

ประสิทธิผลของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่ สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลหัวหิน

The Effectiveness of an Implementation of Adult Postoperative Pain Order for Postoperative Pain Management in Recovery Room, Hua Hin Hospital

เชิญพร พยอมแย้ม, พ.บ.
กลุ่มงานวิสัญญี
โรงพยาบาลหัวหิน
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Chernporn Payomyam, M.D.
Division of Anesthesiology
Hua Hin Hospital,
Prachuap Khiri Khan

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น ซึ่งการจัดการความปวดถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว กลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลหัวหิน จึงเริ่มกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติการให้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้น เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการประเมินและการจัดการความปวด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลหัวหิน โดยใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ รวมถึงความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

วิธีการศึกษา: เป็นงานวิจัยแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 200 คน ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบไม่รุนแรงส่วนภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในโรงพยาบาลหัวหิน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม แบ่งแบบสุ่มเป็นกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดและกลุ่มที่ไม่ใช้ กลุ่มละ 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความปวดด้วยมาตราวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale: NRS) ที่ 45 นาที และ 1 ชั่วโมงหลังจากเข้ามาในห้องพักฟื้น สถิติที่ใช้ในการวิจัยสำหรับการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลัก คือ ระดับความปวดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณด้วย independent t-test และเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพคือความพึงพอใจด้วย chi-square test

ผลการศึกษา: กลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งระงับปวดมีระดับความปวดที่ 45 และ 60 นาที ในห้องพักฟื้นน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมี NRS \leq 3 ที่ 60 นาที ร้อยละ 77 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งระงับปวดร้อยละ 42 ส่วนกลุ่มไม่ใช้ร้อยละ 35 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้มีระดับความพึงพอใจมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิสัญญีพยาบาล

มีความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 60 ระดับมาก ร้อยละ 40 สำหรับความพึงพอใจในด้านความสะดวกต่อการทำงานอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 40 และระดับมาก ร้อยละ 60

สรุป: ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด มีประสิทธิผลในการลดระดับความปวดได้ดีกว่าการดูแลความปวดตามมาตรฐานเดิม และทำให้ผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในผลการระงับปวด รวมถึงความสะดวกในการใช้งาน

คำสำคัญ: ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ห้องพักฟื้น ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจ

วารสารแพทย์เขต 4-5 2561 ; 37(3) : 262-272.

ABSTRACT

Pain is the predominant adverse effect of the surgical experience for the majority of patients in recovery rooms. It is important to provide adequate pain control to prevent adverse physical and psychological consequences. In order to improve pain management, the adult postoperative pain order has been conducted.

Objective: This study aimed to evaluate the effectiveness and patients satisfaction of an implementation of the adult postoperative pain order compared with standard postoperative pain management. Satisfaction of anesthetists toward using postoperative pain order were evaluated.

Materials & methods: This was a randomized controlled trial. Two hundred patients for elective surgery participated in this study. A hundred patients were randomized to be managed postoperative pain in recovery room under the postoperative pain order. Other patients were managed under standard program. Numerical rating scale at 45 minutes and 1 hour after recovery room admission was assessed and analyzed by Independent t-test. Patients satisfaction was analyzed by chi-square test.

Results: Numerical rating scale of pain was significantly lower at 45 and 60 minutes in the study group. The percentage of patients with numerical rating scale at 60 minutes after recovery room admission ≤ 3 was significantly higher in the group of patients that were managed under the adult postoperative pain order. Satisfaction with pain management of the patients was also significantly higher in this group. 60% of anesthetic nurses were satisfied at highest level and 40% at high level for the effectiveness of the adult postoperative pain order while 40% of them were satisfied at highest level and 60% at high level for the expedience toward using the adult postoperative pain order.

Conclusions: The implementation of the adult postoperative pain order was more effective than standard method in pain management in recovery room and also satisfied the patient's and health professionals' requirement.

Keywords: postoperative pain order, recovery room, effectiveness, satisfaction

Reg 4-5 Med J 2018 ; 37(3) : 262-272.

