



การศึกษาสถานการณ์การประเมินความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

นิตยา อีริวิโรจน์ วท.บ. (พยาบาล)*

อมรรัตน์ คงนุรัตน์ พย.บ.*
สุจิตรา สุขผดุง พย.บ.*

ทรงพร กว้างนอก พย.บ.**
ภูวดล กิตติวัฒนาสาร พ.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณค่าสัดส่วนการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์โดยใช้ pain score ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดต่อจำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเพื่อประเมินความชุกของความปวดระดับปานกลาง (moderate pain, NRS 4-6) ถึงปวดมาก (severe pain, NRS 7-10) โดยเก็บข้อมูลจากการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1 ศัลยกรรมกระดูก 2 ในเดือนมิถุนายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบเก็บข้อมูลการบันทึกความปวด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่ามีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 65.0, 40.3, 14.0 ตามลำดับ โดยใช้ pain score ร้อยละ 30.3, 36.4, 28.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ Verbal Rating Scale ในความหมายอื่น เช่น บ่นปวด ปวดพอทน หรือไม่บ่นปวด ความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 48 ชั่วโมง และ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 95.8, 95.5, 33.3 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการประเมินความปวดมากที่สุดใน 48 ชั่วโมงแรกของการผ่าตัดและมีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากพบมากใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จึงควรมีการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์โดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงแรก ซึ่งการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการพัฒนาให้เสมือนหนึ่งความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 และเป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ: การประเมินความปวด ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ความรุนแรงของความปวด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษต่าง ๆ ซึ่งพบได้เสมอในผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล¹ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรงพยาบาล ความปวดเป็นอาการที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบการทำงานของ

ร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งมีผลอย่างมากต่อผู้ป่วยทั้งภาวะอารมณ์และจิตใจ การดูแลรักษาความปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน หากไม่มีประสิทธิภาพจะอาจนำไปสู่ภาวะความปวดเรื้อรัง² กระตุ้นให้ร่างกายเกิดภาวะเครียดและก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายประการ ได้แก่ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหารและระบบเผาผลาญพลังงานเหล่านี้ทำให้เกิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

**นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์



ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด หัวใจขาดเลือด ปอดแฟบ แผลหายช้า เป็นต้น ผลทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลนอนไม่หลับ ความปวดที่คงอยู่เป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าได้ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย^{3,4}

เนื่องจากอาการปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงมีผลเสียต่อผู้ป่วยมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นการประเมินและบันทึก “ระดับความปวด” เป็นระยะจึงมีความสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยได้ติดตามผลการรักษาได้ใกล้ชิดขึ้นเพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้น การประเมินความปวดเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะนำไปสู่การวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อจัดการกับความปวดที่เหมาะสม เป้าหมายของการประเมินความปวด คือ การให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด และข้อมูลอื่น ๆ ที่จะช่วยให้เข้าใจถึงสาเหตุและพยาธิสภาพ⁵ การประเมินความปวดเป็นระยะจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีขึ้น จะเห็นได้ว่าการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการความปวด^{1,5} และเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการประเมินและจัดการความปวดตลอดจนต้องบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดทั้งก่อนและหลังการจัดการความปวด^{1,6} ซึ่งในปัจจุบันหลายโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้กำหนดให้การประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5⁷ การประเมินความปวดเป็นหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นหน้าที่หลักตามมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์⁸ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงและลักษณะของอาการเจ็บปวด เพื่อให้การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมต่อไป⁹ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดในปี พ.ศ.2549, 2550, 2551 จำนวนมากถึง 23,775; 24,115; 26,059 ราย/ปีตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 72.7; 73.4 และ 75.5 ตามลำดับ แต่ยังไม่มีความเห็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดยังไม่เคยมีข้อมูลเรื่องการประเมินความปวดโดยใช้

pain score ว่าใช้มากน้อยแค่ไหน ซึ่ง pain score เป็นเครื่องมือในการประเมินความปวดที่เป็นสากลใช้กันทั่วโลก สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น Numeric rating scale (NRS), Verbal rating scale (VRS), Visual analog scale (VAS), Face pain assessment scale เป็นต้น¹ และผู้ป่วยควรมีอาการปวดน้อยกว่า 4 คะแนน (NRS) จึงจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดต่อการระงับปวดที่ได้รับ¹⁰ ดังนั้นการจัดการความปวดจึงควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลาง (Moderate, NRS = 4-6) ถึงปวดมาก (Severe, NRS = 7-10)¹¹ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูล และในปี พ.ศ.2549, 2550, 2551 พบปวดอีกเสบหลังการผ่าตัด 3, 5, 4 รายตามลำดับจากการทบทวนโดยสหสาขาวิชาชีพพบว่าเกิดจากความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการประเมินความปวดหลังผ่าตัดมาก่อน คณะผู้ศึกษาจึงสนใจการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ และความชุกของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมาก เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะจัดทำเป็นโครงการวิจัยต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในการศึกษาขั้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประมาณค่าสัดส่วนการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ต่อจำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความชุกของความปวดจากปานกลางถึงปวดมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม



กระดูก 1 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด การเก็บข้อมูลโดยสังเกตการประเมินความปวดของพยาบาลและตรวจสอบการประเมินความปวดจากการบันทึกของพยาบาลทุกวันจนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยเก็บข้อมูลการประเมินความปวดทั้งหมดที่ใช้ pain score ได้แก่ มาตราวัดแบบตัวเลข (NRS: Numeric Rating Scale) เป็นชุดของตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 เป็นเส้นแบ่งคะแนนเป็นช่อง ๆ ปลายด้านหนึ่งหมายถึง “ไม่ปวดเลย” คือ 0 ส่วนปลายอีกด้านหนึ่งหมายถึง “ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้” คือ 10 และมาตราวัดด้วยคำพูด (VRS: Verbal Rating Scale) เป็นชุดของคำบรรยายระดับความปวดเรียงจากน้อยที่สุดไปมากที่สุด มี 4 ระดับ คือ 0 = ไม่ปวด (no pain) 1-3 = ปวดน้อย (mild) 4-6 = ปวดปานกลาง (moderate) 7-10 = ปวดมาก (severe)^{1,10} นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลการประเมินความปวดโดยไม่ใช้ pain score ตามที่ปรากฏจริงโดยเก็บข้อมูลจากการบันทึกของพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์และแพ็กรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ในเดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2552 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตาม Inclusion criteria และ Exclusion criteria ดังนี้

1. Inclusion criteria คือ 1) อายุ 12 ปีขึ้นไป
- 2) สติสัมปชัญญะดี 3) พูดคุยรู้เรื่อง สามารถสื่อสารได้
2. Exclusion criteria คือ 1) ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้ 2) ได้รับการผ่าตัดซ้ำภายใน 3 วันหลังผ่าตัดครั้งแรก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่มีตัวแปรผลเป็นตัวแปรเจนนับ สรุปผลเป็นค่าสัดส่วน¹² เนื่องจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก่อน จึงทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) เก็บข้อมูลการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทาง

ออร์โธปิดิกส์และแพ็กรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 1 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลบุรีรัมย์ อย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 จำนวน 30 ราย พบว่ามีการประเมินความปวดร้อยละ 66.00 จึงใช้เป็นฐานข้อมูลในการคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณ } n = \frac{Z^2 \alpha / 2 P(1-P)}{e^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

μ = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากสถิติของตัวอย่าง

Z = confidence interval ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด ($1 - \alpha$) ซึ่งกำหนดที่ระดับ 95%

P = สัดส่วน (ความครอบคลุมหรืออุบัติการณ์โรค) จากการศึกษา นำร่อง พบว่ามีการประเมินความปวดร้อยละ 66.00

e = ความกระชับของการประมาณค่า (Precision of estimate)

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{1.96^2 \times 0.66 \times (1-0.66)}{0.066^2} = 198$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 198 เพื่อความสะดวกและความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบเก็บข้อมูลการบันทึกความปวดโดยใช้ pain score ได้รับการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลให้ทำการศึกษาวิจัย 2) ได้รับอนุมัติให้ใช้เวชระเบียนเพื่อการศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 3) ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 130 คน (ร้อยละ 65) เพศหญิง 70 คน (ร้อยละ 35) อายุเฉลี่ย 42.45 ± 19.25 ปี สาเหตุของการป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ 130 ราย (ร้อยละ 65) ได้รับการผ่าตัด Lower extremities เป็นส่วนใหญ่จำนวน 141 ราย (ร้อยละ 70.5) ได้รับการดมยาสลบชนิด General anesthesia 145 ราย (ร้อยละ 72.5)

