

การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

ภาณี พงษ์จะโปะ¹, กชกร พลาชีวะ², ศจีมาส แก้วโคตร¹, สุนันtha แผ่นจินดา¹, นงเยาว์ เร็วสา¹, สมบูรณ์ เทียนทอง²

¹งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

²ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Pain Score Recording as the Fifth Vital Sign Experience at Orthopedic Surgical Wards, Srinagarind Hospital

Panee Pongchapo¹, Khochakron Palachewa², Sagheemas Kaewkot¹, Sunantha Panginda¹, Nongyao Reawsa¹, Somboon Thienthong²

¹Division of Nursing, Srinagarind Hospital.

²Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 40002, Thailand.

หลักการและเหตุผล: การพยาบาลออร์โธปิดิกส์มีนโยบายจะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยการบันทึกคะแนนความปวด (pain score) ให้เป็น 5th vital sign จึงได้จัดให้มีการบันทึกคะแนนความปวดลงใน Graphic sheet ขึ้นมา

วัตถุประสงค์: เพื่อตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยการสำรวจ อัตราการบันทึกคะแนนความปวดใน Graphic sheet โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ 80%

รูปแบบการศึกษา: Descriptive study, Retrospective data collection

สถานที่ทำการศึกษา: ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการ: ทำการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจาก Graphic sheet และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน 2548 ในผู้ป่วยทุกรายที่มีอายุ ≥ 10 ปี

Outcome Measures: 1) จำนวนครั้งที่บันทึกระดับความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละวันตามมาตรฐานที่กำหนดคือ วันผ่าตัด (Day 0) วัดทุก 4 ชม. 2 วันถัดไป (Day 1, 2) วัดทุก 8 ชม. 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดมาก (≥ 7 คะแนน) ติดต่อกัน 2 ครั้งในแต่ละวัน 3) ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มีการบันทึกความปวด และ 4) ความพึงพอใจในการระงับปวดของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Background: Nursing care in the orthopedic surgical wards have in place a policy for quality improvement, which is emphasized by use of pain score recording.

Objective: To audit pain score records for the first 72 hours after surgery

Design: Descriptive study with retrospective data collection

Setting: Orthopedic Surgical Wards at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Thailand

Methods: Between March and April 2005, we extracted data from the Graphic Sheets for patients ≥ 10 years of age.

Outcome Measures: 1) All records were audited and the values for pain scores recorded each day including the operative day (Day 0 — assessed by a nurse every 4 hours) and two days post-op (Days 1 and 2 — assessed every 8 hours). Good quality records had regularly recorded pain scores. An improvement in quality was acknowledged if the proportion of *quality records* was $\geq 80\%$. 2) The percentage of patients having two-consecutive severe pain recordings (*i.e.* score ≥ 7) on each Day. 3) Mean pain score each time. 4) Patient-satisfaction before discharge.

Results: A total of 94 patients were included. On Day 0, 98% of the assessment and recording of pain scores occurred, on Day 1 it was 95% and on Day 2 it was 89%.

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดในระหว่างการศึกษารวม 94 ราย พบว่าจำนวนครั้งในการประเมินและลงบันทึก ระดับความปวดได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเฉลี่ยใน Day 0 = 98.0%, Day 1 = 95.2% และ Day 2 = 88.8% ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดหลังผ่าตัด ≥ 7 คะแนน 2 ครั้งติดกันมีจำนวนลดลงในแต่ละวันคือ Day 0 = 19.2%, Day 1 = 5.3%, Day 2 = 1.1% และพบว่าใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดสูงสุดใน Day 0 = 5.5 ± 2.5 , Day 1 = 4.0 ± 2.5 , Day 2 = 3.1 ± 2.7 คะแนน ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดต่ำสุด Day 0 = 4.2 ± 2.8 , Day 1 = 2.9 ± 2.7 , และ Day 2 = 2.1 ± 2.1 คะแนน ทั้งนี้ผู้ป่วยทุกคน (100%) มีความพึงพอใจในบริการระงับปวดที่ได้รับ

สรุป: การประเมินและบันทึกความปวดใน Graphic sheet ของหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามารถทำได้เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีผลให้ผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจต่อการบริการระงับปวด ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการประเมิน บันทึก และตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ต่อไป

The highest post-operative pain was 5.5 ± 2.5 , 4.0 ± 2.5 and 3.1 ± 2.7 on Day 0, 1 and 2; while the lowest pain score was 4.2 ± 2.8 , 2.9 ± 2.7 and 2.1 ± 2.1 on Day 0, 1 and 2, respectively. Percentages of the patients having two-consecutive severe pain were 19%, 5% and 1%, respectively. All of the patients were satisfied with the pain relief offered.