บทนำ

อาการปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในห้องพักฟื้น¹ โดยพบว่าระดับความปวดแรกรับที่ห้องพักฟื้นส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง^{2, 3} ซึ่งการจัดการความปวดหลังผ่าตัดถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว⁴ ปัจจุบันการดูแลอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลหัวหินเป็นความรับผิดชอบของวิสัญญีพยาบาล ซึ่งหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงาน จึงมีการกำหนดแนวทางการดูแลเรื่องอาการปวดอย่างชัดเจนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาลหัวหิน จึงเริ่มกำหนดเป้าหมายและแนวทางการปฏิบัติการให้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้น เพื่อพัฒนาประสิทธิผลการประเมินและการจัดการความปวดซึ่งดัดแปลงมาจากแนวปฏิบัติของภาคีวิสัญญี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล⁵ โดยการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทำให้ได้รับการดูแลความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยในการดูแลความปวด เกิดผลข้างเคียงจากการรักษาน้อยที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการรักษาและบริการ สำหรับประโยชน์ต่อแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงาน คือ มีความสะดวกในการดูแลความปวดให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น เข้าใจวิธีการประเมินความปวดและประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

งานวิจัยนี้ จึงได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่ สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยประสิทธิผลของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด คือ ความสามารถในการลดระดับความปวดในช่วงเวลา 1 ชั่วโมง เมื่อครบเกณฑ์จำหน่ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด โดยกำหนดให้คะแนนความปวด numerical rating scale; NRS น้อยกว่าหรือ

เท่ากับ 3 คะแนน ถือว่าจัดการความปวดได้เพียงพอ ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย⁶ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งจะได้รับการประเมินพิจารณาเลือกชนิด ขนาดยาแก้ปวด และวิธีบริหารยาในผู้ป่วยแต่ละรายโดยวิสัญญีพยาบาลซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้อยู่ พยาบาลวิสัญญีจะประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยด้วย NRS แรกรับที่ห้องพักฟื้น ถ้ามีคะแนน ≥ 4 จะพิจารณาเลือกชนิด และขนาดยาแก้ปวดที่คิดว่าเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย โดยจะประเมินความปวดซ้ำทุก 15 นาที และให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยแจ้งว่ามีอาการปวดที่ $NRS \geq 4$ โดยที่ sedation score = 0, 1 หายใจ ≥ 10 ครั้ง/นาที ไม่มีความดันโลหิตต่ำ โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด และศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาประเด็นจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHHN0.23 COA No. 006/2560

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ใหญ่ สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล ต่อการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดในการดูแลความปวด

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบ randomized controlled trial กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภายหลังจากได้รับการผ่าตัด

แบบไม่เร่งด่วน ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่เข้ามาอยู่ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลหัวหิน ในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 ถึง เมษายน 2561 ทั้งสิ้น 200 ราย ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลที่สังเกต พบว่าผู้ป่วยหลังจากได้รับการผ่าตัดแล้วอยู่ในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง สามารถส่งกลับหอผู้ป่วยโดยมี NRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ประมาณร้อยละ 80 และคาดว่าหลังจากใช้ใบคำสั่งระงับปวดแล้วผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกได้ร้อยละ 95 ที่ระดับความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (alpha) และ ชนิดที่ 2 (beta) เท่ากับ 0.05 และ 0.2 จะต้องใช้ตัวอย่างต่อกลุ่มเท่ากับ 76 ราย เพื่อสำรองความไม่ครบถ้วนข้อมูลและการคำนวณทางสถิติ จึงใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 100 ราย รวมทั้งหมด 200 ราย โดยสุ่มแบ่งเป็น กลุ่มใช้ คือ กลุ่มที่ได้รับการจัดการความปวดด้วยใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด จำนวน 100 ราย และกลุ่มไม่ใช้ คือ กลุ่มที่ใช้วิธีมาตรฐานเดิม จำนวน 100 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-65 ปี ซึ่งได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน ASA class 1-3 และผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความปวดด้วย NRS ได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช (จากประวัติซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์) ที่ยังควบคุมโรคได้ไม่ดี มีความปวดที่เกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากความปวดหลังผ่าตัด หรือมีประวัติใช้ยาแก้ปวดต่อเนื่องทุกวันเพื่อรักษาอาการปวดเรื้อรัง

ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการวิจัย และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการผ่าตัด เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นตามมาตรฐาน วิทยาลัยพยาบาลประจำห้องพักฟื้นจะเปิดซองจดหมายที่มีกระดาษระบุกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มด้วยคอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยจะได้รับการวัดสัญญาณชีพ คือ ความดันโลหิต และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตามมาตรฐาน และประเมินความปวดแรกเริ่ม ถ้าผู้ป่วยมีระดับความปวดแรกเริ่ม <4

จะคัดออกจากการวิจัย ผู้ป่วยในกลุ่มใช้จะได้รับการจัดการความปวดตามใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ส่วนในกลุ่มไม่ใช้จะได้รับการจัดการความปวดโดยวิทยาลัยพยาบาลตามมาตรฐานเดิม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการประเมินความปวดทุก 15 นาที ถ้าระดับความปวด NRS ยัง ≥ 4 จะได้รับการจัดการความปวดจน NRS ลดลงมาอยู่ที่ระดับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 และได้รับการดูแลอยู่ที่ห้องพักฟื้นจนครบ 1 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการผ่าตัด และการระงับความรู้สึกรวมถึงมีระดับความปวด NRS ≤ 3 ก็จะส่งผู้ป่วยกลับไปยังหอผู้ป่วย ถ้ายังมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีระดับความปวดปานกลางขึ้นไป ก็จะได้รับ การดูแลต่อจนอยู่ในระดับที่สามารถส่งผู้ป่วยกลับไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและวิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้น แบบประเมินความปวดด้วย NRS และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและวิทยาลัยพยาบาลประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 (พึงพอใจระดับต่ำ - มากที่สุด) และแบบบันทึกข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำใบคำสั่งการรักษาไปใช้ สำหรับใบคำสั่งระงับปวดประกอบไปด้วย ชนิดของยาโอปิออยด์ (opioids) ซึ่งเป็นกลุ่มยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพสูง⁵ ขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยประเมินตามระดับความปวดและอายุ วิธีบริหารยา ผลข้างเคียงที่ต้องประเมิน เช่น ระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น รวมถึงยาแก้ปวดชนิดอื่นๆ เช่น ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs)

การวิเคราะห์ผลการวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ independent

t-test (normality) หรือ Mann-Whitney U-test (non-normality) และเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย chi-square test หรือ Fisher's exact test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 200 คน ไม่มีผู้ที่ถูกถอนหรือยุติการเข้าร่วมงานวิจัย ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งระดับปวดกับกลุ่มที่ไม่ใช้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n= 200)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) | | P-value |
|-------------------------------------|---------------------|------------------|---------|
| | กลุ่มไม่ใช้ (n=100) | กลุ่มใช้ (n=100) | |
| เพศ | | | 0.84 |
| ชาย | 26 (13) | 24 (12) | |
| หญิง | 122 (61) | 128 (64) | |
| อายุ | | | 0.53 |
| 20-34 ปี | 41 (20.5) | 43 (21.5) | |
| 35-49 ปี | 36 (18) | 40 (20) | |
| 50-65 ปี | 18 (9) | 22 (11) | |
| ASA | | | 0.20 |
| I | 51 (25.5) | 54 (27) | |
| II | 38 (19) | 39 (19.5) | |
| III | 8(4) | 10 (5) | |
| ประเภทของการผ่าตัด | | | 0.48 |
| ศัลยกรรมระบบประสาท | 1 (0.5) | 0 (0) | |
| ศัลยกรรมทั่วไป | 10 (5) | 11 (5.5) | |
| ศัลยกรรมกระดูก | 33 (16.5) | 37 (18.5) | |
| นรีเวช | 38 (19) | 37 (18.5) | |
| โสต ศอ นาสิก | 18 (9) | 15 (7.5) | |
| ระยะเวลาการผ่าตัด | | | 0.08 |
| <1 ชั่วโมง | 33 (16.5) | 37 (18.5) | |
| 1-2 ชั่วโมง | 34 (17) | 37 (18.5) | |
| 2-3 ชั่วโมง | 23 (11.5) | 24 (12) | |
| >3 ชั่วโมง | 5 (2.5) | 7 (3.5) | |
| ประวัติการรับการผ่าตัดในอดีต | | | 0.52 |
| เคย | 39 (19.5) | 36 (18) | |
| ไม่เคย | 61 (30.5) | 64 (32) | |

ในส่วนของการเปรียบเทียบ numerical rating scale; NRS ของอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นระหว่างกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดกับ

กลุ่มที่ไม่ใช้ พบว่ากลุ่มที่ใช้มีระดับความปวดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ NRS ที่ 45 และ 60 นาที (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของ numerical rating scale; NRS ของระดับความปวดในห้องพักฟื้น ที่เวลาต่างๆ

| numerical rating scale; NRS | Mean \pm S.D. | | P-value |
|-----------------------------|---------------------|------------------|---------|
| | กลุ่มไม่ใช้ (n=100) | กลุ่มใช้ (n=100) | |
| NRS 0 | 9.14 \pm 1.37 | 9.06 \pm 1.43 | 0.609 |
| NRS 15 | 7.24 \pm 2.17 | 6.98 \pm 2.50 | 0.651 |
| NRS 30 | 6.51 \pm 2.00 | 5.91 \pm 2.18 | 0.077 |
| NRS 45 | 5.33 \pm 1.74 | 4.68 \pm 1.85 | 0.002* |
| NRS 60 | 3.77 \pm 1.64 | 3.45 \pm 1.50 | 0.042* |

NRS0=NRS แรกรับที่ห้องพักฟื้น, NRS15=NRS ที่ 15 นาที, NRS30=NRS ที่ 30 นาที, NRS45=NRS ที่ 45 นาที, NRS60=NRS ที่ 60 นาที
*p-value <0.05

สำหรับ NRS \leq 3 ซึ่งเป็นระดับความปวดที่ยอมรับได้ก่อนจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยที่ 60 นาที ในกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งระงับปวดมีร้อยละ 42 ส่วนกลุ่มไม่ใช้

มีร้อยละ 35 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ NRS ที่ 60 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3

| NRS | จำนวน (ร้อยละ) | | P-value |
|--------------|---------------------|------------------|---------|
| | กลุ่มไม่ใช้ (n=100) | กลุ่มใช้ (n=100) | |
| NRS \leq 3 | 70 (35) | 84 (42) | 0.019* |

*p-value <0.05

ขนาดยาโอปิออยด์ (opioids) เฉลี่ยที่ให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งระงับปวดสูงกว่ากลุ่มไม่ใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งมอร์ฟีน (morphine)

(5.63 \pm 2.54 และ 5.59 \pm 2.57) และเฟนทานิล (fentanyl) (80.00 \pm 0.00 และ 51.4 \pm 19.82) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของขนาดยาโอปิออยด์ (opioids) ที่ให้แก่ผู้ป่วย

| ขนาดยาโอปิออยด์ | Mean ± S.D. | | P-value |
|---------------------------|---------------------|------------------|---------|
| | กลุ่มไม่ใช้ (n=100) | กลุ่มใช้ (n=100) | |
| มอร์ฟีน (morphine) (mg) | 5.59 ± 2.57 | 5.63 ± 2.54 | 0.000* |
| เฟนทานิล (fentanyl) (mcg) | 51.4 ± 19.82 | 80.00 ± 0.00 | 0.011* |

