

การทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเพื่อเป็นสัญญาณชีพที่ห้า ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

สมบูรณ์ เทียนทอง¹, ภาณี พงษ์จะโปะ², นงเยาว์ เรือสา²,
สุนันทา จงจำ², ศศิมาส แก้วโคตร¹, กฤษตินันท์ อุไรวรรณ³, วิรุพห์ เหล่าภัทรเกษม⁴

¹ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

²งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

³งานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์

⁴ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

An Evaluation of Pain Score Record Form as the Fifth Vital Sign for Postoperative Cares of Orthopedic Patients

Somboon Thienthong¹, Panee Pongchapo², Nongyao Reawsa², Sunantha ChangJam², Sagheemas Kaewkot²,
Krittinun Uraiwan³, Wiroon Laupattarakasem⁴

¹Department of Anesthesiology,

²Division of Nursing, Srinagarind Hospital,

³Division of Dentistry, Srinagarind Hospital,

⁴Department of Orthopaedics, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและเหตุผล: การบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 มีความสำคัญเพราะช่วยให้ทีมงานดูแลผู้ป่วยสามารถติดตามผลการรักษาได้ใกล้ชิดขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ descriptive study

สถานที่ศึกษา: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย: ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย 1) พัฒนาแบบบันทึกความปวด 2) ชี้แจงวิธีการประเมินความปวด (numeric rating scale 0-10) และวิธีบันทึกแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน 3) ทดลองใช้แบบบันทึกเป็นเวลา 1 เดือน โดยประเมินและบันทึกความปวด (pain at rest) ทุก 4 ชั่วโมงเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 10 ปี และหลังผ่าตัดแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านภายใน 2 วัน

การวัดผลการศึกษา: นับจำนวนครั้งที่บันทึกในผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละวัน สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความปวดมาก (≥ 7 คะแนน) ในแต่ละวัน และสอบถามความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึก

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัด 121 ราย (หอผู้ป่วย # 1 และ # 2 จำนวน 49 และ 72 ราย ตามลำดับ) มีการบันทึกอาการปวด

Background: Postoperative pain should be closely monitored by regular scoring and documenting it as the 5th vital sign.

Objective: To evaluate the use of a revised Graphic Sheet for recording pain scores as the 5th vital sign.

Design: Descriptive study.

Setting: Orthopedic surgical wards at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Thailand.

Methods: The sequences of the study included: 1) revision of the old record form; 2) orientation of the ward nurses on how to assess and to document pain scores; and 3) the new Graphic Sheet was tested for 1 month. Pain (at rest) was assessed by nurses 4- hourly along with the other four vital signs for at least 3 days on every patient. The assessment was excepted in patients younger than 10 years or whose hospital stay was shorter than 2 days.

Outcome Measures: All recorded Graphic Sheets were audited. The value of pain scores were recorded each day and the number of patients with severe pain (score \geq

ตามเกณฑ์ที่กำหนด 81 ราย (67%) พบว่าส่วนใหญ่มีการบันทึกความปวดใน 3 วันแรกหลังการผ่าตัด 2-3 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยที่มีความปวด ≥ 7 คะแนนในวันผ่าตัดและ 1 วันหลังผ่าตัดมีประมาณร้อยละ 43-45 พยาบาลที่บันทึกส่วนใหญ่อ้อยละ 95 เห็นด้วยที่จะใช้แบบบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ห้าและใช้ในงานประจำ เช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ

สรุป: ได้ทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่ามีการบันทึกความปวดร้อยละ 67 พยาบาลผู้บันทึกมีความเห็นว่าแบบบันทึกนี้เหมาะสมที่จะใช้ในงานประจำ เช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แบบบันทึกนี้ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ต่อไป

7) noted. A questionnaire about using the Graphic Sheet was sent to each nurse involved in recording the pain scores for practicability study.

Results: A total of 121 patients, 49 from Ward #1 and 72 from Ward # 2, were operated on during the study period. Sixty-seven percent of the patients had their pain scores recorded on the Graphic Sheet and these were done between 2 and 3 times per day. The number of patients with severe pain on postoperative day 0 and day 1 was 43 and 45 percent, respectively. Most of the nurses (95%) agreed that the Graphic Sheet was useful for documenting pain scores as the 5th vital sign and in daily practice.

