

การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามารามิบัติ

จิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ: คณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวดของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ รับผิดชอบสร้างระบบการจัดการความปวด กำหนดวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวด จัดทำแผนพับให้ความรู้ พัฒนาตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินความปวด การพัฒนาดังกล่าวเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ทำการประเมินผลอย่างเป็นทางการ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการติดตามประเมินคุณภาพการจัดการความปวดทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามารามิบัติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลรามารามิบัติ 11 หอผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้ ระยะเวลาอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดตั้งแต่ 72 ชั่วโมงขึ้นไป อายุตั้งแต่ 15 ปี ระดับความรู้สึกตัวดีและสามารถสื่อสารได้เข้าใจ เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2549 ถึง 30 ธันวาคม 2549 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 169 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการของการจัดการความปวด 3. แบบสอบถามตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ของการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ผลการวิเคราะห์เชิงกระบวนการพบว่า ด้านการจัดการความปวด พยาบาลส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดและมีการบันทึกเกี่ยวกับความปวด ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย ยกเว้นเรื่องความต่อเนื่องในการประเมินความปวด นอกจากนี้ ยังพบว่าในการบริหารยาเพื่อบรรเทาความปวด ผู้ป่วยได้รับยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราวมากกว่าการฉีดตามเวลาที่วางแผนไว้ ส่วนการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา วิธีที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเลือกใช้มากที่สุด คือ การจัดทำ ในด้านเชิงผลลัพธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดที่มากที่สุด และค่าเฉลี่ยของคะแนนการบรรเทาการทำกิจกรรมและการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยร้อยละ 13.6 ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด แต่พบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับดีและดีมาก ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินและจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและควรพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น เพื่อนำไปใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด ซึ่งจะส่งผลให้คะแนนความปวดและคะแนนการบรรเทาการทำกิจกรรมและการนอนหลับลดลง

คำสำคัญ: ตัวชี้วัดคุณภาพ การจัดการความปวด การประเมินเชิงกระบวนการ การประเมินเชิงผลลัพธ์ ความพึงพอใจ

*พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ความปวดเป็นอาการที่ผู้ป่วยทุกรายให้ความสำคัญและคาดหวังที่จะได้รับการช่วยเหลือบรรเทาปวด ความปวดจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายต่อการดูแลของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีส่งผลให้มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจทั้งด้านสรีรวิทยาพื้นฐานเกี่ยวกับความปวด และมีการพัฒนายาใหม่ๆ ที่ช่วยบรรเทาปวด แต่ก็ยังมีหลักฐานการศึกษาที่แสดงว่า การจัดการความปวดยังไม่เหมาะสม และพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังรายงานความปวดระดับปานกลางและระดับสูงค่อนข้างมาก (Wilder-Smith & Schuler, 1992)

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและต่อองค์กร ด้านผู้ป่วยความปวดทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการไอ การหายใจลึกๆ หรือการเคลื่อนไหว เพราะกลัวว่าจะทำให้ปวดมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ตามมา คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ลิ่มเลือดอุดตัน ปอดอักเสบ การอุดกั้นของหลอดเลือด และแผลหายช้า ด้านจิตใจผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า สูญเสียการควบคุมตนเองและสิ้นหวัง สำหรับองค์กร ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรือกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น เกิดความไม่พอใจต่อการรักษา ส่งผลต่อภาพลักษณ์ขององค์กร (Berry & Dahl, 2000) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยได้จัดตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวด ซึ่งเป็นผู้สร้างระบบการจัดการความปวด รับผิดชอบพัฒนาความรู้แก่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ในการนำเครื่องมือมาใช้ประเมินความปวด จัดทำแผนพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการจัดการความปวด จัดทำใบ

ประเมินภาวะสุขภาพแกร็บที่นำเครื่องมือการประเมินความปวดมาใช้ จากการดำเนินการดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาและกำหนดวิธีปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวด (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ และคณะ, 2550) และนำมาใช้ในหอผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน คณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวด จัดทำโครงการขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อที่จะนำผลลัพธ์ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Pain Society: APS) และองค์กรนโยบายสุขภาพและการวิจัย (Agency of Health Care Policy and Research: AHCPR) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการความปวดว่า ควรจะประเมินทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ควบคู่กัน (Chassin & Galvin, 1998) โดยตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของความปวด คือ วิธีการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดรายงานคะแนนความปวด 1 จาก 10 ของการประเมินแบบตัวเลข (numeric rating scale) ผู้ให้การดูแลอาจคิดว่าการจัดการความปวดดีหรือเหมาะสม แต่คะแนนความปวดนั้นไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลอย่างไร จึงรายงานความปวดระดับต่ำ ผู้ป่วยรายนี้อาจจะได้รับยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง ได้รับเทคนิคการบริหารยาที่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยอาจจะใช้วิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วย (Gordon et al., 2002) เช่น การจัดทำ การประคบเย็น การฟิงดนตรี หรือการนวด เป็นต้น การตรวจสอบกระบวนการเหล่านี้จะช่วยบอกได้ว่าขั้นตอนใดช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

การประเมินเชิงผลลัพธ์ ตามข้อเสนอแนะของสมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกาประกอบด้วยการประเมินความรุนแรงของความปวด ผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิตและความเพียงพอของการได้รับข้อมูล (Gordon et al., 2005) การประเมินความรุนแรงของความปวดจะต้องประเมินทั้งความปวดปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุดและความปวดที่น้อยที่สุดในรอบ 24 ชม. ที่ผ่านมา เพื่อประกันว่าการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยได้รับนั้นเพียงพอและต่อเนื่อง เช่น เมื่อประเมินความปวดของผู้ป่วยปัจจุบันจะพบว่าผู้ป่วยอาจจะบอกคะแนนความปวดระดับต่ำ พยาบาลจะรู้สึกพอใจกับคำตอบนั้น แต่เพื่อความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม จึงควรประเมินความปวดในรอบ 24 ชม. ที่ผ่านมด้วย ซึ่งอาจพบว่าผู้ป่วยรายเดียวกันอาจรายงานความปวดทั้งระดับต่ำและสูง บ่งชี้ว่าระดับความปวดของผู้ป่วยไม่คงที่ ดังนั้นการประเมินความรุนแรงของความปวดทั้ง 3 ลักษณะ ช่วยสะท้อนให้ทราบว่าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม สำหรับผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิตและความเพียงพอของการได้รับข้อมูล เป็นผลลัพธ์โดยตรงของความปวดต่อคุณภาพชีวิต การประเมินด้านการได้รับข้อมูลในเรื่องการจัดการความปวดเป็นข้อบ่งชี้ถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการจัดการความปวด และสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด

ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ถึงแม้ว่า จะมีหลักฐานว่าความพึงพอใจไม่ใช่ผลลัพธ์โดยตรงของการจัดการความปวด (Devine et al., 1999; Gordon et al., 2005) แต่เนื่องจากทุกโรงพยาบาลกำหนดนโยบายให้ความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดหนึ่งทางด้านคุณภาพที่ต้องติดตามประเมินต่อเนื่อง คณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวดจึงกำหนด ให้ความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์หนึ่งของการจัดการความปวด ดังนั้นการติดตามประเมินคุณภาพการจัดการความปวดเฉียบพลัน

กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาริบัติครั้งนี้ คณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวดจึงประเมินทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์การจัดการความปวด ตามข้อเสนอแนะของสมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินกระบวนการการจัดการความปวดของพยาบาลประจำการในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ

นิยามตัวแปร

ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการจัดการความปวด หมายถึง การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือ numeric rating scale ประเมินความปวด ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์การจัดการความปวด หมายถึง ความรุนแรงของความปวดปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุดและความปวดที่น้อยที่สุด ผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต และความเพียงพอของการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องการจัดการความปวด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ 11 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยนรีเวช สูติกรรมพิเศษ สูติกรรม 2

การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามธิบดี

ศัลยกรรมพิเศษ ศัลยกรรมชาย-หญิงชั้น 5 ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ออร์โธปิดิกส์พิเศษ ออร์โธปิดิกส์สามัญ โสต คอ นสิกสามัญ และหอผู้ป่วยศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดตั้งแต่ 72 ชั่วโมงขึ้นไป อายุ ตั้งแต่ 15 ปี ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2549 ถึง 30 ธันวาคม 2549 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 169 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและแบบสอบถามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการจัดการความปวด ได้แก่ การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้ numeric rating scale และความต่อเนื่องของการประเมินความปวด รวมถึงวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ของการจัดการความปวดประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของความปวดปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุด และความปวดที่น้อยที่สุด การประเมินผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต และความเพียงพอของการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องการจัดการความปวด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นเครื่องมือที่คณะกรรมการชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาลด้านความปวดพัฒนาขึ้น โดยมีรากฐานจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อเสนอแนะตัวชี้วัดการจัดการความปวดของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย (Gordon et al., 2005) และองค์กรนโยบายสุขภาพและการวิจัย (Chassin & Galvin, 1998) ที่ได้รับรวมงานวิจัยจำนวน 20 งานวิจัยที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาล

ขนาดใหญ่ 8 โรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1992-2001 ทุกงานวิจัยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 70 รายขึ้นไป รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,527 ราย มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 20-88 ปี ทุกงานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละแห่ง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ความปวดหลังการผ่าตัด 3 วัน หรือรับเป็นผู้ป่วยในหรือ 3 วันก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป้าหมายของแต่ละงานวิจัยคือการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ค้นหาเป้าหมายเพื่อการพัฒนา และประเมินการเปลี่ยนแปลงเรื่องการจัดจัดการความปวดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวสมาคมความปวดแห่งประเทศไทยให้ข้อเสนอแนะตัวชี้วัดการจัดการความปวดเชิงกระบวนการประกอบด้วย การบันทึกของพยาบาลเรื่องความปวด การใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด รวมถึงวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเชิงผลลัพธ์ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของความปวดปัจจุบัน ความปวดที่มากที่สุด และความปวดที่น้อยที่สุด การประเมินผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต และความเพียงพอของการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องการจัดการความปวด คณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวดโรงพยาบาลรามธิบดีได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

คณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวดขอความร่วมมือจากแต่ละงานการพยาบาลส่งผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการเข้าอบรมระเบียบและวิธีการเก็บข้อมูลจำนวน 10 ท่าน โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและบอกวัตถุประสงค์การทำวิจัย ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย

2. เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดครบ 72 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 1 จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการการจัดการความปวด ประกอบด้วย การบันทึกของพยาบาลและคำสั่งการรักษา ชนิดของการผ่าตัด

3. ผู้ช่วยวิจัยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเลือกใช้ ความรุนแรงของความปวด ความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ความเพียงพอของการได้รับข้อมูลการจัดการความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด ยกเว้นกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ผู้ป่วยฟัง และกากบาทข้อที่ผู้ป่วยเลือก

4. ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง และเก็บแบบสอบถามส่งกลับคณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 169 ราย อายุระหว่าง 16-87 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี เพศหญิง 115 ราย (ร้อยละ 68) เพศชาย 54 ราย (ร้อยละ 32) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดคือ 52 ราย (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา 47 ราย (ร้อยละ 27.8) ระดับมัธยมศึกษา 21 ราย (ร้อยละ 12.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 43 ราย (ร้อยละ 25.4) รองลงมา รับราชการ 39 ราย (ร้อยละ 25.1) ค้าขาย 35 ราย (ร้อยละ 20.7) สำหรับชนิดของการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดสุติ-นรีเวชมากที่สุด 61 ราย (ร้อยละ 36.1) รองลงมาคือ การผ่าตัดกระดูกและข้อ 40 ราย (ร้อยละ 23.7) ลำดับที่ 3 คือ การผ่าตัดหน้าท้องทางศัลยกรรม 29 ราย (ร้อยละ 17.1)

