

## การพัฒนากระบวนการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัย

สมบูรณ์ เทียนทอง<sup>1</sup>, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์<sup>1</sup>, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ<sup>1</sup>, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิมแย้ม<sup>1</sup>, วัฒนา ตันทนะเทวินทร์<sup>1</sup>, ณรงค์ จันทร์แก้ว<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ภาควิชาวิสัญญีวิทยา, <sup>2</sup>ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

## A Development of Pain Assessment and Pain Documentation as a Fifth Vital Sign in a University Hospital

Somboon Thienthong<sup>1</sup>, Malinee Wongswadiwat<sup>1</sup>, Wimonrat Krisanaprakornkit<sup>1</sup>, Panaratana Rattanasuwan Yimyam<sup>1</sup>, Wattana Tantanatewin<sup>1</sup>, Narong Khuntikeo<sup>2</sup>

Department of <sup>1</sup>Anaesthesiology, <sup>2</sup>Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

**หลักการและเหตุผล:** การประเมินและบันทึกความปวดอย่างเป็นระบบเหมือนสัญญาณชีพอื่นมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีขึ้น โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีการประเมินและบันทึกความปวดอย่างเป็นระบบในบางหอผู้ป่วยแต่การใช้ทั้งโรงพยาบาลยังไม่มีการศึกษามาก่อน

### วัตถุประสงค์:

1. เพื่อพัฒนาระบบการประเมินและการบันทึกความปวดหลังการผ่าตัดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้า
2. เพื่อประยุกต์ใช้แบบบันทึกความปวดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

**รูปแบบการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

**สถานศึกษา:** หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 2 แห่ง และหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 แห่ง ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

**วิธีการศึกษา:** แบ่งการศึกษาออกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1: ศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านทัศนคติของพยาบาล และระบบการประเมินความปวดในหอผู้ป่วยทดลอง ระยะที่ 2: พัฒนาแบบบันทึกความปวด ระยะที่ 3: ทดลองใช้และปรับปรุงแบบบันทึกความปวดในหอผู้ป่วยทดลอง ระยะที่ 4: ขยายผลการทดลองใช้แบบบันทึกความปวดไปยังหอผู้ป่วยอื่น และระยะที่ 5: ประยุกต์ใช้แบบบันทึกความปวดในระดับโรงพยาบาล

**การวัดผล:** วิธีการประเมินและการบันทึกความปวดที่ใช้ก่อนและหลังการศึกษา จำนวนครั้งที่มีการบันทึกความปวดก่อนและหลังการศึกษา ความเห็นของพยาบาลต่อแบบบันทึก

**Background:** Pain assessment and documentation can be used as vital sign for the improvement of postoperative pain management; however, these systems have never been adopted for use at Srinagarind Hospital.

### Objectives:

1. To develop a systematic postoperative pain assessment and documentation as the fifth vital sign; and,
2. To implement a revised graphic sheet for pain documentation at Srinagarind Hospital.

**Design:** Descriptive study

**Setting:** Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

**Methods:** Researchers explored the ward nurses' attitudes and practices vis-à-vis the pain assessment and documentation in a pilot ward. Subsequently, systematic pain assessment and documentation using the old graphic sheet, originally developed for recording four other vital signs, were re-designed to include the new sign, tested and revised for its practicality. The revised graphic sheet were re-tested in two other wards and finally the system was implemented throughout the hospital.

**Measurement:** Pain assessment tools, frequency of pain documentation and the number of patients assessed before and after the study were recorded. The ward nurses were asked to give their comments on the practicality of

(graphic sheet) ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ที่มีช่องบันทึกความปวดได้ และความเห็นด้านการบันทึกความปวดของพยาบาล

