

	<p style="text-align: center;">โรงพยาบาลบ้านคา หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016</p>	<p>หน้า.....1..... ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่..... วันที่เริ่มใช้ ....วันที่ 9 ตุลาคม 2566.....</p>
<p>เรื่อง การจัดการความปวด</p>		<p>ผู้ทบทวน : ..... (นางสาวจรรยาพร แซ่เต๋มา) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p>
<p>ผู้จัดทำ : ..... (นางสาวเมธิณี เชียงกา) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ</p>		<p>ผู้อนุมัติ ..... (นายธนัฐกรณ์ โกคินกรณ์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ</p>
<p>ที่มาของเอกสาร <input type="checkbox"/> ความเสี่ยงสูง (High Risk) <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายสูง(High Cost) <input type="checkbox"/> พบบ่อย (High Frequency) <input type="checkbox"/> หลากหลายวิธี(High Variation) <input type="checkbox"/> กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน</p>		
<p>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....</p>		
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมิน บันทึก และติดตามระดับความปวดของผู้ป่วย</li> <li>2. เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการจัดการความปวด</li> </ol> <p><b>นโยบาย</b></p> <p>พยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ</p> <p><b>ขอบเขต</b></p> <p>ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดอายุตั้งแต่ 14 ปี ขึ้นไป ใน หอผู้ป่วยใน</p> <p><b>คำจำกัดความ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) หมายถึง ความไม่สบายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะสั้นไม่เกิน 3 เดือน มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ และพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระ โดยบอกได้ถึงตำแหน่งและรูปแบบของการปวด</li> <li>2. ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึง ความปวดที่ยาวนานกว่าระยะเวลาการสมานของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บบ่อยครั้งไม่สามารถบ่งชี้ถึงสาเหตุของความปวด โดยปกติจะลงความเห็นว่าคุณปวดนั้นเป็นความปวดเรื้อรังเมื่อมีอาการปวดอยู่นานเกินกว่า 3 เดือน</li> <li>3. การประเมินความปวด หมายถึงการรวบรวมข้อมูลความปวดโดยมีค่าตัวเลขเป็นสื่อเพื่อแสดงปริมาณความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ในแต่ละช่วงเวลา โดยผู้ป่วยต้องเป็นผู้ประเมินความปวดด้วยตนเอง (Self report)</li> <li>4. การจัดการความปวด หมายถึง การบำบัดเพื่อบรรเทาหรือลดความปวดโดยวิธีการเหมาะสมกับภาวะความปวดของผู้ป่วย</li> </ol> <p><b>หน้าที่ความรับผิดชอบ</b></p> <p>พยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินระดับความปวด</li> <li>2. จัดการความปวดและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด</li> <li>3. บันทึกการประเมินและการจัดการความปวด</li> </ol>		



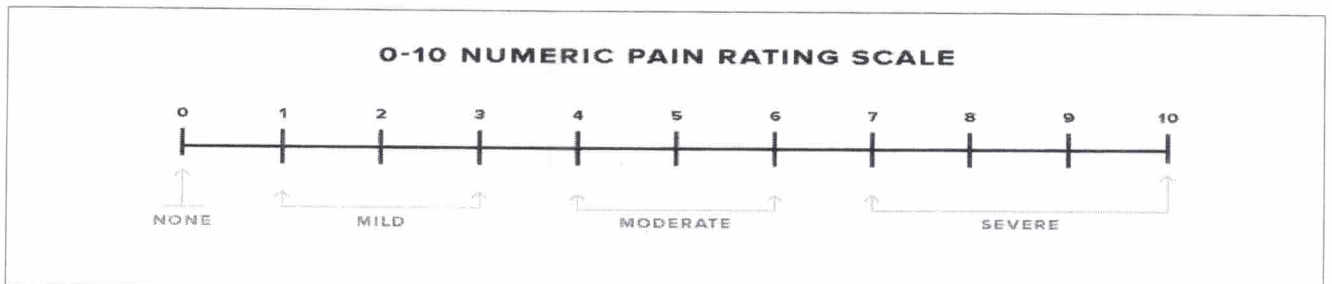
โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

### อุปกรณ์และเครื่องมือ

1. Numerical Pain Rating Scale (N) ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าใจความหมายของตัวเลข และสามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้ โดยมีความหมายดังนี้