จะเห็นได้ว่ามีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 65.0, 40.3, 14.0 ตามลำดับ โดยใช้ pain score ร้อยละ 30.3, 36.4, 28.6 ตามลำดับ การประเมินความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยแต่ละรายมีทั้ง Numeric Rating Scale และ Verbal Rating Scale โดยบันทึกในใบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและไม่พบการบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดในฟอร์มปรอทหรือ graphic sheet นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ Verbal Rating Scale ในความหมายอื่น เช่น บ่นปวดปวดพอน หรือไม่บ่นปวด ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 69.7, 63.6, 71.7 ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ ความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบร้อยละ 95.8, 95.5, 33.3 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีการประเมินความปวดมากที่สุดใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและมีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากพบมากใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และพบว่าพยาบาลไม่ได้ประเมินความปวดก่อนและหลังให้ยาแก้ปวดทุกครั้ง โดยมีการประเมินความปวดก่อนให้ยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 82.2, 82.3, 46.8 ตามลำดับ มีการประเมินความปวดหลังให้ยาแก้ปวดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 66.8, 71.9, 37.8 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการความปวด เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง การวิจัยครั้งนี้พบว่า มีการประเมินความปวดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 65.0, 40.3, 14.0 ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของสมบุรณ์เทียนทอง⁷ และ Michaels et al.¹³ ที่พบว่า มีการประเมินความปวดร้อยละ 57.3 และ 52 ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ร้อยละ 30.3, 36.4, 28.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rawal N และ Allvin R พบว่าใน 105 โรงพยาบาลจาก 17 ประเทศในยุโรป มีการบันทึกการประเมินความปวดร้อยละ 40¹⁴ และแตกต่างจากการศึกษาของลักขมี ชาญเวชซ์ ที่มีการคัดเลือกเฉพาะเวชระเบียนที่มีคุณภาพการบันทึกครบถ้วนมาวิเคราะห์และพบว่า พยาบาลมีการบันทึกการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ร้อยละ 98.8 แพทย์มีการบันทึกการประเมินความปวดร้อยละ 29.4³ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ Verbal Rating Scale ในความหมายอื่น เป็นจำนวนมาก เช่น บ่นปวดปวดพอน หรือไม่บ่นปวด ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ร้อยละ 69.7, 63.6, 71.7 ตามลำดับ ทำให้ไม่สามารถใช้เปรียบเทียบกับ Verbal Rating Scale ที่เป็นมาตรฐาน คือ ไม่ปวด (no pain, NRS = 0) ปวดเล็กน้อย (mild, NRS = 1-3) ปวดปานกลาง (moderate, NRS = 4-6) ปวดมาก (severe, NRS = 7-10) ได้¹⁰

ความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงแรก 24 – 48 ชั่วโมง และ 48 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบร้อยละ 95.8, 95.5, 33.3 ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของ Apfelbaum et al. ซึ่งพบว่าร้อยละ 86 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมาก¹⁵

การประเมินความปวดหลังผ่าตัดพบมากที่สุด ใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและมีการประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย ผู้ป่วยที่มีความรุนแรง



ของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากพบมากใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และพบว่าพยาบาลไม่ได้ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังให้ยาแก้ปวดทุกครั้ง ซึ่งการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶⁻²⁰ จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินความปวดซึ่งเป็นอาการรบกวนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสบาย พึงพอใจ ลดความทุกข์ทรมาน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และควรมีการพัฒนาให้เสมือนหนึ่งความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 และเป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษายาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดจึงควรกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษรในการประเมินความปวดโดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ทุกราย ซึ่งพบความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากมากที่สุด เพื่อให้บุคลากรทุกคนยึดถือปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน และเป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษายาบาล
2. ส่งเสริม/ สนับสนุนการนำผลการประเมินความปวดไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพต่อไป
3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความปวดของพยาบาล อะไรคือปัญหาและอุปสรรคในการประเมินความปวด จะเห็นได้ว่าพยาบาลยังประเมินความปวดโดยใช้ pain score ค่อนข้างน้อย และประเมินความปวดโดยใช้ Verbal Rating Scale ที่ไม่เป็นสากลค่อนข้างมาก มีการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดโดยใช้ pain score จากผลการวิจัยพบความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางถึงปวดมากค่อนข้างสูงโดยเฉพาะใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยาโดยสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พญ.วิมลรัตน์ ศรีราช และเจ้าหน้าที่หน่วยระบาศติวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ตรวจสอบโครงร่างวิจัยและตรวจสอบเครื่องมือ ผศ.ดร.วรรณรา ชื่นวัฒนา นพ.ชลิต ทองประยูร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management). ฉบับที่ 1; พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย; 2552.
2. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2537.
3. ลักขมี ชาญเวชช์. การอบรมวิชาการหลักการและวิธีการในการดูแลรักษาความปวดเฉียบพลันโดยการให้ยา “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. 26 – 28 พฤษภาคม 2547. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
4. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การอบรมวิชาการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. 26 – 28 พฤษภาคม 2547. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
5. ศติกานต์ นิมมานรัชต์. การอบรมวิชาการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”. 26 – 28 พฤษภาคม 2547. สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ และภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.