Conclusion: The revised Graphic Sheet for documenting pain scores was tested. The pain scores were documented in 67 percent of the patients. The Graphic Sheet was useful for postoperative pain management, therefore it should be promoted for use in the other surgical wards.

Key words: pain score, 5th vital sign, orthopedic patients, postoperative care

ศรีนครินทร์เวชสาร 2548; 20(2): 80-85 • Srinagarind Med J 2005; 20(2): 80-85

บทนำ

อาการปวดหลังผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยจะปวดมากในระยะแรกๆ หลังการผ่าตัดจากนั้นอาการปวดจะทุเลาลงตามเวลาที่ผ่านไป¹ และเป็นที่ยอมรับกันว่าอาการปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงนั้นมีผลเสียเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยได้² ดังนั้นการประเมินและการบันทึกระดับความปวด (pain score) เป็นระยะจึงมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่จะต้องช่วยให้ทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยได้ติดตามผลการรักษาอาการปวดหลังผ่าตัดได้ใกล้ชิดขึ้นเพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้นดังจะเห็นได้จาก clinical practice guidelines (CGP) ของหน่วยงานที่มีชื่อเสียงต่างๆ ในต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็น The American Pain Society³, The Veterans' Hospital Association (VHA)⁴ และ The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)⁵ ต่างก็ได้กำหนดให้มีการประเมินและบันทึก pain score เป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th vital sign) เช่นเดียวกับการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอีก 4 อย่าง ได้แก่ ชีพจร ความดันเลือด อัตราการหายใจ และอุณหภูมิกาย ทั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนาหน่วยงานให้มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ดียิ่งขึ้นไป

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการผ่าตัดผู้ป่วยประมาณปีละ 1800 ราย (ข้อมูลปี 2546) มีวิธีการให้การระงับปวดหลังผ่าตัดหลายรูปแบบ ทั้งให้ยาระงับปวดชนิดรับประทาน ชนิดฉีดเป็นครั้งคราว (ทั้งทางกล้ามเนื้อและทางหลอดเลือดดำ) ให้หยดต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ (intravenous infusion) ให้โดยวิธีใช้เครื่องจ่ายยาอัตโนมัติ (patient-controlled analgesia: PCA) ให้ทาง spinal และ epidural block เป็นต้น⁶ ซึ่งผลการระงับปวดดังกล่าวมีการประเมินและบันทึกบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอและไม่มีระบบที่ชัดเจน ดังนั้นเมื่อทางคณะแพทยศาสตร์ มีนโยบายที่จะปรับปรุงการบริการผู้ป่วยไปสู่มาตรฐานสากลตามระบบของ Hospital accreditation (HA) จึงได้มีการจัดตั้ง patient care team ขึ้นในปี 2545 รวมทั้ง patient care team ของออร์โธปิดิกส์ด้วย ซึ่งทางคณะกรรมการฯ ชุดปัจจุบัน ได้เห็นว่าการระงับปวดผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ยังไม่มีระบบการประเมินและการบันทึกระดับความปวดที่ชัดเจน จึงได้มีการปรับปรุงแบบบันทึกสัญญาณชีพให้มีช่องสำหรับบันทึกระดับความปวดขึ้น และเป็นที่มาของการศึกษาเรื่อง การ

ศรีนครินทร์เวชสาร 2548; 20(2) • Srinagarind Med J 2005; 20(2)

ทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าในผู้ป่วย หลังผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความเหมาะสมของแบบบันทึกข้อมูลระดับความปวด และประเมินผลการใช้แบบบันทึกข้อมูลดังกล่าวในผู้ป่วย หลังผ่าตัดในแต่ละวัน

เวลา 3 วันในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ยังไม่ สามารถสื่อสารได้ เช่น ยังไม่รู้สึกร่างกาย หรือยังไม่ได้ถอดท่อ ช่วยหายใจออก ส่วนผู้ป่วยที่นอนหลับให้บันทึกเป็น "S" แทน ค่าคะแนน

4. สอบถามความเห็นของพยาบาลผู้ใช้แบบบันทึก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง การทดลอง ใช้รูปแบบจำลองในการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยใช้พยาบาล หรือผู้ป่วยเป็นกำลังหลักซึ่งได้ผ่านความเห็นชอบจากกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการศึกษาแบบ descriptive ในหอผู้ป่วยทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ (หอผู้ป่วย #1 และ #2) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ภายหลังการผ่าตัด การศึกษาประกอบด้วย

