เลยที่ ผู้ป่วยยังไม่ตื่นเลย แน่เน็ง จะถาม

อะไรก็ได้ ยังไม่ได้ทำอะไรเลย วัดเฉพาะ vital sign ลงใน ICU record อย่างเดียว”

(พยาบาลรายที่ 10)

3. ให้นยาบรรเทาปวดต้องเฝ้าระวัง ในการบริหารยาบรรเทาปวด พยาบาลเฝ้าระวัง และติดตามผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดและให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ของยา อย่างใกล้ชิด ดังกรณีลงประวัติที่ปหลังได้รับยาบรรเทาปวดพบว่า นอนนิ่ง เรียกปลุกไม่ตื่น ความดันโลหิต ลดต่ำลงเท่ากับ 70/50 มม.ปรอท จำนวนปัสสาวะ 10 ซี.ซี./ชั่วโมง พยาบาลรายงานแพทย์ทราบ แพทย์ให้สารน้ำและพลาสมาทดแทนและให้นยาบรรเทาปวดต่อไป แพทย์ให้เหตุผลว่า หลังให้นยา บรรเทาปวดหลอดเลือดขยายตัวอาจเกิดความดันโลหิตลดต่ำลงได้ ในรายที่สารน้ำในร่างกายไม่เพียงพออยู่เดิม ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“ผู้ป่วยรายนี้ปวดมากให้ pain score 10 แต่นั่นแหละหลังให้นยา 15 นาที BP drop ผู้ป่วยนิ่งเงียบ เรียกไม่ตื่น ปัสสาวะออกน้อยลง รายงานแพทย์ ให้เอา FFP มาให้ 500 ซี.ซี.ถ้าให้น้ำพอความดันน่าจะดี...พอให้น้ำพอ หลังให้นยา dose ต่อไปความดันไม่ต่ำแล้ว กลับแต่ไม่เหมือนตอนครั้งแรกที่ให้นยา ผู้ป่วย แน่นิ่ง...แพทย์บอกว่าผู้ป่วยรายนี้น่าจะปวดนะ รื้อเยอะเลย (การผ่าตัดที่ยุ่งยาก ซับซ้อน)”

(พยาบาลรายที่ 1)

4. บันทึกไม่เหมือนกัน ทำให้ไม่สามารถสื่อสารในทีมให้เข้าใจตรงกันได้ หลังจากพยาบาลประเมินความปวด พยาบาลบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดไม่เหมือนกัน คือ บันทึก เครื่องหมาย “.” (จุด) ลงบนเส้นบั้ง ในช่องบั้ง ส่งผลต่อการอ่านและแปลความหมายในการสื่อสาร ที่ไม่ตรงกันภายในทีมสุขภาพ

5. บันทึกซ้ำซ้อน เพิ่มภาระงาน การบันทึกสัญญาณชีพเกิดความซ้ำซ้อน มีการบันทึกทั้งในแบบฟอร์มงานผู้ป่วยหนักและแบบบันทึกการประเมินความปวด พยาบาลจึงรู้สึกว่า เป็นภาระ ในระยะแรกหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยประสบกับความปวด มักพบการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ เป็นการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาธิติก หลังจากนั้นร่างกายมีการปรับตัว จึง อาจไม่พบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ พยาบาลคิดว่าสัญญาณชีพเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งบอกถึง ความปวดที่ควรบันทึกโดยเฉพาะในระยะแรกของการผ่าตัด ในขณะที่ข้อมูลส่วนอื่นยังไม่ชัดเจนนัก และการบันทึกข้อมูลทั้งระดับความรุนแรงของความปวดและสัญญาณชีพในแบบบันทึกความปวด

ทำให้เห็นความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของความปวดและสัญญาณชีพชัดเจนขึ้น สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ดังที่พยาบาลบอกว่า

“ปกติเรา (พยาบาล) บันทึกสัญญาณชีพใน *icu record* อยู่แล้ว  
ทำไมเราต้องบันทึก เราประเมินความปวดนั้นแหละ ลงบันทึก แต่ค่อยมาลง  
สัญญาณชีพ ก็เรามีอยู่แล้ว”

(พยาบาลรายที่ 9)

6. บันทึกบ้าง ไม่บันทึกบ้าง ทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ หลังจากพยาบาลประเมินและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ พฤติกรรม การช่วยเหลือ และตำแหน่งความปวดพบว่า การบันทึกตำแหน่งมีการบันทึกบ้างไม่บันทึกบ้าง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่า มีการประเมินหรือไม่มีการประเมิน ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน

7. เริ่มต้นเคยกับรูปแบบและสื่อภาษาที่ตรงกัน หลังจากใช้กับผู้ป่วยมาระยะหนึ่งพยาบาลมีประสบการณ์และคุ้นเคยกับรูปแบบทั้งการประเมินและการบันทึกมากขึ้น พยาบาลรับรู้ว่าคุณป่วยเข้าใจง่ายขึ้น รายงานความปวดได้รวดเร็วขึ้น ประกอบกับระยะนี้ผู้ป่วยทุกรายสามารถรายงานระดับความรุนแรงของความปวดได้เร็วหลังจากรู้สึกตัวดี และอาจเกิดจากการที่พยาบาลสามารถอธิบายวิธีการรายงานความปวดกับผู้ป่วยแล้ว ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบวิธีการสื่อสารความปวดจึงง่ายสำหรับการประเมินในครั้งต่อไป ดังที่พยาบาลและผู้ป่วยพูดว่า

“ก็ใช้มาหลายรายแล้ว ทำบ่อยขึ้น ทำให้เราเกิดการเรียนรู้ รู้ว่าต้อง  
บันทึกอย่างไร ประเมินอย่างไร เราก็ตามปกติ แล้วมาลงบันทึก...ช่วงแรก  
เหมือนเพิ่มงาน อาจจากเราทำได้ช้า ลืมการบันทึก เป็นสิ่งใหม่ที่เราเพิ่งทำ...  
พยาบาลคนแรก (ที่อธิบายผู้ป่วย) มีความสำคัญ หากผู้ป่วยเข้าใจ ไม่ต้อง  
อธิบายซ้ำ เพียงถามต่อว่า ปวดแผลไหม เลขอะไร เค้านบอกได้ทันที”

(พยาบาลรายที่ 5)

“หมีะอยากแกลง (พูด) ตั้งหลายเรื่อง ตอนแรกที่คาบท่อ (ท่อช่วย  
หายใจ) ไม่มีใครบอกอะไร ทำทำให้พยาบาลรู้ว่าอะไรจะเอาอะไร ดีนะที่พยาบาลให้  
ยกนิ้วบอกว่าปวด บางทีชี้ตัวเลข บางทียกนิ้ว พยาบาลรู้ว่าหมีะจะเอายาแก้ปวด..  
หมีะชี้โนะ ง่ายดี ไม่ต้องแกลงมากเขา (พยาบาล) เข้าใจเลย”

(หมีะคง)

8. ปวดมากก็ให้ยาบรรเทาปวดก่อนถามระดับความรุนแรงของความปวด พยาบาลบางรายเกิดความลังเลในขั้นตอนการประเมินความปวด จากการศึกษาพบว่า พยาบาลเสนอให้ปรับ



ขั้นตอนการถาม/ประเมินความปวดเมื่อพยาบาลคิดว่าผู้ป่วยปวดมากในบางราย ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการพูด สีหน้าไม่ค่อยดี อาจทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจเมื่อพยาบาลถามระดับความรุนแรงของความปวด น่าจะให้ยาบรรเทาปวดก่อนแล้วจึงถามระดับความรุนแรงของความปวด ดังที่พยาบาลพูดคุยกันว่า

“หากพยาบาลคิดว่าปวดมาก ดูสีหน้าผู้ป่วยปวด ไม่อยากพูด ถามว่า  
ปวดไหมและอธิบายคะแนนไปด้วย ดูผู้ป่วยหงุดหงิด แต่ก็ตอบ...เราไม่ต้อง  
ถาม ผู้ป่วย ให้ยาก่อน แล้วถาม *pain score* น่าจะดี”

(พยาบาลรายที่8)

ผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัยร่วมกันสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนี้ พบว่า 1) พยาบาลประเมินความปวดไม่ครบถ้วน และ 2) การบันทึกข้อความชัดเจน กล่าวคือ

1. พยาบาลประเมินความปวดไม่ครบถ้วน หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในงานผู้ป่วยหนัก พยาบาลมีการเฝ้าระวัง ติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงตามปกติและลงบันทึกในแบบบันทึกงานผู้ป่วยหนัก บางครั้งพยาบาลยังไม่ได้ประเมินความปวดกรณีผู้ป่วยไม่ตื่นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหรือไม่รู้สึกตัว นอกจากนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีประวัติโรคกล้ามเนื้อหัวใจและแพทย์งดให้ยาบรรเทาปวด พยาบาลประเมินเฉพาะการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพและพฤติกรรมโดยไม่ประเมินระดับความรุนแรงของความปวด

2. การบันทึกข้อความชัดเจน จากการศึกษาในขณะนี้ การบันทึกหลังจากพยาบาลประเมินตามรูปแบบพบว่า พยาบาลบันทึกระดับความปวดไม่เหมือนกัน และบันทึกตำแหน่งความปวดไม่ต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลที่ได้ขาดความชัดเจน มีผลต่อการแปลความหมายที่ไม่ตรงกัน ข้อมูลที่ได้ขาดความน่าเชื่อถือ และการขาดความต่อเนื่องในการบันทึก ทำให้การจัดการกับความปวดยังไม่มีประสิทธิภาพ