การประเมินเชิงกระบวนการ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกระบวนการเกี่ยวกับการบันทึกการประเมินความปวดของพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 98.8 มีการใช้เครื่องมือ numeric rating scale ร้อยละ 91.7 และความต่อเนื่องของการประเมินความปวด ร้อยละ 79.3 (ตารางที่ 1)

ด้านวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับจากการรวบรวมข้อมูลในระยะ 3 วันแรกหลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานมากที่สุด ร้อยละ 72.2 รองลงมา คือ การฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว ร้อยละ 61.5 และ การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา ร้อยละ 45.6 (ตารางที่ 2)

ด้านวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการใช้วิธีการจัดทำมากที่สุด ร้อยละ 57.4 รองลงมา คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ ร้อยละ 34.3 ลำดับที่ 3 คือ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการประคบประครองด้านจิตใจ ร้อยละ 29 (ตารางที่ 3)

การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาธิบดี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของตัวชี้วัดเชิงกระบวนการของการจัดการความปวด (N=169)

ตัวชี้วัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การบันทึกการประเมินความปวดของพยาบาล	167	98.8
2. การใช้เครื่องมือ numeric rating scale	155	91.7
3. ความต่อเนื่องของการประเมินความปวด (อย่างน้อย 3 ครั้ง/1วัน)	134	79.3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ (N=169)

วิธีการบริหารยาบรรเทาปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับประทาน	122	72.2
ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราว	104	61.5
ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา	77	45.6
ยาระงับปวดทางไขสันหลัง	16	9.5
ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ	14	8.3
ยาระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย	4	2.4
หยดยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง	3	1.8
อื่นๆ	3	1.8

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (N=169)

วิธีจัดการความปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การจัดท่า	97	57.4
การเบี่ยงเบนความสนใจ	58	34.3
เทคนิคการผ่อนคลาย	49	29.0
การประคบประครองด้านจิตใจ	49	29.0
การใช้สมาธิ	35	20.7
การนวดเฉพาะที่	22	13.0
การประคบร้อน/เย็น	22	13.0
การใช้ดนตรีบำบัด	11	6.5
การใช้สื่ออารมณ์ขัน	6	3.6
การนวดกดจุด	5	3.0
อื่นๆ	6	3.6

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การประเมินเชิงผลลัพธ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าคะแนนความปวดปัจจุบันของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 2.5 (ตารางที่ 4) เมื่อนำคะแนนมาจำแนกตามระดับความรุนแรงของความปวดพบว่า ผู้ป่วยปวดเล็กน้อยมีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 60 รองลงมาคือ ไม่ปวดร้อยละ 21 ปวดปานกลางร้อยละ 14 และปวดรุนแรงร้อยละ 5 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ความปวดที่มากที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ย 5.1 (ตารางที่ 4) เมื่อนำคะแนน

มาจำแนกตามระดับความรุนแรงของความปวดพบว่า ผู้ป่วยปวดเล็กน้อยมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 37 รองลงมาคือปวดรุนแรงร้อยละ 31 ปวดปานกลางร้อยละ 26 และไม่ปวดคิดเป็นร้อยละ 6 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ความปวดที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ย 1.7 (ตารางที่ 4) เมื่อนำคะแนนมาจำแนกตามระดับความรุนแรงของความปวดพบว่า ผู้ป่วยปวดเล็กน้อยมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 55 รองลงมาคือไม่ปวดร้อยละ 36 ปวดปานกลางร้อยละ 6 และปวดรุนแรงร้อยละ 3 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของผู้ป่วย (N=169)

ตัวชี้วัด	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนความปวดปัจจุบันของผู้ป่วย	0-10	2.5	2
คะแนนความปวดที่มากที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0-10	5.1	2.7
คะแนนความปวดที่น้อยที่สุดของผู้ป่วยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0-10	1.7	1.9