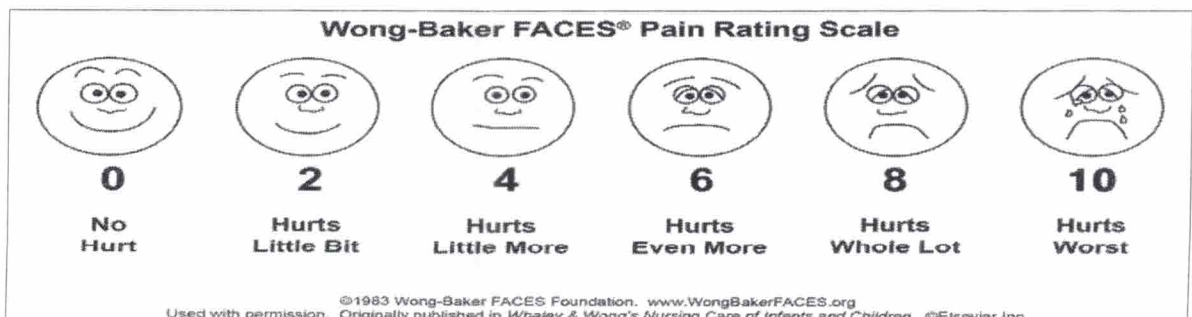
0	=	ไม่ปวดเลย
1-3	=	ปวดน้อย
4-6	=	ปวดปานกลาง
7-9	=	ปวดมาก
10	=	ปวดมากที่สุด



ที่มา: <https://www.healthline.com/health/pain-scale>

2. Faces Pain Rating Scale (F) ใช้ในผู้ป่วยเด็กที่อายุ 3-8 ปีและผู้ใหญ่ที่รู้สึกตัว มีสติสัมปชัญญะไม่สามารถสื่อสารได้ โดยมีความหมายดังนี้

0	=	ไม่ปวดเลย
2	=	ปวดเล็กน้อย
4	=	ปวดปานกลาง
6	=	ปวดค่อนข้างมาก
8	=	ปวดมาก
10	=	ปวดมากที่สุด



ที่มา: <http://www.WongBakerFACES.org>



โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

3. Critical care Pain Observation Tool (CPOOT) เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง มีความเชื่อมั่นสูง มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้

แบ่งการสังเกตพฤติกรรมเป็น 4 หมวด คือ การแสดงออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกาย การเกร็งของกล้ามเนื้อ การหายใจ สอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ แต่ละหมวดมี 0-2 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 สูงสุดคือ 8

โดยแปลผลดังนี้

- 1-2 = ปวดระดับเล็กน้อย
- 3-5 = ปวดระดับปานกลาง
- 6-8 = ปวดระดับรุนแรง

หมวด	การตรวจพบ	คะแนน	อธิบาย
การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression)	ผ่อนคลาย/ไม่มีการแสดง	0	ไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อใบหน้า
	ขมวดคิ้ว	1	มีขมวดคิ้ว
	การเกร็งอย่างน้อยสองส่วนของใบหน้าผู้ป่วย	2	ขมวดคิ้ว ตาปิดแน่น (หน้ามึน) คิ้วขมวด เปลือกตาปิดแน่น
น้ำตาไหล/หน้าแดง (Tearing/Face Flushing)	ไม่มี	0	ไม่มีทั้งน้ำตาไหล และหน้าแดง
	มี	1	มีน้ำตาไหลและ/หรือ หน้าแดง
การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement)	ไม่มีการเคลื่อนไหว	0	
	การเคลื่อนไหวที่ไม่มุ่งหมาย	1	การเคลื่อนไหวไม่มีจุดหมาย / เคลื่อนไหวช้าๆ หรือการงอแขน ไม่ได้มุ่งไปที่ตำแหน่งที่ปวด
	การเคลื่อนไหวโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและ/หรือกระสับกระส่าย/กระวนกระวาย	2	พยายามเขมือบหรือสัมผัส/ออกตำแหน่งที่ปวด และหรือดึงท่อออก พยายามสลับข้าง คัดแกว่ง ไม่ทำตามคำสั่ง สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่
การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ	หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ	0	ใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่สังเกตเห็นเคลื่อนไหว
	กระตุ้นสัญญาณเตือน	1	สัญญาณถูกเตือนแต่หยุดโดยอัตโนมัติ
	มีกวางต้านเครื่องช่วยหายใจ	2	การอุดกั้นการระบายอากาศ สัญญาณเตือนเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
การเปล่งเสียง (Vocalization)	พูดด้วยน้ำเสียงปกติ	0	พูดด้วยน้ำเสียงปกติ
	ถอนหายใจ ร้องคราง	1	ถอนหายใจ ร้องคราง
	บ่นปวด ร้องไห้	2	ร้องปวด (ไห้อัน) ร้องไห้
ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tension)	ผ่อนคลาย	0	ไม่มีการตึงตัวของกล้ามเนื้อ
	ตึงแข็ง	1	ลดต้านต่อการขยับและการเคลื่อนไหว
รวม		8	



โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

#### 4..Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) สำหรับทารกแรกเกิดถึง- 1 ปี

เกณฑ์	คะแนน NIPS		
	0	1	2
สีหน้า	เฉยๆสบายๆ	แสบๆปาก เบะ จมูกย่น คิ้วย่น ปิด ตาแน่น	-
ร้องไห้	ไม่ร้อง	ร้องคราง	หวีดร้อง
การหายใจ	หายใจสม่ำเสมอ	หายใจเร็วขึ้น หรือช้าลง หรือกลืน หายใจ	-
แขน	วางสบายๆ	งอแขน/แขนเหยียดเกร็ง	-
ขา	วางสบายๆ	งอ / เหยียด	-
ระดับการตื่น	หลับ/ตื่น	กระสับกระส่าย / วุ่นวาย	-

แปลผลดังนี้

0 = ปวดระดับเล็กน้อย 1-5 = ปวดเล็กน้อย 4-6 = ปวดปานกลาง 7 = ปวดมาก

5. Face Leg Activity Crying Consolidation ; FLACC Scales สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไปถึง 3 ปี และผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติทางสมอง เมื่อประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยวิธีนี้ แล้วรวบรวมคะแนน (จะสามารถรวมคะแนนความเจ็บปวดได้ตั้งแต่ 0-10 คะแนน) โดยการแปลผลดังนี้

0 = ผ่อนคลาย/ไม่ปวด

1-3 = ปวดเล็กน้อย

4-6 = ปวดปานกลาง

7-10 = ปวดมาก



โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

เกณฑ์	คะแนน FLACC		
	0	1	2
ใบหน้า	สีหน้าปกติ หรือยิ้ม สดตา สنج สิ่งแวดล้อม	หน้าบึ้ง หน้าเบะแสดงสีหน้าไม่พอใจ แยกตัว ไม่สนใจอะไร สีหน้าวิตกกังวล ขมวดคิ้ว ตา หลับสนิท เม้มปาก เป็นบางครั้ง	กัดฟัน คางสั่น หรือ หน้าผากย่น หน้านี้ คิ้วขมวด
ขา	อยู่ในท่าปกติ ผ่อนคลาย สบายๆ	อยู่ในท่าสบาย กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อตึง แข็ง งอ หรือเหยียดเกร็งขา เป็นพักๆ	เตะหรืองอขาขึ้น กล้ามเนื้อตึง เกร็ง สั่น งอหรือเหยียดขา มากกว่าปกติเป็น บ่อยๆหรือตลอดเวลา
การเคลื่อนไหว	นอนเงยขาขึ้นๆท่าปกติ เคลื่อนไหว สบายๆง่ายและอิสระ	บิดตัวไปมา แอนหน้า แอนหลัง เกร็ง ลังเลที่จะ ขยับตัว ระมัดระวัง	ตัวงอ เกร็งจนแข็ง อยู่ ในท่าเดิม ไม่กล้าขยับ ตัว หรือสั่นกระตุก
การร้องไห้	ไม่ร้อง/ไม่คราง(ตื่นดีหรือหลับ)	ครางฮือ ๆครางเบา ๆ หรือบ่นเป็นบางครั้ง ถอนหายใจ บ่นปวดเป็นบางครั้ง	ร้องไห้ตลอด หิวหรือ สะอึก สะอื้นแผดเสียง ร้องตะเบ็ง ตะคอก บ่น ปวดบ่อยๆ
การตอบสนองต่อ การปลอบโยน	เชื่อฟังดี สบายๆ สงบนิ่ง ดูมี ความสุข ผ่อนคลาย ไม่ต้องการการ ปลอบโยน	ปลอบโยนได้ด้วยการสัมผัส โอบกอด พุดคุย	ยากที่จะปลอบโยน



โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย ทอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

### 6. The Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (The CHEOPS Pain Scale)

ใช้กับเด็กอายุ 3-6 ปี

cut of point =6

การแปลผล

4= ไม่ปวด 5-7 ปวดน้อย 8-10 =ปวดปานกลาง 11-13 ปวดมาก

เกณฑ์	คะแนน FLACC			
	0	1	2	3
ร้องไห้	-	ไม่ร้องไห้	ร้องไห้ / คราง	-กรีดร้อง
ใบหน้า	ยิ้มแย้ม	เฉยๆ	เบ้/หน้าตาบูดบึ้ง	-
การส่งเสียง	พูด/สนุกสนาน/ ร่าเริง/ไม่พูด	บ่นอื่นๆ/หิว/ห แม่	บ่นปวด/บ่นอื่นๆ	-
ท่าทาง	-	สบายๆ	ดิ้น/เกร็ง/สั่น	-
สัมผัส	-	ไม่สัมผัส	เอื้อมมือมาแตะ, ตะปบ, เอื้อมมือจนต้องจับมือหรือแขนไว้	-
ขา	-	ทำสบายๆ	บิดตัว/เตะ/ตึงขาหนี/เกร็ง/ดิ้น	-



โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

7.Sedation score (ระดับความง่วงซึม) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Strong Opioids

\*\* ใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาการหายใจ เช่น Morphine คะแนนตั้งแต่ 2-3 จุดให้ยาแก้ปวด

โดยมีความหมายดังนี้

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 0 | = | ตื่นรู้สึกตัวดี  |
| 1 | = | ง่วงเล็กน้อย ถ้าปลุกแล้วตื่นง่าย                                   |
| 2 | = | ง่วงซึม หลับเกือบตลอดเวลา ถ้าปลุกแล้วตื่นง่ายแต่ไม่ยอมพูดคุยโต้ตอบ |
| 3 | = | หลับตลอดเวลา ปลุกไม่ตื่นหรือตื่นยาก                                |
| 4 | = | นอนหลับปกติ  |

แนวทางปฏิบัติ จากการประเมิน Sedation score

Sedation score = 2 +RR > 10/min ปฏิบัติดังนี้

- 1.เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง อาจให้อนคางแข็งหากไม่มีข้อห้าม
- 2.ให้ออกซิเจน และแจ้งให้แพทย์ทราบ

Sedation score = 3 +RR < 10/min ปฏิบัติดังนี้

- 1.เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
- 2.ให้ออกซิเจน
- 3.เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม
- 4.เตรียม Naloxone dilute เป็น 0.1 mg/ml

8..แบบบันทึกทางการพยาบาล

- 4.1 Vital signs graphic record
- 4.2 วิธีปฏิบัติในการประเมินและบันทึกระดับความปวด

**ขั้นตอนการปฏิบัติ**

1. การประเมินความปวด

1.1 พยาบาลให้ความรู้ในการประเมินความปวดกับผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ความหมายของการประเมินตามขั้นตอนดังนี้

- ขั้นที่ 1 แสดงเครื่องมือให้ดู และบอกวัตถุประสงค์ของการใช้
- ขั้นที่ 2 อธิบายถึงส่วนประกอบของเครื่องมือ
- ขั้นที่ 3 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ Pain concept ตามคำจำกัดความ
- ขั้นที่ 4 ทดสอบความเข้าใจผู้ป่วย
- ขั้นที่ 5 ให้ผู้ป่วยทดลองใช้เครื่องมือและบอกระดับความปวด
- ขั้นที่ 6 ตั้งเป้าหมายในการจัดการความปวดร่วมกัน



โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

## 1.2 เลือกใช้เครื่องมือวัดความปวด (Pain scale) ซึ่งมี 2 แบบ คือ

1) Numeric Pain Rating Scale (N ใช้กับผู้ป่วยที่เข้าใจความหมายของตัวเลขและสามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้ เช่น ใช้กับผู้ใหญ่ หรือเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป

2) Faces Pain Rating Scale (f) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจและไม่สามารถสื่อสารเป็นตัวเลขได้ เช่น ใช้กับเด็ก

**หมายเหตุ** ในกรณีที่ไม่สามารถใช้เครื่องมือวัดความปวดทั้ง 2 แบบได้ให้ประเมินโดยวัดความเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ปริมาณเหงื่อที่ฝ่ามือ หรือสังเกตพฤติกรรม เช่น สีหน้า เสียงบ่น เสียงร้อง การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

1.3 ประเมินความปวดพร้อมการวัดสัญญาณชีพ หลังทำหัตถการ หรือเมื่อผู้ป่วยบอกปวด รวมทั้งก่อนและหลังการจัดการความปวดทุกครั้ง

1.4 กรณีใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Strong opioids ต้องประเมิน Sedation score (ระดับความง่วงซึม) ทั้งก่อนและหลังได้รับยาทุกครั้ง จะให้ได้เมื่อ Sedation score 0 หรือ 1 เท่านั้น

## 2. การจัดการความปวด

แบ่งเป็น 2 วิธี คือ

2.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยา

2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

### 2.1. การจัดการความปวดโดยใช้ยา

ยาที่ใช้มี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

2.1.1 ยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic drugs) โดยการฉีดที่แผลผ่าตัด Peripheral nerve block, Nerve plexus block และ Epidural analgesia

2.1.2 ยาแก้ปวด (Analgesic drugs) สามารถบริหารได้หลายวิธี เช่น การรับประทาน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง แปะผิวหนัง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หยดต่อเนื่องเข้าหลอดเลือดดำ และ Epidural / Spinal injection หรือ infusion แบ่งได้ดังนี้

1) Non-opioid analgesic drugs ประกอบด้วย Acetaminophen และ Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) การบริหารยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น Diclofenac, Piroxicam, Tenoxicam และ Parecoxib

2) Opioid analgesic drugs แบ่งเป็นยาในกลุ่ม Weak opioids เช่น Codeine, Tramadol และ Strong opioids เช่น Morphine, Pethidine, เป็นต้น

3) Adjuvant analgesic drugs ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Anxiolytic, Antihistamine, Corticosteroid, Antipsychotic, Anticonvulsant และ Antidepressant ซึ่งยาในกลุ่มนี้ไม่ได้มีคุณสมบัติแก้ปวดโดยตรง แต่เมื่อนำมาใช้ร่วมกับยาแก้ปวดแล้วทำให้สามารถแก้ปวดได้ดีขึ้น ลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลง และทำให้ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาแก้ปวดน้อยลง

### 2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาอาจใช้ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวดหรือประยุกต์ใช้บรรเทาความปวดเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของยาบรรเทาปวด และลดการใช้ยาบรรเทาปวด ได้แก่

2.2.1 การลดความวิตกกังวลโดยให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ





โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

2.2.2 การใช้เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation technique) เช่น การทำสมาธิ การหายใจเข้า-ออกลึกๆ  
ซ้ำๆการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เช่น การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ฟังเรื่องซ้ำๆ และการเล่นเกมส์

2.2.3 การจัดทำผู้ป่วย (Positioning) หรือจัดทำทางขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการยืดขยายของ  
กล้ามเนื้อที่มากเกินไป

2.2.4 การนวด (Massage) ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ และหลอดเลือดขยายตัวทำให้การไหลเวียน  
โลหิตไปเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น

2.2.5 การสัมผัส (Touch) การสัมผัสด้วยความตั้งใจและสนใจเป็นการสื่อถึงการสร้างความมั่นใจ ความอบอุ่นใจต่อผู้ที่  
ได้รับการสัมผัส ช่วยลดความวิตกกังวล

2.2.6 การใช้ความร้อน ความเย็น เช่น Heating pad, Warning towel, Cold-Hot pack ประคบลงบนผิวหนังที่มี  
อาการปวดหรือรอบๆ บริเวณที่ปวด

### 3. การดูแลหลังการจัดการความปวด

ภายหลังจัดการความเจ็บปวดแล้วต้องติดตามประเมินผลของการจัดการความปวด ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ยา ประเมินระดับความปวดตามระยะเวลาดังนี้

3.1.1 ประเมินภายหลังได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำประมาณ 15 นาที

3.1.2 ประเมินภายหลังได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อประมาณ 30 นาที

