

การสำรวจทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ และวิธีการปฏิบัติ ของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในการประเมิน ระดับความปวด และให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

ธิดารัตน์ อริยานุชิตกุล, พ.บ.*

นวลหงษ์ เพ็ชรดี, พย.บ.*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาสำคัญที่พบในห้องพักฟื้น แต่การประเมินและการรักษาอาการปวดยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การศึกษานี้เป็นการศึกษาทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ รวมถึงวิธีการปฏิบัติในการดูแลเรื่องความปวดของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนางานระงับปวดหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลต่อไป **วัตถุประสงค์และวิธีการ:** ทำการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับวิสัญญีพยาบาลในข้อมูลพื้นฐานของตนเอง ทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ และวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการระงับปวด โดยแสดงผลในรูปร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา **ผลการศึกษา:** วิสัญญีพยาบาลทั้งหมด 34 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านวิสัญญีวิทยามากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 52.9) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นเฉลี่ย 1 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 64.7) วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการระงับปวด (ร้อยละ 88.2-97.1) มีความรู้และเข้าใจหลักการเกี่ยวกับการระงับปวดเป็นอย่างดีเกินกว่าร้อยละ 60.0 ขณะที่เชื่อว่าสามารถดูแลเรื่องความปวดได้เพียงพอเพียงร้อยละ 32.4 วิสัญญีพยาบาลทุกคนเชื่อว่าการมีแนวทางการประเมินความปวด และการระงับปวดที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดได้ มีการประเมินระดับความปวดในห้องพักฟื้นด้วย verbal rating scale (VRS) และ numeric rating scale (NRS) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.2 และบันทึกระดับความปวดร้อยละ 44.1-50.0 ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการประเมินระดับความปวดและการให้การระงับปวดได้แก่ ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่ (ร้อยละ 91.2) ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 67.6) วิสัญญีพยาบาลทุกคนคิดว่าควรมีแนวทางในการประเมินระดับความปวดและแนวทางในการให้การระงับปวดที่ชัดเจน และควรมีการประสานงานกับหอผู้ป่วยในการประเมิน และให้การระงับปวดที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง **สรุป:** วิสัญญีพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่องานระงับปวด แม้ว่าขณะนี้งานระงับปวดในห้องพักฟื้นจะยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนแต่บุคลากรทุกคนก็พร้อมที่จะมีการพัฒนางานด้านนี้ และเชื่อว่าการกำหนดแนวทางในการประเมินระดับความปวด และการให้การระงับปวดที่ชัดเจนจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การประเมินระดับความปวด, การระงับปวด

Abstract: Attitude, Knowledge and Practice of Nurse Anesthetist, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital for Postoperative Pain Assessment and Treatment in Recovery Room

Thidarat Ariyanuchitkul, M.D.

Nualhong Petchdee, B.Sc. (Nursing)

Department of Anesthesiology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2008; 32 (Suppl 1): S54-61.

Background: Postoperative pain is a common postoperative problem in the recovery room. Assessment and treatment of patients having pain in recovery room remain a significant anesthetic service while there is no our pain algorithm in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. **Objective:** To survey an attitude, knowledge and practice of nurse anesthetist on pain assessment and treatment in recovery room. To improve the quality of pain management is our purpose. **Materials & Methods:** A descriptive study was conducted using a designed questionnaire. It was a self administered questionnaire, comprised of sections on attitude, knowledge and practice on pain assessment and treatment. **Results:** About 59.2% of nurse anesthetist had qualification more than 15 years working experience and 64.7% of them work in recovery room with an average of one day per week. Most of them had good attitude toward pain management (88.2-97.1%). Their understanding about principle of pain management was good (more than 60%). Only 38.2% of nurse anesthetists were using VRS (verbal rating scale) or NRS (numeric rating scale) for pain assessment and pain-severity level recording was done about 44.1-50.0%. Only 32.4% of them believed that the patients in recovery room received adequate narcotic treatment and all of them believed that pain algorithm has been implemented for more effective pain relief. Common factors that influenced pain management were as follows (1) patients were not fully recovered, (2) nurse anesthetist were inadequate (91.2 and 67.7%). **Conclusion:** Nurse anesthetist had good attitude toward pain management. Implementation of pain algorithm will be helpful in improvement of pain management.