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละความรุนแรงความปวดของผู้ป่วย (N=169)

ความรุนแรงของความปวด	ปวดปัจจุบัน n (%)	ปวดมากที่สุด n (%)	ปวดน้อยที่สุด n (%)
ไม่ปวด	36 (21)	10 (6)	60 (36)
ปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-4)	102 (60)	62 (37)	93 (55)
ปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 5-6)	23 (14)	45 (26)	11 (6)
ปวดรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10)	8 (5)	52 (31)	5 (3)

ผลของความปวดรบกวนการดำเนินชีวิตดังนี้ คะแนนความปวดรบกวนการทำกิจกรรมต่างๆ คะแนนเฉลี่ย 4.3

คะแนนการรบกวนการนอนหลับคะแนนเฉลี่ย 4.3 คะแนนรบกวนภาวะจิตใจมีคะแนนเฉลี่ย 3.6 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดที่รบกวนการดำเนินชีวิต (N=169)

ตัวชี้วัด	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนการรบกวนการทำกิจกรรมต่างๆ	0-10	4.3	2.9
คะแนนการรบกวนการนอนหลับ	0-10	4.3	3.1
คะแนนการรบกวนภาวะจิตใจ	0-10	3.6	2.9

การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาริบัติ

ด้านความพึงพอใจของข้อมูลเรื่องการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเรื่องการประเมินและบอกระดับความปวดของตนเองกับทีมสุขภาพในระดับดีร้อยละ 40.2 ระดับดีมากร้อยละ 30.8 ข้อมูลเรื่องวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาอยู่ในระดับดีร้อยละ 47.9 ระดับดีมากร้อยละ 23.7 สำหรับข้อมูลเรื่องอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวดอยู่ในระดับ

ดีร้อยละ 41.4 และระดับพอใช้ร้อยละ 22.5 และมีผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลในส่วนนี้ถึงร้อยละ 13.6 (ตารางที่ 7)

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการจัดการความปวดพบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่พอใจร้อยละ 47.3, 27.2, 20.1, 4.8, และ 0.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของความพึงพอใจข้อมูลการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ (N=169)

ตัวชี้วัด	ไม่ได้รับข้อมูล	พอใช้	ดี	ดีมาก	ดีที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการบอกระดับความปวดของตนเองกับทีมสุขภาพ	4 (2.4)	33 (19.5)	68 (40.2)	52 (30.8)	12 (7.1)
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา	3 (1.8)	35 (20.7)	81 (47.9)	40 (23.7)	10 (5.9)
3. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวด	23 (13.6)	38 (22.5)	70 (41.4)	28 (16.6)	10 (5.9)

อภิปรายผล

การประเมินเชิงกระบวนการ

จากการที่ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้จัดอบรมให้ความรู้และพัฒนาระบบการประเมินและจัดการความปวด นำเครื่องมือประเมินแบบตัวเลข (numeric rating scale) มาใช้ กำหนดแนวปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวด (work instruction) ส่งผลให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้เมื่อประเมินผลลัพธ์เรื่องการบริหารจัดการความปวดและการใช้ numeric rating scale ในการประเมินความปวด พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 มีการปฏิบัติซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่คณะอนุกรรมการกำหนดคือมากกว่า ร้อยละ 80 สำหรับความต่อเนื่อง

ของการประเมินความปวดนั้นยังน้อยกว่าเป้าหมายคือมีเพียงร้อยละ 79.3 ที่ปฏิบัติ อาจเนื่องมาจากโครงการนี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด 72 ชั่วโมง ซึ่งความปวดมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น พยาบาลให้ความสำคัญในการประเมินความปวดผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อยลง โดยไม่ได้ประเมินความปวดทุกเวร ทำให้ความต่อเนื่องในการประเมินความปวดลดลงตามไปด้วย

ด้านวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับพบว่า ผู้ป่วยได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราวมากกว่าการได้รับการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลา และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำตามเวลาไม่มีถึงครึ่งหนึ่งของวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ระดับความปวดของผู้ป่วยไม่คงที่ ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความปวดที่มากที่สุดอยู่ใน