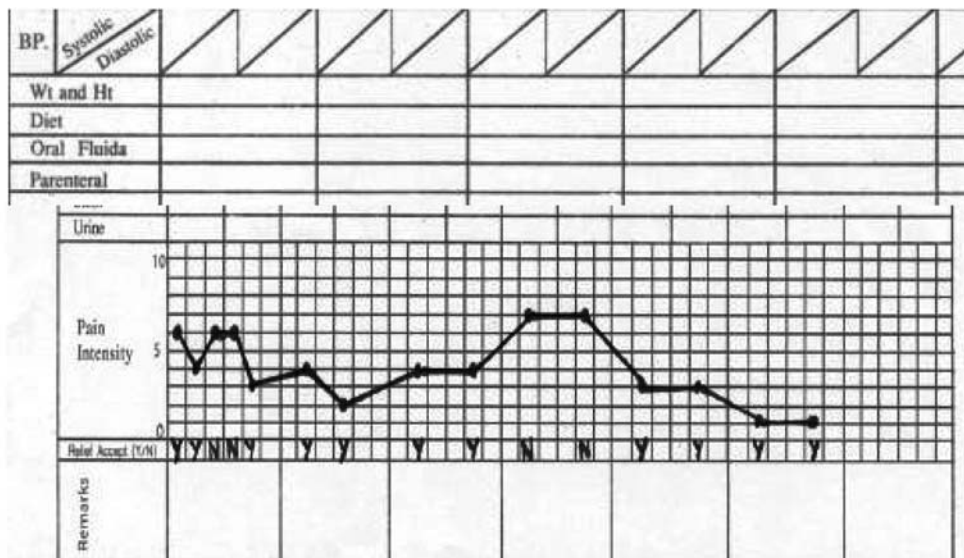
1. พัฒนาแบบบันทึกระดับความปวดจากแบบบันทึก vital sign เดิม (รูปที่ 1)
2. ชี้แจงวิธีการประเมินระดับความปวด โดยใช้ numeric rating scale 0-10 (0 = ไม่ปวด 10 = ปวดมากที่สุด) และวิธีการบันทึกระดับความปวดในแบบบันทึก แก่พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานตามหอผู้ป่วยทั้งสอง
3. นำแบบบันทึกไปทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน ในผู้ป่วยที่มีอายุ 10 ปี ขึ้นไป และหลังผ่าตัดนอนพักใน โรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน โดยกำหนดให้มีการประเมิน และบันทึกระดับความปวด (pain at rest) ทุก 4 ชั่วโมง เป็น

การวัดผล:

1. ประเมินการบันทึกข้อมูลระดับความปวดโดยดูจาก จำนวนครั้งที่มีการบันทึกระดับความปวดหลังผ่าตัดในแบบ บันทึกของผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละวัน
2. สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับความปวดมาก (≥ 7 คะแนน) ในแต่ละวัน
3. สอบถามความเห็นของพยาบาลผู้ใช้ต่อแบบบันทึก
4. อื่นๆ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลผู้ประเมิน และข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยได้แก่เพศและอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

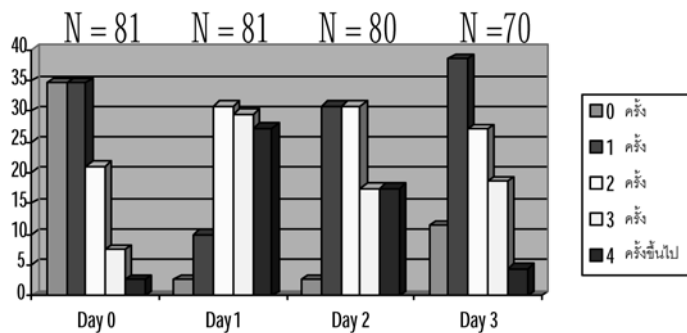
ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดย ความคิดเห็น ข้อมูลพื้นฐานของพยาบาล และของผู้ป่วยที่เป็น ข้อมูลแจ่มแจ้ง นำเสนอในรูปแบบสัดส่วน สำหรับขนาดตัวอย่าง นั้นเนื่องจากการทดลองใช้แบบบันทึกข้อมูลเป็นครั้งแรก ทางผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้ทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือนแทน การคำนวณขนาดตัวอย่างซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยผ่าตัด ประมาณ 100 ราย