Key words: pain assessment, pain treatment

ภูมิหลัง

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างพอเพียงนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายแล้วยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่อาจเกิดผลแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้เช่น ภาวะหัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงซึ่งทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นจนอาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ความปวดยังทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้นน้อยลงจนเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ได้⁽¹⁾ การรักษา

อาการปวดอย่างเพียงพอนอกจากจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและช่วยลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการมากยิ่งขึ้นอีกด้วย การรักษาอาการปวดดังกล่าวประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ การประเมินความปวด การเลือกวิธีระงับปวดที่เหมาะสม และการติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้รับการระงับปวด⁽²⁾

ปัจจุบันกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ยังไม่ได้จัดทำแนวทางการระงับปวด

สำหรับผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ชัดเจน การให้การระงับปวดในห้องพักฟื้นที่ปฏิบัติจริงส่วนใหญ่เป็นการฉีดยากลุ่ม opioid เข้าหลอดเลือดดำตามการพิจารณาของวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยขณะนั้น ซึ่งผลการระงับปวดดังกล่าวอาจมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย หากการระงับปวดไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอผู้ป่วยก็จะไม่หายปวด หรือหากได้ยาในขนาดสูงในผู้ป่วยที่เพิ่งฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกอาจเกิดการกดระบบหายใจหรือระบบประสาทได้ ดังนั้นการประเมินความปวด การปรับขนาดยาระงับปวด และการประเมินการตอบสนองต่อยาระงับปวดเป็นระยะน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลและให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยในห้องพักฟื้นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่วิสัญญีพยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกในห้องพักฟื้น ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน และให้การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และปัญหาอุปสรรคในการประเมิน และการให้การระงับปวดในมุมมองของวิสัญญีพยาบาล เพื่อจะให้เป็นแนวทางในการพัฒนาการระงับปวดหลังผ่าตัดของกลุ่มงานให้มีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็น descriptive study โดยใช้แบบสอบถาม (self-administrated questionnaire) เกี่ยวกับข้อมูลด้านประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีพยาบาล และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น ทักษะต่อการระงับปวด การปฏิบัติในเรื่องการประเมิน และการให้การระงับปวด ปัญหาและอุปสรรคในการประเมิน และการให้การระงับปวด รวมถึงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนางานระงับปวดของกลุ่มงาน โดยแสดงผลในรูปร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

สถิติเชิงพรรณนา

คำจำกัดความ Verbal rating scale (VRS) คือ การแบ่งระดับความปวดเป็น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง และปวดมาก

Numeric rating scale (NRS) คือ การแบ่งระดับความปวดตามตัวเลข จากไม่ปวดเลย = 0 จนถึงปวดมากที่สุด = 10

ผลการศึกษา

จากการแจกแจงแบบสอบถามที่ได้สำรวจจากวิสัญญีพยาบาล 34 ราย ในเดือนกุมภาพันธ์ 2551 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งหมด (ร้อยละ 100) พบว่าส่วนใหญ่วิสัญญีพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานด้านวิสัญญีมากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือ 6-10 ปี (ร้อยละ 20.6) พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.7) ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นเพียง 1 วันต่อสัปดาห์ วิสัญญีพยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการระงับปวดเป็นส่วนใหญ่และเข้าใจเป็นอย่างดี (เกินกว่าร้อยละ 50) ร้อยละ 94.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น

	จำนวน (ร้อยละ)
ประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีวิทยา	
1-5 ปี	4 (11.8)
6-10 ปี	7 (20.6)
11-15 ปี	18 (52.9)
จำนวนวันที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นต่อสัปดาห์	
1 วัน	22 (64.7)
2-3 วัน	6 (17.6)
4-5 วัน	6 (17.6)
ความเข้าใจเกี่ยวกับการระงับปวด	
เข้าใจบางส่วน (ร้อยละ 25-50)	2 (5.9)
เข้าใจเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51-75)	25 (73.5)
เข้าใจเป็นอย่างดี (>ร้อยละ 75)	7 (20.6)

วิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการระงับปวด โดยร้อยละ 88.2 ถึงร้อยละ 97.1 เห็นด้วยว่าความปวดเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญและพบบ่อยในห้องพักฟื้น ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอาการปวดให้ทุเลาก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย แต่มีวิสัญญีพยาบาลเพียงร้อยละ 32.4 ที่คิดว่าการดูแลเรื่องการระงับปวดของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นในปัจจุบันทำได้เพียงพอแล้ว ส่วนในด้าน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการระงับปวดนั้น วิสัญญีพยาบาลร้อยละ 64.7-70.6 เห็นด้วยว่าการระงับปวดที่ไม่เพียงพอจะทำให้เกิดผลเสียต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย และอาจทำให้เกิดเป็นความปวดเรื้อรังได้ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4-94.1) เห็นด้วยว่าการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพนอกจากจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ยังทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ช่วยลดระยะเวลาอยู่โรง--

ตารางที่ 2 ทัศนคติและความรู้ความเข้าใจของวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการให้การระงับปวดในห้องพักฟื้น (n = 34)

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
- ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น	33 (97.1)	1 (2.9)	0
- ความปวดเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญ	33 (97.1)	0	1 (2.9)
- ผู้ป่วยที่มีความปวดควรได้รับการรักษาอาการปวดให้ทุเลาก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย	33 (97.1)	0	1 (2.9)
- การระงับปวดไม่เพียงพอจะทำให้เกิดผลกระทบและเกิดผลเสียต่อระบบอื่นๆ ของร่างกาย	24 (70.6)	3 (8.8)	7 (20.6)
- การระงับปวดไม่เพียงพอจะทำให้เกิดเป็นความปวดเรื้อรังได้	22 (64.7)	4 (11.8)	8 (23.5)
- การระงับปวดอย่างพอเพียงและเหมาะสมมีความสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วย	32 (94.1)	0	2 (5.9)
- การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว	30 (88.2)	1 (2.9)	3 (8.8)
- การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	30 (88.2)	1 (2.9)	3 (8.8)
- การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพช่วยลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล	28 (82.4)	1 (2.9)	5 (14.7)
- การระงับปวดที่มีประสิทธิภาพช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	28 (82.4)	0	6 (17.6)
- ทราบชนิดของยาระงับปวด	26 (76.5)	1 (2.9)	7 (20.6)
- ทราบขนาดของยาระงับปวดที่เหมาะสม	27 (79.4)	1 (2.9)	6 (17.6)
- ยาระงับปวดมีผลข้างเคียงหลายประการ	27 (79.4)	1 (2.9)	6 (17.6)
- มีวิธีการระงับปวดอื่นๆ นอกเหนือจากการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและเข้าหลอดเลือด	32 (94.1)	0	2 (5.9)
- การใช้ยาระงับปวดหลายตัวร่วมกันทำให้ประสิทธิภาพการระงับปวดเพิ่มขึ้น	21 (61.8)	3 (8.8)	10 (29.4)
- การให้ยาระงับปวดร่วมกับเทคนิคการระงับปวดอื่นๆ ทำให้ประสิทธิภาพการระงับปวดเพิ่มขึ้น	31 (91.2)	0	3 (8.8)
- ผู้ป่วยในห้องพักฟื้นได้รับการดูแลเรื่องความปวดอย่างเพียงพอ	11 (32.4)	11 (32.4)	12 (35.3)
- การประเมินความปวดในผู้ป่วยทุกรายมีความยุ่งยากในการปฏิบัติ	5 (14.7)	17 (50.0)	12 (35.5)
- การมีแนวทางการประเมินความปวดและแนวทางการระงับปวดที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดได้	34 (100)	0	0

พยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้วยังเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความพึงพอใจผู้ป่วยอีกด้วย ทัศนคติพยาบาลร้อยละ 61.8-94.1 ทราบถึงชนิด ขนาด ผลข้างเคียง เทคนิคการเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวด (โดยการให้ยาหลายตัวร่วมกัน หรือใช้ยาระงับปวดร่วมกับเทคนิคการระงับปวดอื่น ๆ) และร้อยละ 50.0 คิดว่าการประเมินและให้การรักษาอาการปวดไม่ได้เป็นเรื่องยุ่งยากในการปฏิบัติโดยที่ทัศนคติพยาบาลทุกคน (ร้อยละ 100) เชื่อว่าการมีแนวทางการประเมินความปวดและแนวทางการระงับปวดที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดได้ (ตารางที่ 2)

ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นนั้น ทัศนคติพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับอาการปวดเป็นอย่างดี โดยจะสอบถามถึงอาการปวดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว หรือมีอาการแสดงว่าน่าจะปวดร้อยละ 88.2-100

หากผู้ป่วยบอกปวดร้อยละ 97.1 เชื่อว่าผู้ป่วยปวดจริงและจะเริ่มให้ยาระงับปวดเพื่อรักษาอาการปวดทันที ร้อยละ 94.1 แต่ในด้านการประเมินระดับการปวดนั้นยังมีการใช้ VRS (verbal rating scale) และ NRS (numeric rating scale) เป็นเครื่องมือในการประเมินไม่มากนัก (ร้อยละ 38.2) ขณะที่การบันทึกระดับความปวดขณะอยู่ในห้องพักฟื้นก็ทำได้จริง ไม่มากนักคือทำได้เพียงร้อยละ 44.4-50.0 เท่านั้น (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่ทัศนคติพยาบาลเห็นว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการประเมินระดับความปวดและการให้การระงับปวดในด้านผู้ป่วยได้แก่ ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่และไม่ร่วมมือในการตอบคำถาม (ร้อยละ 91.2 และ 76.5) ขณะที่ผู้ป่วยที่คาทอหยาใจหรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการระงับปวดไม่เพียงพอ (ร้อยละ 55.9 และ 52.9) ส่วนในด้านบุคลากร

ตารางที่ 3 วิธีการปฏิบัติในการประเมินระดับความปวดและการให้การระงับปวด

	ไม่ทำเลย	ทำบางครั้ง	ทำบ่อย	ทำทุกครั้ง
- ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวดทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว	0	4 (11.8)	19 (55.9)	11 (32.4)
- ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวดเมื่อสังเกตอาการว่าผู้ป่วยน่าจะปวด	0	0	11 (32.4)	23 (67.6)
- เมื่อผู้ป่วยบอกปวด ท่านเชื่อว่าผู้ป่วยปวดจริง	0	1 (2.9)	14 (41.2)	19 (55.9)
- ท่านถามระดับการปวดโดยใช้ VRS หรือ NRS	6 (17.6)	15 (44.1)	7 (20.6)	6 (17.6)
- ถ้าผู้ป่วยหลับได้ท่านถือว่าผู้ป่วยไม่ปวด	2 (5.9)	17 (50.0)	10 (29.4)	5 (14.7)
- เมื่อพบว่าผู้ป่วยปวด				
ท่านให้ยาระงับปวด dose แรกทันที	0	2 (5.9)	15 (44.1)	17 (50.0)
ท่านประเมินความปวดซ้ำเมื่อให้ยาครบ 5 นาที	0	12 (35.3)	16 (47.1)	6 (17.6)
ถ้าผู้ป่วยยังปวดอยู่ท่านจะให้ยาซ้ำ	0	16 (47.1)	13 (38.2)	5 (14.7)
ถ้ายังไม่หายปวดหลังให้ยา 3 ครั้ง ท่านจะปรึกษาแพทย์	2 (5.9)	9 (26.5)	0 (29.4)	13 (38.2)
- ก่อนส่งผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น				
ท่านประเมินความปวดก่อนส่งออกเสมอ	0	7 (20.6)	13 (38.2)	14 (41.2)
หากผู้ป่วยบอกปวดมากท่านจะให้ยาระงับปวดก่อนส่ง	6 (17.6)	8 (23.5)	11 (32.4)	9 (26.5)
หากผู้ป่วยบอกปวดมากท่านมักไม่ให้ยาระงับปวด	21 (61.8)	12 (35.3)	1 (2.9)	0
- ก่อนส่งเพราะกลัวจะส่งออกไม่ได้				
ท่านบันทึกระดับความปวดขณะอยู่ในห้องพักฟื้น	4 (11.8)	15 (44.1)	10 (29.4)	5 (14.7)
ท่านบันทึกระดับความปวดก่อนส่งออกจากห้องพักฟื้น	3 (8.8)	14 (41.2)	13 (38.2)	4 (11.8)

