**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 veinพร้อมสังเกตอาการข้างเคียง 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**