*p-value <0.05

ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ใช้ แต่พบอาการคันมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ใกล้เคียงกัน ระหว่างกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งระดับปวดกับกลุ่ม ในกลุ่มที่ใช้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลข้างเคียงจากยาโอปิออยด์ ที่พบในการวิจัย

| ผลข้างเคียงจากยาโอปิออยด์ | จำนวน (ร้อยละ) | | P-value |
|---------------------------|---------------------|------------------|---------|
| | กลุ่มไม่ใช้ (n=100) | กลุ่มใช้ (n=100) | |
| คลื่นไส้ อาเจียน | 4 (2.0) | 5 (2.5) | 0.733 |
| อาการคัน | 0 (0.0) | 4 (2.0) | 0.043* |
| การกดการหายใจ | 0 (0.0) | 0 (0.0) | NA |

*p-value <0.05, NA = not applicable

สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการ ความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยใช้ใบคำสั่งการ ระดับปวดหลังผ่าตัด เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ใบ คำสั่งการระดับปวดหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 23.5 ระดับมาก ร้อยละ 20 และระดับปานกลาง ร้อยละ 6.5 ส่วนใน กลุ่มควบคุมนั้นมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 6.5 ระดับมาก ร้อยละ 24 และระดับปานกลาง ร้อยละ 19.5 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง สองกลุ่ม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

| ระดับความพึงพอใจ | จำนวน (ร้อยละ) | | P-value |
|------------------|---------------------|------------------|---------|
| | กลุ่มไม่ใช้ (n=100) | กลุ่มใช้ (n=100) | |
| มากที่สุด | 13 (6.5) | 47 (23) | 0.03* |
| มาก | 48 (24.0) | 40 (20.0) | 0.043 |
| ปานกลาง | 39 (19.5) | 13 (6.5) | 0.018* |
| น้อย | 0 (0.0) | 0 (0.0) | NA |
| น้อยที่สุด | 0 (0.0) | 0 (0.0) | NA |

*p-value <0.05, NA = not applicable

ในด้านของวิสัญญีพยาบาลซึ่งหมุนเวียนกันมาทำงาน 10 คน เป็นเพศหญิง 9 คน เพศชาย 1 คน พบว่าอายุเฉลี่ย 39 ปี (39 ± 10.10) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านวิสัญญีเฉลี่ย 12 ปี (12 ± 10.84) วิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดที่สามารถลดระดับ

ความปวดที่ 1 ชั่วโมงในห้องพักฟื้น ลงมาที่ $NRS \leq 3$ ได้ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 60) ระดับมาก (ร้อยละ 40) สำหรับความพึงพอใจด้านความสะดวกต่อการทำงานอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 40) และระดับมาก (ร้อยละ 60) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด

| ระดับความพึงพอใจ | จำนวน (ร้อยละ) | |
|------------------|----------------|-----------|
| | ประสิทธิผล | ความสะดวก |
| มากที่สุด | 6 (60.0) | 4 (40.0) |
| มาก | 4 (40.0) | 6 (60.0) |
| ปานกลาง | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| น้อย | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| น้อยที่สุด | 0 (0.0) | 0 (0.0) |

วิจารณ์

จากการทดลองใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ พบว่าค่าเฉลี่ย NRS ของความปวดในห้องพักฟื้นที่ 45 และ 60 นาที น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนผู้ป่วยที่ระดับความปวดลดลงจน $NRS \leq 3$ ที่ 60 นาที ก็มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 42 และร้อยละ 35, $p=0.019$) แสดงว่าใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพในการระงับปวดตามเป้าหมายได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรดูแลความปวดแบบเดิม นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ใบคำสั่งระงับปวด พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ระดับความปวดลดลงจน $NRS \leq 3$ ที่ 60 นาที เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 84) ก็สูงกว่า (ร้อยละ 60.2, ร้อยละ 73.01 และร้อยละ 41.9)^{3,7,8} ซึ่งการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดให้

ผลการรักษาที่ดี เนื่องจากมีแนวทางขั้นตอนการปฏิบัติในการให้ยาแก้ปวดชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้ และมีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะตามเวลาที่เหมาะสม โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอทำให้จัดการความปวดได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมกับระดับความปวด และผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งไว้กับความปวด