3.1.3 ประเมินภายหลังได้ยารับประทานประมาณ 1 ชั่วโมง

3.1.4 ประเมินภายหลังได้รับ opiod ทาง Epidural / Spinal ทุก 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมงแรก

รักษา และรายงานแพทย์ทันที

3.2 สังเกตติดตามอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดแต่ละชนิด หากพบความผิดปกติ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และรายงาน  
แพทย์ทันที

3.3 ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินระดับความปวดภายหลังการจัดการความปวดโดยพิจารณาตามความ  
เหมาะสมในแต่ละกิจกรรม

### 4. การบันทึก

บันทึกระดับความปวดและการจัดการความปวดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล ดังนี้

4.1 Vital signs graphic record (ใบจุดปรอท)

4.1.1 จุดค่าระดับความปวด (Pain score) ลงบนเส้นที่ตรงกับตัวเลข บริเวณกึ่งกลางระหว่างช่องช่วงเวลาและลากเส้น  
ต่อจุดด้วยปากกาสีน้ำเงินในช่อง Pain scale ใน Vital signs graphic record (ใบจุดปรอท)

4. 2 กำหนดปัญหา "Pain" ใน Focus list เมื่อประเมิน Pain score ได้ > 4 โดยบันทึกใน Nursing progress noteแบบ AE  
(Assessment Implement Evaluation) คือ การประเมิน การปฏิบัติเพื่อลดความปวด และ ผลลัพธ์ที่ได้ โดยลงบันทึกลักษณะการปวด  
ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาการปวด พฤติกรรมที่แสดงออก ให้ลงบันทึกความปวดที่ประเมินได้เป็นตัวเลข ก่อน และ หลัง การได้รับการ  
จัดการความปวด



โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-016

หน้า.....2.....  
ฉบับที่.....1..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ 10 ตุลาคม 2566.....

ในกรณี ผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุและผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ลงบันทึกใน Nursing progress note ว่าไม่สามารถประเมินได้ และให้ประเมินจากสีหน้าและประเมินจากพฤติกรรมแทน

#### การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายเพื่อการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง

1. ทบทวนซ้ำเรื่องการประเมินความปวด
2. แนะนำการใช้ยาบรรเทาปวด
  - 2.1 ก่อนใช้ยาให้ตรวจสอบชนิด ขนาดของยา วิธีการใช้ และเวลาให้ถูกต้อง
  - 2.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้ยาแต่ละตัว เช่น ยาออกฤทธิ์ระยะยาว รับประทานตามแพทย์สั่ง ยาออกฤทธิ์ระยะสั้นใช้เมื่อมีอาการปวด และยาระงับปวดที่ช่วยเสริมฤทธิ์ยาแก้ปวด
  - 2.3 แนะนำการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด พร้อมทั้งวิธีการป้องกันหรือลดอาการข้างเคียง เช่น อาการท้องผูก วิงเวียน อาเจียน ง่วง ปวดท้อง หรือ ปัสสาวะลำบาก
3. แนะนำวิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรคและแต่ละราย และระดับของความเจ็บปวด เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด แนะนำการใช้ความเย็นบรรเทาปวด การจัดทำหรือยกแขน ขาข้างที่ปวดสูง เพื่อลดอาการปวด บวม โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกใช้
4. หากไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ควรมาพบแพทย์