### กิจกรรมการส่งเสริมการพัฒนารูปแบบ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในระยะที่ 2 ซึ่งใช้กับผู้ป่วย 5 ราย กิจกรรมการพัฒนา คือ 1) สะท้อนคิด 2) ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และ 3) ปรับการบันทึก ดังรายละเอียด ดังนี้

1. สะท้อนคิด ในระยะนี้ผู้วิจัยยังคงใช้กลยุทธ์การสะท้อนคิดในกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้พยาบาลทบทวนขั้นตอนที่พยาบาลปฏิบัติอย่างไร เพื่อทราบปัญหาและหาทางแก้ไข ในขั้นตอนที่พยาบาลเกิดความลังเลในการประเมินและการบันทึกที่ไม่ต่อเนื่องซึ่งพยาบาลให้เหตุผลถึงการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ และสะท้อนผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่สามารถนำไปสู่การตัดสินใจของพยาบาล ซึ่งมีทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่สามารถนำไปสู่การตัดสินใจของพยาบาล ซึ่งมีทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่สามารถนำไปสู่การตัดสินใจของพยาบาล

ความปวดในผู้ป่วยที่มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ป่วยที่ยังไม่ฟื้นจากยาระงับความรู้สึก ผลจากการสะท้อนคิด ในกรณีนี้พยาบาลตัดสินใจไม่ประเมินระดับความรุนแรงของความปวด เนื่องจากมีความเห็นว่า ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อน การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมและสัญญาณชีพน่าจะเพียงพอ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรได้รับการติดตามการประเมินซ้ำโดยการถามระดับความรุนแรงของความปวด เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ซึ่งหากผู้ป่วยประสบกับความปวดทำให้เกิดหัวใจเต้นเร็วและหลอดเลือดหดตัว หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น จากการหลั่งของแคทีคอลามีน ดังนั้นการประเมินความปวดจากการสังเกตเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรมีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดด้วย

การสะท้อนคิดในกรณีนี้พยาบาลประเมินจากการถามความปวดและความต้องการยาบรรเทาปวด โดยไม่ได้ถามระดับความรุนแรงของความปวด พยาบาลบางรายมีความคิดเห็นว่าการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถามระดับความรุนแรงของความปวด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้พยาบาลทบทวน ร่วมแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ผลสะท้อนคิดทำให้พยาบาลตกลงร่วมกันว่าควรมีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวดก่อนการบริหารยาทุกครั้ง

เจ็อกุล (2545) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด ควรประเมินก่อนให้การพยาบาลและหลังให้การพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การประเมินความปวดที่ดี (pain assessment) ควรประกอบด้วยการวัดความปวด (pain measurement) เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความปวดเพราะความปวดลักษณะเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายพอทนได้ ผู้ป่วยบางรายทนไม่ได้ การวัดความปวดที่กล่าวถึงคือ เครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงนั่นเอง ซึ่งคำบอกเล่าของผู้ป่วย (patient self-report) เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้มากที่สุดที่ไม่มีใครสามารถบอกหรือบรรยายแทนกันได้ดีเท่าตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินระดับความรุนแรงทุกครั้ง ยกเว้นผู้ป่วยหลับ

2. **ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง** การที่พยาบาลเกิดความลังเลหรือไม่ประเมินในบางขั้นตอน ทำให้ผู้วิจัยจำเป็นต้องให้ความรู้ในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน แม้ว่าก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลและให้ความรู้เพิ่มเติมในระยะที่ 1 แล้วก็ตาม การให้ความรู้เรื่องความปวด เช่น การประเมินความปวด การจัดการกับความปวด ผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วย เป็นต้น การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเป็นการทบทวนความรู้เดิมและเพิ่มเติมใหม่ดังเช่นในเรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาปวด เช่น มอร์ฟีนและผลข้างเคียง หากปริมาณที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไปหรือปริมาณการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำได้จากการขยายตัวของหลอดเลือดจากการหลั่งของฮีสตามีน (สุนิสสา, 2546) พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับเพิ่มเติมมา

ปรับใช้กับการปฏิบัติในบริบทจริง มีเหตุผล เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ความรู้อย่างช่วยเพิ่มความตระหนักถึงผลเสียที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย และพยาบาลนำมาวางแผนปรับการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้มีความจำเป็นในการพัฒนาการบริการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3. **ปรับการบันทึก** ผู้วิจัยเพิ่มเติม คำชี้แจง ที่มีการปรับเปลี่ยนในคู่มือการประเมินความปวด การปรับแบบบันทึกเพื่อให้บันทึกได้สะดวกขึ้น เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเรื่องความปวด การระบุนายละเอียดของวิธีการบันทึกในคู่มือทำให้พยาบาลเข้าใจตรงกัน มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อพยาบาลเกิดความไม่แน่ใจ ช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องการบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดและตำแหน่งที่ไม่เหมือนกัน

ในระบะนี้การประเมินความปวดมีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้น มีการปรับแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมมากขึ้น ผู้วิจัยอาศัยการสะท้อนคิด ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และปรับการบันทึก พยาบาลมีกระบวนการพัฒนาการประเมินความปวดเพิ่มขึ้น มีแนวทางในการประเมินที่ชัดเจน เป็นแนวทางเดียวกัน การบันทึกง่ายขึ้น

**กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการประเมินความปวดของพยาบาล**

ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในระบะนี้ ขึ้นกับกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยนำไปใช้เพื่อกระตุ้นและปรับกระบวนการประเมินของพยาบาล เพื่อให้สามารถประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดให้เหมาะกับสภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในระบะนี้ ดังนี้

**เสริมแรงจูงใจ** การเสริมสร้างแรงจูงใจบุคลากรในการปฏิบัติโดยการรายงานผลทั้งหมดของการใช้รูปแบบการประเมินไม่ว่าจะเป็นระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย การตรวจสอบการบันทึกทางการพยาบาล การให้ข้อมูลส่วนของผู้ป่วยช่วยให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลจากพยาบาลเป็นอย่างดี ที่สำคัญที่สุดในการใช้กลยุทธ์นี้คือ ผู้วิจัยต้องการให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการบันทึกที่สามารถสื่อหรือแสดงให้ทีมสุขภาพรับทราบ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ โดยทุกครั้งที่แพทย์เจ้าของไข้มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยจะกระตุ้นพยาบาลให้รายงานระดับความปวดให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบข้อมูลประกอบการพิจารณาให้การรักษาตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนปฏิบัติ ทำให้เกิดแรงจูงใจ และผลักดันให้มีความพยายามเพิ่มยิ่งขึ้น

**การสะท้อนการปฏิบัติ**

การสะท้อนการปฏิบัติในระบะที่ 2 นี้ พบว่ามีปัจจัยส่งเสริมต่อการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวด ดังนี้

**ความเอาใจใส่** การที่พยาบาลให้ความสำคัญในการประเมิน ทำให้การมองปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้รูปแบบ การนำเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลด้วยกันหรือผู้วิจัย

กับพยาบาล มักจะเป็นข้อมูลที่มีรายละเอียดที่ชัดเจนที่สามารถนำมาประกอบการสนทนาและนำไปสู่การตัดสินใจในการร่วมแก้ไขปัญหาแทนการมองข้ามปัญหา จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเข้ามาในหน่วยงาน พยาบาลจะเตรียมแบบบันทึกการประเมินความปวดพร้อมกับใบเวชระเบียนอื่น ๆ เสมอ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นมักแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รีบปรึกษาหารือเพื่อให้การช่วยเหลือโดยไม่มีรอ ทำให้การพัฒนารูปแบบการประเมินเป็นไปอย่างรวดเร็ว

## ผลลัพธ์

ผลลัพธ์ของการใช้พัฒนารูปแบบการประเมินความปวด จากการนำไปใช้กับผู้ป่วย 5 ราย มีการปรับรูปแบบการประเมินความปวด คือ 1) ปรับแบบบันทึก และ 2) ปรับวิธีการบันทึก ดังนี้

1. **ปรับแบบบันทึก** ปรับแบบบันทึกให้ชัดเจนขึ้น เช่น การเน้นเส้นหนาเข้มขึ้นใช้อักษรที่ตัวโตขึ้น ง่ายต่อการมองเห็น เพื่อให้พยาบาลบันทึกได้ง่ายขึ้น
2. **ปรับวิธีการบันทึก** จากปัญหาการบันทึกที่ไม่เหมือนกัน จึงมีการปรับเพื่อให้ตกลงตรงกันโดย

2.1 บันทึกสัญญาณชีพเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก และการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพของร่างกายจะพบในระยะแรกเมื่อเริ่มมีความปวด ต่อมาร่างกายสามารถปรับตัวได้ นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงผู้ป่วยสามารถรายงานความปวดและความต้องการยาบรรเทาปวดได้ด้วยตนเอง

2.2 บันทึก “.....” (เส้นประ) หากผู้ป่วย “หลับ” โดยให้ลากขนานไปกับระดับความรุนแรงของความปวดก่อนการให้ยา เนื่องจากหากเว้นว่างไว้ไม่ทราบว่ามีประเมินหรือไม่ประเมิน แต่ต้องผ่านกระบวนการประเมินก่อนว่าผู้ป่วยหลับ

2.3 บันทึกระดับความรุนแรงของความปวด ให้บันทึกเครื่องหมาย “.” (จุด) การบันทึกลงในช่องตารางระดับความรุนแรงของความปวด และลากเส้นเชื่อม เพื่อให้เห็นการประเมินที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