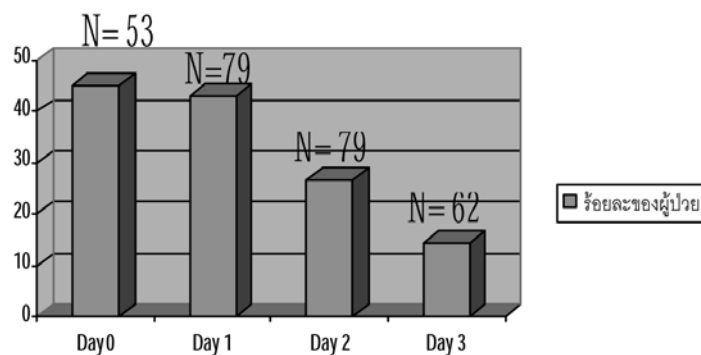
รูปที่ 1 แสดงแบบบันทึกความปวดหลังได้รับการปรับปรุง

ผลการศึกษา

ในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่ได้รับ การดูแลในหอผู้ป่วยทั้งสอง รวมทั้งสิ้น 121 ราย (หอผู้ป่วย # 1 และ # 2 จำนวน 49 และ 72 ราย ตามลำดับ) สามารถรวบรวมแบบบันทึก ได้ทั้งสิ้น 94 ราย คิดเป็น 77.7% เมื่อคัดผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 10 ปี และผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 วัน ออกไปจำนวน 13 ราย จึงเหลือผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 81 ราย (67%) เป็นผู้ป่วยชาย 44 ราย และหญิง 37 ราย อายุเฉลี่ย 40 ± 18 ปี จำนวนครั้งในการ บันทึกความปวดในผู้ป่วยแต่ละรายใน 3 วันแรกหลังการผ่าตัด (รูปที่ 2) ซึ่งส่วนใหญ่ (56%) มีการบันทึก 2-3 ครั้งต่อวัน (range 0-7 ครั้งต่อ วัน) โดยที่จำนวนผู้ป่วยที่ลดลงในวันที่ 3 หลังผ่าตัดนั้นเนื่องจากการ จำหน่ายออกไปก่อน ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความปวดหลังการผ่าตัด ≥ 7 คะแนนในแต่ละวันแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 2 ร้อยละของจำนวนครั้งของบันทึกความปวดในผู้ป่วยแต่ละราย ใน 3 วันแรกหลังการผ่าตัด (Day 0 = วันทำผ่าตัด)



รูปที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความปวดหลังการผ่าตัด ≥ 7 คะแนนใน 3 วันแรกหลังการผ่าตัด (Day 0 = วันทำผ่าตัด)

จากการส่งแบบสอบถามไปให้พยาบาลทุกคน ที่ทำการบันทึกระดับความปวดในแบบบันทึกข้อมูล จำนวน 28 ฉบับ ได้รับการตอบกลับมาทั้งสิ้น 23 ฉบับ คิดเป็น 82% โดยพยาบาลผู้บันทึกข้อมูลมี ประสบการณ์ในการทำงานวิชาชีพมาโดยเฉลี่ย 5.3 ± 5.2 ปี พยาบาล 78% เคยประเมินความปวดมาก่อน ส่วนความเห็นของพยาบาลผู้บันทึกข้อมูลต่อแบบ บันทึก แสดงไว้ใน ตารางที่ 1

วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ (56%) มีการบันทึกความปวดในแบบบันทึกที่กำหนดจำนวน 2-3 ครั้งต่อวัน ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ประเมินได้น้อยครั้ง อาจเป็นเพราะ

1. ในเวรตึกผู้ป่วยพักผ่อนแล้วจึงไม่ยอกร วมควนผู้ป่วย (โดยบันทึกเป็น "S" แทนค่าคะแนน) อีกทั้งพยาบาลในเวรตึกโดยปกติจะมีจำนวนน้อยกว่า เวรอื่นด้วย