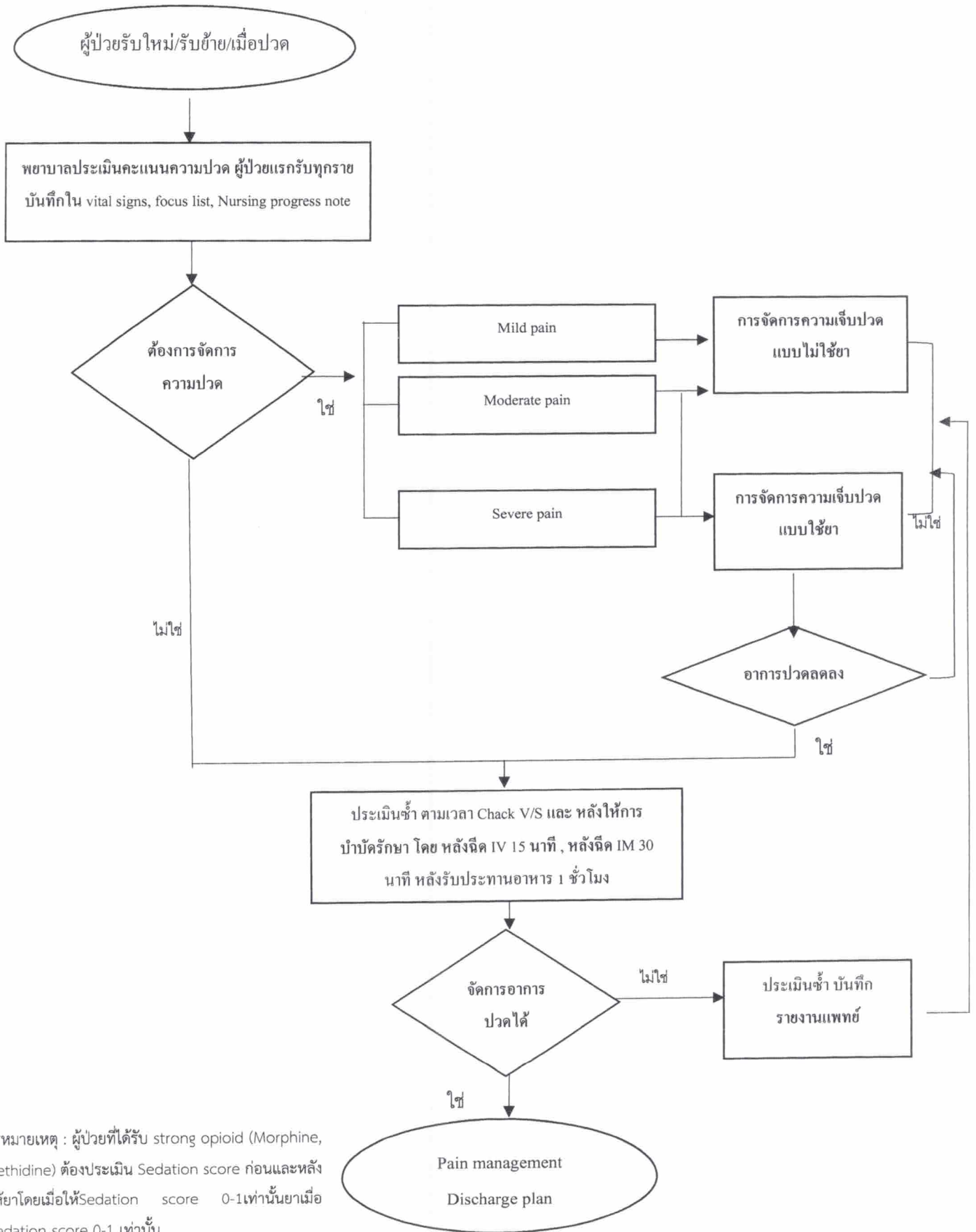
#### เครื่องชี้วัด

1. ประสิทธิภาพการจัดการความปวด เป้าหมายระดับความปวดไม่เกิน 3
2. ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด เป้าหมายระดับมากขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 80

#### เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจารย์. 2548. เวชศาสตร์ฟื้นฟู สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : เอ็น,พี เพรส  
นวลสกุล แก้วลาย. 2545. การวิเคราะห์เมตตากับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด.  
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นียา สออารีย์. 2546. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดโดยไม่ใช้ยา ใน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด. สงขลาแม็กซ์ มีเดีย วาย พู เค เพรส.
- พงศ์ภารดี เจาตะเกษตรินและคณะ.2547 ความปวด. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เมดิมีเดีย (ประเทศไทยจำกัด)
- Hanley & Belfus.2004. Pain Management.USA, Philadelphia Pennsylvania.
- Keck F. J. and Baker S. 2001. Clients with Pain: Promote Positive Outcomes in Medical- Surgical nursing clinical management for positive outcome volume 1. 6th ed. USA, W.B. Saunders.

Flow chart แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อจัดการความปวด



\*\*หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่ได้รับ strong opioid (Morphine, Pethidine) ต้องประเมิน Sedation score ก่อนและหลังให้ยาโดยเมื่อให้ Sedation score 0-1 เท่านั้นยาเมื่อ Sedation score 0-1 เท่านั้น