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาในหอผู้ป่วยทดลอง 1 แห่ง พบว่าพยาบาลบางส่วนมีความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดไม่ถูกต้อง และจากการ audit nurse note ของผู้ป่วย 136 ราย ก่อนการใช้ graphic sheet พบว่าจำนวนครั้งของการบันทึกระดับความปวดมีน้อย หลังการใช้ graphic sheet พบว่ามีการบันทึกเพิ่มขึ้นทุกเวร (43.2% vs 57.3%,  $P = 0.039$ ) และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินและบันทึกความปวดลดลง (12.1% vs 2.2%,  $P = 0.008$ ) โดยพยาบาลส่วนใหญ่ (87.5%) ใช้เวลาบันทึกน้อยกว่า 1 นาที และ 62.5% บอกว่าเป็นการเพิ่มภาระงานเพียงเล็กน้อย จากการขยายผลการศึกษาไปยังหอผู้ป่วยทดลองอีก 2 แห่ง พบว่าในระยะแรกมีการประเมินและบันทึกความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกได้เพียง 67% หลังจากได้ให้ความรู้เพิ่มเติมทำให้การประเมินและบันทึกความปวดเพิ่มขึ้นเป็น 98% ผลของการศึกษานี้ทำให้ graphic sheet ที่ปรับปรุงใหม่ได้รับการยอมรับให้ใช้แทนแบบเดิมทั้งโรงพยาบาล

**สรุป:** ได้พัฒนาแบบบันทึกที่สามารถใช้บันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และได้ทดลองใช้ในหอผู้ป่วยสามแห่งพบว่าสามารถใช้งานได้ดี สามารถบันทึกความปวดได้เพิ่มขึ้น จึงได้ประยุกต์ใช้แบบบันทึกนี้ในทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลแทนแบบบันทึกเดิม

the new system for pain assessment and documentation.

**Results:** In the pilot ward, misunderstanding regarding the pain assessment tools was found among some ward nurses. The frequency of pain assessment and documentation significantly increased after using the revised graphic sheet (43.2% vs. 57.3%,  $p=0.039$ ). The prevalence of no pain assessment also decreased significantly (12.1 vs. 2.2%,  $p=0.008$ ). Most of the nurses (87.5%) could complete the pain record form within one minute. The new system, as reported by 62.5% of the ward nurses, nominally increased their workload. Re-testing this system in the other two wards increased the number of pain assessments and documentations on the first post-operative day from 67% to 98%. The revised graphic sheet was then accepted by the policy makers for use throughout the hospital.

**Conclusion:** The system of post-operative pain assessment as the fifth vital sign was developed. A revised graphic sheet was used for pain documentation and accepted for routine use. The new system increased the number of pain assessments and documentations of post-operative patients.

**Key Words:** Pain assessment, Pain documentation, fifth vital sign

ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22(2): 158-64 • Srinagarind Med J 2007; 22(2): 158-64

## บทนำ

อาการปวดหลังผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยจะปวดมากในระยะ 2-3 วันแรกหลังผ่าตัดจากนั้น อาการปวดจะทุเลาลงตามเวลาที่ผ่านไป เป็นที่ทราบกันดีว่า อาการปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงนั้นมีผลเสียเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยได้ ดังนั้นการประเมินและบันทึก "ระดับความปวด" (pain score) เป็นระยะ จึงมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้ทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยได้ติดตามผลการรักษาได้ใกล้ชิดขึ้นเพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้น ดังจะเห็นได้จาก clinical practice guidelines ของหน่วยงานต่างๆ ที่มีชื่อเสียงในต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็น The American Pain Society<sup>2</sup>, The Veterans' Hospital Association<sup>3</sup> และ The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)<sup>4</sup> ต่างก็ได้กำหนดให้มีการประเมินและบันทึก pain score เป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5<sup>th</sup> vital sign) เพิ่มเติมจากสัญญาณชีพที่ใช้อยู่เดิม 4 อย่าง ได้แก่ ชีพจร ความดันเลือด การหายใจ และอุณหภูมิกาย โดยจะวัดทุก