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 5.1) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 8.3 ที่ได้รับการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แนวปฏิบัติของวิธีการบริหารยาบรรเทาความปวดอาจไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติขององค์กรนโยบายสุขภาพและการวิจัยที่ข้อเสนอแนะว่า หลักการบริหารยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ควรบริหารยาโดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ และบริหารยาตามเวลา (Devine et al., 1999) และควรหลีกเลี่ยงการบริหารยาโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เพราะยาใช้เวลาในการดูดซึมเข้ากระแสเลือด และทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะฉีดยา (Bedard, Purden, Sauve-Larose, Certosini, & Schein, 2006)

ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาร้อยละ 95.3 วิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด คือ การจัดทำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปาณี วตินอมร, สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, เยวลักษณ์ เลาหะจินดา, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (2535) พบว่าการจัดทำให้สบายเป็นวิธีบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใช้มากที่สุด วิธีที่ผู้ป่วยใช้รองลงมาคือ การเบี่ยงเบนความสนใจ เทคนิคการผ่อนคลาย การประคบประคบร้อนด้านจิตใจ จะเห็นได้ว่าวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือหรือการฝึกฝน และเป็นวิธีที่ได้รับการแนะนำจากพยาบาล สอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์กรนโยบายสุขภาพและการวิจัยที่แนะนำให้ใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นวิธีเสริมในการบรรเทาปวด (Devine et al., 1999) ซึ่งการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานบริการพยาบาลมีโอกาสพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้หลายลักษณะเช่น พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จัดทำชุดการพยาบาล จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นอื่นๆ ที่ช่วยในการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเลือกใช้วิธีการบรรเทาความปวดที่เหมาะสมและปลอดภัย

การประเมินเชิงผลลัพธ์

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดที่น้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 1.7) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดที่มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 5.1) พบว่ามีความแตกต่างกันมาก และยังพบว่าค่าเฉลี่ยของความปวดที่มากที่สุดยังอยู่ในระดับปานกลาง บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดไม่คงที่ในรอบ 24 ชม. และอาจเชื่อมโยงไปถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับในการควบคุมความปวด เนื่องจากผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาโดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราวร่วมกับวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรบกวนการทำการกิจกรรมต่างๆ เช่น การนอนหลับ และภาวะจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกูดและคณะ (Good, Stanton-Hicks, Anderson, Makii, & Geras, 2000) ที่ศึกษาการรับรู้ความปวด ความทุกข์ทรมาน และผลกระทบด้านการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชจำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ป่วยหนึ่งในสามรายงานว่าความปวดส่งผลต่อการนอนหลับทั้งในวันที่ 1 และ 2 หลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามข้อสรุปว่าความปวดสัมพันธ์กับความสามารถในการทำการกิจกรรมนั้น คงต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ อาจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรือชนิดของการผ่าตัดที่ส่งผลต่อความรุนแรงของความปวด

ด้านความเพียงพอของการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 97.6 ได้รับข้อมูลเรื่องการประเมินและการบอกระดับความปวดของตนเองกับทีมสุขภาพ เรื่องอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวดมีผู้ป่วยร้อยละ 13.6 ไม่ได้รับข้อมูลส่วนนี้ ซึ่งต้องค้นหาสาเหตุ เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ภาระงานมาก โปรแกรมการสอนที่ต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งความพร้อมของผู้ป่วยต่อการเรียนรู้ (Knowlton, 1984) ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในด้านการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ควรมีเนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่ การจัดการความปวด การผ่าตัดที่ได้รับ การบอก

การประเมินผลการจัดการความปวดเฉียบพลันในโรงพยาบาลรามาธิบดี

ระดับความปวด การสอนกิจกรรมที่บรรเทาความปวด และวิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา ซึ่งอาจจัดทำในรูปแบบ วิดีทัศน์ แผ่นพับ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้บริหารควรมีบทบาทด้านนโยบายโดยช่วยกำหนดวิธีปฏิบัติของพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นและสามารถนำไปใช้ในการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม

สำหรับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยและญาติ ในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับดีและดีมากถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดที่มากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่า ระดับความรุนแรงของความปวดไม่มีผลต่อความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด แต่อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการของพยาบาล เช่น การเอาใจใส่ดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Gordon et al., 2005; Ward & Gordon, 1996) ที่พบว่าระดับความปวดไม่สัมพันธ์กับความพึงพอใจ ทั้งนี้ความพึงพอใจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความคาดหวังของผู้ป่วย ความเชื่อ ความรู้สึกส่วนบุคคล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอจนกว่าจะได้รับยาบรรเทาปวด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยขอให้แพทย์มาปรับเปลี่ยนยาบรรเทาปวดชนิดใหม่ และระยะเวลาที่ความปวดบรรเทาลง (Bookbinder et al., 1996) การประเมินความพึงพอใจเป็นประเด็นที่ค่อนข้างซับซ้อนและท้าทายต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ดังนั้นความพึงพอใจจึงไม่ใช่ผลลัพธ์โดยตรงของการจัดการความปวด แต่ในทางปฏิบัติพบว่าความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการประเมินคุณภาพการจัดการความปวด

ข้อเสนอแนะ

การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดควรประเมินทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ควบคู่กัน

การประเมินความรุนแรงของความปวดอย่างเดียวไม่สามารถสรุปรวมได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นได้รับการจัดการความปวดเหมาะสม สำหรับผลลัพธ์ของการศึกษานี้ช่วยให้คณะอนุกรรมการติดตามประเมินตัวชี้วัดการจัดการความปวดเห็นโอกาสพัฒนาคุณภาพบริการด้านการจัดการความปวดดังนี้ เพิ่มความตระหนักของพยาบาลในการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง การให้ยาตามเวลาที่กำหนด การให้ข้อมูลเรื่องอาการไม่พึงประสงค์ของยาบรรเทาปวดที่สามารถจัดการได้ โดยจัดทำ วิดีทัศน์ ให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด นอกจากนี้พยาบาลควรพัฒนาโครงการในงานประจำที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยามาใช้ในการปฏิบัติ รวมถึงการประทับประคองด้านจิตใจและให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลบรรเทาปวดอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และปลอดภัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องชนิดของการผ่าตัดโดยพบว่าการผ่าตัดที่ต่างชนิดกันจะส่งผลต่อความรุนแรงของความปวดต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการเลือกวิธีการจัดการความปวด นอกจากนี้ยังพบว่าบริบทของหอผู้ป่วยมีผลต่อการจัดการความปวด เนื่องจากบางหอผู้ป่วยมีโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ครอบคลุม มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่ดี ซึ่งอาจเป็นแบบอย่างให้หอผู้ป่วยอื่นได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ได้จากหอผู้ป่วยต่างๆสามารถที่จะนำมาใช้ในการเทียบเคียงเพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ร.ศ. สมพร ชินโนรส คุณสุวิรัช รัตนมณีโชติ คุณภัทรา นิโครธา คุณจันทนา แจ่มเจนเวทย์ คุณอัจฉรา สืบสงัด คุณณัฏฐา สรนนต์ศรี คุณชัชพงศ์ ดีเสมอ คุณสุริพร สถิตยานุรักษ์ คุณนันทนา สุขสมนรินทร์

คณะทำงานโครงการฯ หัวหน้างานการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล ของทุกงานการพยาบาล ในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนทำให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, สุปราณี เสนาดิลัย, สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ, พงษ์ รอดจินดา, ภัทรา นิโครธา, นันทนา สุขสมนรินทร์, และคณะ. (2550). เครื่องมือประเมินความปวดและระบบการจัดการความปวดในโรงพยาบาลรามาธิบดี. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 13(1), 10-19.