Conclusion: Completion of the assessment and pain score records at the orthopedic surgical wards were high and all of the patients indicated that they were satisfied with the pain service.

Keywords: Audit Recording, Orthopedic Wards, Pain Scores, Postoperative

ศรีนครินทร์เวชสาร 2549; 21(3): 182-7 • Srinagarind Med J 2006; 21(3): 182-7

บทนำ

จากสถิติผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่เข้ามารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี 2546 มีจำนวน 1,800 ราย ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่ต้องเผชิญคือ อาการปวดหลังผ่าตัด ซึ่งที่ผ่านมาจากหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ยังไม่มีการประเมินและบันทึกความปวดอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนและเป็นไปในทางเดียวกัน ดังนั้นในปี 2547 ทางหน่วยระงับปวดหลังผ่าตัด (acute pain service: APS) ของภาควิชาวิสัญญีวิทยาจึงได้ช่วยพัฒนาวิธีการประเมินความปวดให้กับพยาบาลออร์โธปิดิกส์ สมบูรณ์และคณะ¹ ใช้วิธีให้ผู้ป่วยรายงานความปวด (self report) ด้วยการใช้ระดับคะแนน 0-10 (Numerical Rating Scale) และได้ปรับปรุงแบบบันทึกสัญญาณชีพ (Graphic sheet) โดยการเพิ่มช่องสำหรับบันทึกคะแนนความปวด และได้นำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ที่มีอายุ ≥ 10 ปีโดยประเมินและบันทึกความปวด (pain at rest) ทุก 4 ชั่วโมงเช่นเดียวกับสัญญาณชีพอื่นๆ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผลของการทดลองใช้พบว่ามีการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดร้อยละ 67 ของผู้ป่วยทั้งหมด และพยาบาลผู้บันทึกให้ข้อคิดเห็นว่าการมีแบบบันทึกคะแนนความปวดมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดโดยที่

เพิ่มภาระงานเพียงเล็กน้อย และแบบบันทึกมีความเหมาะสมที่จะใช้ในงานประจำต่อไป แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการบันทึกที่ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานประจำทำให้การบันทึกเป็นการเพิ่มภาระงาน

ทางหน่วยงานเห็นว่าผลการศึกษาดังกล่าวมีประโยชน์ จึงได้มีการนำการประเมินและการบันทึกความปวดนั้นมาปรับปรุงและใช้ในงานประจำอย่างจริงจังให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้า (5th vital sign)² เช่นเดียวกับการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอื่นอีก 4 อย่าง ได้แก่ ชีพจร ความดันเลือด อัตราการหายใจ และอุณหภูมิกาย ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานได้ประชุมปรึกษากันและแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ให้เวรพยาบาลแต่ละทีมแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกรายว่าจะมีการประเมินระดับความปวดพยาบาลแต่ละทีมจะประเมินระดับความปวดทันทีเมื่อกลับมาถึงหอผู้ป่วยหรือเมื่อผู้ป่วยพร้อมแล้วนำมาส่งเวรพร้อมกับการจัดการกับความปวดที่ให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายและติดตามผลการประเมินและบันทึกระดับความปวดอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลในแต่ละเวรโดยเวรเช้า หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือพยาบาลหัวหน้าเวร เวรบ่ายพยาบาลหัวหน้าเวร เวรดึกพยาบาลหัวหน้าเวร โดยตั้งเป้าหมายของการบันทึกความปวดให้เพิ่ม

เป็นร้อยละ 80 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางออโรโรปิติกส์ใน 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งได้มีการกำหนดการทำงานร่วมกันและออกแบบตารางการบันทึกระดับความปวดประจำวันพร้อมกับการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอื่นๆ ที่สามารถลงข้อมูลได้ครบถ้วนทุกเวชของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลได้ทราบระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดของหอผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ โดยการสำรวจจ้อตราการบันทึกคะแนนความปวดใน Graphic sheet โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ 80%

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจาก Graphic sheet และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยทางออโรโรปิติกส์ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตั้งแต่เดือน มีนาคม-เมษายน 2548 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จำนวน 94 รายซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวัดผล :

นับจำนวนครั้งที่บันทึกระดับความปวดใน Graphic sheet ของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละวันโดยกำหนดเกณฑ์การประเมินใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดรวม 12 ครั้ง ดังนี้ ในวันผ่าตัดให้ประเมินทันทีเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดจากนั้นให้ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงตามเวลาวัด vital signs จนครบ 6 ครั้ง ให้นับเป็น Day 0 ต่อไปประเมินทุก 8 ชั่วโมงตามเวลาวัด vital signs ครบ 3 ครั้งให้นับเป็น Day 1 และประเมินต่อจาก Day 1 ทุก 8 ชั่วโมงตามเวลาวัด vital signs อีก 3 ครั้ง นับเป็น Day 2 กรณีที่ผู้ป่วยบางรายจำหน่ายกลับบ้านก่อนการประเมินครบ 3 วัน ให้นับจำนวนครั้งเท่าที่บันทึกจริง

ข้อมูลอื่นๆ ที่ทำการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (เช่น เพศ อายุ ชนิดของการผ่าตัด) สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความปวดมาก (≥ 7 คะแนน) ในแต่ละวัน (ระดับความปวดประเมินโดยใช้ Numerical Rating Scale 0-10 คะแนน: 0 = ไม่ปวด, 10=ปวดมากที่สุด) ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการระงับปวด มี 2 ระดับ (พอใจ, ไม่พอใจ)

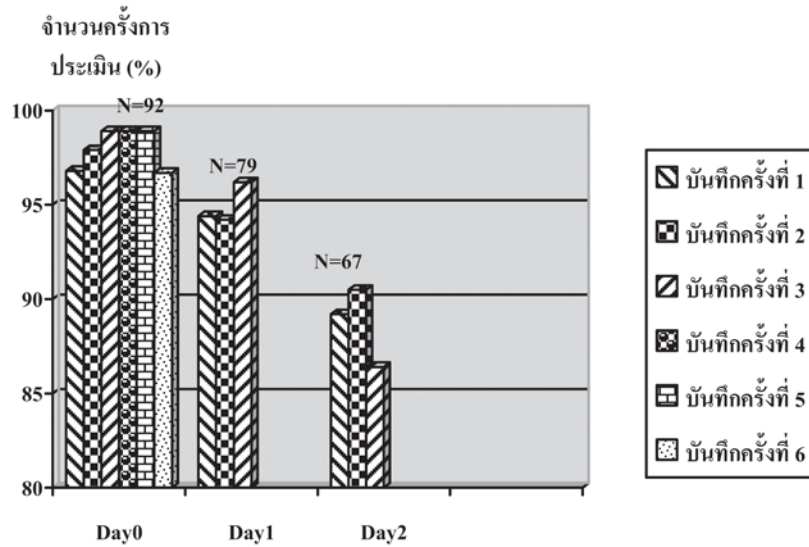
การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นร้อยละหรือค่าเฉลี่ย ตามชนิดของข้อมูล

ผลการศึกษา

ในระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดออโรโรปิติกส์ที่ได้รับการดูแลทั้งหมด จำนวน 94 ราย อายุเฉลี่ย 45 ± 17 ปี รายละเอียดผู้ป่วย แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	จำนวน (N = 94)	(%)
เพศ		
ชาย	63	67
หญิง	31	33
ข้อมูลการผ่าตัด		
Elective	94	100
Site of Operation		
Spine	30	31.9
Hip	12	12.8
Knee	21	22.3
Debridement	20	21.3
Biopsy	11	11.7



รูปที่ 1 แสดงสัดส่วนการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดตามเวลาที่กำหนด

จำนวนครั้งในการประเมินและลงบันทึกระดับความปวดใน Graphic sheet ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่าสามารถทำได้เกินเป้าหมาย (80%) ที่กำหนดไว้ โดยมีสัดส่วนการบันทึกสูงสุดเท่ากับ 98.9% ใน Day 0 และการบันทึกต่ำสุดเท่ากับ 86.4% ใน Day 2 สำหรับสัดส่วนของการบันทึกความปวดในแต่ละครั้งแสดงในรูปที่ 1

จากการประเมินและบันทึกความปวดใน Day 0 ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยยังมีระดับความปวดหลังผ่าตัด ≥ 7 คะแนนในครั้งที่ 1 มากที่สุด (28.7%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดหลังผ่าตัด ≥ 7 คะแนน 2 ครั้งติดกัน มีจำนวนลดลงในแต่ละวันคือ ใน Day 0 = 19.2%, Day 1 = 5.3% และ Day 2 = 1.1%