2. ในวันผ่าตัด (postoperative day 0) ผู้ป่วย กลับจากห้องผ่าตัดไม่พร้อมกัน ถ้ากลับมาในเวร เข้าจะมีโอกาสประเมินและบันทึกอาการปวดได้ มากกว่าครั้งกว่ากลับมาในเวรบ่าย ดังนั้นในการศึกษานี้ ในวันผ่าตัดส่วนใหญ่ (34%) จึงประเมินได้ 1 ครั้ง ต่อวันนอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ทำผ่าตัดไปแล้ว 1 วันจึงย้ายมาที่หอผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทำให้ไม่ได้ ประเมินอาการปวดในวันแรก

3. ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่มาก เช่น ผ่าตัด เล็ก หรือหลังผ่าตัด 2-3 วันผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะ ไม่ได้รับการรักษา จึงไม่ได้ประเมินบ่อยๆ

สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความปวดมาก (pain at rest ≥ 7) ในวันผ่าตัด (Day 0 = 45%) และในวันที่ 1 (Day 1 = 43%) หลังการผ่าตัดนั้น ข้อมูลนี้เป็นสิ่งที่ ควรจะต้องให้ความสนใจ ว่าผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการ รักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งในการ ศึกษาครั้งนี้ไม่มีรายละเอียดดังกล่าว จึงเป็นข้อมูล เบื้องต้นที่ควรจะไปศึกษาต่อไปเพื่อปรับปรุงการ รักษาอาการปวดให้ดีขึ้น อาจมีการตั้งเป้าหมายไว้ ว่าจะลดจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวด ≥ 7 ในขณะที่พัก ให้เหลือน้อยกว่า 5% หรือให้การรักษาผู้ป่วยเหล่านี้

ตารางที่ 1 ความเห็นของพยาบาลผู้บันทึกข้อมูลต่อแบบบันทึก

ความเห็น	จำนวน (N=23)	(%)
ความเข้าใจในการบันทึก pain score		
เข้าใจ	21	91
ไม่เข้าใจ	0	0
ไม่แน่ใจ	2	9
ความถี่ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยแต่ละราย		
1 ครั้ง/เวร	10	43
2 ครั้ง/เวร	12	52
3 ครั้ง/เวร	1	5
ความเหมาะสมของช่องบันทึก pain score		
เหมาะสม	18	78
ไม่เหมาะสม	5	22
เวลาที่ใช้ในการบันทึก pain score แต่ละครั้ง(N = 22)		
1 นาทีหรือน้อยกว่า	9	40
2 นาที	13	60
การมีแบบบันทึกมีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด		
มี	23	100
ไม่มี	0	0
การเพิ่มภาระงานในการบันทึก pain score		
ไม่	4	17
เล็กน้อย	17	74
ปานกลาง	2	9
มาก	0	0
แบบบันทึกมีความเหมาะสมที่จะใช้ในงานประจำวัน		
เหมาะสม	22	95
ไม่เหมาะสม	1	5

ให้ได้ 100% เป็นต้น เช่น Dolin และคณะ⁹ ได้อ้างถึงการสำรวจอาการปวดหลังผ่าตัดในประเทศอังกฤษ ซึ่งมีการตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปี 1997 ผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากหลังผ่าตัดควรจะลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 20 และในปี 2002 ควรจะเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 เป็นต้น

ในการศึกษานี้มีการตกลงในเบื้องต้นว่าจะประเมินอาการปวดเพียง 3 วัน ซึ่งประเด็นนี้หากมีการนำแบบบันทึกไปปฏิบัติจริงอาจต้องมีการกำหนดว่าจะหยุดประเมินเมื่อใด เช่น หยุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเล็กน้อยในขณะที่พัก (< 3 คะแนน) เป็นเวลาอย่างน้อย 1 วัน หรือเลิกใช้ยาแก้ปวดแล้ว เป็นต้น ซึ่งจะทำให้จำนวนวันในการบันทึกอาการปวดแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย

จากการสอบถามพยาบาลผู้บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 95 เห็นด้วยที่จะใช้แบบบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ห้าและใช้ในงานประจำเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้แก่