สุปราณี วศินอมร, สุจินต์ วิจิตรกาญจน์, เขียวลักษณ์ เลหาะจินดา, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2535). การรับรู้ความเจ็บปวดและวิธีบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี*, 12(4), 296-303.

Bedard, D., Purden, M. N., Sauve-Larose, N., Certosini, C., & Schein, C. (2006). The pain experience of post surgical patients following the implementation of an evidence-base approach. *Pain Management Nursing*, 7(3), 80-92.

Berry, P. H., & Dahl, J. (2000). The new JCAHO pain standards: Implementations for pain management nurses. *Pain Management Nursing*, 1(1), 3-12.

Bookbinder, M., Coyle, N., Kiss, M., Goldstein, M., Holriz, K., Thaler, H., et al., (1996). Implementing national standards for cancer pain management: Program model and evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12, 334-347.

Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of medicine national roundtable on health care quality. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1000-1005.

Devine, E. C., Bevsek, S. A., Brubakken, K., Johnson, B. P., Ryan, P., Sliefert., M. K., et al., (1999). Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline on surgical pain management: Adoption and outcomes. *Research in Nursing & Health*, 22, 119-130.

Good, M., Stanton-Hicks, M., Anderson, G. C., Makii, M. & Geras, J. (2000). Pain after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing*, 1(3), 96-104.

Gordon, D.B., Pellino, T.A., Miaskowski, C., McNeill, J. A., Paice, J.A., Laferriere, D. L., et al. (2002). A 10-years review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, 3(4), 116-130.

Gordon, D. B., Dahl, J. L., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K. H., Paice, J. A., et al. (2005). American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer painmanagement: American Pain Society quality of care task force. *Archive of Internal Medicine*, 165(14), 1574-1580.

Knowlton, W. E. (1984). The understanding and management of acute pain in adults: The nursing contribution. *International Journal of Nursing Studies*, 21(2), 131-143.

Ward, S. E., & Gordon, D. B. (1996). Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: A longitudinal view of one setting's experience. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11, 242-251.

Wilder-Smith, C. H., & Schuler, L. (1992). Post operative analgesia: Pain by choice?: The influence of patient attitudes and patient education. *Pain*, 50, 257-262.

Evaluation of Acute Pain Management at Ramathibodi Hospital

Jirapee Soonthornkul Na Chonburi* M. N. S. (Adult Nursing)

Suteera Chukkul Luengsukcharoen** M. N. S. (Adult Nursing)

Abstract: This article presents an evaluation of quality of pain management both process and outcome in post operative patients at Ramathibodi Hospital by the Pain Management Committee. The Pain Management Committee has been established since B.E. 2546. They are responsible for setting the pain management system including developing work instruction and pain quality indicators. The objective of this descriptive study was to evaluate quality of pain management using both process and outcome indicators in postoperative patients admitted to Ramathibodi Hospital. One hundred and sixty nine patients from 11 wards were recruited in the study. The instruments used in this study were 1) the Demographic Questionnaire, 2) the Pain Management Process Indicators, and 3) the Pain Management Outcome Indicators. Data analysis was performed using descriptive statistics. The result of this study showed that most nurses used the numerical rating pain scale and pain document, which met the goal of pain management process. However, they did not continue assessing pain. In addition, most of the patients received pain medication management only when needed rather than around-the-clock. Regarding non-pharmacological management, positioning was most used by these patients. For outcome indicators, mean scores of worst pain, and disturbance of functional activity and sleep were in the moderate level. Of the total sample, 13.6% did not receive information about side effect of analgesics, but their satisfaction levels with pain management were good and very good. Recommendations from this study are that nurses should pay more attention on the continuity of pain assessment and management, as well as develop the non-pharmacological pain management program combined with analgesics to alleviate pain. These may result in decreasing pain intensity, and disturbance of functional activity and sleep.

Keywords: Quality indicators, Pain management, Pain assessment, Measurement outcome, Patient satisfaction

*Professional Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University;
E-mail:rajsnc@mahidol.ac.th

**Advanced Practice Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University