นอกจากนั้นผู้วิจัยประเมินผลของการใช้รูปแบบการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่คาต่อช่วยหายใจในระยะที่ 2 โดยการสัมภาษณ์ระดับความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย และการตรวจบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

1. พยาบาล จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แบบประเมินความปวด พยาบาลแสดงความคิดเห็นว่า แบบประเมินมีประโยชน์ในการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าเพิ่มภาระงานบ้าง แต่คุ้มค่ากับสิ่งที่ปฏิบัติ ทำให้สามารถเห็นกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมินก่อนและหลังให้การช่วยเหลือ กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

นอกจากความปวดได้รับการดูแลแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลปัญหาอื่นด้วย ในกรณีของพระภิกษุมนี ผู้ป่วยรายงานความปวดโดยการชี้ที่แผลบริเวณหน้าท้อง พยาบาลคิดว่าผู้ป่วยปวด จึงเข้าไปถามผู้ป่วย สายหน้าและเขียนบอกว่า แสบท้อง จึงมีการรายงานแพทย์และได้รับการรักษาด้วยยาลดกรด ในกระเพาะอาหาร ดังที่พยาบาลกล่าวว่า

“ดีเหมือนกันนะ ประเมินความปวด แล้วได้ปัญหาอื่น เราลืมไปเลยว่า  
ผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้ยาลดกรดในกระเพาะเลย แพทย์ก็ลืม หลังให้ยาดีขึ้นนะ”  
(พยาบาลรายที่ 4)

นอกจากนี้จากการประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการประเมินพบว่า มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 85 (ระดับ 5) นั่นคือ พยาบาลมีระดับความพึงใจระดับดี หัวข้อที่ระดับความพึงพอใจอย่างยิ่งในประเด็น สามารถนำข้อมูลจากการประเมินมาประกอบการตัดสินใจให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยและความสะดวกในการใช้เครื่องมือประเมินความปวด (มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10) ประเด็นที่ไม่พอใจเล็กน้อย (ระดับ 3) คือ ความสะดวกในการใช้รูปแบบการบันทึก

2. ผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย 4 ใน 5 ราย เนื่องจากผู้ป่วย 1 ราย เสียชีวิต พบว่ามีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 94.44 หมายถึง ผู้ป่วยให้ระดับความพึงพอใจระดับดีอย่างยิ่งในหัวข้อดังนี้ พยาบาลไม่ปล่อยให้ต้องคอยนานเมื่อต้องการยาบรรเทาปวด การติดตามการประเมินความปวดเป็นระยะ และในภาพรวมของระดับความพึงพอใจในการดูแลของพยาบาลในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับพอใจ (ระดับ 5) 1 ราย และระดับความพึงพอใจอย่างยิ่ง (ระดับ 6) 3 ราย สำหรับระยะเวลาที่ผู้ป่วยคอยยาบรรเทาปวดหลังจากต้องการยาน้อยกว่า 10 นาที ผู้ป่วยบอกว่า พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดทันทีหลังจากขอยาบรรเทาปวด การสื่อสารที่ผู้ป่วยสื่อให้พยาบาลทราบคือ การกรอกรัดมือเรียก การใช้มือจับแผลไว้ ส่วนพฤติกรรมและท่าทางที่ผู้ป่วยบอกว่าปวด เช่น หน้ามึนคือขมวด ใช้มือจับที่แผล พักหน้าว่าปวด นอนเกร็ง กระสับกระส่าย เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการประเมินและการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวดของพยาบาลว่า พยาบาลเข้าไปถามเกี่ยวกับความปวดบ่อย มีการอธิบายเข้าใจถึงวิธีการรายงานคะแนนความรุนแรงของความปวด มีการเข้ามาให้การช่วยเหลือเพื่อการบรรเทาความปวดได้แก่ การพูดคุย การจัดทำนอนให้ใหม่เกือบทุกครั้งที่มีการประเมินความปวด เป็นต้น แสดงว่ามีการรับรู้ที่ตรงกันมากขึ้น ทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

3. การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการตรวจเวชระเบียนผู้ป่วย 5 ราย พบว่า

3.1 การประเมินสภาพแรกรับ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินสภาพแรกรับ โดยมีการบันทึกการประเมินระดับความรู้สึกตัวจากการใช้ sedative score

3.2 การประเมินความปวดมีการบันทึกระดับความรุนแรง ตำแหน่ง พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาพบว่า ยังมีการบันทึกไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับตำแหน่งของความปวด และขาดความต่อเนื่อง โดยตรวจพบจากการบันทึกในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด

3.3 การจัดการกับความปวด มีการระบุชนิดของยาที่ชัดเจน ไม่มีการบันทึกการประเมินซ้ำในเวชระเบียนบางราย เช่น ในรายของผู้ป่วยที่มีประวัติกล้ำเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น

3.4 ความต่อเนื่องของการประเมินความปวดพยาบาลประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ประเมิน ทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก และหลัง 24 ชั่วโมง ประเมินทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน

สรุปจากการตรวจการบันทึกแบบบันทึกการประเมินความปวด 5 รายพบว่า ผ่านเกณฑ์การบันทึกเฉลี่ยร้อยละ 81.78 ได้คะแนน 22.9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 28 คะแนน

### ระยะที่ 3 รูปแบบที่ลงตัวเป็นส่วนหนึ่งของงาน

จากรูปแบบที่ลงตัว ทดสอบเดิมส่วนที่ขาดตัดส่วนซ้ำซ้อน จนเป็นส่วนหนึ่งของงาน จากระยะที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า พยาบาลรับรู้ประโยชน์ของการใช้รูปแบบประเมินความปวด คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลความปวดอย่างต่อเนื่อง การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเห็นกระบวนการที่สามารถสะท้อนบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน ระยะนี้เริ่มต้นหลังจากมีการปรับแก้ไขรูปแบบจากระยะที่ 2 และนำไปใช้กับผู้ป่วย 4 ราย สภาพแรกรับของผู้ป่วยรู้สึกตัวดี 3 ราย คือ ยายเอี่ยม นื่องกานดา และป้าภรณ์ ผู้ป่วยอีก 1 รายคือ ยายหนูไม่รู้สึกตัว เริ่มต้นหลังจากออกจากห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดบริเวณช่องท้อง ระดับความรุนแรงของความปวดทุกรายจากมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 เท่ากับ 5-7 คะแนน หลังได้รับยาบรรเทาปวดระดับความรุนแรงความปวดลดลงเท่ากับ 2-5 คะแนน ผู้ป่วย 3 รายเป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วย 1 ใน 4 ราย ได้รับการบริหารยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้ผู้ป่วยนอนพักในงานผู้ป่วยหนักระยะสั้น ยายเอี่ยมและนื่องกานดา นอนพัก 1 วัน ส่วนยายหนูและป้าภรณ์ นอนพักในงานผู้ป่วยหนัก 2 วันและ 3 วันตามลำดับ ระยะนี้พยาบาลประเมินความปวดตามรูปแบบการประเมินที่ได้รับการปรับปรุง พบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถบอกระดับคะแนนเป็นตัวเลขหรือตำแหน่งความปวดได้ ผู้สูงอายุที่ออกจากห้องผ่าตัด พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรายงานความปวดมาตรวัดแบบตัวเลข

0-10 ผู้ป่วยไม่สามารถบอกตัวเลขและระบุตำแหน่งของความปวดที่ชัดเจนได้ พยาบาลต้องอ่านจากริมฝีปากที่ผู้ป่วยขยับปากบอก ดังในกรณีของยายหนูพยาบาลสังเกตพบว่า ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หน้าที่นิ้วชี้ขมวด มือจับที่แผล พยาบาลพยายามให้ผู้ป่วยรายงานเป็นตัวเลข ผู้ป่วยรายงานไม่ได้ ผู้ป่วยรายงานความปวดเป็นปวดมาก ปวดน้อย บางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถรายงานได้ ผู้ป่วยจะส่ายหน้าไม่ตอบ ดิ้นไปมา ส่วนการระบุตำแหน่งปวดบนแผ่นรูปภาพแสดงตัวเลข ผู้ป่วยส่ายหน้า ใช้นิ้วชี้วนบริเวณท้อง ไม่ระบุตำแหน่งที่ชัดเจน พยาบาลจึงบันทึกเกี่ยวกับระดับความปวดว่า ปวดมาก ปวดปานกลาง หรือปวดน้อย ตามที่ผู้ป่วยบอก ดังที่พยาบาลบอกว่า

“เมื่อเราถามว่า ปวดไหม ยายมองหน้า ขยับปากพูดอย่างเดียว เราย้ำอธิบายเกี่ยวกับตัวเลข แต่ยายขยับปากพูด นิ่ง (พยาบาล) เค้าว่า มากเลย ถามย้ำ ยายพยักหน้า... เมื่อกี้ยายยังบอกด้วยการขยับปากได้เลยว่า มาก น้อย รอบนี้บอกไม่ได้เสียแล้ว เราย้ำถาม ยายหลับตาบิ๊นะ ส่ายหน้าไม่รับรู้ อะไรทั้งนั้น แกอายุเยอะแล้วตั้ง 89...ตำแหน่งความปวดก็บอกไม่ได้ ยายวนนิ้ววนที่ท้อง ประมาณว่าปวดแถว ๆ นี้แหละ”

(พยาบาลรายที่ 5)

2. พยาบาลต้องเข้าใจพฤติกรรมแสดงความปวดของผู้ป่วย การรายงานระดับความรุนแรงของปวดในระยะที่ 1 และ 2 พบว่า ผู้ป่วยรายงานโดยการขยับปาก ขยับไปมา กวักมือเรียก ระยะนี้เมื่อผู้ป่วยปวด พยาบาลสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมักนอนนิ่งๆ ใช้นิ้วชี้ตามองตามพยาบาลเพื่อขอความช่วยเหลือโดยไม่ได้เรียก จนกระทั่งพยาบาลเข้าไปถามผู้ป่วย จึงจะทราบว่าผู้ป่วยปวดแผลและต้องการการช่วยเหลือ ดังกรณีของยายเอื่อมผู้ป่วยมักจะนอนเฉย ๆ ไม่ว่าจะปวดหรือไม่ปวด พยาบาลสังเกตว่า ผู้ป่วยมองพยาบาลจึงเดินเข้าไปถามอาการปวดและความต้องการยาบรรเทาปวด ผู้ป่วยรายงานความปวดโดยการจับนิ้วมือและส่ายไปมา ภายหลังบริหารยาบรรเทาปวดผู้ป่วยมีระดับความปวดจากมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 ลดลงจาก 8 เป็น 5 คะแนน ญาติให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยเป็นคนเกรงใจผู้อื่น มักเฉย ๆ ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“เรารู้ว่าความดันสูงขึ้นเมื่อปวด แต่เห็นไม่ชัด ยายแกนอนนิ่ง เมื่อดู vital sign BP นี่สูงมาก เห็นชัดเลย ต้องเข้าไปถาม แกปวด พบช่วงแรกนะ”

(พยาบาลรายที่ 3)

“ถ้าไม่ถาม ก็ไม่บอก ไม่เอาอะไร แกจะนอนเฉย แต่แนะนำอะไรทำหมดเลย เวรเข้าสอนการออกกำลังกาย กางแขน กางขา เวร่ายทำนะ ไม่ต้องบอก แกยิ้ม...ญาติบอกว่าคนไข้ขี้เกรงใจนะ ถามความปวด แกจะยกนิ้ว เอา

มือจับที่แผล...case นี้ ผู้ป่วยเฉย ๆ นะพี่ ไม่ถามไม่เรียก แต่สายตาที่ผู้  
ป่วยจะคล้ายจะบอกว่าช่วยฉันที เค้ามองแบบตาไม่วาง”

(พยาบาลรายที่ 5)

3. พยาบาลไม่ทราบการประเมินในผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง  
ทั้งนี้เนื่องจากในระยะนี้มีผู้ป่วย 1 ราย แพทย์ให้แผนการรักษาโดยการบริหารยาชนิดมอร์ฟีนทาง  
หลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง พยาบาลไม่ทราบว่าควรประเมินความปวดเมื่อใด จากการศึกษาพบว่า  
กรณีเช่นนี้พยาบาลตัดสินใจประเมินทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด  
24-72 ชั่วโมงประเมินทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นกรณีผู้ป่วยได้รับยาเพิ่ม ให้ประเมินซ้ำเช่นเดียวกับการ  
บริหารยาทางหลอดเลือดดำคือ ประเมินซ้ำหลังบริหารยาบรรเทาปวด ½ ชั่วโมง เนื่องจากในรูปแบบ  
ของการประเมินความปวดไม่ได้กำหนดไว้ และจากประสบการณ์ของพยาบาลระบุว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ  
ยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีความปวด มักจะแสดงอาการให้เห็น  
ชัดเจน เช่น กระสับกระส่าย หน้านึ่วคิ้วขมวด เป็นต้น แต่ผู้ป่วยรายนี้หลับ ไม่น่าจะปวด คิดว่า  
ปริมาณยาน่าจะเพียงพอ แต่พยาบาลไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับขนาดของยาบรรเทาปวดมากเกินไป  
อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย ดังที่พยาบาลบอกว่า

“ผู้ป่วยรายนี้หลับไม่น่าปลุกเลย เมื่อเรียกผู้ป่วยตื่น วู่ววยมาก  
ส่วนใหญ่หลับนะ น่าจะปวด น้อง (พยาบาล) ว่า ประเมินเค้าทุก 2 ชั่วโมงดี  
แล้ว ผู้ป่วยหลับ หายใจ smooth ดี เลยประเมินตามนี้ เราตกลงกันนะ ”

(พยาบาลรายที่ 8)

4. ใช้แบบบันทึกความปวดแทนการบันทึกทางการพยาบาล เมื่อพยาบาลใช้แบบ  
บันทึกการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในงานผู้ป่วยหนัก ทำให้เห็นกิจกรรมการ  
พยาบาลอย่างครบถ้วน พยาบาลจึงใช้แบบบันทึกความปวดแทนแบบบันทึกทางการพยาบาล  
(nurses' note) เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก เนื่องจากแบบบันทึกสามารถมองเห็นกิจกรรมการ  
ประเมิน ตั้งแต่พยาบาลสังเกตพฤติกรรม สัญญาณชีพ การถามความต้องการยาบรรเทาปวด รวม  
ถึงการช่วยเหลือทั้งการบริหารยาบรรเทาปวด การพูดคุย การจัดทำ และการประเมินผลจากการให้  
ยาบรรเทาปวด ดังที่พยาบาลเล่าว่า

“การบันทึกแบบนี้ดี เรา (พยาบาล) ได้งาน เห็นนะกระบวนการพยาบาล  
ว่าเราได้ดูผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดอย่างไรตั้งแต่ปัญหาการช่วยเหลือกิจกรรม  
ของพยาบาลชัดเจน ในการบันทึกเราไม่ต้องบันทึกเรื่อง pain ที่อื่น ใบเดียวใช้  
ได้เลย ทั้งประเมิน ช่วยเหลือ ลงยา การบันทึกการลงยา ”

พยาบาลรายที่ 11



จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัยร่วมสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถประเมินเป็นตัวเลขได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถรายงานระดับความรุนแรงของความปวดเป็นตัวเลขและตำแหน่งของความปวดได้ ด้วยวัย 89 ปี ใช้การบันทึกแบบบรรยายแทนตัวเลขคือ ปวดมาก ปวดปานกลาง หรือปวดน้อย

2. รูปแบบไม่ได้กำหนดในผู้ป่วยที่ได้รับยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้กำหนดไว้ในรูปแบบพยาบาลประเมินความปวดตามปกติคือ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกประเมินทุก 2 ชั่วโมง และประเมินซ้ำหลังให้ยาเพิ่ม ½ ชั่วโมง หากผู้ป่วยหลับให้ลงบันทึกว่า “หลับ” และบันทึกสัญญาณชีพ

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้การสะท้อนคิดเพื่อให้ทราบสถานการณ์และร่วมปรับขั้นตอนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มเติมเนื้อหาในรูปแบบเพื่อให้สามารถปฏิบัติการประเมินความปวดได้อย่างครอบคลุมเหมาะกับบริบท

#### กิจกรรมการส่งเสริมการพัฒนาารูปแบบ

กระบวนการพัฒนารูปแบบระยะที่ 3 ใช้กับผู้ป่วย 4 ราย กระบวนการพัฒนารูปแบบ คือ 1) สะท้อนคิด และ 2) ปรับขั้นตอนการประเมินและการบันทึก ดังรายละเอียด ดังนี้

1. สะท้อนคิด ในระยะนี้การสะท้อนคิด ในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำโดยพยาบาลอภิปรายข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีเหตุมีผล ทั้งการประเมินและการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยร่วมเสนอแนะในการนำการประเมินระดับความรู้สึกตัวมาใช้ประโยชน์ให้มากขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลที่บอกว่า ผู้ป่วยได้รับปริมาณยาบรรเทาปวดมากหรือน้อยเกินไป การให้ยาบรรเทาปวดมอร์ฟีนต้องบริหารยาโดยให้ความระมัดระวังในเรื่อง การเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจ ระดับความรู้สึกตัว โดยการนำการประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedative score) มาใช้ การให้ยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องระยะแรกเป็นการปรับขนาดของยาให้เหมาะสมกับความต้องการ เมื่อได้ขนาดของยาที่เหมาะสมแล้ว การประเมินอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็น ซึ่งการบริหารยาบรรเทาปวดชนิดมอร์ฟีน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดจากการกดทางเดินหายใจ ดังนั้นพยาบาลสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลจากการประเมินระดับความรู้สึกตัวได้เลย โดยเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ผลของการสะท้อนคิด สามารถทำให้เกิดการแก้ไขปัญหา ทำให้บุคคลในที่มสุขภาพทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ มีความรู้สึกมั่นคงมีสิทธิและอำนาจในการจัดการงานของตนเองได้ ในกรณีที่พยาบาลตัดสินใจในการประเมินความปวดผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องทุก 2 ชั่วโมงและตกลงนำการประเมินระดับความรู้สึกตัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์มาก

ขึ้น ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการบริหารยาบรรเทาปวด ซึ่งผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด คือ ได้รับการบริหารตามความต้องการและไม่เกิดผลข้างเคียงของการให้ยาด้วย