ส่วนใหญ่เนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยไม่ปวดหรือปวดน้อยและส่วนหนึ่งไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยปวดจริง (ร้อยละ 47.1 และ 41.2 ตามลำดับ) ในด้านระบบงานพบว่าปัญหามูลค่าการไม่เพียงพอเป็นปัญหาหลัก (ร้อยละ 67.6) ขณะที่ร้อยละ 32.4 คิดว่าการประเมินดังกล่าวเข้าใจยาก และเป็นการเพิ่มภาระงาน แต่โดยรวมแล้ววิสัญญีพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.5) เชื่อว่าการกำหนดแบบประเมินความปวดที่ชัดเจนจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ตารางที่ 4)

สำหรับความคิดเห็นต่อการพัฒนางานระงับปวดนั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีแนวทางในการประเมินระดับความปวดและแนวทางในการให้การระงับปวดที่ชัดเจน และเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ซึ่งสามารถทำการพัฒนางานโดยการประสานงานกับหอผู้ป่วยในการประเมิน และให้การระงับปวดที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 97.1 ถึงร้อยละ 100) โดยที่ร้อยละ 88.2 เห็นว่าควรมีแบบบันทึกระดับความปวดในแบบบันทึกอาการในห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลทุกคนมีความพร้อมที่จะเรียนรู้วิทยาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการระงับปวดและเห็นด้วยที่จะมีการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการระงับปวดให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้วิทยาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการระงับปวด รวมถึงมีความพร้อมในการพัฒนาตัวเองเพื่อเพิ่มคุณภาพงานบริการให้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามมีวิสัญญีพยาบาลเพียงร้อยละ 32.4 มีความเห็นว่าการปัจจุบันผู้ป่วยในห้องพักฟื้นยังได้รับการดูแลเรื่องการระงับปวดเพียงพอ และเชื่อว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ดูแลเรื่องความปวดได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากสาเหตุในด้านของตัวผู้ป่วยนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่ ทำให้การประเมินทำได้ยาก และผู้ป่วยที่ยังมีฤทธิ์ยา

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่วิสัญญีพยาบาลคิดว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการประเมินความปวดและการให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

	จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านผู้ป่วย	
- ไม่รู้สึกตัวเต็มที่	31 (91.2)
- ไม่ร่วมมือในการตอบคำถาม	26 (76.5)
- ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่สามารถบอกระดับความปวดของตนเองได้	23 (67.6)
- ผู้ป่วยคาทอลิก	19 (55.9)
- สัญญาณชีพไม่คงที่	18 (52.9)
- ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น	13 (38.2)
- ผู้ป่วยนอนหลับอยู่	10 (29.4)
- การพิจารณาให้ยาตามสภาพผู้ป่วยและการผ่าตัดทำได้ยาก	7 (20.6)
2. ด้านบุคลากร	
- คิดว่าผู้ป่วยไม่ปวดหรือปวดน้อย	16 (47.1)
- ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยปวดจริง	14 (41.2)
- ไม่กล้าให้ยาเพราะกลัวภาวะแทรกซ้อน	11 (32.4)
- เกรงใจหากผู้ป่วยหลับอยู่	7 (20.6)
- ไม่กล้าให้ยาเพราะกลัวว่าผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องพักฟื้นนาน	6 (17.6)
- คิดว่ายังไม่ใช่ปัญหาสำคัญขณะนั้น	5 (14.7)
- ไม่เข้าใจวิธีประเมิน	3 (8.8)
- ไม่เห็นความจำเป็นในการประเมิน	2 (5.9)
3. ระบบงาน	
- บุคลากรไม่เพียงพอ	23 (67.6)
- การประเมินความปวดด้วย NRS, VRS เป็นการเพิ่มภาระงาน	11 (32.4)
- มีภาระงานอย่างอื่นที่ต้องทำ	11 (32.4)
- การประเมินความปวดเข้าใจยาก	11 (32.4)
4. แบบประเมินความปวด	
- เชื่อว่าการกำหนดแบบประเมินความปวดที่ชัดเจนจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น	26 (76.5)
- การให้ยาซ้ำหลายครั้งและต้องประเมินทุกครั้งทำได้ยากในทางปฏิบัติ	11 (32.4)
- คิดว่าการถามอาการปวดมาก-น้อยก็เพียงพอในการพิจารณาให้ยาระงับปวด	11 (32.4)
- การให้คะแนนความปวดทำให้ยุ่งยากในการปฏิบัติ	10 (29.4)