1 ชั่วโมงในระยะแรกหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยดีขึ้นจะวัดห่างออกไปเป็นทุก 4, 8 และ 12 ชั่วโมงตามลำดับ การประเมินความปวดเป็นระยะ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การประเมินระดับความปวดโดยพยาบาลผู้ดูแลนั้น ยังพบว่าประเมินได้ต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง<sup>5</sup> ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดน้อยกว่าที่ควรจะได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบรรเทาปวดหลังผ่าตัดด้อยประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยผ่าตัดจำนวนมากถึง 10,333 ราย/ปี จากการสำรวจผู้ป่วยจำนวน 234 ราย ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด<sup>6</sup> พบผู้ป่วยมีอาการปวดปานกลางถึงปวดมากสูงถึงร้อยละ 51 โดยที่มีการประเมินและบันทึกความปวดใน nurse note บ้าง แต่ไม่เป็นระบบและไม่สามารถสื่อสารผลการบันทึกให้ทีมงาน

อื่นๆ ได้เห็นอย่างชัดเจน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการนำระบบการประเมินและบันทึกความปวดตามแนวทางของ JCAHO มาทดลองใช้ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดให้ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการประเมินและการบันทึกความปวดหลังการผ่าตัดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้า
2. เพื่อประยุกต์ใช้แบบบันทึกความปวดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในหอผู้ป่วยทางศัลยกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2546 ถึง ธันวาคม 2548

**ขั้นตอนการศึกษา** แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1: ศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านทัศนคติของพยาบาลและระบบการประเมินความปวดในหอผู้ป่วยทดลอง
- ระยะที่ 2: พัฒนาแบบบันทึกความปวด
- ระยะที่ 3: ทดลองใช้และปรับปรุงแบบบันทึกความปวดในหอผู้ป่วยทดลอง
- ระยะที่ 4: ขยายผลการทดลองใช้แบบบันทึกความปวดไปยังหอผู้ป่วยอื่น
- ระยะที่ 5: ประยุกต์ใช้แบบบันทึกความปวดในระดับโรงพยาบาล

**การวัดผล** ประกอบด้วย

1. รูปแบบหรือวิธีการประเมินและการบันทึกความปวดที่ใช้ก่อนการศึกษา
2. จำนวนครั้งที่มีการบันทึกความปวดในแบบบันทึกของผู้ป่วยก่อนและหลังการศึกษา
3. สอบถามความเห็นของพยาบาลผู้ใช้ต่อแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นมาใหม่
4. ข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ข้อมูลพื้นฐาน และความเห็นด้านการระงับปวดของพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอโดย mean  $\pm$  SD วิเคราะห์ผลก่อนและหลังการศึกษาโดยใช้ student t test ส่วนข้อมูลแจกแจง แสดงในรูปสัดส่วนหรือร้อยละ วิเคราะห์ผลก่อนและหลังการศึกษาโดยใช้ Chi-square test โดยใช้ค่า P < 0.05 แสดงนัยสำคัญทางสถิติ

## ผลการศึกษา

### 1. ผลการศึกษาในหอผู้ป่วยทดลอง

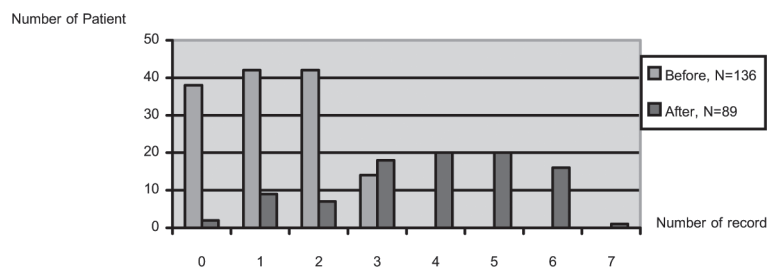
1.1 ข้อมูลทั่วไปของหอผู้ป่วยทดลองและความคิดเห็นของพยาบาลก่อนการศึกษา

หอผู้ป่วยทดลองเป็นหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั้งหญิงและชาย มีพยาบาลทั้งหมด 10 คน (ไม่รวมหัวหน้า) จากการส่งแบบสอบถามให้แก่พยาบาลทุกคน ได้รับกลับคืนมา 9 คน (90%) เป็นผู้หญิงทั้ง 9 คน อายุเฉลี่ย 38  $\pm$  7 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (8 คน) ประมาณครึ่งหนึ่ง (4 คน) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี ทุกคนผ่านการอบรมเรื่องการระงับปวดหลังผ่าตัดมาแล้ว พยาบาลทั้ง 9 คนมีความเห็นว่าความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และมีความเห็นต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดังนี้ พยาบาล 6 คนเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นส่วนใหญ่ ส่วนอีก 3 คน มีความเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นส่วนน้อย ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการระงับปวดของผู้ป่วยมีดังนี้ พอใจมาก = 1 คน พอใจ = 7 คน และไม่พอใจ = 1 คน ทั้งนี้พยาบาล 8 ใน 9 ราย มีความเห็นว่าการระงับปวดหลังผ่าตัดเป็นภาระต่อการปฏิบัติงานในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ซึ่งปัญหาใหญ่ที่ทุกคนเห็นเหมือนกันคือขาดบุคลากรที่รับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง และขาดอุปกรณ์ในการช่วยระงับปวด เช่น syringe pump

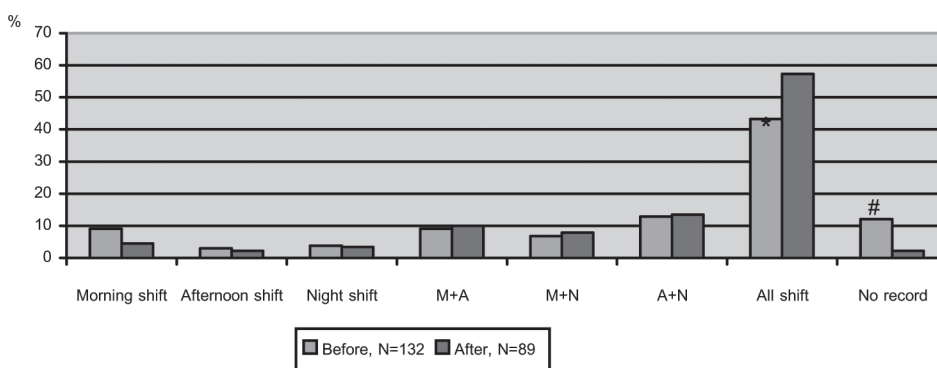
### 1.2 ด้านระบบการประเมินและบันทึกความปวดก่อนการศึกษา

วิธีการประเมินความปวดของพยาบาลก่อนการศึกษาพบว่าเครื่องมือหรือวิธีการที่ใช้ประเมินความปวดนั้นพยาบาลมีความเข้าใจที่แตกต่างกัน เช่น เข้าใจว่า Numerical Rating Scale (0-10) เป็น Visual Analogue Scale และใช้ Verbal Rating Scale ในความหมายอื่น เช่น ปวดพอทน หรือไม่ปวด เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถใช้เปรียบเทียบกับ Verbal Rating Scale ที่เป็นมาตรฐาน คือ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด

การบันทึกความปวด จากการ audit nurse note ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายจำนวน 136 ราย พบว่าระดับความปวดที่ประเมินได้จะบันทึกใน nurses note ในแต่ละเวร (เวรละ 8 ชั่วโมง) โดยบันทึกในหัวข้อความทุกข์สบายของผู้ป่วย ส่วน vital signs อื่นๆ บันทึกอยู่บน graphic sheet จำนวนครั้งของการบันทึกระดับความปวดนั้นมีน้อยเนื่องจากการเขียน nurse note นั้น โดยทั่วไปจะเขียนเวรละ 1 ครั้ง (รูปที่ 1 และ 2) และ nurse note จะแยกต่างหากจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ทำให้ข้อมูลที่บันทึกใน nurse note นั้น ไม่สามารถสืบสารให้ทีมงานอื่นๆ ได้รับทราบอย่างทั่วถึง



รูปที่ 1 จำนวนครั้งที่มีการบันทึกความปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ก่อนและหลังการทดลองใช้แบบบันทึก



รูปที่ 2 สัดส่วนการบันทึกความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดแยกตามเวร ก่อนและหลังการทดลองใช้แบบบันทึก: A = afternoon, M = morning, N = night (\*P = 0.039, # P = 0.008)

### 3. การพัฒนาแบบบันทึกความปวด

จากการทำ focus group ระหว่างทีมผู้วิจัยกับพยาบาลหอผู้ป่วย จึงได้พัฒนาแบบบันทึก (Graphic sheet) ให้มีช่องบันทึกความปวดร่วมกับช่องบันทึก vital อื่นๆ ซึ่งผลการศึกษาในส่วนนี้ได้นำเสนอที่อื่นแล้ว

### 4. การทดลองใช้แบบบันทึกความปวด (Graphic sheet)

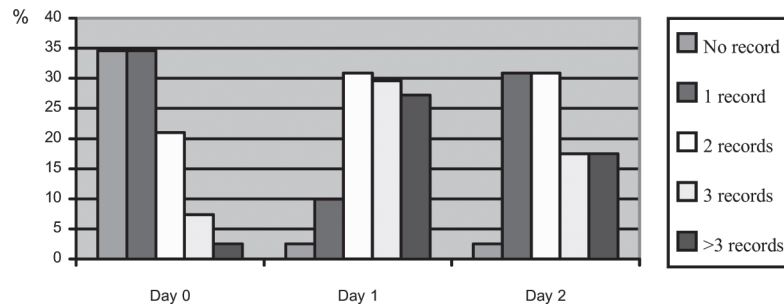
จากวิธีการประเมินความปวดที่ได้รับดังได้กล่าวมาแล้วว่าพยาบาลหอผู้ป่วยใช้เครื่องมือประเมินความปวดทั้ง Visual Analogue Scale, Numerical Rating Scale และ Verbal Rating Scale ในความหมายที่ต่างกัน จึงได้จัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวดให้เป็นแบบเดียวกันคือใช้ Numerical Rating Scale เป็นหลัก ก่อนจะนำ graphic sheet อันใหม่มาทดลองใช้ การประเมินผลหลังการอบรมพบว่าพยาบาลมีความเข้าใจวิธีการประเมินที่ดีขึ้น และจากการติดตามผลการบันทึกความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายจำนวน 89 ราย พบว่าจำนวนครั้งในการบันทึกความปวดเพิ่มขึ้น (รูปที่ 1 และ 2)

หลังการทดลองใช้แบบบันทึกเป็นเวลา 1 เดือน ได้สอบถามพยาบาลหอผู้ป่วยเกี่ยวกับ graphic sheet ดังกล่าว ได้ผลดังต่อไปนี้ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 8 ราย จากพยาบาลทั้งหมด

10 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 พยาบาลทุกคน (100%) เข้าใจวิธีการบันทึก pain score ตามแบบ graphic sheet อันใหม่ โดยพยาบาลส่วนใหญ่ (87.5%) ใช้เวลาบันทึกน้อยกว่า 1 นาที ส่วนอีกร้อยละ 12.5 ใช้เวลาบันทึกระหว่าง 1-2 นาที ความเห็นของพยาบาลต่อการบันทึก pain score บน graphic sheet อันใหม่ พบว่าทุกคน (100%) เห็นด้วยว่าแบบ graphic sheet นี้มีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังการผ่าตัด และมีความเหมาะสมที่จะใช้แบบ graphic sheet นี้ ในงานประจำ โดยที่พยาบาลร้อยละ 37.5 บอกว่าไม่เป็นการเพิ่มภาระงานและอีกร้อยละ 62.5 บอกว่าเป็นการเพิ่มภาระงานเพียงเล็กน้อย สำหรับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแบบ graphic sheet ได้แก่ scale มีขนาดเล็กเกินไป และจำนวนช่องสำหรับบันทึกไม่สอดคล้องกับช่องบันทึกของ vital signs ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงอีกครั้ง

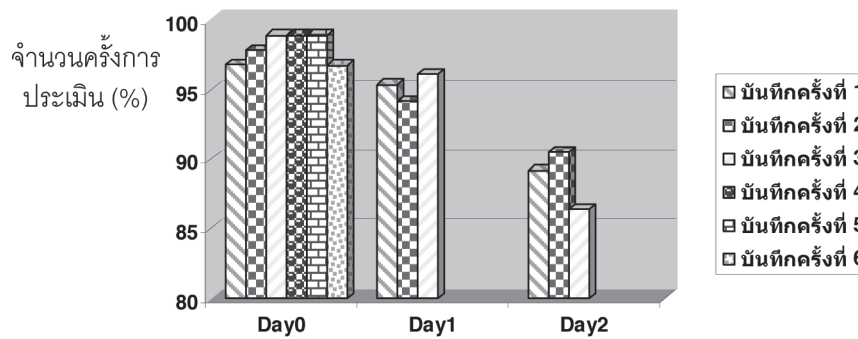
### 5. การขยายผลการใช้แบบบันทึกความปวดไปยังหอผู้ป่วยอื่น

ภายหลังการปรับปรุงแบบบันทึกความปวดที่พัฒนาขึ้นใหม่ผู้วิจัยได้นำไปขยายผลการใช้งานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ อีก 2 แห่ง โดยเลือกประเมินและบันทึกความ



รูปที่ 3 ร้อยละของจำนวนครั้งการบันทึกความปวดในผู้ป่วยแต่ละรายใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด (Day 0 = วันทำผ่าตัด)

การบันทึกความปวดหลังผ่าตัด



รูปที่ 4 แสดงสัดส่วนการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดตามเวลาที่กำหนดคือประเมินทุก 4 ชม. ใน 24 ชม.แรกจากนั้นประเมินทุก 8 ชม.

ปวดเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป โดยให้ความรู้แก่พยาบาล เรื่องการประเมินและบันทึกความปวดก่อนการใช้งาน

ผลการทดลองใช้ graphic sheet อันใหม่ เป็นเวลา 1 เดือน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายจำนวน 121 ราย พบว่ามีการประเมิน และบันทึกระดับความปวดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดได้ 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 67 โดยส่วนใหญ่มีการบันทึก 2 ครั้งต่อวัน (รูปที่ 3)

ปัญหาที่พบจากการขยายการใช้งานในครั้งแรก คือ ยังไม่สามารถประเมินและบันทึกความปวดในผู้ป่วยทุกคน และความถี่ในการบันทึกในแต่ละวันยังทำได้น้อย คือ เฉลี่ย 1 ครั้งหรือไม่มีการบันทึกเลยในบางเวร จึงได้นำปัญหาดังกล่าวมาปรึกษาในระหว่างหน่วยงานทั้งสองเพื่อหาทางปรับปรุง หลังจากนั้นได้ตรวจสอบการประเมินและบันทึกความปวดอีกครั้ง ในช่วงเวลา 2 เดือน ในผู้ป่วย 94 ราย พบว่ามีการประเมินและบันทึกความปวดในวันแรกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98 (รูปที่ 4) ส่วนการบันทึกในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัดที่มีสัดส่วนที่ลดลงเป็นเพราะผู้ป่วยมีอาการปวดที่ลดลงมากแล้วจึงหยุดการประเมิน

6. การนำแบบบันทึกอันใหม่ไปใช้แทนแบบบันทึกเดิม ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

จากการทดลองใช้แบบบันทึกใหม่ในหอผู้ป่วยทั้งหมด 3 แห่ง ดังกล่าวข้างต้น และได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาเสนอผู้บริหารโรงพยาบาล และได้รับอนุมัติให้นำไปใช้แทนแบบเดิมของโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอให้งานบริการพยาบาลได้รับทราบพร้อมทั้งได้จัดอบรมกลุ่มย่อยให้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยต่างๆ ให้เข้าใจวิธีการประเมินและการบันทึกความปวดเพื่อใช้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าหลังการทดลองใช้เป็นเวลา 3 เดือน จึงได้ติดตามประเมินผลการใช้งานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งหมด 14 แห่ง พบว่าหอผู้ป่วยต่างๆ ทำการบันทึกความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ดังนี้

- บันทึกใน graphic sheet ได้ > 80% ของผู้ป่วย = 5 wards
- บันทึกใน graphic sheet ได้ 50-80% ของผู้ป่วย = 2 wards
- บันทึกใน graphic sheet ได้ < 50% ของผู้ป่วย = 2 wards
- บันทึกใน nurse note = 4 wards
- ยังไม่มีบันทึก Pain Score = 1 ward

เหตุผลที่บาง ward ยังใช้แบบบันทึกเดิมเนื่องจากในช่วงที่เปลี่ยนแปลงยังมีแบบบันทึกเก่าเหลืออยู่จึงต้องการใช้ให้หมดก่อน สำหรับหอผู้ป่วยอื่นๆ ที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยศัลยกรรม เช่น อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ฯลฯ แม้ว่าจะยังไม่มี ความจำเป็นในการบันทึกความปวด แต่สามารถใช้ graphic sheet อันใหม่ได้โดยที่พื้นที่ในการบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่เคยใช้ งานไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด

### วิจารณ์ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้พัฒนาแบบบันทึก vital signs (graphic sheet) ให้มีช่องสำหรับบันทึก pain score เพิ่มเติม จาก การประยุกต์ใช้แบบบันทึกนี้ในหอผู้ป่วยทำให้ pain score ของผู้ป่วย ได้รับการบันทึกอย่างต่อเนื่องโดยหอผู้ป่วยแต่ละแห่ง ทำการบันทึกได้ในระดับที่แตกต่างกันไป ซึ่งหอผู้ป่วยที่สามารถบันทึกได้เกิน 80% ของผู้ป่วยใน 24 ชม. แรกหลัง ผ่าตัดมีอยู่ 5 แห่งจากทั้งหมด 14 แห่ง การบันทึก pain score อย่างต่อเนื่องนี้เป็นการยกระดับของอาการปวดหลังผ่าตัดให้มีความสำคัญเช่นเดียวกับ vital signs อื่นๆ หรือเรียก pain score ว่าเป็น vital sign ที่ 5 (5<sup>th</sup> vital sign) ซึ่งการบันทึก pain score เป็น 5th vital sign นั้นได้มีการเสนอแนะไว้นานแล้ว<sup>8</sup> ต่อมา The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)<sup>4</sup> ได้แนะนำให้ใช้การบันทึก pain score เป็นมาตรฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด มีรายงานว่า การจัดทำหรือปรับปรุงแบบบันทึกสำหรับ pain score มีส่วนช่วยให้การประเมิน pain score ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>9,10</sup> สำหรับในประเทศไทยนั้น การบันทึก pain score เป็น 5<sup>th</sup> vital sign มีรายงานอยู่บ้าง เช่น ลักษมี และคณะ<sup>11</sup> ได้สำรวจ การบันทึก pain score ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง พบว่ามี การบันทึก pain score สูงถึง 98.8% แต่สัดส่วนการบันทึกที่สูง เช่นนี้อาจเป็นไปได้จากวิธีการศึกษาที่คัดกรองเฉพาะเบาะที่มี คุณภาพการบันทึกไม่ครบถ้วนออกก่อนที่จะนำข้อมูลมา วิเคราะห์ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้มีค่าสูงกว่าความเป็นจริง สำหรับผลการบันทึก pain score ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ ทำการศึกษาถึงคุณภาพหรือความถูกต้องในการบันทึกว่ามี มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้เนื่องจากเคยมีรายงานว่า การบันทึก ข้อมูล pain score ในแบบบันทึกของพยาบาลนั้นมีความ แตกต่างจากข้อมูลของผู้ป่วยรายงานไว้<sup>12</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น

1. ยังไม่สามารถบันทึกความปวดในผู้ป่วยได้ทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี ซึ่งยังไม่สามารถ ประเมินระดับความปวดโดยการให้คะแนนได้
2. การประเมินนี้ทำในขณะที่ผู้ป่วยนอนพัก (at rest) อย่างเดียวซึ่งจะมีอาการปวดน้อยกว่าขณะผู้ป่วยมีการขยับตัว

(ambulate) ดังนั้นจึงไม่สามารถสะท้อนผลการรักษาอาการปวด หลังผ่าตัดได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามหากจะใช้อาการปวด ขณะพักเป็นตัวชี้หลัก ผู้ป่วยควรมีอาการปวดน้อยกว่า 4 คะแนน จึงจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดต่อการระงับปวดที่ได้รับ<sup>13</sup> หรือ จะต้องระงับปวดในขณะที่พักได้มากกว่า 50% ของระยะเวลา ทั้งหมดที่มีอาการปวด จึงจะสัมพันธ์กับความพอใจของผู้ป่วย ในระดับที่ดีถึงดีมาก<sup>14</sup>

3. การประเมินและการบันทึกความปวดในครั้งนี้ยังไม่ มีรายละเอียดการประเมินก่อนและหลังให้การรักษาโดยเฉพาะ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรง จึงไม่สามารถบ่งบอกถึงการ ดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งจะต้องดำเนินการพัฒนา ต่อไป

### สรุป

ได้พัฒนาแบบบันทึกที่สามารถใช้บันทึก pain score ให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผลการทดลองใช้ ครั้งแรกได้รับความเห็นจากพยาบาลว่าแบบบันทึกนี้เหมาะสม ที่จะใช้ในงานประจำหากมีการปรับปรุงให้ใช้สะดวกขึ้น หลังการปรับปรุงได้ทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอื่นอีกสองแห่งพบว่า สามารถใช้งานได้ดี จึงได้ประยุกต์ใช้แบบบันทึกนี้ในทุกหอ ผู้ป่วยของโรงพยาบาลแทนแบบบันทึกเดิม โดยมีหอผู้ป่วยที่ สามารถทำการบันทึกความปวดได้ดีเพิ่มขึ้น ส่วนหอผู้ป่วยที่ ยังไม่ได้ใช้แบบบันทึกหรือยังบันทึกได้ไม่เต็มที่จะได้ทำการ พัฒนาให้ดีขึ้นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีงบประมาณ 2547-2548 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ พยาบาลของหอผู้ป่วย 3ก 3ข และ 5ค ทุกท่านที่ให้ความ ร่วมมือในการประเมินความปวดของผู้ป่วย และตอบแบบ สอบถามในครั้งนี้

### References

1. Ballantyne JC, Carr DB, deFerranti S, Suarez T, Lau J, Chalmers TC, 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.
2. 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.
3. Management of postoperative pain. Available at <http://www.oqp.med.va.gov/cpg/cpg.htm> access 5/6/04.

4. Phillips DM. JCAHO pain management standards are unveiled. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. JAMA 2000; 284:428-9.
5. Stephenson NL. A comparison of nurse and patient: perceptions of postsurgical pain. J Intraven Nurs 1994;17:235-9. (Abstract)
6. Thienthong S. Pain management in Srinagarind hospital, Khon Kaen university. In: Prateepavanich P, Chaudakshetrin P, editors. Diversity in pain management. Bangkok, 2001: 12-4.
7. Thienthong S, Pongchapoa P, Reawsa N, ChangJam S, Kaewkot S, Uraiwan K, et al. An evaluation of pain score record form as the fifth vital sign for postoperative cares of orthopedic patients. Srinagarind Medical J 2005; 20: 78-83.
8. Pain as the 5th Vital Sign. Available at <http://www.va.gov/OAA/pocketcard/pain.asp>. Access on 20/07/05.
9. Voigt L, Paice JA, Pouliot J. Standardized pain flowsheet: impact on patient-reported pain experiences after cardiovascular surgery. Am J Crit Care 1995; 4:308-13.
10. O'Connor M. Pain management: improving documentation of assessment and intensity. J Healthc Qual 2003; 25:17-21.
11. 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.
12. Briggs M, Dean KL. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. J Clin Nurs 1998; 7:155-63.
13. Jensen MP, Martin SA, Cheung R. The meaning of pain relief in a clinical trial. J Pain 2005; 6:400-6.
14. Davies HT, McLeod G, Bannister J, Macrae WA. Obstacles in organisation of service delivery reduce potential of epidural analgesia. BMJ 1999; 319:1499-500.