2. **ปรับขั้นตอนการประเมินและการบันทึก** ในระยะนี้ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถรายงานระดับความรุนแรงของความปวดเป็นคะแนนได้ จึงปรับให้ใช้การรายงานเป็นระดับมาก ปานกลาง น้อย และบันทึกในลักษณะของการบรรยาย นอกจากนั้นพยาบาลเสนอความคิดเห็นว่า ควรมีการปรับการบันทึกการประเมินซ้ำในกรณีที่ผู้ป่วย “หลับ” ให้บันทึกอักษร “(s)” (sleep) กำกับบนเส้นประในช่องระดับความปวด การปรับแบบบันทึกจากการเสนอความคิดเห็นของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติ ทำให้ทุกคนในองค์การมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนากลยุทธ์ที่ใช้ส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการประเมินความปวดของพยาบาล

ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในระยะนี้ขึ้นกับกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยนำไปใช้ ดังนี้

**เสริมสร้างพลังอำนาจ** กลยุทธ์นี้มีประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอช่วยหายใจ ผู้วิจัยเริ่มด้วยการให้ความรู้ตรงกับความต้องการ ให้อิสระในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา เช่น การปรับการบันทึกระดับความปวดเป็นในลักษณะการบรรยายแทนตัวเลขในกรณีที่ผู้ป่วยประเมินเป็นตัวเลขไม่ได้แทนการเว้นว่างไว้ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีขั้นตอนในการประเมินที่ชัดเจนขึ้น เป็นพลังอำนาจที่เกิดจากความเชี่ยวชาญ (expert power) เป็นความสามารถในการแสดงความรู้ นอกจากนี้ผู้วิจัยทำให้พยาบาลรู้สึกที่ตนเองมีพลังอำนาจในการทำงาน โดยการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และการตรวจบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการกับความปวดในระดับดีมาก เท่ากับร้อยละ 100 ส่วนการบันทึกทางการพยาบาล สามารถบอกถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล ยังพบอีกว่าแพทย์เจ้าของไข้ นำข้อมูลจากการประเมินและการบันทึกปรับแผนการรักษาในการบริหารยาบรรเทาปวด ไทสันและแจ๊คสัน (Tyson & Jackson, 1992) กล่าวว่าพลังอำนาจเป็นความสามารถในการผลักดันความตั้งใจมุ่งมั่นของตนไปสู่ผู้อื่น พลังอำนาจจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีผลลัพธ์ที่ต้องการ กิบสัน (Gibson, 1988) กล่าวถึงพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการของการให้อำนาจอย่างเป็นทางการหรือมอบอำนาจให้ทำ (commission) และการใช้ความสามารถ (ability) ส่งเสริมให้บุคคลนำศักยภาพมาใช้ ดังการศึกษาพลังอำนาจในงานของบุคลากรงานการพยาบาลจักษุ โสิต คอนาสิก ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความภูมิใจในความสำเร็จของหน่วยงานที่บรรลุเป้าหมาย และมีความเชื่อ

ว่าไม่มีสิ่งใดยากเกินไป ถ้าทุกคนนำศักยภาพมาร่วมกันปฏิบัติงานหรือแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่มีคะแนนรวมของพลังอำนาจในงานระดับสูงถึงร้อยละ 91.4

วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจมีหลายรูปแบบขึ้นกับลักษณะของผู้ที่จะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น โดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการใช้พลังอำนาจในหน่วยงานหรือสิ่งแวดล้อมที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้น บุคคลที่เกี่ยวข้องจะรู้สึกเป็นอิสระในการปฏิบัติงานของตน แต่ในเวลาเดียวกันยังคงมีความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานนั้น และมีการร่วมมือในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กรนั้น ๆ ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมพลังอำนาจคือ การเพิ่มพูนพลังอำนาจของพยาบาลผู้ให้บริการ (อวยพร, 2544) นอกจากนี้ประโยชน์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาให้บุคคลมีศักยภาพ มีความสามารถในการปฏิบัติงาน รู้สึกมั่นใจในตนเองและรู้สึกว่ามีความคุณค่าแห่งตน (self-esteem) เพิ่มความแกร่งให้กับบุคคล (people strength) เพื่อให้บุคคลมีสมรรถนะ (competency) ในการปฏิบัติงาน มีความสามารถแห่งตน (self-efficacy) และปฏิบัติงานได้บรรลุประสิทธิภาพ ทำให้ทั้งบุคคลและองค์กรได้รับการพัฒนาและได้ผลประโยชน์ร่วมกัน (บุญใจ, 2543) จะเห็นได้ว่า การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดครั้งนี้ พยาบาลสามารถปรับแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยตนเอง และที่สำคัญคือ ความร่วมมือของทุกคน

### การสะท้อนการปฏิบัติ

การสะท้อนการปฏิบัติในระยะที่ 3 นี้ พบว่า มีปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คอท้อช่วยหายใจ มีรายละเอียด ดังนี้

#### ปัจจัยส่งเสริม

1. **ความร่วมมือของผู้ป่วย** เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ายพบาลเข้ามาเพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรายงานความปวด ช่วยให้พยาบาลประเมินได้อย่างรวดเร็ว แม้ว่าผู้ป่วยในระยะนี้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมน้อย แต่การรายงานความปวดของผู้ป่วยเห็นถึงความพยายามที่จะสื่อสารกับพยาบาลดังเช่นกรณียายเอี่ยม รายงานความปวดโดยการจับนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วนี้้วยส่ายไปมา น้องกานดาที่มีความรู้สึกที่ตนเองปลอดภัย เนื่องจากก่อนเข้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกที่ตนเองมีอาการหนัก ตาพร่า มองไม่เห็น หลังออกจากห้องผ่าตัดเมื่อรู้สึกตัว ผู้ป่วยให้ความรู้สึกเหมือนตายแล้วเกิดใหม่ รอดตาย พยาบาลถามความรู้สึกของผู้ป่วยต่อจัดการความปวดของพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอาใจใส่ของพยาบาล การรายงานโดยวิธีการถาม ไม่ถือว่าเป็นสิ่งรบกวนผู้ป่วยเต็มใจ

“..พยาบาลเข้ามาถามความปวด เรบอกได้นะขยับปาก ซี่ที่แผล เคี้ยวไร เรายังว่า... พี่ (พยาบาล) เคี้ยวถามเลย ปวดหรือ เอายาไหม เรายกหน้า รู้สึก

ว่างายจังที่จะบอก เร็วด้วย พี่เค้านางแยะนะ เดินไปเดินมา ไม่หยุดเลย ตื่นที่ไร  
เดินอยู่ทุกที”

(น้องกานดา)

2. พยาบาลคุ้นเคยกับการประเมินความปวด ในการประเมินไม่ว่าผู้ป่วยรายงาน  
ความปวดอย่างไร พยาบาลรับทราบ การบันทึกในแบบประเมินได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลให้ความสำคัญ  
สำคัญกับการบันทึกที่ทำให้เห็นคุณภาพของการพยาบาลเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน สามารถที่จะตรวจสอบ  
ได้ พยาบาลมีการวางแผนการประเมินความปวด ปรับเวลาในการประเมินที่เหมาะสม

### อุปสรรค

ลักษณะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ในผู้ป่วยสูงอายุ ไม่สามารถรับรู้ได้ทุกครั้งที่พยาบาลเข้าไป  
ประเมิน พยาบาลต้องถามและอธิบายหลายครั้ง ผู้ป่วยพยักหน้าเหมือนว่าเข้าใจ แต่บางครั้งไม่  
สามารถรายงานได้ นอกจากนี้การให้ยาบรรเทาปวด พยาบาลต้องประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด  
พยาบาลต้องระวังการได้รับยาบรรเทาปวดมากหรือน้อยเกินไป ทำให้ต้องใช้เวลาในการประเมิน  
นานขึ้น พยาบาลรู้สึกเป็นภาระ

### ผลลัพธ์

ผลลัพธ์ของการใช้พัฒนารูปแบบการประเมินความปวดจากการนำไปใช้กับผู้ป่วย 4 ราย  
ไม่มีการปรับขั้นตอนการประเมินหรือการบันทึกเพิ่มเติม ในภาพรวมผู้วิจัยประเมินผลของการใช้  
รูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่คอท่อช่วยหายใจ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย  
พยาบาล และตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล พบว่า

1. พยาบาล จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินความปวดของ  
พยาบาลพบว่า มีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 83.33 พยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับ  
รูปแบบการประเมิน ดังนี้

1) หน่วยงานมีรูปแบบในการประเมินที่ชัดเจน การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน บันทึก  
ได้สะดวก

2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างความต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวด  
การให้การช่วยเหลือ การประเมินผลหลังจากให้การช่วยเหลือ

3) พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการประเมิน มาใช้ในการตัดสินใจให้การ  
ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาปวดตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

4) ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามความต้องการและอาการปวดของผู้ป่วยบรรเทาลง

2. ผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยทั้งหมด  
5 ข้อคำถามจากผู้ป่วย 3 ราย ยกเว้นยายหนูหลังย้ายออกจากงานผู้ป่วยหนักมีอาการท้องอืด

สิ่งคัดหลังจากท่อระบายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจึงไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายนี้ได้ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจเฉลี่ยร้อยละ 100 และมีระดับความพึงพอใจอย่างยิ่ง (ระดับ 6) ต่อการจัดการกับความปวดของพยาบาลในเรื่องการติดตามการประเมินความปวด การช่วยเหลือทั้งการให้ยาและวิธีการอื่น ๆ เช่นการจัดท่า การฝึกการหายใจ และความพึงพอใจในภาพรวมต่อการดูแลของพยาบาลในการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด เป็นต้น

3. การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 4 ราย ตามแบบตรวจการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นพบว่า ผ่านเกณฑ์การบันทึกร้อยละ 85 เท่ากับคะแนน 24 คะแนนจากคะแนนเต็ม 28 คะแนน แม้ว่าจะผ่านเกณฑ์การบันทึกตามที่กองการพยาบาลกำหนด หัวข้อที่ต้องได้รับการปรับปรุงต่อไปคือ บางเวรไม่ได้บันทึกการประเมิน และไม่มีกรประเมินซ้ำหลังจากให้ยาบรรเทาปวด ซึ่งควรมีการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลครั้งสุดท้าย ก่อนสรุปรูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยจัดประชุมสัมมนาซึ่งผู้ร่วมในการสัมมนาครั้งนี้ประกอบด้วย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ร่วมการวิจัยในงานผู้ป่วยหนัก ผลการสัมมนาซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยกับรูปแบบการประเมินความปวดและมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. การบันทึก เพื่อให้ง่ายต่อการบันทึก ให้ปรับการบันทึกในกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถบอก/รายงานระดับความปวดเป็นคะแนนได้ในผู้ป่วยสูงอายุ ให้รายงานในลักษณะ “ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก” โดยใช้สัญลักษณ์บันทึกเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความปวด คือ

อักษร “N” (none) หมายถึง ไม่ปวด

อักษร “L” (little) หมายถึง ปวดเล็กน้อย

อักษร “M” (moderate) หมายถึง ปวดปานกลาง

อักษร “S” (severe) หมายถึง ปวดมาก

2. การติดตามประเมินซ้ำ ภายหลังจากได้รับยาบรรเทาปวด ด้วยกลไกการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาปวด ขึ้นกับวิธีการบริหารยาบรรเทาปวด จึงปรับให้มีการประเมินซ้ำหลังได้รับการบริหารทางหลอดเลือดดำ 30 นาทีและ 1 ชั่วโมงหลังจากบริหารยาทางกล้ามเนื้อ ซึ่งพยาบาลสามารถที่จะประเมินความปวดและรายงานแพทย์ ก่อนเวลาที่กำหนดได้ หากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมบ่งบอกว่าปวด และผู้ป่วยต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่มเติม

3. ปรับขั้นตอนในการประเมิน ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง

ให้ประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมง และการประเมินซ้ำหลังการบริหารยา 30 นาที เฉพาะผู้ป่วยได้รับยาเพิ่ม (bolus dose)

### รูปแบบการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอช่วยหายใจ

รูปแบบการประเมินความปวด ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการประเมินความปวด 2) แบบบันทึกการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอช่วยหายใจ และ 3) แบบประเมินระดับความรุนแรงความปวด และภาพแสดงตำแหน่งของความปวด ดังมีรายละเอียด ดังนี้

#### ขั้นตอนการประเมินความปวด (ภาพประกอบ 10)

เมื่อพยาบาลรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาทอช่วยหายใจ ให้ปฏิบัติดังนี้

#### 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว พยาบาลเริ่มประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

โดยการใช้ระดับความรู้สึกตัว (sedative score) 5 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ตื่นเต็มที่ (wide awake)
- 2 หมายถึง ง่วงซึมเล็กน้อย (drowsy) ผู้ป่วยตื่นได้ง่าย
- 3 หมายถึง ง่วงซึมปานกลาง (dozing) ผู้ป่วยที่ง่ายต่อการปลุก หรือหลับในระหว่างที่พูดคุย
- 4 หมายถึง ง่วงซึมมากแต่ปลุกตื่น (awaken when arouse) ผู้ป่วยครึ่งหลับครึ่งตื่น
- 5 หมายถึง หลับปลุกไม่ตื่น (asleep)

#### 2. ประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว 1

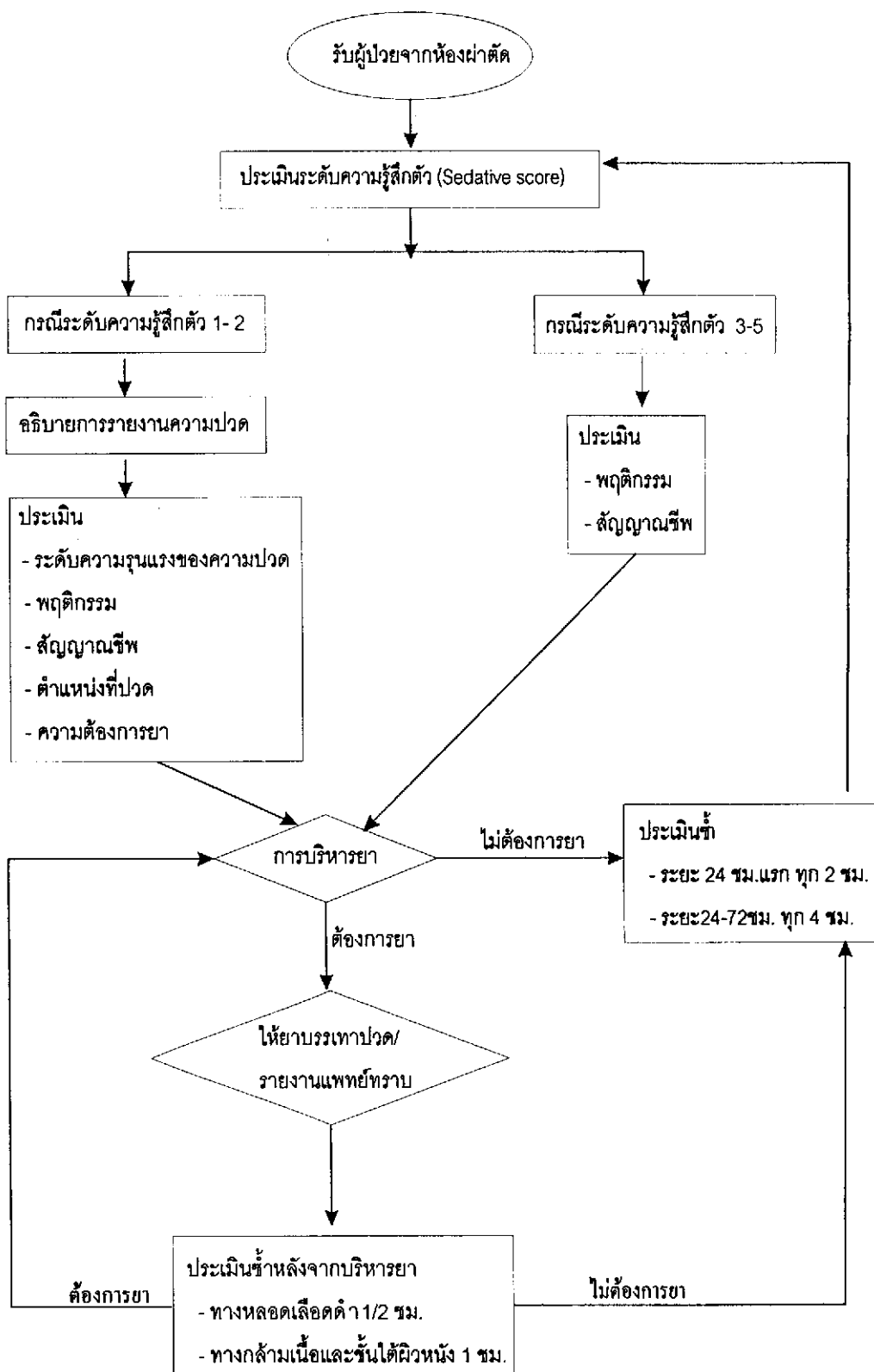
หรือ 2 ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยการถามตามมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale=NRS) โดยดำเนินการดังนี้

- 1) ชักถามอาการปวดจากผู้ป่วย
- 2) อธิบายผู้ป่วยให้ทราบถึงวิธีการรายงานความปวดเป็นคะแนน โดยการใช้ตัวเลข

0-10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด และคะแนน 10 หมายถึง ระดับความปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้ พยาบาลให้ผู้ป่วยรายงานโดยการชูนิ้ว/ ยกนิ้ว หรือชี้ตัวเลขที่แผ่น Numerical Rating Scale

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรายงานความปวดเป็นคะแนน 0-10 ให้พยาบาลอธิบายรายละเอียดการรายงานความปวดเป็นคะแนนย่อย เพื่อให้ผู้ป่วยประมาณระดับความปวดเป็นคะแนน ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่มีความปวด
- 1-3 หมายถึง ระดับความปวดเล็กน้อย
- 4-6 หมายถึง ระดับความปวดปวดปานกลาง



7-9 หมายถึง ระดับความปวดมาก

10 หมายถึง ระดับความปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถรายงานระดับความรุนแรงของความปวดเป็นคะแนนได้ พยาบาลสามารถให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวดเป็น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง หรือปวดมาก

3. ประเมินความปวดจากพฤติกรรม พยาบาลประเมินความปวดจากพฤติกรรมท่าทาง และสีหน้า ดังนี้ ไม่เคลื่อนไหว กระสับกระส่าย หน้านิ่งคิ้วขมวด มือจับที่แผล มือชี้ที่แผล กวักมือเรียก นิ้วชี้ที่แขนเพื่อขอยาบรรเทาปวด หรือพฤติกรรมอื่นเพิ่มเติม

4. ประเมินทางสรีรวิทยา พยาบาลประเมินความปวดทางสรีรวิทยา ซึ่งเป็นการประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต

5. ประเมินตำแหน่งที่ปวด พยาบาลประเมินตำแหน่งที่ปวด โดยระบุตัวเลขตามแผนภาพ

6. ความถี่ในการประเมิน พยาบาลประเมินความปวดของผู้ป่วยตามระยะเวลา ดังนี้

6.1 ประเมินความปวดตามข้อ 1 ถึงข้อ 5 ทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

6.2 ประเมินตามข้อ 2 ข้อ 3 และข้อ 5 ทุก 4 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง

หากพยาบาลสังเกตเห็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความปวด พยาบาลสามารถประเมินความปวดนอกเหนือจากเวลาที่กำหนด ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารยา

7. การประเมินซ้ำหลังให้การช่วยเหลือ พยาบาลประเมินความปวดซ้ำหลังจากให้ยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำ 30 นาที และหลังจากบริหารยาทางกล้ามเนื้อ 1 ชั่วโมงเพื่อติดตามผลการให้ยาบรรเทาปวด โดยพยาบาลบอกวิธีการประเมินซ้ำกับผู้ป่วยก่อนให้ยาบรรเทาปวด เช่น “พยาบาลจะเข้าไปจับมือผู้ป่วยเบา ๆ หากผู้ป่วยไม่หลับ พยาบาลถามเกี่ยวกับอาการปวดหลังให้ยาและให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวด” เป็นต้น

กรณีผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ให้ประเมินความปวดทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มเติม ให้ประเมินซ้ำเช่นเดียวกับการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ

8. ระยะเวลาการประเมินตามรูปแบบ พยาบาลจะประเมินตามรูปแบบการประเมินดังกล่าวกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท่อช่วยหายใจ เป็นระยะเวลา 72 ชั่วโมง (3 วัน) หลังจากนั้นพยาบาลประเมินและบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล (ICU record)



## แบบบันทึกการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่คาท้อช่วยหายใจ

แบบประเมินความปวดประกอบด้วย สัญญาณชีพ การประเมินความรุนแรงของความปวด การประเมินความปวดจากพฤติกรรม การระบุตำแหน่งที่ปวด กิจกรรมการช่วยเหลือ การบันทึกชื่อและตำแหน่งผู้ประเมิน และรายละเอียดของผู้ป่วย ดังแสดงในภาพประกอบ 11 (หน้า 128) โดยมีวิธีการบันทึกดังนี้

1. สัญญาณชีพ พยาบาลบันทึกเช่นเดียวกับการบันทึกตามแบบฟอร์มการสังเกตอาการทางระบบประสาท (neurological observation sheet) ของโรงพยาบาล

2. ระดับความรุนแรงของความปวดใช้เครื่องหมาย "." (จุด) ภายในช่องตามระดับความปวดที่ประเมินได้ และลากเส้นเชื่อมโยงทุกครั้งที่มีการประเมิน

หากช่วงเวลาใดพยาบาลไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงของความปวดได้ เนื่องจากผู้ป่วยหลับ ใช้อักษร "S" (sleep) ในช่องเวลาที่ประเมิน และหากในเวลาต่อมา พยาบาลสามารถประเมินระดับความปวดได้ ให้ใช้เครื่องหมาย "." (จุด) ภายในช่องตามระดับความปวดที่ประเมินและตรงกับช่องเวลาพร้อมทั้งลากเส้นเชื่อมโยงระหว่างเครื่องหมาย "." (จุด)

ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่สามารถรายงานระดับความรุนแรงของความปวดเป็นคะแนนได้ พยาบาลบันทึกรายงานระดับความปวด ดังนี้

อักษร "N" (none) หมายถึง ไม่ปวด

อักษร "L" (little) หมายถึง ปวดเล็กน้อย

อักษร "M" (moderate) หมายถึง ปวดปานกลาง

อักษร "S" (severe) หมายถึง ปวดมาก

3. sedative score ใช้เครื่องหมาย "X" (กากบาท) ภายในช่องตามระดับความรู้สึกตัวที่ประเมิน

4. ความต้องการยาบรรเทาปวด บันทึกดังนี้

- กรณีผู้ป่วยต้องการยาบรรเทาปวด บันทึก "Y" (yes)

- กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการยาบรรเทาปวด บันทึก "N" (no)

5. การประเมินความปวดจากพฤติกรรม ใช้เครื่องหมาย "✓" (ถูก) ภายในช่องพฤติกรรมที่พยาบาลประเมิน

6. ตำแหน่งที่ปวด ให้ระบุตัวเลขจากภาพ

7. กิจกรรมการช่วยเหลือ พยาบาลบันทึกการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

- การบริหารยาบรรเทาปวด 1) ระบุชนิดของยา ปริมาณ วิธีการบริหารยา เช่น

pethidine 50 mg M q 4 hr หรือ morphine 2 mg v drip q 1 hr ในช่องว่าง และ 2) ใช้เครื่องหมาย “✓” (ถูก) ในช่องที่ตรงกับช่วงเวลาที่ได้รับยาบรรเทาปวด

- กิจกรรมการพยาบาลที่นอกเหนือจากการให้ยาบรรเทาปวด ใช้เครื่องหมาย “✓” (ถูก) ในช่องที่ตรงกับกิจกรรม จัดท่า และ/หรือ พุดคุย ตามเวลาที่ให้การช่วยเหลือ

หากพยาบาลให้การช่วยเหลือนอกเหนือที่กำหนด ให้ระบุกิจกรรมการพยาบาลในช่องว่าง และใช้เครื่องหมาย “✓” (ถูก) ตามเวลาที่ให้การช่วยเหลือ

8. ชื่อ-สกุล และตำแหน่งของผู้ประเมิน พยาบาลระบุชื่อและตำแหน่ง ภายในช่องทุกครั้งที่มีการประเมิน

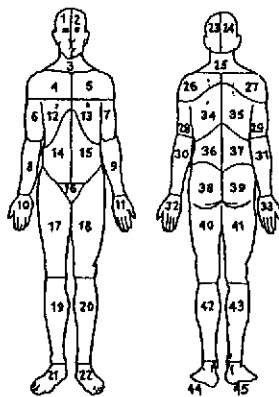
9. รายละเอียดของผู้ป่วย พยาบาลระบุข้อมูลของผู้ป่วย อันได้แก่ ชื่อ-สกุล Hospital Number (HN) อายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และแพทย์ผู้ดูแล

**แบบประเมินระดับความรุนแรงความปวด และภาพแสดงตำแหน่งของความปวด**

การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) ซึ่งประกอบด้วย ระดับความปวด

- |     |         |                                 |
|-----|---------|---------------------------------|
| 0   | หมายถึง | ไม่มีความปวด                    |
| 1-3 | หมายถึง | ระดับความปวดเล็กน้อย            |
| 4-6 | หมายถึง | ระดับความปวดปวดปานกลาง          |
| 7-9 | หมายถึง | ระดับความปวดมาก                 |
| 10  | หมายถึง | ระดับความปวดรุนแรงมากจนทนไม่ได้ |

ภาพแสดงตำแหน่งของความปวด ประกอบด้วยรูปภาพคนทั้งด้านหน้าและด้านหลัง โดยแต่ละตำแหน่งจะมีตัวเลขระบุ ตั้งแต่หมายเลข 1 ถึง หมายเลข 45



ภาพแสดงตำแหน่งของความปวด



## มุมมองสะท้อนของผู้วิจัย (personal reflection)

มุมมองสะท้อนของผู้วิจัย จากการเรียนรู้ตั้งแต่เริ่มทำจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย จากประสบการณ์ที่ปฏิบัติจริง ขอเสนอมุมมองสะท้อนในประเด็นดังต่อไปนี้

1. มุมมองสะท้อนของผู้วิจัยต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์เพื่อให้ทราบปัญหา ทราบจุดเด่น จุดด้อยนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาในกระบวนการวิจัยต่อไป ผู้วิจัยเริ่มจากการสัมภาษณ์พยาบาล ผู้ป่วย และการตรวจสอบเวชระเบียน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย หากพยาบาลไม่ใส่ใจหรือให้ความสำคัญกับปัญหา ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการค้นหาปัญหาและหาวิธีการช่วยเหลือ การให้การพยาบาลที่ไม่เหมือนกัน ต่างคนต่างทำ ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง

ผู้วิจัยมีความมั่นใจเสมอว่า พยาบาลในงานผู้ป่วยหนักมีศักยภาพ ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหา และช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นการเริ่มการวิจัยผู้วิจัยจะเน้นการดึงศักยภาพของพยาบาล ชี้ให้เห็นว่าเป็นปัญหา และส่งเสริมให้ความรู้ตรงตามความต้องการของพยาบาลเพื่อเป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจในตนเอง ระยะแรกของการทำวิจัย ผู้วิจัยมีความวิตกกังวลอยู่บ้างว่ารูปแบบการประเมินจะเป็นลักษณะอย่างไร เป็นการเพิ่มภาระงาน ดังนั้นผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับปัญหาทุกปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งหากมองข้ามไปทำให้การแก้ไขปัญหามีไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้วิจัยและพยาบาลมีการพัฒนาความรู้ไปด้วยกันตลอดเวลา เรียนรู้ไปพร้อม ๆ กัน ด้วยกระบวนการของการวิจัยที่มีการสะท้อนปฏิบัติ วางแผน และการปรับปรุงแผน ทำให้กระบวนการพัฒนามองเห็นชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ

หลังจากกระบวนการวิจัยดำเนินไประยะหนึ่ง ด้วยความร่วมมือ ความแตกต่างของบุคคล ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความหลากหลายของปัญหาและความคิดเห็นข้อเสนอต่าง ๆ การตัดสินใจต่าง ๆ ขึ้นกับเหตุผล เกิดเป็นความรู้ใหม่ที่ได้จากการเรียนรู้ร่วมกัน ดังนั้นรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาเกิดจากทีม ทีมในความหมายของผู้วิจัยหมายถึง พยาบาล ผู้ป่วยและผู้วิจัย แม้ว่าการศึกษาค้นคว้านี้ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างไม่เป็นทางการ แต่สามารถช่วยในการพัฒนารูปแบบ ทีมสุขภาพมีการนำข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินไปใช้ประโยชน์ให้เกิดกับผู้ป่วย นำมาซึ่งผลสำเร็จในที่สุด

การศึกษาวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้ผู้วิจัยยอมรับว่า กระบวนการวิจัยทำให้สามารถแก้ไขปัญหาก็เกิดความรู้ใหม่ขึ้น หรือสามารถทำสิ่งที่ปฏิบัติอยู่เดิมให้เป็นขั้นตอน เป็นความคิดใหม่ทำใหม่ และสามารถนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหายแบบใหม่จริง จากการเข้าใจสถานการณ์

ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ทำให้พยาบาลมองปัญหาที่ลึกซึ้ง มองด้วยความเข้าใจ ยอมรับ ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนา หากการแก้ไขปัญหาไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยมักนึกย้อนเสมอว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นผู้วิจัยคิดไปเองหรือเปล่า มองข้ามปัญหาบางอย่างไปหรือไม่

จากการเรียนรู้การศึกษาวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยมองว่า พยาบาลปฏิบัติอยู่ แล้วตลอดเวลาของการให้การดูแลผู้ป่วยที่เราเรียกกันว่า กระบวนการพยาบาล เริ่มจากการรวบรวมข้อมูล การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อปรับปรุงแผนต่อไป เพียงแต่การวิจัยต้องอาศัยการเก็บรวบรวมอย่างละเอียดลึกซึ้ง การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน ลงมือแก้ไขปัญหา และการปรับปรุงแผน โดยอาศัยความร่วมมือ ไม่สามารถกระทำโดยคนเพียงคนเดียวได้ ดังนั้นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้วิจัยคือ ขั้นตอนแรกของการค้นหาปัญหา การเตรียมความพร้อมของผู้ร่วมวิจัย และมีเป้าหมายที่ชัดเจนเดียวกันร่วมกัน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ

2. มุมสะท้อนของผู้วิจัยต่อการพัฒนาตนเองตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จุดเริ่มต้นของการศึกษา ผู้วิจัยสนใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านการสื่อสาร ด้วยผู้วิจัยมีความคิดว่า หากพยาบาลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว พยาบาลจะสามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้ทุกอย่างอย่างแน่นอน จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการคาดหวังใจพบว่า ผู้ป่วยที่ประสบกับความปวดรุนแรงมักฟื้นตัวได้ช้า ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวนาน ประกอบกับหน่วยงานยังไม่มีระบบการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เห็นเป็นรูปธรรม และเคยได้ยินมาว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเหมาะสมที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานทางคลินิก ผู้วิจัยตั้งใจเลือกวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติมาศึกษา ซึ่งคิดว่าสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ตลอดชีวิตของการเป็นพยาบาลได้

ด้วยข้อจำกัดทั้งทางด้านประสบการณ์ของการทำวิจัย ความสามารถทางวิชาการ ความสามารถในการใช้ภาษา โดยเฉพาะการเขียนที่ไม่สามารถสื่อให้ผู้อื่นเข้าใจในสิ่งที่กระทำ ทำให้ผู้วิจัยประสบปัญหาอย่างมากมาย จนบางครั้งเครียดที่ตนเองคิดว่าไม่เคยรู้จัก เขาเกิดขึ้นมาโดยที่ตนเองไม่รู้ตัว เสมือนมีชีวิตแต่ไม่มีชีวะ ทั้ง ๆ ที่ผู้วิจัยคิดเสมอว่า ปัญหาทุกอย่างมีทางออก ต้องสำเร็จได้อย่างแน่นอน แม้จะมีปัญหามากมายด้วยความเชื่อมั่นและมั่นใจเสมอว่า ตนเองคิดไม่ผิดแน่นอนที่เลือกระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ นอกจากนี้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจในการต่อสู้และสนุกกับการทำวิจัยเสมอ จากการนำความรู้ที่ได้รับทั้งหมดตลอดหลักสูตรของการเรียนการสอนมาใช้อย่างคุ้มค่า สมศักดิ์ศรี สมภาคภูมิของคำวามหาบัณฑิต

การทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องทุ่มเทแรงกาย ให้เวลาในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประมาณ 4 เดือน และกระบวนการเขียนที่ใช้เวลานานพอสมควร ทำให้ผู้วิจัยพัฒนาตนเองไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้กลยุทธ์ต่าง ๆ ความอดทน ที่สำคัญคือ การฟังและคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้สามารถนำไปสู่การแก้ไขได้เสมอ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยหน่วยงานได้รับประโยชน์มิใช่ทราบเพียงปัญหา ยังสามารถพัฒนาศักยภาพของพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ที่มีความสำคัญของทีมสุขภาพ ทางด้านความรู้ความสามารถ และได้แนวทางที่เป็นรูปธรรมเป็นผลงาน 1 ชิ้น ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อน และที่สำคัญที่สุดคือ จิตใจของตนเอง ผู้วิจัยรู้สึกภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าของงานเสมอ กล่าวได้อย่างเต็มภาคภูมิใจว่า ความสำเร็จของงานช่วยหล่อเลี้ยงให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นที่จะฝ่าฟันอุปสรรคในทุก ๆ เรื่องจนสำเร็จ

3. มุมสะท้อนของผู้วิจัยต่อกระบวนการเรียนรู้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติมาตั้งแต่เริ่มกระบวนการเรียนการสอนหลักสูตรมหาบัณฑิต จากคำถามว่า “เกิดอะไรขึ้น คิดอย่างไร เกิดการเรียนรู้อะไร จะแก้ไขปัญหายังไง ” แต่ขณะนั้นผู้วิจัยไม่รู้ และพัฒนาขึ้นมาเรื่อย ๆ จากคำว่าไม่รู้ ไม่กระจ่าง คลุมเครือ ทุกครั้งที่พบอาจารย์ที่ปรึกษาก็มักจะมีคำถามที่ผู้วิจัยไม่ได้คำตอบสุดท้าย เมื่อเวลาผ่านไปจะค่อย ๆ ชัดเจนขึ้น ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าเป็นกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ อาจารย์ที่ปรึกษาบอกตลอดเวลากว่า ผู้วิจัยทราบข้อมูลมากที่สุด จนบางครั้งผู้วิจัยเกิดความไม่แน่ใจว่าผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ ทำให้ผู้วิจัยคิดว่า การสะท้อนกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อน ๆ ว่าเขาคิดอย่างไร ซึ่งการทำเช่นนี้ทำให้สามารถมองปัญหาและการแก้ไขหลาย ๆ มุมมองได้ในเวลาอันสั้น และด้วยบริบทของการทำวิจัยไม่สามารถย้อนเวลากลับมาได้ ปัญหาทุกปัญหาที่เกิดขึ้นต้องรีบแก้ไข

จากกระบวนการศึกษาความแตกต่างของบุคคลทั้งความรู้ความสามารถ มุมมอง ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ดังที่ผู้วิจัยกล่าวแล้วว่า ผู้วิจัยเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับผู้ร่วมวิจัยเสมอ ด้วยไม่มีบุคคลใดที่มีความพร้อมไปหมดทุกด้าน ความร่วมมือการยอมรับความคิดเห็น บางครั้งต้องยอมรับว่าตนเองไม่รู้ บางคนเก่งในหลาย ๆ เรื่องแต่อาจไม่รู้เลยในบางเรื่อง สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดสีสันของงานวิจัยที่ให้ความรู้สึกว่ามีหลาย ๆ ชีวิตประกอบกันในงานวิจัยชิ้นนี้ กล่าวได้ว่างานวิจัยชิ้นนี้เกิดจากความร่วมมืออย่างลงตัว

ผู้วิจัยคิดว่าการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เป็นกระบวนการจัดการกับความรู้ที่เหมาะสม ด้วยความรู้เกิดจากหลายแหล่ง ซึ่งเรามักคิดว่า ความรู้มักได้มาจากตำรา การให้ความรู้โดยตรง ซึ่งความรู้มีอยู่ในตัวบุคคลเพียงแต่เราสามารถดึงศักยภาพของความรู้ส่วนนี้ออกมาได้หรือเปล่านั้นเอง ความรู้ภายในบุคคลนั้นเกิดจากการสั่งสมจากประสบการณ์ การลงมือทำ การสังเกต ความ

ชำนาญ ซึ่งไม่สามารถถ่ายทอดให้กันได้หมด ดังนั้นการแลกเปลี่ยนความรู้ของแต่ละคนจากการปฏิบัติที่มีเป้าหมายร่วมกัน ก็จะได้ซึ่งองค์ความรู้ใหม่

4. มุมสะท้อนของผู้วิจัยต่อองค์ความรู้ทางการแพทย์ องค์ความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ เกิดจากประสบการณ์การทำงาน ความรู้เดิม และความรู้ใหม่ที่ได้รับเพิ่มเติม ร่วมกับกระบวนการคิด การมองปัญหา การแก้ไขปัญหาในมุมมองใหม่ ทำให้องค์ความรู้ที่ได้ผ่านกระบวนการพัฒนา เป็นความรู้ที่ผ่านการบูรณาการแล้ว สามารถนำมาปฏิบัติได้ เกิดคุณภาพในการให้การพยาบาล ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้รับเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม