

# การประเมินความปวด : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล

ชื่อนิติ คงศักดิ์ตระกูล\* วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

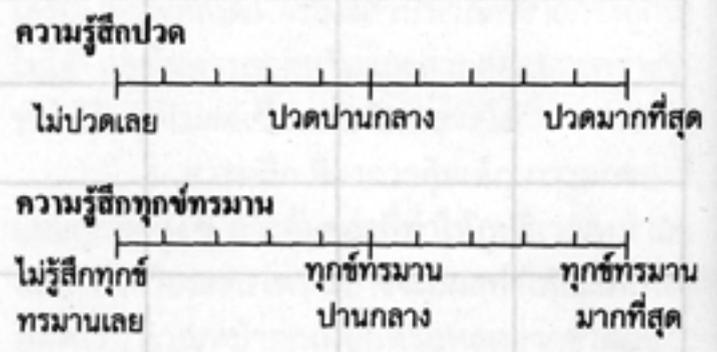
อายุ ..... ปี เพศ .....  
 [ ] 24 ชม. [ ] 48 ชม.

**บทคัดย่อ :** การบรรเทาอาการปวดเป็นบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล แต่การที่จะบรรเทาอาการปวดได้พยาบาลจะต้องประเมินความปวด ในปัจจุบันมีเครื่องมือประเมินอาการปวดหลายชนิด สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับอายุ พัฒนาการและสถานการณ์ของผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้เครื่องมือเหล่านี้ อย่างจริงจังในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือคาดว่าจะปวดทุกราย การประเมินความปวดจึงจะถูกต้องครอบคลุม การใช้เครื่องมือประเมินความปวดจะช่วยปรับปรุงวิธีการบำบัดความปวดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วงประเมินผลการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและทำให้ญาติมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล

**คำสำคัญ :** ความปวด, เครื่องมือประเมินความปวด, การบำบัดความปวด

เวลา	กิจกรรม	ใจ	เวียนศีรษะ	ขาเย็น	หายใจ	เจ็บมาก	ปวดเร็ว	เจ็บอื่นๆ
	ความปวดเป็นอาการทุกข์ทรมานที่พยาบาลทุกคนต้องเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นความทุกข์ทรมานที่ส่วนใหญ่สามารถบำบัดได้ การบรรเทาอาการปวดจึงเป็นบทบาทสำคัญอันหนึ่งที่พยาบาลควรกระทำ แต่ความปวดนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อนมีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง <sup>1</sup> และเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดนั้นเราแน่ใจหรือไม่ว่าเข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยและเรากล้าที่จะพูดอย่างมั่นใจหรือไม่ว่าเราทราบความปวดของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้อง							
	การประเมินความปวดสามารถประเมินจากคำบอกเล่า การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ปวด ซึ่งมีผู้พยายามนำสิ่งเหล่านี้มาสร้างเป็นเครื่องมือประเมิน							

ความปวดหลายชนิด<sup>2-8</sup> ส่วนใหญ่เป็นแบบวัดที่ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง เช่น Visual analogue scale, Face scale, Colour scale, Numeric scale, Verbal rating scale, Johnson's pain scale, Mc Gill-Melzack pain questionnaire เป็นต้น(รูปที่ 1.1.)



รูปที่ 1.1 Johnson's pain sensation and distress scale<sup>2</sup>

\* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



รูปที่ 1.2 Face pain rating scale (เหมาะสำหรับเด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป)<sup>3</sup>

เครื่องมือเหล่านี้สามารถเลือกให้เหมาะสมกับอายุและพัฒนาการของแต่ละวัยแม้กระทั่งในทารกที่ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาได้ ก็สามารถประเมินความปวดโดยการสังเกตแบบแผนพฤติกรรมและการตอบสนองทางร่างกาย แต่ในความเป็นจริงแล้ว เราใช้เครื่องมือวัดความปวดกันน้อยมากและไม่ได้ประเมินความปวดอย่างเป็นระบบ มีรายงานการวิจัยที่พบว่าพยาบาลมีการบันทึกความปวดของผู้ป่วยน้อยมาก นอกจากนี้การตัดสินความปวดของผู้ป่วยและพยาบาลยังไม่สอดคล้องกัน โดยผู้ป่วยประเมินว่าเขาปวดมากกว่าที่พยาบาลประเมิน<sup>10,11,12</sup> และผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 38 กล่าวว่าพยาบาลไม่เคยถามอาการปวดของเขาเลย<sup>9</sup>

ในผู้ป่วยที่มีความปวดกลุ่มต่างๆ เช่นผู้ป่วยหลังผ่าตัด หลังคลอด ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเด็กหลังทำหัตถการต่างๆ เป็นต้น หากไม่มีการประเมินความปวดอย่างเป็นระบบ เขาอาจได้รับการบำบัดความปวดอย่างไม่เพียงพอ ผู้ที่ไม่บอกอาการปวดหรือเด็ก

ทารกมักถูกละเลยไม่ได้รับการเอาใจใส่เรื่องความปวดอย่างจริงจัง ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องทนปวดทรมานทั้งๆ ที่ความปวดนั้นสามารถบำบัดได้

ผู้ป่วยที่ไม่บ่นปวดหรือไม่แสดงท่าทางว่าปวดไม่ได้หมายความว่าเขาไม่ปวด จากคอก<sup>13</sup> พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70 ไม่อยากพูดเรื่องความปวด โดยเฉพาะผู้ชายเพราะเกรงว่าจะถูกตราหน้าจากสังคมว่าไม่อดทนต่อความเจ็บปวด และจากกรณีศึกษาที่พบจริงในหอผู้ป่วย มีผู้ป่วยเด็กหญิงวัยร่นรายหนึ่ง เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการตัดม้าม แพทย์รักษาโดยการฉีดสารพิเศษเข้าม้าม (Spleenic embolization) ให้ม้ามบางส่วนฝ่อ เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดม้ามซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนมาก ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเป็นมอร์ฟีนทุก 12 ชั่วโมง ทางไซสตันหลังโดยคาสาย (Catheter) สำหรับฉีดยาไวด์ลอด (Morphine epidural blocking) ทางหอผู้ป่วยทดลองใช้เครื่องมือประเมินความปวดโดยใช้ Verbal Rating scale ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0, 1, 2, 3, 4 (0 = ไม่มีความปวด, 4 = ปวดมากที่สุด) ผู้ป่วยจะประเมินความปวดด้วยตนเองทุกชั่วโมงขณะตื่น ความจริงที่น่าประหลาดใจคือ หลังทำหัตถการนี้ 3 วันแรก ไม่มีช่วงเวลาใดที่ผู้ป่วยจะให้คะแนน 0 เลย นั่นคือผู้ป่วยมีความปวดอยู่ตลอดเวลาทั้งๆ ที่ขณะนั้นผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่มีหน้าบึ้งตัวขมวด ไม่บ่นว่าปวด และฤทธิ์ของยาแก้ปวดก็อยู่ไม่ถึง 12 ชั่วโมงตามที่คาดหวัง การใช้เครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยรายนี้จึงมีประโยชน์มาก เพราะทำให้พยาบาลประเมินความปวดได้อย่างถูกต้องมองเห็นความรุนแรง และแนวโน้มของอาการปวด ผู้ป่วยจึงได้รับการปรับยาแก้ปวดอย่างเพียงพอและเหมาะสม

การบำบัดความปวดสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ วิธีการใช้ยา ซึ่งจะต้องจัดขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และถ้าเป็นการรักษาอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ต้องให้ยามือต่อไปก่อนที่ยามือแรกจะหมดฤทธิ์ การที่รอให้ผู้ป่วยมีอาการปวด

มากจึงให้ยา จะทำให้ไม่หายปวด<sup>14</sup> ส่วนวิธีการไม่  
ใช้ยา<sup>15,16</sup> ก็ทำได้หลายวิธี เช่น การจัดทำ การดูแล  
ความสบาย การนวด การใช้ความร้อน ความเย็น  
การผ่อนคลาย (Relaxation) การเบี่ยงเบนความ  
สนใจ การสะกดจิต การลดสิ่งกระตุ้น การให้  
ความเอาใจใส่ เป็นต้น

ปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการบำบัด  
ความปวดด้วยวิธีการต่างๆ ได้ก้าวหน้าไปอย่าง  
รวดเร็ว แต่ความรู้เหล่านี้จะไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย  
ที่อยู่ในความดูแลของพยาบาล ถ้าพยาบาลไม่ได้  
ประเมินว่าผู้ป่วยปวดหรือไม่ ปวดมากน้อยเพียงใด  
มีแนวโน้มของอาการปวดอย่างไร วิธีการที่บำบัด  
ไปสามารถลดอาการปวดได้มากน้อยแค่ไหน และ  
ควบคุมอาการปวดได้นานเท่าไร

การใช้เครื่องมือวัดความปวด ซึ่งได้ผ่านการ  
ตรวจสอบประสิทธิภาพว่ามีความเที่ยงและความ  
ตรงเป็นที่ยอมรับแล้ว จะช่วยให้พยาบาลประเมิน  
อาการปวดของผู้ป่วยได้ครอบคลุม เป็นระบบ ระเบียบ  
ทำให้ทราบถึงความปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย สามารถ  
วางแผนการพยาบาลเพื่อลดความปวดของผู้ป่วย  
อย่างเพียงพอและเหมาะสม มีผลการวิจัยสนับสนุน  
ว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและบันทึกอาการ  
ปวดอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการ  
ควบคุมอาการปวด<sup>12,17</sup> และ การใช้เครื่องมือนี้ยังช่วย  
ประเมินผลการพยาบาลอีกด้วย นอกจากนี้การใช้  
เครื่องมือประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยประเมินเอง  
ในผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือเด็กโตที่รู้สึกตัวดี ยังเป็นการส่งเสริม  
ให้เขาได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เกิดความรู้สึก  
ว่าได้มีส่วนร่วมในแผนการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิด  
ความภาคภูมิใจและมีศักดิ์ศรีถึงแม้ว่าจะอยู่ในภาวะ  
เจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาล สำหรับใน  
เด็กเล็ก ทำให้พยาบาลตระหนักถึงความปวดที่เขา  
ได้รับและช่วยจัดการกับความปวด เด็กจึงไม่ต้อง  
กบฏ

ทนปวด ไม่ต้องทุกข์ทรมาน ซึ่งหากไม่ได้รับการ  
แก้ไข ความรู้สึกปวดและทุกข์ทรมานนี้อาจฝังลึกอยู่ใน  
จิตใต้สำนึก ก่อให้เกิดพัฒนาการในทางไม่เหมาะสม  
ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมกับประเทศชาติใน  
อนาคตได้ และการมีพยาบาลมาประเมินความปวด  
ของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ยังทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล  
รู้สึกอบอุ่นใจและมั่นใจว่าได้รับการเอาใจใส่จาก  
พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

จึงถึงเวลาแล้วที่พยาบาลทุกคนจะนำเครื่องมือ  
ประเมินความปวดมาใช้กับผู้ป่วยที่ปวดอย่างจริงจัง  
และเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยการเลือกเครื่องมือที่  
เหมาะสม นำมาบันทึกและแสดงไว้ในที่ที่บุคลากร  
ทางแพทย์จะมองเห็นชัดเจน เช่น อาจใส่ไว้ในแฟ้ม  
ผู้ป่วยหลังใบบันทึกสัญญาณชีพ อาจใส่ไว้ในแผ่น  
ปลายเตียงควบคู่กับใบบันทึกสวนน้ำเข้า-ออก เหมือนๆ  
กับใบประเมินสัญญาณชีพ หรือใบประเมิน Neurological  
signs ในผู้ป่วยที่มีอาการทางสมองทุกราย และเราคง  
จะได้เปลี่ยนแปลงการเขียนบันทึกทางการพยาบาล  
(Nurses' note) เกี่ยวกับความปวด เช่น "ผู้ป่วย  
ปวดพอทน" "ผู้ป่วยบ่นปวดเล็กน้อย" เป็น "ผู้ป่วย  
ปวดระดับ..." แทน