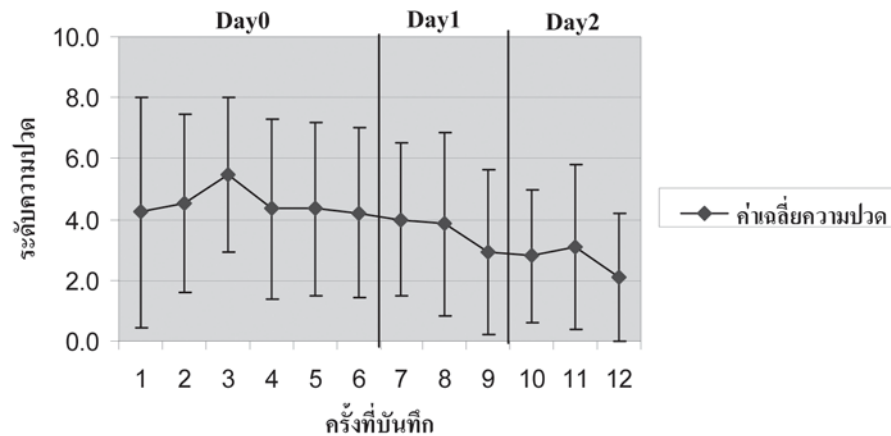
ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงในแต่ละวัน ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยค่าเฉลี่ยระดับความปวดสูงสุดใน Day 0 = 5.5 ± 2.5 , Day 1 = 4.0 ± 2.5 , Day 2 = 3.1 ± 2.7 คะแนน และค่าเฉลี่ยระดับความปวดต่ำสุด Day 0 = 4.2 ± 2.8 , Day 1 = 2.9 ± 2.7 , และ Day 2 = 2.1 ± 2.1 คะแนน (รูปที่ 2)

จากการสอบถามผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการระงับปวด และค่าคะแนนความปวดที่ผู้ป่วยพอใจ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่มี pain score ≥ 7 ใน Day 0

ครั้งที่	จำนวนผู้ป่วยที่มี pain score > 7 (จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด)*	%
1	27(94)	28.7
2	17(94)	18.1
3	17(94)	18.1
4	15(94)	16.0
5	20(93)	21.5
6	16(92)	17.4

*จำนวนผู้ป่วยในการประเมินครั้งที่ 5,6 ไม่เท่ากับครั้งที่ 1-4 เนื่องจากมีผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน



พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 48.6 มีความพอใจที่คะแนนความปวดในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ผู้ป่วยร้อยละ 43.6 มีความพอใจที่คะแนนความปวดในระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ทั้งนี้มีผู้ป่วยร้อยละ 5.3 ที่ไม่ต้องการให้มีอาการปวดเลย (0 คะแนน) และอีกร้อยละ 4.3 ที่พอใจที่คะแนนความปวด ≥ 7 คะแนน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทุกคน (100%) มีความพึงพอใจในการดูแลเรื่องความปวดที่ได้รับ

วิจารณ์

การประเมินและบันทึกความปวดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามารถทำได้เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ (80%) โดยพยาบาลแต่ละหอผู้ป่วยที่ทำการบันทึกระดับความปวดไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดถูกเก็บบันทึกข้อมูล และพบว่าอัตราการประเมินในวันที่ 2 และ วันที่ 3 หลังผ่าตัดลดลงกว่าวันแรก ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยมีระดับความปวดเล็กน้อยหรือไม่ปวดแล้วติดต่อกัน 2 ครั้งหรือ 2 เวร ซึ่งในทางปฏิบัติจะเลิกทำการประเมินความปวดได้ หรืออาจเกิดจากการประเมินความปวดตามแผนการรักษาที่วางไว้แต่เป็นช่วงก่อนเวลาที่กำหนด ทำให้ไม่ได้ประเมินอีกเมื่อถึงเวลา และสุดท้ายอาจเกิดจากพยาบาลมีงานรักษาพยาบาลอื่นที่เร่งด่วนกว่าทำให้ไม่ได้ประเมินในช่วงเวลาดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม การประเมินและบันทึกความปวดในครั้งนี้นับว่ามีอัตราที่สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งทำได้เพียงร้อยละ 67¹ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ ลักษมีและคณะ³ ที่มีการประเมินความปวดร้อยละ 97.9 ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แต่เป็นการบันทึกในแต่ละเวร ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้อย่างแรกมีการบันทึกทุก 4 ชม. ร่วมด้วย การกำหนดให้ประเมินความปวดทุก 4 ชม. ในวันแรกนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย

ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดมากขึ้น ส่วนในวันที่ 2 และ 3 นั้นได้ลดการประเมินลงเป็นทุกเวรเพื่อไม่ให้เป็นการมากเกินไป ในขณะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดน้อยลงแล้ว แต่ในทางปฏิบัติถ้าผู้ป่วยยังมีอาการปวดมากก็ยังประเมินบ่อยกว่าที่กำหนดไว้ ถ้าหากการศึกษานี้เน้นการประเมินทุกครั้งที่เกิดขึ้นจริงแทนการประเมินตามเวลาเพียงอย่างเดียวจะได้สัดส่วนการประเมินที่สูงกว่านี้ได้

ถึงแม้ว่าพยาบาลจะได้ทำการประเมินความปวดและดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์บ่อยครั้งขึ้นก็ตาม แต่ยังคงพบผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรง (pain score ≥ 7) ใน Day 0 ถึงร้อยละ 16-29 และพบผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรง 2 ครั้งติดกันถึงร้อยละ 19.2 ซึ่งคิดเป็นระยะเวลาเท่ากับ 8 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องทนต่อความปวดที่เกิดขึ้น สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากในการศึกษานี้ยังค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับเป้าหมายในการศึกษาของ Dolin และคณะ⁴ ที่ตั้งเป้าหมายไว้ว่าในปี 2002 น่าจะมีผู้ป่วยที่มีอาการปวดมากหลังผ่าตัดลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าวิธีการระงับปวดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันยังจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงต่อไป

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการระงับปวดร้อยละ 100 แต่เนื่องจากการสอบถามได้กำหนดระดับความพึงพอใจไว้เพียง 2 ระดับ อีกทั้งผู้สอบถามเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาล และสอบถามในขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะกลับบ้านก็ตาม แต่ก็อาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความจริงได้ หากมีการปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความละเอียดมากขึ้น เช่น การศึกษาของวัฒนาและคณะ⁵ ที่กำหนดระดับความพึงพอใจเป็น 4 ระดับ ในการสอบถามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ในสถาบันเดียวกัน แต่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการระงับปวดจากหน่วย acute pain service จำนวน

298 ราย พบว่า ผู้ป่วยพอใจต่อการบริการระดับปวดในระดับ
พอใจมากร้อยละ 81 พอใจเล็กน้อยร้อยละ 17 และไม่พอใจ
ร้อยละ 2 โดยที่ผู้สอบถามเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลเช่นเดียวกัน

จากการสอบถามผู้ป่วยถึงผลการระดับปวดที่พอใจพบว่า
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพอใจที่ระดับความปวด 5 คะแนน ซึ่ง
เท่ากับระดับความปวดปานกลาง ตามผลการศึกษาของ
ศศิวิมลและคณะ⁶ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในสถาบัน
เดียวกัน

ดังนั้นการรักษาอาการปวดให้อยู่ในระดับคะแนนที่ผู้ป่วย
พอใจร่วมกับหาวิธีการที่จะทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการ
ปวดมากลดลง จึงน่าจะเป็นเป้าหมายในการพัฒนาการดูแล
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น ตามแนวทางของ
American Pain Society Quality of Care Committee⁷ ต่อไป

สรุป

การประเมินและบันทึกความปวดใน Graphic sheet ของ
หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามารถทำได้เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้
มีผลให้ผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจต่อการบริการระดับปวด
ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการประเมิน บันทึก และตรวจสอบ
คุณภาพการบันทึกความปวดในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของ
ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมบูรณ์ เทียนทอง, ภาณี พงษ์จะโปะ, นงเยาว์ เร็วสา, และ
คณะ. การทดลองใช้แบบบันทึกความปวดเพื่อเป็นสัญญาณ
ชีพที่ห้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์. ศรีนครินทร์
เวชสาร 2548; 20: 78-83.

2. Phillips DM. JCAHO pain management standards are unveiled. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. JAMA 2000; 284:28-9.
3. 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. J Med Assoc Thai 2004; 87: 1447-53.
4. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. Br J Anaesth 2002; 89:409-23.
5. วัฒนา ตันทนะเทวินทร์, ปิยะพร บุญแสงเจริญ, กชกร พลาชีวะ, สุธันนี สิมะจาริก, ไกรวาส แจ้งแสม, พูนพิศมัย เงิน ภูเขียว. การบริการระดับปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ใน: สมศักดิ์ เทียมเก่า และ คณะฯ. บก. การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 21 คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2548. ขอนแก่น: แอนนา ออฟเซต, 2548: 248-9.
6. ศศิวิมล พงศ์จรรยากุล, อักษร สาธิตการมณี, พัชรา รักพงษ์, ไกรวาส แจ้งแสม, วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ, สมบูรณ์ เทียนทอง. การสอนผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการประเมินความปวดในห้องพักฟื้นได้หรือไม่. วิสัญญีสาร 2547; 30: 106-11.
7. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA 1995; 274: 1874-80.