6. Chanvej L, Petpichetchian W, Kovitwanawong N, Chaibandit C, Vorakul C, Khunthong T. A chart audit of postoperative pain assessment and documentation: The first step to implement pain assessment as the fifth vital sign in a University Hospital in Thailand. *Journal of Medical Association Thailand* 2004 Dec; 87(12): 1447-53.
7. สมบูรณ์ เทียนทอง, มานินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, วัฒนา ตันทนะเทวินทร์, ณรงค์ ชันติแก้ว. การพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ทำในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2550; 22(2): 158-64.
8. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ฉบับที่2)พ.ศ.2540. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2540.
9. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2549: 172-173.
10. Jensen MP, Martin SA, Cheung R. The meaning of pain relief in a clinical trial. *Journal of pain* 2005; 6: 400-6.
11. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: What is moderate pain in millimeters.? *Pain*; 1997; 72: 95-97.
12. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
13. MichaelsTK,HubbartE,CarrollSA,Hudson-Barr D. Evaluating an educational approach to improve pain assessment in hospitalized patients. *Journal of Nursing Care Quality* 2007; 22(3): 260-5.
14. Rawal N, Allvin R, the Euro Pain Acute Pain Working Party. Acute pain services in Europe: a 17 nation survey of 105 hospitals. *Europe Journal of anesthesiology* 1998; 15: 354-63.
15. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Post-operative pain experience: results from a national survey suggest Postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia and Analgesia* 2003; 97: 534-40.
16. ฟองทิพย์สินแสง, อภิญา จำปามูล. ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วยกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2553; 28(1): 48-55.
17. จริยา ชัยจันทร์, ดารุณี จงอุดมการณ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2552; 27(4): 57-65.
18. เกคินี บุญยพัฒนางกุล. บทบาทพยาบาลกับการจัดการความปวดในเด็กโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2550; 25(3): 6-13.
19. กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, อภิญา วงศ์พิริโยธา, วลัยพร นันทศุภวัฒน์. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อภาวะล้าล้าหยุดการทำงานชั่วคราวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดถุงน้ำดี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(3): 56-62.
20. ทองเปลว กันอุไร, อำภาพร นามวงศ์พรหม, มนพร ชาติธานี, อัญชลียยุทธ. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(2): 25-34.



Postoperative Pain Assessment Situation in Orthopaedic Patients, Buriram Hospital

Nittaya Teeraviroj B.Sc.(Nursing)^{*}

Amonrut Kongnurut B.N.S.^{*}

Songporn Kwangnork B.N.S.^{*}

Sujitra Sookpadung B.N.S.^{*}

Puvadol Kittiwattanasarn M.D.^{**}

Abstract

The purpose of this cross sectional descriptive study was to estimate the proportion of postoperative patients in orthopaedic wards, Buriram Hospital. Using pain score (numeric rating scale, NRS or verbal rating scale, VRS) the first of 72 hours postoperatively and to identify the prevalence of moderate to severe pain. Data collection was based on the postoperative orthopedic patients (n=200) during June to October 2009. Using a data recorded form. Data were analyzed by frequency, percentage, means and standard deviations.

The result of this study indicated that pain assessment in 24 hours, 24 – 48 hours and 48 – 72 hours postoperatively were 65.0, 40.3 and 14.0 percents respectively. The proportion of pain assessment were done by using pain scales (NRSscoring or VRSscoring) were 30.3, 36.4, 28.6 percents respectively. The prevalence of moderate to severe pain in 24 hours, 24 – 48 hours and 48 – 72 hours postoperatively were 95.8, 95.5, 33.3 percents respectively. The finding revealed that the postoperative pain assessment were done mostly in 48 hours after operation and the prevalence of moderate to severe pain were found mostly in 48 hours after operation. Pain assessment is the key success factor for the effectiveness of pain management. As it is the fifth vital signs, and a part of quality of care assurance.

Keywords: pain assessment, postoperative pain, pain score

^{*}Register Nurse, Professional Level, Orthopaedic Ward, Buriram Hospital

^{**} Medical Physician, Senior Professional Level, Supervisor of Department of Orthopaedic, Buriram Hospital