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นต่อการพัฒนางานระดับปวด

	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
- ควรมีแนวทางการประเมินความปวดให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน	33 (97.1)	0	1 (2.9)
- ควรมีแนวทางการให้ยาระดับปวดแก่ผู้ป่วยในห้องพักฟื้นอย่างชัดเจน	34 (100)	0	0
- ควรมีการบันทึกการประเมินระดับความปวดในแบบบันทึกอาการในห้องพักฟื้น	30 (88.2)	2 (5.9)	2 (5.9)
- ควรมีการประสานงานเพื่อเสนอแนวทางในการประเมินและให้การระงับปวดอย่างเหมาะสมที่ต่อเนื่องไปถึงหอผู้ป่วย	33 (97.1)	0	1 (2.9)
- ควรมีการอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานเรื่องการระงับปวดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	34 (100)	0	0
- พร้อมเรียนรู้วิทยาการใหม่ๆ เกี่ยวกับการระงับปวด	34 (100)	0	0

คมสลดตกค้างอยู่ก็อาจมีพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม ส่วนในเรื่องระบบงานเห็นว่าปัจจัยสำคัญคือปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ โดยที่อัตรากำลังตามหลักเกณฑ์ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดไว้ว่า พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นขั้นต่ำเท่ากับ 1 คนต่อผู้ป่วย 2 ราย⁽³⁾ ซึ่งในทางปฏิบัติไม่สามารถจัดอัตรากำลังให้ได้ตามมาตรฐานดังกล่าวได้เนื่องจากมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นในช่วงเวลา 8.00-16.00 น. ในห้องผ่าตัด 3 แห่ง จำนวนเพียง 5-7 คน ขณะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้าสังเกตอาการในห้องพักฟื้นในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นจำนวนถึง 60-70 ราย ซึ่งปัญหาในด้านอัตรากำลังนี้มีการศึกษาพบว่าเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาระงับปวดทั้งที่มีระดับความปวดมาก เพราะบุคลากรต้องไปดูแลผู้ป่วยที่รับเข้ามาใหม่ก่อนทำให้เลยเวลาที่จะประเมิน และให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วย⁽⁴⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจะมีอาการปวดมากที่สุดในช่วง 2 ชั่วโมงแรกที่เริ่มฟื้นจากยาสลบ⁽⁵⁾ แม้ว่าผู้ป่วยจะยังมีอาการง่วงซึมจากฤทธิ์ของยาสลบที่ตกค้างอยู่แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็มีการปวด ดังนั้นก็ควรมีการประเมินความปวดด้วยเช่นกัน⁽⁶⁾ เครื่องมือในการประเมินความปวดจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก การประเมินระดับความปวดด้วย NRS เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย

เร็ว⁽⁷⁻⁹⁾ และเหมาะที่จะใช้กับการประเมินความปวดหลังผ่าตัดระยะแรก⁽⁷⁾ แต่ในทางปฏิบัติแล้วยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถบอกคะแนนความปวดได้ซึ่งอาจเนื่องมาจากยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่หรือไม่เข้าใจวิธีการประเมินดังกล่าว^(10, 11) ดังนั้นการใช้ VRS จึงเป็นทางเลือกที่จะใช้ประเมินความปวดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นแม้ว่าวิธีนี้จะมีข้อจำกัดในด้านมีตัวเลือกน้อยทำให้เลือกได้จำกัด และอาจไม่ตรงกับระดับความปวดขณะนั้นก็ตาม^(9, 12) นอกจากนี้ยังมีการประเมินด้วย behavioral pain rating scale ซึ่งเป็นการประเมินโดยพยาบาลก็สามารถนำมาใช้ร่วมกันได้และพบว่ามีความน่าเชื่อถือเช่นเดียวกัน⁽⁵⁾ โดยการประเมินด้วยวิธีดังกล่าวควรทำการประเมินไปพร้อมกับการตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อที่จะได้รับการรักษาอาการปวดโดยไม่ต้องร้องขอ และผู้ป่วยก็จะไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวดนานเกินไป

สำหรับการให้การระงับปวดนั้น วิสัญญีพยาบาลทุกคนเห็นว่าควรมีแนวทางการให้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้นที่ชัดเจน จากที่มิการศึกษาพบว่าการให้ยาระงับปวดขนาดน้อยตามคะแนนความปวดพบว่ามีผลดีและปลอดภัย⁽¹³⁾ และในแง่ของระดับความรุนแรงของอาการปวดพบที่มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น ASA (American Society of Anesthesiologist: physical status) ระดับ 3 ขึ้นไป การผ่าตัดที่ใช้เวลานานกว่า 2 ชั่วโมง การ