ในการศึกษานี้ พบว่าระดับความปวดแรกรับที่ห้องพักฟื้นของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับรุนแรง ($NRS 9.14 \pm 1.37$ ในกลุ่มที่ไม่ใช้และ $NRS 9.06 \pm 1.43$ ในกลุ่มที่ใช้) ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยพึ่งผ่านการเคลื่อนย้ายออกมาจากห้องผ่าตัด ทำให้มีการกระแทกการหดเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้ปวดมากขึ้น รวมถึงหลังจากผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป อาจมีผลของยาสลบเหลืออยู่ทำให้ประเมินค่าระดับความปวดได้ไม่เที่ยงตรงนัก ซึ่งควรให้ผู้ป่วยได้นอนพักในท่าที่สบาย

อย่างน้อย 5 นาที ก่อนประเมินระดับความปวด⁹ รวมถึงให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับความรู้สึกตัวดีจึงจะประเมินด้วย NRS ได้อย่างเที่ยงตรง และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประเมินระดับความปวดด้วย NRS ได้ ก็ต้องใช้การประเมินความปวดวิธีอื่นเข้ามา หรือประเมินโดยใช้หลายวิธีร่วมกันให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การใช้ verbal rating scale ซึ่งจากการศึกษา พบว่าง่ายต่อการประเมินระดับความปวดมากกว่า NRS⁹ รวมถึงสังเกตพฤติกรรม เช่น สีหน้า ท่าทางการนอน เป็นต้น

สำหรับปริมาณยาโอปิออยด์ เฉลี่ยที่ให้กับผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด พบว่ามีการใช้มอร์ฟีน (morphine) และเฟนทานิล (fentanyl) ปริมาณมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากมีการประเมินระดับความปวดหลังจากได้รับยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง และถ้าผู้ป่วยยังมีอาการปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ก็จะทำให้ยาแก้ปวดเพิ่มตามระดับความปวดจนกระทั่งหายปวดหรือปวดระดับน้อย ทำให้มีการใช้ยาแก้ปวดในปริมาณที่เหมาะสมกับระดับความปวดเทียบกับการดูแลความปวดแบบเดิมที่ไม่ได้ประเมินความปวดต่อเนื่องหลังจากให้ยา แต่จะประเมินตามเวลาทุก 15 นาที เท่านั้น โดยที่ทั้งสองกลุ่มไม่พบผลข้างเคียงจากโอปิออยด์ที่รุนแรง เช่น การกดการหายใจ ผลข้างเคียงที่พบ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียนใกล้เคียงกันในสองกลุ่ม แต่พบอาการคันมากกว่าในกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด อาจเกิดจากการใช้โอปิออยด์ มากกว่าในกลุ่มนี้

ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลความปวด ในกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด มีความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้ที่ความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก เนื่องจากการใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ทำให้มีการประเมินระดับความปวดและผลการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะควบคุมความปวดได้ดี โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอและไม่ต้องรอนความปวด

อยู่ในระดับรุนแรงก่อนจึงจะได้รับยาแก้ปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่และไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งไว้กับความปวด สอดคล้องกับค่าเฉลี่ยของระดับความปวดในกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งมีค่าระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้

ในส่วนของวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักรักษา พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในการประเมินผลการระงับปวดของใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{3,7,8} และสอดคล้องผลการระงับปวดซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดน้อยกว่าในกลุ่มที่ใช้ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัด แต่ในด้านความสะดวกในการใช้งานพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) อยู่ในระดับมาก โดยวิสัญญีพยาบาลได้ให้ข้อคิดเห็นในแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการใช้งาน เช่น เมื่อมีผู้ป่วยหลายรายหรือมีภาวะวิกฤติในห้องพักรักษา ทำให้ไม่สะดวกในการประเมินความปวดหลังให้ยาแก้ปวดทุก 5 นาที ในช่วงแรกจนกว่าระดับความปวดจะควบคุมได้ โดยจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ใช้มอร์ฟีนในการระงับปวด (ร้อยละ 37.1) ต้องได้รับยา 2 ครั้ง และในกลุ่มที่ใช้เฟนทานิลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.4) ก็ต้องได้รับยา 2 ครั้ง เช่นกัน จึงจะควบคุมอาการปวดได้ มีเพียงร้อยละ 16.2 ในกลุ่มที่ใช้มอร์ฟีน และร้อยละ 24.1 ในกลุ่มที่ใช้เฟนทานิลที่ควบคุมอาการปวดได้ในการให้ยาเพียงครั้งเดียว รวมถึงการใช้ NRS เพียงอย่างเดียวในการประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยแรกรับ ในผู้ป่วยบางรายที่ระดับการรู้สึกตัวยังไม่ค่อยดีทำได้ค่อนข้างลำบาก และใช้เวลามากกว่าการประเมินด้วย verbal rating scale หรือการสังเกตท่าทางและสีหน้าของผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ใบคำสั่งการระงับปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพในการลดระดับความปวดที่ 45 และ 60 นาทีก่อนจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วย และทำให้ NRS ≤ 3 ได้ดีกว่าการ

ดูแลความปวดตามมาตรฐานเดิม โดยไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น กดการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจในผลการระงับปวด รวมถึงความสะดวกในการใช้งาน แต่ควรมีการปรับปรุงโดยเพิ่มการประเมินความปวดด้วยวิธีอื่นที่สามารถใช้ได้ง่ายกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้คะแนนความปวดด้วย NRS ได้ เช่น เพิ่มการประเมินด้วย verbal rating scale หรือ Wong-Baker Faces Pain Rating Scale เป็นต้น รวมถึงการปรับเพิ่มขนาดยาแก้ปวดที่ให้แก่ผู้ป่วยในครั้งแรก เพื่อให้สามารถควบคุมอาการปวดได้เร็วขึ้น และลดภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความปวดและแนวทางการระงับปวดหลังผ่าตัด ตั้งแต่ช่วงที่เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ทั้งการอธิบายด้วยคำพูดและการใช้สื่อต่างๆ เช่น วิดีทัศน์ หรือแผ่นพับประกอบ ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรสามารถทำให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลได้ถึงช่วงหลังจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปได้ดีกว่า¹⁰

จากความก้าวหน้าในการพัฒนายาแก้ปวดและวิธีการระงับปวดแบบต่างๆ มากขึ้นในปัจจุบัน ควรจะมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สื่อสาร อธิบายผู้ป่วยและญาติ รวมถึงจัดการความปวดตามแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด เพื่อให้การดูแลความปวดมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณขวัญฤดี พระขรรค์ชัย ในการเก็บข้อมูล และคุณสุทธิพล อุดมพันธุ์รัก ในการให้คำปรึกษาด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา พ.ศ. 2552 ฉบับแก้ไข. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส; 2553.
2. เสาวนันทา เลิศพงษ์, นงลักษณ์ สุรศร. การศึกษาผลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2557;29:93-101.
3. ปินอนงค์ รัตนปทุมวงศ์, มาลินี อยู่ใจเย็น. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช 2557;30:86-99.
4. เสาวนิตย์ กมลวิทย์, ปินอนงค์ รัตนปทุมวงศ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง. วารสารกองการพยาบาล 2557;41:23-40.
5. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการระงับปวดเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลศิริราช. คำแนะนำสำหรับการระงับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ: ฮาซันพรีนติ้ง จำกัด; 2552.
6. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2554.
7. นกสร จันเพ็ชร, อัมภพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2552.

8. หร่อกีบ๊ะ บุญไส้ะ, สุมาลี ฉันทวิลาส, มาริสาสวรรณราช. การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2557;1:43-64.
9. ลลิตา อาชานานุภาพ, รุ่งจิตเต็มศิริกุลชัย. การประเมินความปวดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น. Rama Nurs J 2009;15:315-26.
10. McMMain L. Pain management in recovery. J Perioper Pract 2010;20:59-65.