เครื่องมือประเมินความปวดอาจไม่ใช่สิ่งใหม่  
สำหรับพยาบาล แต่เป็นสิ่งที่พยาบาลมองข้าม ทั้ง  
ที่มีประโยชน์มากมาย พยาบาลจึงควรรู้จักและนำ  
มาใช้อย่างจริงจัง โดยเลือกให้เหมาะสมกับอายุ  
พัฒนาการและสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย  
ตลอดจนเผยแพร่แนวคิดนี้ และทำการวิจัยในแง่  
มุมมองต่างๆ ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น การประเมิน  
ความปวดในเด็กทารกซึ่งวัดได้ยากและมักถูกลืมน  
เลือน เป็นต้น การลดความปวดจึงจะมีประสิทธิภาพ  
และประสิทธิผลอย่างแท้จริง

\* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## เอกสารอ้างอิง

1. พงศ์ภารดี เจาทะเกษตวิน, สุพัตรา แสงรุจิ, บรรจง คำหอมกุล. (ผู้แปล)การบรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็ง. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2534 : 5.
2. Johnson m. Assessment of clinical pain. In Jacox Ak. e d .Pain : Source book for nurse and other health professionals. Boston : Little brownand company, 1977 : 153.
3. Whaley LF, Wong DL.Whaley & Wong's : Nursing care of infants and children.2nd ed. St. Louis : Mosby-Year book,Inc, 1995.
4. Bonica JJ. editors. The management of pain. Voll. 2 nd ed. Philadelphia : Lea & Febiger, 1990:581-608.
5. Gardner SL. Pain and pain relief in the neonate. MCN 1994 ; 19: 85-90.
6. Van Cleve LJ, Savedra MC. Pain location : validity and reliability of body outline marking by 4to 7-year-old children who are hospitalized.Pediatric nurs 1993; 19(3):217-220.
7. Robertson J. Pediatric pain assessment validation of a multidimensional tool.Pediatric nurs 1993;19(3) : 209-213.
8. Wong DL, Baker CM. Pain in children : comparison of assessment scales. Pediatric nurs 1988, 14(1) : 9-17.
9. Paice JA, Mahon S, Faut M. Factor associated with adequate pain control in hospitalized post-surgical patients diagnosed with cancer (Abstract). Oncol nurs Forum 1990; 17 - 49.
10. Teske K, Daut RL, Cleeland CS. Relationships between nurses, observation and patients, self-reports of pain.Pain1983; 16:289-296.
11. Seer CJ. Perceptions of pain. Nursing time 1987; 83:37-38.
12. Grossman SA, Sheidler VR, Swedeen K, Mucenski J, Paintadosi S. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain.J pain symptom manage 1991; 6(2):53-57.
13. สมพร ชินโนรส. แนวคิดและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความปวด : ปัญหาและอุปสรรค. การประชุมวิชาการเรื่อง ความปวด : ทฤษฎีและการดูแลช่วยเหลือ ครั้งที่ 2. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2537: 64.
14. วรณวิมล แสงโชติ. เกสัชวิทยาที่นำใช้ในการใช้ยาระงับความเจ็บปวด. การประชุมวิชาการเรื่อง ความปวด: ทฤษฎีและการดูแลช่วยเหลือ ครั้งที่ 2. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2537: 27.
15. Wall PD, Melzack R, editors. Textbook of pain. 3 rd ed. Edinburgh : Churchill Liringsstone, 1994; 1055-1276.
16. Forth W, Martin E, Peter K. The relief of pain. Institute Menschund Asbeit, Robert Pfuetzner Gmb H, Munich 1986; 88-91.
17. Faries JE, Mills DS, Goldsmith KW, Phillips KD, Orr J. Systemic pain records and thier impact on pain control. Cancer Nurs 1991; 14(6):306-313.