ได้รับยาสลบเมื่อเทียบกับการได้ยาชาเฉพาะที่⁽¹⁴⁾ ข้อมูลเหล่านี้จึงมีส่วนในการวางแผนพัฒนางานระงับปวดต่อไปโดยการกำหนดแนวทางการให้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้นขั้นพื้นฐานด้วยการกำหนดขนาดยาระงับปวดที่ตายตัว^(13,15) ขณะเดียวกันควรมีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของอาการปวดที่เพิ่มขึ้น พร้อมกับการสังเกตผลการระงับปวดและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

สรุป

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่ควรได้รับการดูแลให้มากขึ้น วิสัญญีพยาบาลทุกคนต่างก็ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวและเห็นว่าควรมีการกำหนดแนวทางการประเมินระดับความปวดและการให้การระงับปวดที่ชัดเจนเพื่อจะช่วยให้พัฒนางานวิสัญญีวิทยาให้ครอบคลุมครบวงจรยิ่งขึ้น การพัฒนาดังกล่าวยังคงต้องมีการปฏิบัติอย่างครอบคลุม การประเมินผล รวมถึงการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

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. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section. *Anesthesiology* 1995; 82:1071-81.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาล: แนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งหวังผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพมหานคร: ดิไอซ์, 2541. ANE-3.
4. พิภูม มะลาไสย์, รัตดา กำหม่อม, กษกร พลางิยะ, วิมลรัตน์ เทียนทอง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยในห้องพักฟื้นไม่ได้รับการดูแลเรื่องความปวดตามแนวทางที่กำหนดขึ้น มุมมองจากผู้ให้บริการ. *วิสัญญีสาร* 2549; 32: 82-6.
5. Webb MR, Kennedy MG. Behavioral responses and self-reported pain in postoperative patients. *J Post Anesth Nurs* 1994; 9: 91-5.
6. Schug SA. The acute pain services at Auckland Hospital: Guidelines for pain management modalities. Auckland: Auckland Hospital; 1999. p. 57.
7. White P. Pain measurement. In: Warfield CA, editor. *Principles and practice of pain management*. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 27-41.
8. Puntillo KA, Wilkie DJ. Assessment of pain in the critically ill. Maryland: Aspen Publishers; 1991. p. 45-64.
9. Chapman CR, Syrjala KL. Measurement of pain. In: Loeser JD, editor. *Bonica's management of pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 310-28.
10. ชูชาติ หันตุลา, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ, อัมเี่ยม, สมบูรณ์ เทียนทอง, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง, รัตดา กำหม่อม. การตรวจสอบคุณภาพการบริการระงับปวดในห้องพักฟื้นตามแนวทางการระงับปวดที่ปรับปรุงใหม่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วิสัญญีสาร* 2548; 31: 144-52.
11. ศศิวิมล พงศ์รชยากุล, อักษร สาธิตการณิ, พัชรารักพงษ์, ไกรวาส แจ่มเสม, วิมลรัตน์ กฤษณประกกรกิจ, สมบูรณ์ เทียนทอง. การสอนอย่างมีแบบแผนสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการประเมินความปวดในห้องพักฟื้นได้หรือไม่. *วิสัญญีสาร* 2547; 30: 106-12.
12. Melzack R, Katz J. Pain measurement in person in pain. In: Wall DP, Melzack R, editors. *Textbook of pain*, 4th ed. London: Harcourt; 1999. p. 409-26.
13. วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, วิภาวี มหรรทศนพงษ์, พรศักดิ์ ผลเจริญสมบูรณ์. การใช้มอร์ฟีนในห้องพักฟื้นเพื่อระงับความปวดหลังการผ่าตัด. *วิสัญญีสาร* 2540; 23: 82-6.
14. อุมารณ พงษ์พันธุ์. การศึกษาการได้ยาระงับปวดตามแนวทางการระงับปวดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลลำปาง. *วิสัญญีสาร* 2550; 33: 176-82.
15. Aubrun F, Monsel S, Langeron O, Coriat P, Riou B. Postoperative titration of intravenous morphine. *Eur J Anaesthesiol* 2001; 18: 159-65.