1. กำหนดให้มีการประเมินและบันทึกความปวดทุก 4 ชม.จนกว่าจะหมดความจำเป็นเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ ซึ่งบันทึกทุก 4 ชม. อยู่แล้ว
 2. ควรทำช่องบันทึกให้กว้างขึ้นเพื่อให้บันทึกได้สะดวกขึ้น เช่นบันทึกว่า "หลับ หรือ S" รวมทั้งสามารถบันทึกการรักษาและผลการรักษาได้ด้วยดังเช่นในแบบบันทึกในรายงานของ Rawal และคณะ⁹ หรือของ American Pain Society³
 3. รวมช่องบันทึกของ pain score ไว้ในแถบเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ อย่างไรก็ตามหากเลือกที่จะปรับปรุงตามข้อ 3 นี้จะทำให้บันทึก pain score ได้อย่างเดียวเพราะช่องบันทึกจะมีขนาดเล็ก ไม่สามารถบันทึกข้อมูลอื่นตามข้อ 2 ได้ซึ่งข้อเสนอแนะเหล่านี้จะได้นำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป
- ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีอยู่บ้าง เช่น
1. ยังไม่สามารถบันทึกความปวดในผู้ป่วยได้ทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี ซึ่งยังไม่สามารถประเมินระดับความปวดโดยการให้คะแนนได้ ทั้งนี้อาจต้องสอนวิธีการประเมินอาการปวดในเด็กให้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยต่อไป
 2. การรวบรวมแบบบันทึกเพื่อนำมาวิเคราะห์ทำได้น้อยกว่าที่บันทึกจริง เนื่องจากแบบบันทึกได้ติดไปกับแฟ้มประวัติผู้ป่วยหลังจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว และติดตามคืนได้ยาก
 3. ยังไม่สามารถนำผลที่ได้จากการประเมินและการบันทึกไปใช้ในการระงับปวดที่รวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดที่รุนแรง และไม่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดก่อนและหลังการรักษาได้ ซึ่งจะต้องดำเนินการพัฒนาต่อไป
 4. การประเมินนี้ทำในขณะที่ผู้ป่วยนอนพัก (at rest) อย่างเดียว ซึ่งจะมีอาการปวดน้อยกว่าขณะที่ผู้ป่วยมีการขยับตัว (ambulate)⁹ ดังนั้นจึงไม่สามารถสะท้อนผลการรักษาอาการปวดหลังผ่าตัดได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามหากจะใช้การ

ปวดขณะพักเป็นดัชนีหลัก ก็ไม่ควรจะมีผู้ป่วยที่มีอาการปวดมาก (≥ 7 คะแนน) จึงจะพอยอมรับได้ว่าการรักษาอาการปวดนั้นได้ผลดี

สรุป

ได้ทดลองใช้แบบบันทึก pain score เพื่อเป็นสัญญาณชีพที่หาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พบว่าส่วนใหญ่มีการบันทึกความปวด 2-3 ครั้งต่อวัน พยาบาลผู้บันทึกข้อมูลร้อยละ 95 มีความเห็นว่าแบบบันทึกนี้เหมาะสมที่จะใช้ในงานประจำเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ โดยควรปรับปรุงแบบบันทึกให้ใช้สะดวกขึ้นกว่าเดิม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลของหอผู้ป่วย 3 และ 5 ค ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการประเมินความปวดของผู้ป่วย และตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bandolier Extra 2003. Acute pain. Available at <http://www.ebandolier.com> access 28/8/04.
2. Ballantyne JC, Carr DB, deFerranti S, et al. The comparative effects of postoperative analgesic therapies on pulmonary outcome: cumulative meta-analyses of randomized, controlled trials. *Anesth Analg* 1998; 86:598-612.
3. No authors listed. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. American Pain Society Quality of Care Committee. *JAMA* 1995; 274: 1874-80.
4. Management of postoperative pain. Available at <http://www.oqp.med.va.gov/cpg/cpg.htm> access 5/6/04.
5. Phillips DM. JCAHO pain management standards are unveiled. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. JAMA* 2000; 284:428-9.
6. มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, สมบูรณ์ เทียนทอง, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ, และคณะ. สำนวนคำสั่งการให้ยาระงับปวดหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2002; 17: 20-5.
7. McQuay HJ, Moore RA. Pain measurement, study design and validity. In: McQuay HJ editor. *An evidence-based resource for pain relief*. Oxford: Oxford university, 1999: 14-8.
8. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89:409-23.
9. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain* 1994; 57:117-23.

