**ใบบันทึกทางการพยาบาล**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date/เวร | Time | F: Focus / A: Assessment | I: Intervention / E: Evaluation | ผู้บันทึก/ตำแหน่ง |
|  |  | □ **F:** Pain (ปวดแผล)  **A**:  □ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด............................  ..........................................................  □ บ่นปวดแผลผ่าตัด □ Pain score เท่ากับ.......คะแนน □ นอนบนเตียงตลอด □ ไม่ค่อยลุกนั่ง  □ PR ………bpm RR ……… bpm □ BP………….. mmHg  □ ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรมการปวดแผล  ⌂ การแสดงออกทางสีหน้า: ( ) หน้าซีด ( ) หน้านิ่วคิ้วขมวด ( ) กัดฟัน ( ) หลับตาแน่น  ⌂ การแสดงด้านการเคลื่อนไหว: ( ) นอนนิ่ง ( ) นอนบิดไปมา ( ) กำมือแน่น ( ) เกร็งตัว ( ) ไม่ยอมขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกาย  ⌂ การแสดงด้วยน้ำเสียง: ( ) ร้องครวญคราง ( ) ร้องไห้ ( ) เสียงสูดปาก ร้องกรี๊ด  ⌂ การแสดงออกด้านอารมณ์: ( ) กระสับกระส่าย ( ) หงุดหงิด ( )ฉุนเฉียว  ⌂ เหงื่อออก  ⌂ ชีพจรเต้นเร็ว  ⌂ หัวใจเต้นเร็ว  ⌂ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น | **I** : □ สังเกตและติดตามอาการปวดแผลผ่าตัดโดยประเมินจากพฤติกรรม สีหน้าท่าทาง และการใช้มาตรวัดความเจ็บปวด ทุก 4 ชั่วโมง  □ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่า( ) Fowler’s position  ( ) …………………………………………………………….  □ วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง  □ แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยสอน  ( ) การกำหนดลมหายใจเข้า-ออกลึก ๆ  ( ) การทำสมาธิ  ( ) เบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บปวด เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์หรือวีดีโอผ่านมือถือ เป็นต้น  ( ) การใช้ดนตรีบำบัด  □ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้มือ หมอนหรือผ้านุ่มประคองแผลขณะไอจาม พลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกาย  □ สัมผัสและให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล  □ จัดหมวดหมู่กิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุดและจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ  □ ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด  ( ) Morphine ...... mg vein  ( ) Pethidine ....... mg vein  ( ) Fentanyl .......mcg vein  ( ) Tramal ....... mg vein  พร้อมสังเกตอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก กดการหายใจ การหายใจช้าลงกว่าปกติ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น มึนงง ฯลฯ  ( ) Paracetamol (500 mg) …… tab ʘ พร้อมสังเกตอาการข้างเคียง เช่น ผื่นคัน เหนื่อยง่าย ตาตัวเหลือง ฯลฯ  E: **:** □ผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผล □ ปวดแผลลดลง Pain score เท่ากับ ……□ มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น □ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น □ Rest ได้ ….... ชั่วโมง |  |

..

แพทย์ผู้รักษา.......................................

ชื่อ.......................................สกุล...............................................อายุ............ปี

HN……………………….AN……………….....………หน่วยงาน........................................

**พัฒนาร่วมระหว่างกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม**