

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด
2. การจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด
3. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด
4. การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด
5. โปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในการจัดการความปวด

เฉียบพลันในทารกแรกเกิด

ความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้ในทารกแรกเกิดที่ได้รับการทำหัตถการเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายขึ้น ความปวดในทารกแรกเกิดเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและเข้าใจได้ยาก เนื่องจากทารกแรกเกิดยังไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาได้ ทำให้ไม่สามารถอธิบายถึงความปวดที่เกิดขึ้นได้ การแบ่งชนิดความปวดสามารถแบ่งได้หลายชนิดตามคุณสมบัติความปวด เช่น แบ่งตามระยะเวลาที่ปวด ความรุนแรงที่ปวด ตำแหน่งที่ปวด และลักษณะความปวด (คารุณี จงอุดมการณ์, 2546) ในที่นี้จะแบ่งชนิดความปวดตามระยะเวลาที่ปวด ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด (Matassarin-Jocops, 1997) ดังนี้

1. ความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นระยะเวลาสั้นอาจเป็นนาທີหรือเป็นเดือน แต่ไม่เกิน 3-6 เดือน เกิดขึ้นเฉพาะที่ เป็นการตอบสนองทั่วไปและทันทีทันใดต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือเป็นปฏิกิริยาความต้านทานของบริเวณนั้นต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด

การบาดเจ็บ เช่น ความปวดจากการโดนของแหลมคม ความปวดหลังการผ่าตัด หรือความปวดที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพในร่างกาย เช่น อาการปวดท้อง เป็นต้น ความปวดชนิดนี้หายไปได้เองเมื่อแผลหรือตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บหายเป็นปกติ หรือสามารถควบคุมได้โดยการให้ยาและไม่ให้ยา บรรเทาความปวด ความปวดเฉียบพลันที่พบในทารกแรกเกิด ได้แก่ หัตถการเพื่อการตรวจรักษา และการวินิจฉัย เช่น การเจาะเลือดจากส้นเท้าหรือจากหลอดเลือดดำ การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การดูดเสมหะ และการเจาะหลัง เป็นต้น

2. ความปวดชนิดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่ควบคุมได้ยาก เกิดขึ้นในระยะเวลายาวนานมากกว่า 6 เดือน เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ เป็นๆ หายๆ ประเมินความรุนแรงที่แน่นอนได้ยาก มักเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น ความปวดชนิดนี้มักพบในทารกที่อยู่ภาวะวิกฤติ และได้รับบาดเจ็บซ้ำๆ จากการทำหัตถการ

ความปวดเฉียบพลัน พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกแรกเกิดเหล่านี้ต้องได้รับการทำหัตถการเพื่อการรักษาและการตรวจวินิจฉัยที่ก่อให้เกิดความปวด

การรับรู้ความปวดในทารกแรกเกิด

ความปวดเกิดจากการมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความปวด มีตัวรับการกระตุ้นที่จะเปลี่ยนการกระตุ้นนั้นเป็นสัญญาณประสาทแล้วส่งไปตามวิถีประสาทเข้าสมอง เพื่อการแปลความหมายการกระตุ้นนั้นเป็นสัญญาณประสาทนั้นว่าความปวดชนิดใดและมากน้อยเพียงไร (วรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2546) ก่อน ค.ศ. 1970 เชื่อว่าทารกแรกเกิดไม่สามารถรับรู้ความปวดและไม่สามารถจดจำประสบการณ์จากความปวดที่เกิดขึ้นได้ (Merskey; Harris as cited in Rita, Mary & Sandra, 1998) แต่จากผลการวิจัยในปัจจุบันยืนยันว่าทารกแรกเกิดรวมถึงทารกเกิดก่อนกำหนดมี กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบประสาทที่สามารถรับรู้ความปวดได้ตั้งแต่ 20-24 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ เนื่องจากมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ของปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด ได้แก่ ไขสันหลัง เปลือกสมอง และซาลามัส แต่มีการนำสัญญาณประสาทช้ากว่าผู้ใหญ่ เพราะทารกแรกเกิดมีไขประสาทที่มีไมอีลินหุ้มยังไม่สมบูรณ์ (Rita et al., 1998) ทารกแรกเกิดจะมีการพัฒนาระบบประสาทต่างๆ เพื่อการสื่อสารความรู้สึกปวดดังนี้

1. ตัวรับความรู้สึกปวด (Pain receptor หรือ nociceptor)

ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดของทารกแรกเกิดจะเริ่มในสัปดาห์ที่ 7 ของการตั้งครรภ์ ตัวรับความรู้สึกปวดจะอยู่บริเวณปลายประสาท ซึ่งมีมากบริเวณผิวหนังของทารกแรกเกิด

โดยเริ่มต้นบริเวณรอบ ๆ ปากก่อน แล้วแผ่ขยายไปยังบริเวณใบหน้า ฝ่ามือ และบริเวณเท้าในสัปดาห์ที่ 11 ของการตั้งครรภ์ ตัวรับความรู้สึกปวดจะกระจายไปตามลำตัว และส่วนต้นของแขนขา ในสัปดาห์ที่ 15 ของการตั้งครรภ์ จากนั้นแผ่นปกคลุมผิวหนังทั้งหมดรวมทั้งผิวเยื่อเมือกในสัปดาห์ที่ 20 ของการตั้งครรภ์ ในการแผ่ขยายของตัวรับความรู้สึกที่ผิวหนังเกิดขึ้นอยู่ก่อนแล้ว โดยการพัฒนาการเชื่อมต่อระหว่างใยประสาทรับความรู้สึกและเส้นใยประสาทคอรีซอล ฮอร์น (dorsal horn) ของไขสันหลัง ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกระหว่างสัปดาห์ที่ 6 ของการตั้งครรภ์ ส่วนการพัฒนาเซลล์ชนิดต่างๆ ในคอรีซอล ฮอร์นพบว่า เริ่มก่อนสัปดาห์ที่ 13-14 ของการตั้งครรภ์ และสมบูรณ์ในสัปดาห์ที่ 30 ของการตั้งครรภ์

2. ใยประสาทนำความรู้สึกปวด

ทารกแรกเกิดมีใยระบบประสาทที่มีไมอีลินหุ้มไม่สมบูรณ์ ทำให้อัตราความเร็วในการนำสัญญาณประสาทของเส้นใยประสาทล่าช้า โดยทารกแรกเกิดจะมีระยะห่างระหว่างเซลล์ประสาท และระยะระหว่างกล้ามเนื้อประสาทและเซลล์ประสาทสั้น ทำให้สัญญาณประสาทถูกส่งผ่านได้เร็วขึ้น การนำสัญญาณประสาทจึงเกิดขึ้นอย่างครบถ้วน ทารกแรกเกิดมีการพัฒนาสร้างปลอกไมอีลินหุ้มใยประสาทที่รับความรู้สึกปวดภายในไขสันหลัง และระบบประสาทส่วนกลาง ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ โดยสร้างไมอีลินหุ้มใยประสาทระหว่างก้านสมองกับสมองส่วนกลางมาอย่างต่อเนื่องเมื่อทารกแรกเกิดมีอายุ 30 สัปดาห์ ขณะอยู่ในครรภ์มารดา อีกทั้งมีการสร้างปลอกไมอีลินหุ้มใยประสาททาลามิคอร์ติคัล (thalamocortical) ภายในแคปซูลและโคโรนาเรดิเอต้า (corona radiata) อย่างสมบูรณ์เมื่อ 37 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์

3. การรับรู้ความรู้สึกปวดของสมอง

การพัฒนาสมองส่วนคอร์เทกซ์ของทารกจะเริ่มต้นเมื่อสัปดาห์ที่ 8 ของการตั้งครรภ์ และเมื่อสัปดาห์ที่ 20 ของการตั้งครรภ์ จะมีพัฒนาการที่สมบูรณ์เต็มที่ และมีการเชื่อมประสานสำหรับเซลล์ประสาทที่เข้าสู่ทาลามิคอร์ติคัล (thalamocortical) ตลอดจนมีการเชื่อมโยงภายในสมองส่วนคอร์เทกซ์ โดยส่วนใหญ่ใยประสาทรับความรู้สึกที่เข้าสู่ไธลัมคอร์เทกซ์ จะมีการเชื่อมประสานกับใยประสาทในสมองส่วนกลางมาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 24 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งถือว่าเป็นช่วงอายุครรภ์ที่ทารกแรกเกิดสามารถรับรู้ความปวดได้

4. สารเคมีที่ช่วยในการสื่อสัญญาณความปวด

สารพี (substance p) มีบทบาทในการสื่อสัญญาณความปวดและควบคุมกระแสประสาทความปวด ซึ่งสารพีนี้พบในปมประสาทสันหลัง และคอรีซอล ฮอร์น ของไขสันหลังของทารกแรกเกิดในสัปดาห์ที่ 12-16 ของการตั้งครรภ์ อีกทั้งยังพบสารนี้ในสมองส่วนไฮโปทาลามัส

ธาลามัส และซีรีบัลคอร์เท็กซ์ ของทารกแรกเกิดที่อยู่ในครรภ์มารดาตั้งแต่ระยะสัปดาห์ที่ 7 ของการตั้งครรภ์

ทารกแรกเกิดสามารถรับรู้ความปวดได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ 20 สัปดาห์ และการรับรู้นี้สมบูรณ์เมื่ออยู่ในครรภ์ 24 สัปดาห์ ดังนั้นทารกแรกเกิดจึงมีการแสดงความรู้สึกปวดได้ แต่เนื่องจากทารกแรกเกิดไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาได้ ทำให้เมื่อได้รับความปวดทารกแรกเกิดจะมีการตอบสนองต่อความปวดโดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและด้านพฤติกรรม

การตอบสนองต่อความปวด

เมื่อทารกแรกเกิดได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด สัญญาณความปวดจะถูกส่งไปตามใยประสาทรับรู้ความรู้สึก ส่งต่อไปยังไขสันหลังและไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ทารกแรกเกิดมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา จากนั้นสัญญาณความปวดจะถูกส่งต่อไปยังระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ทำให้ทารกแรกเกิดมีการตอบสนองในลักษณะของพฤติกรรมต่างๆ (คารูณี จงอุดมการณ์, 2546) ทารกแรกเกิดจะมีการแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดที่ได้รับโดยมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การตอบสนองด้านสรีรวิทยา

ความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ มีปฏิกิริยาการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก ซึ่งจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร (คารูณี จงอุดมการณ์, 2546) ทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวดจะมีการตอบสนองด้านสรีรวิทยา โดยมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การลดลงของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ผิวหนัง (Chessman et al., 2003; Kenner et al., 1998; Stevens, Johnston & Grunau, 1995) การเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกะโหลกศีรษะ การเปลี่ยนแปลงของระดับกลูโคสในเลือด และภาวะหยุดหายใจ (Chessman et al., 2003) ดังเช่นการศึกษาของ สตีเวนส์ และ จอห์นสตัน (Stevens & Johnston, 1994) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการเจาะส้นเท้าจะมีการตอบสนองด้านสรีรวิทยาโดยมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจและมีการลดลงของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ผิวหนังเช่นเดียวกับที่ เดล (Dale, 1986) พบว่า ทารกแรกเกิดที่ได้รับการฉีดวัคซีนจะมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ

2. การตอบสนองด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านพฤติกรรมของทารกแรกเกิดเป็นการสื่อสารที่ให้ความหมายตรงมากที่สุดและสามารถสังเกตได้ง่าย เมื่อทารกแรกเกิดได้รับความปวดชนิดเฉียบพลันทารกแรกเกิดจะมีการแสดงออกด้านพฤติกรรม โดยการร้องไห้ การแสดงออกถึงความปวดของใบหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกาย (Chessman et al., 2003; Dijk et al., 2004; Leventhal & Everhart as cited in Dale, 1986; Stevens et al., 1995) และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการหลับตื่น (Chessman et al., 2003) ดังการศึกษาของ อีแวน, โวเจลพอล, บอร์กินนอน, และ มอร์คัท (Evan, Vogelpohl, Bourguignon, & Morcott, 1997) พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยที่ได้รับการดูแลเหมาะสม จะเลือก ทำแผลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และใส่ท่อหลอดลมคอ จะมีการตอบสนองต่อความปวดโดยทำหน้าเหยเก ร้องไห้ และมีการงอของขา และการศึกษาของ กรูนาว์ และ เกรก (Grunau & Graig, 1987) พบว่า ทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะส้นเท้าจะมีการตอบสนองต่อความปวดโดยหลับตาแน่น คิ้วขม มีรอยย่นบริเวณจมูกและริมฝีปาก เกร็งลิ้น และเปิดปาก จากนั้นจะร้องไห้ และยังพบว่าเมื่อเจาะส้นเท้าขณะที่ทารกแรกเกิดตื่น ทารกแรกเกิดจะมีการร้องไห้ทันที แต่ถ้าเจาะส้นเท้าขณะที่ทารกแรกเกิดหลับจะมีเพียงการแสดงออกถึงความปวดของใบหน้าเท่านั้น

ทารกแรกเกิดไม่สามารถบอกถึงความปวดที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เมื่อได้รับการทำหัตถการเพื่อการตรวจรักษาและการวินิจฉัยที่ก่อให้เกิดความปวดเฉียบพลัน ทารกแรกเกิดจะมีการสื่อถึงความปวดโดยการตอบสนอง 2 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา และด้านพฤติกรรม หากทารกแรกเกิดไม่ได้รับการประเมินและการจัดการที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดผลกระทบแก่ทารกแรกเกิดตามมาได้

ผลกระทบของความปวด

ความปวดที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญและการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนี้

1. ผลกระทบระยะสั้น

ความปวดมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาในระบบที่สำคัญของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนี้ (Anand, Phil & Hickey, 1987; Kenner et al., 1998)

1.1 ระบบหายใจ ปริมาตรและความจุของปอดลดลง ทำให้ทารกแรกเกิดมีการหายใจไม่สม่ำเสมอ

1.2 ระบบหัวใจ หัวใจทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น ค่าความอึดตัวของออกซิเจนที่ผิวหนังลดลง ร่างกายจึงมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ทารกแรกเกิดอาจมีภาวะเลือดขาดออกซิเจนและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

2. ผลกระทบระยะยาว

ผลกระทบของความปวดต่อทารกแรกเกิดในระยะยาวมี 2 ลักษณะ คือ ผลกระทบด้านร่างกาย และผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ ดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ความปวดมีผลกระทบระยะยาวต่อร่างกาย โดยจะมีผลเสียต่อพัฒนาการด้านสมองอาจทำให้ระบบประสาทส่วนกลางมีความผิดปกติอย่างถาวร มีพัฒนาการล่าช้า โดยเฉพาะการเคลื่อนไหว สมองพิการ (Blackburn, 1998) จากการศึกษาของ คีอบบิง และ สมาร์ท (Dobbing & Smart as cited in Kenner et al., 1998) พบว่า ทารกแรกเกิดที่ได้รับการกระตุ้นในระยะที่สมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ซึ่งมี 3 ระยะ ได้แก่ ทารกแรกเกิดในครรภ์ระหว่าง 10-18 สัปดาห์, 30 สัปดาห์ และอายุ 3 เดือนหลังเกิด จะส่งผลให้สมองของทารกแรกเกิดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ

ทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวดบ่อย ๆ นอกจากจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติอย่างถาวรของสมองแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ จะทำให้ทารกแรกเกิดเติบโตขึ้นมีโอกาสเป็นเด็กที่ปรับตัวยาก ไม่มีความยืดหยุ่น ย่ำคิดย่ำทำ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Blackburn, 1998) จากการศึกษาพบว่าทำให้รับรู้สิ่งที่ซับซ้อนได้น้อยลง มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นหรือปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดาและผู้ให้การดูแลลดลง ทารกแรกเกิดบางคนฝังใจกับความปวดกลายเป็นเด็กที่ชอบทำร้ายตนเอง (Franck, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่าทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวดจากการทำหัตถการเพื่อการรักษาและได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จะมีความผิดปกติในการปรับตัวเข้ากับสังคมและกลายเป็นเด็กดื้อ (Als as cited in Kenner et al., 1998)

ความปวดก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกแรกเกิดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ที่สำคัญคือทำให้เกิดความผิดปกติอย่างถาวรของสมอง และยังมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพตามมาด้วย เพื่อเป็นการลดผลกระทบดังกล่าว การจัดการกับความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดจึงมีความสำคัญอย่างมาก

การจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

การจัดการกับความปวดช่วยลดความรุนแรง และลดระยะเวลาที่ทารกแรกเกิดได้รับความปวด เป็นการเพิ่มความสามารถในการเผชิญความปวด ตลอดจนช่วยให้ทารกแรกเกิดฟื้นคืนจากความปวดโดยเร็วที่สุด (Walden & Franck, 2003) พยาบาลมีบทบาทเป็นตัวแทนของบิดามารดาในการดูแลและให้การพยาบาลแก่ทารกแรกเกิดเมื่อได้รับความปวด การจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นจึงควรปฏิบัติให้เหมาะสม เพื่อป้องกันผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิด มีดังนี้

การประเมินความปวด

การประเมินความปวด เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะความปวด ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยที่มีผลต่อความปวดที่เกิดขึ้น การประเมินผลกระทบที่เกิดจากความปวดนั้น ๆ และประเมินผลของการบรรเทาความปวด (คารุณี จงอุดมการณ์, 2546) การประเมินความปวดด้วยวิธีการรายงานด้วยตนเองเป็นวิธีทั่วไปที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของความปวด แต่เนื่องจากทารกแรกเกิดไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษา จึงไม่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเองได้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยการรับรู้ถึงความปวดของผู้ให้การดูแล (Hudson-Barr et al., 2002) การประเมินความปวดที่เหมาะสมกับทารกแรกเกิดมี 2 วิธี คือ การสังเกตจากพฤติกรรมขณะปวด และการตอบสนองทางสรีรวิทยา (Birmingham อ้างใน คารุณี จงอุดมการณ์, 2546)

1. การประเมินความปวดจากพฤติกรรมขณะปวด

พฤติกรรมเป็นดัชนีที่บ่งบอกความปวดของทารกแรกเกิด เนื่องจากทารกแรกเกิดไม่สามารถสื่อสารถึงความปวดที่เกิดขึ้นได้ พฤติกรรมขณะปวดจึงใช้เป็นวิธีการประเมินความปวดแทนการรายงานด้วยตนเอง โดยสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวดของใบหน้า เช่น การขมขี้ หลับตาแน่น รอยย่นของจมูกและริมฝีปาก การอ้าปาก เป็นต้น (Walden & Franck, 2003) การประเมินวิธีนี้ในทางปฏิบัติมีข้อจำกัดในบางสถานการณ์ เช่น กรณีที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองต้องได้รับการส่องไฟเพื่อรักษา ซึ่งทารกแรกเกิดต้องได้รับการปิดตาทำให้ยากต่อการประเมินได้ การประเมินการแสดงออกถึงความปวดของใบหน้าส่วนใหญ่ใช้วิธีทัศน์ในการบันทึกภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ เนื่องจากการแสดงออกถึงความปวดของใบหน้ามีการเปลี่ยนแปลงเร็วจนสังเกตไม่ทัน (Dijk et al., 2004) นอกจากนี้ยังสามารถประเมินความปวดของ

ทารกแรกเกิดได้จากพฤติกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เนื่องจากเมื่อทารกแรกเกิดปวดจะมีการเคลื่อนไหวของร่างกายและแขนขา เช่น กำหมัด เหยียดนิ้วเท้า งอแขนและขา บิดตัวไปมา เป็นต้น (Kenner et al., 1998) การประเมินวิธีนี้มีข้อจำกัดที่ภาพที่เห็น หากทารกแรกเกิดไม่มีการขยับร่างกายและแขนขา ไม่ได้แปลว่าทารกแรกเกิดไม่มีความปวด แต่อาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยจนทำให้ทารกแรกเกิดไม่สามารถแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดได้ นอกจากนี้พฤติกรรมการร้องไห้ของทารกแรกเกิด เป็นสิ่งที่ใช้ประเมินความปวดได้เช่นกัน แต่การประเมินวิธีนี้ไม่สามารถประเมินได้ในทารกแรกเกิดที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Dijk et al., 2004)

2. การประเมินความปวดจากการตอบสนองทางสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยามีความสัมพันธ์กับความปวด (Coffman; Hester; Tyler อ้างใน คารุณี จงอุดมการณ์, 2546) ดังนั้นจึงสามารถเป็นดัชนีชี้ถึงความปวดได้ ความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ทารกแรกเกิดมีการตอบสนองทางสรีรวิทยา โดยจะกระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้สามารถสังเกตและวัดได้ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต การลดลงของค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ผิวหนัง รูปแบบการหายใจไม่สม่ำเสมอ และระบบการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มมากขึ้น (Kenner et al., 1998) นอกจากนี้มีผลให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกะโหลกศีรษะ การเปลี่ยนแปลงของระดับกลูโคสในเลือด และภาวะหยุดหายใจ (Chessman et al., 2003) แต่การประเมินวิธีนี้มีข้อจำกัด คือ จะมีข้อผิดพลาดได้ในกรณีที่ทารกแรกเกิดมีภาวะเจ็บป่วย ทำให้การตอบสนองที่เฉพาะเจาะจงในความปวดลดลง (Dijk et al., 2004)

การประเมินความปวดในทารกแรกเกิดสามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมขณะปวดและการตอบสนองด้านสรีรวิทยา ในการประเมินความปวดนั้นจำเป็นต้องอาศัยการประเมินทั้ง 2 วิธีร่วมกัน การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้นนอกจากการประเมินความปวดด้วยวิธีดังกล่าวแล้วยังต้องมีการบรรเทาความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดด้วย

การบรรเทาความปวด

การบรรเทาความปวดเป็นการป้องกันและลดความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดทำได้ 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาและการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

(Henry, Haubold, & Dobrzykowski, 2004; Stevens & Franck, 1995; Walden & Franck, 2003)

1. การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา

การให้ยาแก้ทารกแรกเกิดที่มีความปวดมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมและบรรเทาความปวดให้แก่อทารกแรกเกิด การให้ยาต้องมีความระมัดระวังเนื่องจากทารกแรกเกิดมีการพัฒนาของอวัยวะยังไม่สมบูรณ์ จึงมีปัญหาในเรื่องของการดูดซึม และการขับยาออกจากร่างกาย การให้ยาจึงต้องทราบระยะเวลาในการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ให้ (Stevens & Franck, 1995) ยาที่นำมาใช้ในการบรรเทาความปวดในทารกแรกเกิดแบ่งออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ยาบรรเทาปวดกลุ่มเสพติด (opioids analgesics) เช่น มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) และเพทิดีน (pethidine) เป็นต้น ยาบรรเทาปวดกลุ่มนี้ใช้ในการบรรเทาความปวดระดับปานกลางและระดับรุนแรงในทารกแรกเกิด (Walden & Franck, 2003) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ที่ตัวรับอนุพันธ์ฝิ่นในระบบประสาทส่วนกลางและตัวรับประสาทส่วนปลาย (Mainous, 1995) อาการข้างเคียงสำคัญที่สามารถพบได้ คือ กดการทำงานของระบบหายใจ ลดความดันโลหิต คลื่นไส้ อาเจียน และอาจชักได้ (Littleton & Engbretson, 2002)

1.2 ยาบรรเทาปวดกลุ่มไม่เสพติด (nonopioids analgesics) เช่น อะเซทิแทมโนเฟน (acetaminophen) พาราเซตามอล และกลุ่มยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตอรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์บรรเทาความปวดระดับปานกลาง ลดการกระตุ้นตัวรับอาการปวด โดยกดการสร้างโปรสตาแกลนดิน อาจจะมีผลต่อการทำงานของตับเนื่องจากทารกแรกเกิดมีการทำงานของเอนไซม์ที่ตัวยังไม่สมบูรณ์ (Stevens, Finley, & McGrath, 2001)

1.3 ยาบรรเทาความปวดแบบเฉพาะที่ (topical application of local anesthetics) เช่น การใช้ยาเอมลาครีม (EMLA cream: eutectic mixture of local anesthetics) เป็นยาที่มีส่วนผสมของยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ 2 ชนิด คือ ลิโดเคน (lidocaine) และ ปริโลเคน (prilocaine) นำมาใช้ในทารกที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือมากกว่า ใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกหลายหัตถการ เป็นยาระงับปวดที่ใช้เฉพาะที่ ใช้ทาผิวหนัง อาการข้างเคียงอาจทำให้เกิดผิวหนังแดง เป็นตุ่มพอง เป็นผื่น (petechia) ในทารกเกิดก่อนกำหนดควรใช้อย่างระมัดระวัง ควรทาบาง ๆ เนื่องจากผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนดบอบบางทำให้เกิดการระคายเคืองได้ง่าย ไม่ควรใช้ครีมนี้เป็นประจำในทารกเกิดก่อนกำหนด ขนาดยาที่ใช้ในทารก คือ 0.5-2 กรัม ใช้ก่อนการทำหัตถการประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อทาที่ผิวหนังจะช่วยลดความปวดจากการทำหัตถการ โดยลดระยะเวลาการร้องไห้ การแสดงออกทางใบหน้า แต่ทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ครีมนี้ช่วยลดความปวดในหัตถการต่างๆ เช่น การให้น้ำทางหลอดเลือดดำ การเก็บเลือดส่งตรวจทางหลอดเลือดแดงและจากเส้นเท้า การสอดใส่สายเข้าเส้นเลือดดำ และครอบคลุมถึงการทำแผลด้วย (Walden & Franck, 2003)

การบรรเทาความปวดโดยใช้ยา 3 กลุ่ม คือ ยาบรรเทาปวดกลุ่มเสพติด ยาบรรเทาปวดกลุ่มไม่เสพติด และยาบรรเทาความปวดแบบเฉพาะที่ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการใช้ยาบรรเทาความปวดจะเป็นที่ยอมรับกันว่าใช้กับทารกแรกเกิดได้อย่างปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามยังต้องมีความระมัดระวังในการใช้ยา และต้องตระหนักถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาก็ต้องมีแผนการรักษาจากแพทย์ก่อนพยาบาลจึงสามารถให้ได้ ดังนั้นวิธีการบรรเทาความปวดที่เหมาะสมกับทารกแรกเกิด คือ การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้โดยอิสระ และเป็นวิธีการที่ปลอดภัยไม่เป็นอันตรายต่อทารกแรกเกิดด้วย

2. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลโดยไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และยังไม่ทำให้ทารกแรกเกิดได้รับบาดเจ็บแต่อย่างใด เป็นการช่วยเหลือทารกแรกเกิดให้ได้รับความสุขสบาย ทำให้ทารกแรกเกิดสามารถเผชิญความปวดได้ด้วยตนเอง และลดระยะเวลาการร้องไห้ การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาที่มีการนำมาใช้แล้วได้ผลในทารกแรกเกิดมีดังนี้

2.1 การจัดท่า (Positioning) การจัดท่าจะทำให้ทารกแรกเกิดมีความสงบและตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ลดลง เนื่องจากการจัดท่าโดยใช้มือโอบห่อให้ทารกแรกเกิดงอแขนและขาเข้าหาถึงกลางลำตัว (facilitated tucking) จะนำไปสู่การลดลงของกระแสประสาทนำเข้าที่เกิดจากการทำลายเนื้อเยื่อไปยังสมอง และนำไปสู่การลดลงของกระแสประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ส่งผลให้ทารกตอบสนองต่อความปวดลดลง (Corff et al., 1995) ดังผลการศึกษาของ พรณี คำอุ และคณะ (2547) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการเจาะเลือดที่ส้นเท้าเมื่อได้รับการจัดท่าโดยนอนตะแคง งอแขนและขาชิดลำตัวและใช้ผ้าห่มม้วนเป็นรูปตัวยูไว้รอบตัวทารกแรกเกิด จะมีคะแนนระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าทารกแรกเกิดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การจัดท่าทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยมือของผู้ให้การดูแล โดยการให้ทารกนอนตะแคง งอแขนและขาชิดลำตัว เมื่อทารกแรกเกิดได้รับการเจาะส้นเท้า ทารกแรกเกิดมีระยะเวลาการร้องไห้ลดลง อัตราการเต้นของหัวใจกลับสู่ค่าปกติเร็วขึ้น และทารกแรกเกิดกลับสู่ภาวะสงบเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดท่า (Corff et al., 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการจัดท่าโดยบิดามารดาโดยการให้ทารกนอนตะแคง งอแขนและขาชิดลำตัวขณะได้รับการดูแล ทารกแรกเกิดมีคะแนนความปวดน้อยกว่าและกลับสู่ภาวะสงบเร็วกว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดท่า (Axelin, Salanterä, & Lehtonen, 2005)

2.2 การดูดจุกนมหลอก (Non-nutritive sucking) การดูดจุกนมหลอกจะกระตุ้นการสัมผัสในปาก (orotactile) และกลไกรับรู้ความรู้สึก (mechanoreceptor) ก่อให้เกิดการกระตุ้นเข้ามาแทนที่การกระตุ้นซึ่งทารกแรกเกิดได้รับอยู่ (Campos, 1988) โดยกระตุ้นให้ร่างกายทารกแรกเกิดหลั่งสารที่มีฤทธิ์คล้ายยาบรรเทาปวด (non-opioid) (Walden & Franck, 2003) ทำให้การรับรู้ความรู้สึกจากความปวดลดลง โดยมีงานวิจัยพบว่า การให้จุกนมหลอกสามารถลดระยะเวลาการร้องไห้ในทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะส้นเท้าลง (Campos, 1994; Corbo et al., 2000; Field & Goldson, 1984) ช่วยให้ระดับอัตราการเต้นของหัวใจกลับสู่ค่าปกติเร็วขึ้น (Campos, 1994) ลดวันนอนโรงพยาบาล และไม่พบผลกระทบจากการใช้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Pinelli et al., 2002) ดังผลการศึกษาของ อัจฉรา พิทักษ์ศิลป์ (2541) พบว่า ทารกแรกเกิดที่ดูดจุกนมหลอกและได้รับการสัมผัส มีคะแนนความปวดน้อยกว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่ไม่ได้รับจุกนมหลอกและการสัมผัส สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติกร ศรีทอง, อัจฉริยา ปทุมวัน, และ เรณู พุกบุญมี. (2545) ที่พบว่า การห่อตัวร่วมกับการใช้จุกนมหลอกมีประสิทธิภาพลดความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการเจาะเลือดส้นเท้าได้ดีกว่าการห่อตัวอย่างเดียว ทั้งนี้การให้จุกนมหลอกแก่ทารกแรกเกิดต้องให้ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลเป็นเวลานานพอควร หรืออาจจะนานจนกระทั่งทารกหลับ จึงจะทำให้การปลอบทารกแรกเกิดได้ผล (Campos, 1988)

2.3 การห่อตัว (Swaddling) การใช้ผ้าห่อตัวทารกแรกเกิดโดยห่อให้มีมืออยู่ใกล้กับริมฝีปาก จะทำให้ทารกแรกเกิดได้รับการสัมผัสที่นุ่มนวลจากผ้าที่ใช้ห่อผ่านทางระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกทำให้ลดความปวดลง (Walden & Franck, 2003) โดยพบว่าการเต้นของหัวใจและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ผิวหนังลดลง (Huang et al., 2004) ลดการร้องไห้ และส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดมีการนอนหลับที่ดีขึ้น (Fearon et al., 1997) ดังผลการศึกษาของ ปัทมา กาคำ (2540) และ เอื้องดอย ตัณฑพงศ์ (2543) ที่พบว่า ทารกเกิดครบกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการห่อตัวมีความปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า น้อยกว่าทารกแรกเกิดที่ไม่ได้รับการห่อตัว

2.4 การให้ซูโครส (sucrose) น้ำตาลซูโครสมีความหวานและสลายเร็ว สามารถช่วยบรรเทาความปวดขนาดเล็กจากการทำหัตถการได้ เช่น การเจาะเลือดจากส้นเท้า การฉีดยา การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดแผล เป็นต้น เมื่อทารกแรกเกิดได้รับแรงกระตุ้นจากการทำหัตถการ น้ำตาลซูโครสจะออกฤทธิ์กระตุ้นให้ระบบประสาทส่วนกลางที่รับความปวดชนิดเฉียบพลันมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการหลั่งสารระงับความปวดออกมา ทำให้ทารกแรกเกิดมีความปวดน้อยลง ร้องไห้ลดลง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา เช่น ไม่มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ หรือความดันโลหิต หรือถ้ามีก็เพิ่มไม่มากเมื่อเทียบกับทารกแรกเกิดที่ไม่ได้รับการบรรเทาความปวดด้วยน้ำตาลซูโครส (Noerr, 2001) ซูโครสสามารถให้ใน

ทารกที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือนที่ไม่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร ได้ผลในทารกแรกเกิดที่ได้รับหัตถการไม่เกิน 2 ชนิดต่อวัน (Johnston et al., 2002) ให้ 12%-24% ซูโครสร่วมกับจุลินทรีย์ปลอม โดยให้ 0.1-0.4 มิลลิลิตร ในทารกเกิดก่อนกำหนด และให้ 2 มิลลิลิตร ในทารกเกิดครบกำหนด (Anand et al., 2001) โดยให้ซูโครสบริเวณส่วนปลายของลิ้น (Ramenghi et al., 1996) หรือให้โดยการหยดหรือให้ดูดหัวนมหลอกที่ชุบด้วยสารละลายซูโครส (Stevens, Taddio, Ohlsson, & Einarson as cited in Kenner et al., 1998) โดยให้ก่อนทำหัตถการ 2 นาที (Haouari, Wood, Griffiths, & Levene, 1995; Ramenghi et al., 1996; Stevens et al., 1999) ซึ่งฤทธิ์ของการลดปวดจะอยู่ได้นานประมาณ 5 นาที

การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลซึ่งประกอบด้วยหลายวิธีด้วยกัน โดยแต่ละวิธีให้ประสิทธิผลในการป้องกันและบรรเทาความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดที่ได้รับการทำหัตถการ การเลือกวิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้นควรได้มาจากแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานความรู้ที่ได้ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว ซึ่งเป็นที่ยอมรับและมีหลักฐานอ้างอิงว่ามีประสิทธิภาพ ได้ผลลัพธ์ที่ดี มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการให้ความสำคัญทางคลินิกร่วมกับการใช้ผลการวิจัยที่คัดเลือกแล้วว่าเป็นการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practices) ซึ่งได้มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติของบุคลากร ทำให้ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายลง (Glanville, Schinn, & Wineman, 2000) จึงเป็นการประกันคุณภาพการบริการที่ได้รับว่าอยู่บนฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านความคุ้มค่าคุ้มทุน จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร (Bahtsevani, Uden, & Willman, 2004) ดังผลการวิจัยที่พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดลิ้นเลือดที่ปลายเข็มฉีดยาชนิดลึกลงในผู้ป่วยเด็ก และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (วรรณวาทกิจ, 2547) เช่นเดียวกับที่พบในงานวิจัยของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 2000) พบว่า หลังใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถลดปริมาณการให้ยาพ่นในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และลดจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แมคฟี (MacPhee, 2003) ที่พบว่า หลังใช้โปรแกรมการดูแลเด็กที่มีความผิดปกติด้านการรับประทานอาหารตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คุณภาพชีวิตของเด็กดีขึ้นและความวิตกกังวลลดลง

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย ฮาลิมา (Halimaa, 2003) เรื่องการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกเกิดก่อนกำหนด จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1994-2002 จำนวน 29 เรื่อง ได้ข้อสรุปการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดว่าควรทำ 4 กระบวนการ คือ การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการกับความปวด การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวด แต่ยังขาดในส่วนของการบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการจึงเพิ่มการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ ฮาร์ริสัน (Harrison, 2004) จากงานวิจัย 22 เรื่อง เข้ามา สรุปได้ว่าการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ควรปฏิบัติดังนี้

1. การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการกับความปวด

การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการความปวดมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทารกแรกเกิดมีความปลอดภัย และไม่เกิดความปวดหรือมีความปวดลดลง เป็นการส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดเจริญเติบโตและมีการพัฒนาที่เหมาะสม และยังเป็นการช่วยให้ทารกแรกเกิดเผชิญกับความไม่สบายและความปวดได้ พยาบาลต้องมีความชำนาญเพียงพอในการประเมินความปวดและใช้เครื่องมือได้อย่างเหมาะสม และมีทัศนคติและค่านิยมที่ดีในการที่จะส่งเสริมให้มีการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด

การส่งเสริมให้บิดามารดาหรือพยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำหัตถการทางการพยาบาลหรือการตรวจวินิจฉัย อาจมีส่วนช่วยให้ทารกแรกเกิดมีความรู้สึกปลอดภัย ควรเลือกวิธีการพยาบาลและการตรวจที่ก่อให้เกิดความปวดน้อยที่สุด ดังการศึกษาของ ลาร์สัน, ทานฟีลด์, ลาเจอร์ครานซ์, และ โอลสัน (Larsson, Tannfeldt, Langercrantz, & Olsson, 1998) ที่พบว่า การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจในทารกแรกเกิดควรเก็บตัวอย่างเลือดจากการเจาะทางหลอดเลือดดำแทนการเจาะเลือดจากส้นเท้า เนื่องจากก่อให้เกิดความปวดน้อยกว่า นอกจากนี้ควรมีการปรับเปลี่ยนการสื่อสารและเสียงที่ไม่จำเป็น เช่น เสียงสัญญาณของอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น พุดคุยเบาๆ หลีกเลี่ยงการกระทำที่รบกวนรอบเตียงทารกแรกเกิด กระทำหัตถการทางการพยาบาลต่างๆ ในเวลาเดียวกัน จัดช่วงเวลาพักให้ทารกแรกเกิด (Phillips, 1995) มีการลดแสงในห้องและจัดสิ่งแวดล้อมที่มีรอบกลางวันและกลางคืน หลีกเลี่ยงการจับต้องทารกโดยไม่จำเป็น และลดการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวด เช่น ควรดูดเสมหะเมื่อทารกมีเสมหะเท่านั้น ไม่ควรทำตามกำหนดเวลา การเจาะเลือดควรทำเฉพาะหัตถการเพื่อก่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่มีผลดีต่อทารกแรกเกิดเท่านั้น (มาลี เอื้ออำนวย, 2546)

2. การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ

ก่อนการทำหัตถการหรือการตรวจวินิจฉัยควรจะมีการเตรียมทารกแรกเกิดก่อน โดยให้ทารกแรกเกิดได้รู้ว่ากำลังจะเกิดอะไรขึ้นต่อไป โดยปลูกทารกแรกเกิดก่อนการทำหัตถการ โดยอุบคาล้าด้วยความทะนุถนอม และสัมผัสทารกแรกเกิด เพื่อให้ทารกแรกเกิดตื่นขึ้นด้วยความปลอดภัย นอกจากนี้การให้จุกนมหลอกแก่ทารกแรกเกิดก่อนทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวดจะช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยแก่ทารกแรกเกิดได้ เช่นเดียวกับการให้สารละลายที่มีความหวานจำพวกซูโครสหรือกลูโคสหรือนมทางปากแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนการทำหัตถการ ก่อให้เกิดประสิทธิผลในการลดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมที่มีสาเหตุมาจากความปวด

การใช้ยาเอมีลาครีม ซึ่งเป็นครีมที่มีส่วนประกอบของยาสลบในการใช้ทาผิวหนังของทารกแรกเกิดก็สามารถช่วยลดความรู้สึกปวดได้ ครีมนี้มีส่วนประกอบของ 2.5% lidocaine และ 2.5% prilocaine ผสมอยู่ ควรทาครีมอย่างน้อย 60 นาที ก่อนทำ จึงจะได้ประสิทธิผลที่สุด ครีมนี้มีฤทธิ์ชั่วคราวในการป้องกันการเป็นสื่อนำแรงกระตุ้นจากความปวดในระบบประสาทส่วนปลายสามารถใช้ได้กับหัตถการการสอดใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง การฉีดยา การเจาะหลัง ก่อนการทำหัตถการขนาดเล็กกับผิวหนัง และการขลิบอวัยวะเพศ

3. การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ

การทำหัตถการหรือการตรวจวินิจฉัย ถ้าผู้ปฏิบัติหัตถการมีเทคนิคและมีความชำนาญ จะสามารถช่วยให้ความปวดของทารกแรกเกิดลดลงและเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นลง มีการจัดทำเครื่องมือการประเมินความปวด และแนวทางการปฏิบัติในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ทารกแรกเกิดได้รับความปวดจากหัตถการน้อยลง ให้บิดามารดาหรือพยาบาลผู้ดูแลอยู่ด้วยขณะทำหัตถการ โดยมีการอุบคาล้าอย่างทะนุถนอม สัมผัสและพูดคุยกับทารกแรกเกิดจะสามารถช่วยให้ทารกแรกเกิดรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้อาจใช้เทคนิคการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาดังกล่าวข้างต้น เช่น การห่อตัว การจัดทำ การให้จุกนมหลอกร่วมด้วยจะช่วยลดการตอบสนองต่อความปวดได้ และขณะปฏิบัติหัตถการควรให้ทารกแรกเกิดได้พักเมื่อไม่สามารถปฏิบัติหัตถการนั้นได้สำเร็จ เพื่อช่วยลดความปวดแก่ทารกแรกเกิด เช่น เมื่อพยาบาลแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่สำเร็จ ควรให้ทารกแรกเกิดได้พักและเปลี่ยนให้พยาบาลที่ชำนาญกว่ามาเป็นผู้ปฏิบัติหัตถการนั้นแทน

4. การฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวดจากหัตถการ

หลังจากการทำหัตถการควรมีการจัดการกับตำแหน่งที่ปวดโดยการกดตำแหน่งที่ปวดเพื่อสกดกันหรือรบกวนการถ่ายทอดสัญญาณความปวดไปตามแนววิถีประสาทจนถึงระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ปลายประสาทระงับการหลั่งสารเคมีที่ก่อให้เกิดความปวด นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้บิดามารดาหรือพยาบาลอยู่กับทารกแรกเกิดภายหลังทำหัตถการ โดยมีการลูบคลำอย่างทะนุถนอม สัมผัสและพูดคุยกับทารกแรกเกิด เพื่อช่วยให้ทารกแรกเกิดกลับคืนสู่สภาพเดิมเร็วขึ้น และก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยแก่ทารกแรกเกิดด้วย หรือให้ทารกแรกเกิดดูดจุกนมหลอกหรือให้ดูดจุกนมหลอกร่วมกับการให้ชูโครสภายหลังเสร็จสิ้นการทำหัตถการ หรือจัดทำโดยใช้มือโอบห่อให้ทารกแรกเกิดอแขนและขาเข้าหาทักกลางลำตัว หรือห่อตัวให้แก่ทารกแรกเกิดภายหลังเสร็จสิ้นการทำหัตถการ (Harrison, 2004)

การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

การบรรเทาความปวดเป็นที่ทราบกันทั่วไปว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดที่มีความบอบบางมาก และก่อให้เกิดผลกระทบมากหากได้รับความปวด แต่ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลยังมีการจัดการกับความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดน้อยกว่าที่ควร ดังผลการศึกษาของ บรูม, ริชไมเยร์, ไมเคอร์, และ อลันเดอร์ (Broom, Richtsmeier, Maikler, & Aleander, 1996) ที่ทำการสำรวจทั่วประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลว่าประสิทธิภาพในการประเมินและการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดและเด็กเล็กอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ การขาดทักษะ ทักษะคติ และการขาดแหล่งสนับสนุน และผลการศึกษาของ ฮาลิมา, เววีไลเนน-จูลคูเนน, และ ไฮน์โนเนน (Halimaa, Vehvilainen-Julkunen, & Heinonen, 2001) พบว่า ผู้ให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีความรู้เกี่ยวกับความปวดในทารกแรกเกิด การประเมินความปวด และการจัดการความปวด แต่มีการปฏิบัติเพื่อประเมินและจัดการกับความปวดในทารกแรกเกิดไม่สม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาการจัดการความปวดของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 16 ปี พบว่า ภายหลังการผ่าตัดพยาบาลไม่ได้มีการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยเด็ก (Twycross, 2006) นอกจากนี้จากการศึกษาการประเมินและการจัดการความปวดจากการทำหัตถการในหน่วยงานที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดในออสเตรเลียพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติประเมินและการจัดการความปวดไม่สม่ำเสมอ และ

ไม่มีความชัดเจนของนโยบายในการจัดการความปวดสำหรับทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวดจากการทำหัตถการ (Harrison, Loughnan, & Johnston, 2006)

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย จากการสำรวจในโรงพยาบาล 9 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลบางส่วนมีความเข้าใจไม่ถูกต้องและไม่ทราบว่าควรบรรเทาความปวดให้แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดควรปฏิบัติอย่างไร (พิรภาพ คำแพง, 2539) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตนาดี ขอนตะวัน และปัทมา ทาคำ (2542) ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่พบว่า แม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความปวดจากหัตถการในทารกแรกเกิดระดับสูง แต่ยังมีบางส่วนที่ยังมีความรู้ไม่ถูกต้อง เช่น พยาบาลเข้าใจว่าทารกแรกเกิดที่ป่วยจะตอบสนองต่อความปวดที่ได้รับมากกว่าทารกแรกเกิดปกติ และยังพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมลดความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดเป็นบางครั้งเท่านั้น และยังมีบางปฏิบัติบางอย่างที่ไม่ถูกต้อง เช่น ปลดปล่อยให้ทารกแรกเกิดร้องไห้ขณะทำหัตถการ และเจาะเลือดในตำแหน่งที่เคยแทงเส้นเลือดดำมาก่อน เป็นต้น นอกจากนี้ผลการศึกษาของ จรัสศรี เ็นบุตร และคณะ (2547) ที่สำรวจในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เช่นกันพบว่า พยาบาลมีคะแนนความทราดความเข้าใจสูงเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก แต่การปฏิบัติยังมีน้อย และจากการสัมภาษณ์พบว่า พยาบาลและแพทย์ทุกรายต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความปวด วิธีการลดความปวด และต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งด้านการกำหนดนโยบาย และเครื่องมือที่ใช้บรรเทาความปวด

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก แต่ยังมีบางส่วนที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้อง และพยาบาลยังมีการนำผลการวิจัยในการจัดการความปวดมาปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยเด็กเมื่อได้รับการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวดเฉียบพลันน้อยกว่าที่ควร การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ และการมีปฏิบัติการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็น เพื่อให้ทารกแรกเกิดมีความปวดลดลง และลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

โปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด

การพัฒนาบุคลากรมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อองค์กร เพราะเป็นกระบวนการเพิ่มคุณภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะและทัศนคติ เป็นผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (พงศธร พัทธภัยคำพล, 2540) การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดจึงเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติในเรื่องใดนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ดังแนวคิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลของ กรีน และคณะ (Green et al. as cited in Green & Kreuter, 1991) ที่เรียกว่า PRECEDE Model มีแนวคิดว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลขึ้นกับปัจจัย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยชักนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (enabling factors) และปัจจัยส่งเสริม (reinforcing factors) โดยปัจจัยชักนำ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะส่งเสริมหรือยับยั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ ทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และปัจจัยส่งเสริม เป็นปัจจัยภายนอกบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น คงอยู่ หรือหมดสิ้นไป ได้แก่ การให้รางวัล และการให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ทั้ง 3 ปัจจัย ควบคู่ไปด้วยกันจะส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของบุคลากรดีขึ้นและคงอยู่ได้นาน แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย นาโคบา และ เฮวอร์ด (Naikoba & Hayward, 2001) เกี่ยวกับวิธีที่ใช้ส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีการทำความสะอาดมือนั้นพบว่าใช้วิธีการเดียวได้ผลไม่มากและผลการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นเท่านั้น ควรให้หลายวิธีประกอบกันจึงจะมีผลกระทบได้ในระยะยาว โดยพบว่า การอบรมให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเตือนมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือของบุคลากรและได้ผลในระยะยาว ซึ่งตรงกับผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ เบโร และคณะ (Bero et al., 1998) ที่พบว่า การส่งเสริมให้มีการนำผลการวิจัยไปใช้นั้นต้องใช้หลายวิธีประกอบกันจะมีประสิทธิภาพดีกว่าใช้วิธีเดียว แนวคิดดังกล่าวได้มีการนำมาใช้ในการศึกษาเพื่อส่งเสริมการทำความสะอาดมือของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีหลายอย่างประกอบกัน เช่น การอบรมให้ความรู้ การติดโปสเตอร์เตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับและการเพิ่มการใช้แอลกอฮอล์ที่ติดตั้งไว้ข้างเตียงและפקติดตัว ดังเช่นการศึกษาผลของโปรแกรมในการดูแลการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมมารดามีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลการได้รับอาหารเพื่อควบคุมธาตุเหล็ก

แก่เด็ก (Mehdi-Hazavehei, Jalili, Heydania, & Faghihzadeh, 2006) สอดคล้องกับหลายรายงาน ได้ผลเช่นเดียวกันว่าการใช้หลายวิธีประกอบกันมีผลทำให้บุคลากรมีการทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้น ในระยะยาว (วิลาวัดย์ พิเชียรเสถียร และ สมหวัง ด้านชัยจิตร, 2547; Larson et al., 1997; Pittet et al., 2000; Won et al., 2004)

การวิจัยนี้จึงใช้แนวคิด PRECEDE Model ในการส่งเสริมให้พยาบาลในหอภิบาล ทารกแรกเกิดมีการจัดการกับความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด โดยการปรับแก้ไขปัจจัยที่มีผล ทำให้บุคลากรไม่มีการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิด ปัจจัยชักนำอันดับแรกคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด เพื่อเพิ่มความตระหนักถึง ความสำคัญของการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดที่ได้รับความปวดจากการทำหัตถการ เมื่อ พยาบาลรับรู้ว่าทารกแรกเกิดมีโอกาสได้รับความปวดจากหัตถการ และความปวดนั้นก่อให้เกิด ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด จะช่วยให้พยาบาลมีการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ บรรเทาความปวดแก่ทารกแรกเกิด ดังผลการวิจัยหลายงานที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาความ ปวดเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดให้แก่ ผู้ป่วย (McCaffery; Bradshaw et al. as cited in Read, 1994) ปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ การจัดหา อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการจัดการความปวดแก่ทารกแรกเกิด ได้แก่ จุกนมหลอก และผ้าสำหรับห่อตัว ทารกแรกเกิด และปัจจัยส่งเสริม คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติของพยาบาลในการ จัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด และการกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์เพื่อก่อให้เกิดความ ยั่งยืนในการปฏิบัติ

การอบรมให้ความรู้

การอบรมให้ความรู้ เป็นกระบวนการจัดสรรความรู้ เทคนิค วิชาการในการทำงาน โดย การทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ ก่อให้เกิดทักษะ มีทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง หรือพึงปรารถนาขององค์กร มีการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนามาตรฐานของพฤติกรรมให้ได้มาตรฐาน ขององค์กร โดยวิธีการอบรมให้ความรู้ เรียนรู้ฝึกปฏิบัติ เกิดความชำนาญ มีการใช้เทคนิค วิชาการให้การอบรม การจูงใจ กิจกรรมการเรียนรู้ วิธีการต่างๆ ให้เหมาะสมกับลักษณะกลุ่ม ระดับ ความรู้ ความสามารถของบุคคลซึ่งมีพื้นฐานด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้าน ตัวบุคคล คือ สติปัญญา สมาธิ การรับรู้ ความจำ และการลืม เมื่อเวลาผ่านไปนานมากเท่าใด ก็จะทำให้ ความรู้ลบลือนไปได้มากขึ้น (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) การคงอยู่ของความรู้ภายหลังการให้ ความรู้ใน 20 นาทีแรก บุคคลจะจำได้เพียงร้อยละ 58 และภายหลัง 1 เดือน ไปแล้ว บุคคลจะจำได้

ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 20 (สุรพันธ์ ดันศรีวงษ์, 2537) หากไม่มีการทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอ อาจทำให้ลืมความรู้ที่ได้รับมา ซึ่งการทบทวนเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการอบรมให้ความรู้ ได้อย่างดี และจะนำไปสู่ความจำระยะยาว (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547) การอบรมให้ความรู้มุ่งที่จะทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งอาจแบ่งเป็นด้านใหญ่ๆ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติ (วิจิตร อาวะกุล, 2540) การเรียนรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนา ความรู้ในองค์กร ได้อย่างดี องค์กรจึงต้องส่งเสริมให้มีการพัฒนาบุคลากรเพิ่มมากขึ้น โดยการ พัฒนาและการฝึกอบรมให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ ซึ่งนำไปสู่การสร้างความรู้ให้แก่หน่วยงาน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอยู่ ทำให้เกิดทักษะการปฏิบัติ ได้ดีตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดทัศนคติหรือเปลี่ยน พฤติกรรมไปในทิศทางที่ดี

วิธีการอบรมให้ความรู้ทำได้หลายวิธี เช่น การสาธิต การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และ การสัมมนา เป็นต้น การสาธิตเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในการให้ความรู้ภาคปฏิบัติ เป็นกลยุทธ์ที่ มุ่งเน้นให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้ทักษะอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีความเข้าใจในโมโนทัศน์ หลักการหรือกระบวนการ การสาธิตจะมุ่งเน้นให้ผู้เข้าอบรมได้เห็นของจริง จะช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านทักษะและความรู้ได้เป็นอย่างดี ภายหลังการสาธิตต้องให้ผู้เข้า อบรมได้มีการสาธิตย้อนกลับเนื่องจากจะช่วยให้ได้ฝึกสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) การบรรยาย เป็นการนำเสนอความรู้ด้วยวิธีการพูดเกี่ยวกับเนื้อหาวิชาการในเรื่องต่างๆ วิธีนี้ ไม่ค่อยนิยมมากนัก กรณีที่ผู้บรรยายไม่มีประสบการณ์ในการบรรยายอาจก่อให้เกิดความไม่มั่นใจ ในการบรรยายได้ การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมสูงสุดและมีการนำมาใช้บ่อยที่สุด ซึ่ง ผู้เข้าอบรมสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้เข้าอบรมได้ช่วยกันคิดวิเคราะห์เพื่อหา คำตอบ และการสัมมนา เป็นวิธีที่เริ่มต้นจากการบรรยายหรือเอกสารนำจากผู้บรรยาย ซึ่งสามารถ นำไปสู่กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม วิธีนี้ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาร่วมกัน เป็นต้น (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547)

การเลือกวิธีการอบรมจึงต้องมีการประเมินพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ของผู้เข้า อบรม ต้องพิจารณาทั้งเวลาสำหรับเตรียมการและเวลาที่ใช้ในการอบรม อุปกรณ์ที่ใช้อำนวยความสะดวกในขณะอบรม รวมทั้งต้องพิจารณาวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้การอบรมบรรลุผล (สุรพันธ์ ดันศรีวงษ์, 2538) เพื่อจัดการอบรมได้อย่างเหมาะสม เมื่อบุคลากรมีความรู้จะส่งผลให้เกิดการ ปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า ภายหลังการอบรมให้ความรู้โดยการบรรยาย การสาธิตและการ สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงระยะสั้น วิทยาลัยพยาบาลมีคะแนนความรู้หลังอบรม ทันทีและหลังอบรม 3 เดือน สูงกว่าก่อนอบรม แต่คะแนนความรู้หลังอบรมทันทีสูงกว่าหลังอบรม

3 เดือน (Boonmak, Boonmak, Srichaipanha, & Poomsawat, 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกวรรณ ประวาลพิทย์ (2540) ที่พบว่า ภายหลังจากอบรมให้ความรู้โดยการบรรยาย และการให้ คู่มือเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลมีคะแนนความรู้หลังการอบรม 1 เดือน และหลังอบรม 3 เดือนมากกว่าก่อนอบรม แต่คะแนนความรู้หลังอบรม 1 เดือน และหลังอบรม 3 เดือน ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา กล้าการนา (2550) ที่พบว่า หลังการอบรมให้ ความรู้โดยการบรรยาย การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ และการให้คู่มือเกี่ยวกับการควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัสเรียสที่ติดต่อจากแม่ชิลินในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้หลังอบรม 3 เดือน สูงกว่าก่อนอบรม แต่มีพยาบาล 2 คน มีคะแนนความรู้ลดลง 1-2 คะแนน นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุชาภา คล้ายมณี, พูนทรัพย์ โสภารัตน์, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, และ จิตตารณ จิตรีเชื้อ (2542) ที่พบว่า ภายหลังจากอบรมโดยการบรรยายและการให้คู่มือเกี่ยวกับ การจัดการกับผ้าเปื้อน คนงานแผนกซักฟอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีคะแนนความรู้หลัง อบรม 2 สัปดาห์ และหลังอบรม 8 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนอบรม แต่คะแนนความรู้หลังอบรม 2 สัปดาห์ สูงกว่าหลังอบรม 8 สัปดาห์ และจากการศึกษาผลของ โปรแกรมการอบรมให้ความรู้พบว่า แพทย์ฝึกหัด เฉพาะทางเด็กมีคะแนนความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการขลิบอวัยวะเพศในทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการให้ยาชาเพื่อบรรเทาความปวดก่อนทำการหัตถการ (Chandran & Latorre, 2002)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอบรมให้ความรู้โดยใช้วิธีการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการจัดการ ความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด สื่อการสอนเป็นคอมพิวเตอร์ โปรแกรมเพาเวอร์พอยท์ และ เครื่องแอลซีดี ประกอบการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดเฉียบพลัน ในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังมีการให้คู่มือการปฏิบัติเพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้ศึกษาด้วยตนเองและ ทบทวนความรู้ในภายหลัง

การให้คู่มือ

สื่อที่ใช้ติดต่อสื่อสารทำความเข้าใจกันด้วยภาษาเขียนนั้นมีรูปแบบในลักษณะต่าง ๆ กัน ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ นิตยสาร วารสาร จุลสาร หนังสือพิมพ์ ใบปลิว แผ่นพับ และหนังสือคู่มือ ซึ่งเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีข้อมูลเป็นตัวหนังสือ อาจมีภาพ ตาราง หรือแผนภูมิร่วมด้วย การให้คู่มือเป็น สื่อที่ผู้สอนใช้ประกอบการบรรยาย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมสิ่งที่บรรยาย ซึ่งผู้เรียนสามารถศึกษา ด้วยตนเองเพิ่มเติมได้ การให้คู่มือจะช่วยให้ผู้เรียนเพิ่มความเข้าใจได้มากกว่าการบรรยายอย่างเดียว ช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ละเอียดและเร็วขึ้น และยังเป็นการทบทวนความรู้ที่เคยได้รับมา (ละเอียด อุคมรัตน์,

2532) ดัชนีการศึกษาของ แสงจันทร์ กลั่นสุคนธ์ และ วณิดา ยืนยง (2539) พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง ในโรงพยาบาลราชบุรีที่ได้รับการสอนด้วยการใช้คู่มือประกอบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค อุจจาระร่วงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ขวัญตา กล้าการนา (2550) ที่พบว่าภายหลังการอบรมให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบการให้คู่มือการควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัสอีเรียสที่ติดต่อยาเมธิซิลินในหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลมีคะแนน ความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนอบรมให้ความรู้ นอกจากนี้พยาบาลยังแสดงความคิดเห็นว่าการให้คู่มือ มีผลต่อการกระตุ้นให้ปฏิบัติการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในระดับมาก

การวิจัยครั้งนี้นอกจากผู้วิจัยอบรมให้ความรู้โดยการบรรยายแล้ว จึงใช้การแจกคู่มือการ ปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด โดยคู่มือมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติโดย อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการความปวด การเตรียมทารกแรกเกิด เพื่อทำหัตถการ การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลัง ได้รับความปวดจากหัตถการ พร้อมทั้งมีภาพประกอบภายในคู่มือ เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาดูด้วยตนเอง หรือทบทวนในภายหลังได้

การให้ข้อมูลย้อนกลับ

การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการนำเอาผลลัพธ์ที่ประเมินนั้นมาพิจารณาว่ามีข้อบกพร่อง อะไรบ้าง เพื่อจะได้ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในส่วนต่างๆ นั้น ให้สามารถใช้ในการทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2540) ช่วยให้สามารถระบุจุดแข็งและจุดอ่อนของบุคคล และเป็นแนวทางในการค้นหาโอกาสที่จะพัฒนาจุดแข็งต่อไปในภายหลังและจัดการกับจุดอ่อน (Rosen as cited in Tappen, Weiss, & White, 2004) การให้ข้อมูลย้อนกลับก่อให้เกิดความชัดเจนใน สิ่งที่ปฏิบัติตามความคาดหวัง ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ เป็นการปรับพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ พึงพอใจ ก่อให้เกิดการยอมรับการทำงานที่ดี และเป็นการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ และทักษะให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Tappen, 1995)

การให้ข้อมูลย้อนกลับแบ่งเป็น 5 ประเภท (Chu & Chu, 1991) ดังนี้

1. การให้ข้อมูลย้อนกลับด้านข้อมูล (informational feedback) เป็นการให้ข้อมูลที่ยัง ไม่มีการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบให้แก่ผู้รับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความตระหนักใน ตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาบุคลากร ช่วยให้บุคลากรรับรู้ถึงผลที่ตามมาจากการปฏิบัติเกิด ความเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อน ความเข้าใจเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยในการตัดสินใจที่จะฝึกฝนและ พัฒนาตนเอง และเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามความต้องการ

2. การให้ข้อมูลย้อนกลับด้านการประเมินผล (evaluative feedback) เป็นการให้ข้อมูล ที่ผ่านการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบเกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติของแต่ละบุคคล การ ประเมินผลการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการให้รางวัลหรือการลงโทษ ถ้าการให้ข้อมูลย้อนกลับ ด้านการประเมินผลแสดงถึงการให้คำมั่นสัญญาในการให้รางวัลในอนาคต จะเป็นการกระตุ้นให้ เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้รับจะบรรลุผลในงานที่ปฏิบัติตามที่ต้องการ

3. การให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกและทางลบ (positive and negative feedback) การ ให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับแล้วว่าการปฏิบัตินั้นถูกต้อง ส่วนการ ให้ข้อมูลย้อนกลับทางลบเป็นการให้ข้อมูลที่ได้รับไม่ได้ปฏิบัติซึ่งจะได้รับการยอมรับจากผู้รับน้อย กว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวก เพราะเป็นการคุกคามความมีคุณค่าในตนเองของผู้รับ ซึ่งความ ตระหนักในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับปรุงการปฏิบัติงาน ดังนั้นการให้ข้อมูล ย้อนกลับควรมีความสมดุลทั้งทางบวกและทางลบ

4. การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างไม่เป็นทางการ (informal feedback) เป็นการให้ข้อมูล ย้อนกลับที่เป็นการสื่อสารด้วยคำพูดหรือไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นการให้ข้อมูลที่มี การพิจารณาอย่างรอบคอบหรือไม่รอบคอบก็ได้ และไม่มีผลต่อการให้รางวัลหรือการลงโทษ

5. การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเป็นทางการ (formal feedback) เป็นการให้ข้อมูล ย้อนกลับที่มีการสื่อสารโดยมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการ ประเมินผล หรือทั้ง 2 ร่วมกัน ถ้าเป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะเกี่ยวข้องกับการให้รางวัล หรือการลงโทษ

การให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องให้ในทันทีภายหลังที่เกิดพฤติกรรมนั้น โดยการให้บ่อยครั้งจะช่วยกระตุ้นและเพิ่มความตระหนักให้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความง่ายในการ ปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลย้อนกลับต้องให้ทั้งทางบวกและทางลบ การให้ทางบวกจะช่วย สนับสนุนให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ส่วนการให้ข้อมูลในทางลบจะช่วยให้มีการ ปรับปรุงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตามเมื่อมีการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางลบควรมีการ ให้อย่างเป็นทางการส่วนตัว เพื่อหลีกเลี่ยงบุคคลอื่นแอบฟังขณะสนทนา ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเข้าใจ ผิดและสรุปความผิดไปจากความเป็นจริงได้ การให้ข้อมูลย้อนกลับทุกครั้งต้องใช้การสื่อสารที่ไม่ เป็นการคุกคาม เพราะข้อความที่คุกคามจะยับยั้งการเรียนรู้และลดการสนใจให้บุคคลปฏิบัติตาม (Tappen et al, 2004) การให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกและทางลบ ทั้งโดยการพูดและการบันทึกเป็น ลายลักษณ์อักษร โดยการให้คำชม คำตำหนิ ในงานที่ปฏิบัติ เป็นการเสริมแรงอีกทางหนึ่งทำให้ พยาบาลที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับนั้นมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ดังการศึกษาที่พบว่า ภายหลังการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากร

ทางการพยาบาล ภาวะติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง และยังส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (Goetz, Kedzuf, Wagener, & Muder, 1999) สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายงานวิจัยที่พบว่า หลังการให้ข้อมูลย้อนกลับบุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปในแนวทางที่ดีขึ้น (ปริญา ประสานจิตร, 2541; Larson et al., 1997; Moongtui, Gauthier, & Turner, 2000) นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับมีผลต่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานของบุคลากร ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ดีขึ้น (Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O'Brien, & Oxman, 2006)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดในด้านข้อมูล และด้านการประเมินผล โดยให้ข้อมูลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ มีการให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการ โดยการให้จดหมายปิดผนึกในทันทีเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงานในแต่ละเวร

การกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์

สื่อโปสเตอร์เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่เกิดขึ้นมานาน มีอิทธิพลต่อบุคคลในด้านการให้ความรู้ การโฆษณา และการจูงใจให้ร่วมกันทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นภาพ 2 มิติ ที่ออกแบบพิเศษเพื่อดึงดูดความสนใจ และสื่อความหมายได้ทันที ประกอบด้วยรูปภาพ เรื่องราว แนวคิด ข้อเท็จจริงที่ไม่ซับซ้อน กะทัดรัด รูปแบบการจัดภาพและเนื้อหาสามารถจัดทำได้หลายแบบ เช่น แบบแถบใหญ่ แบบแกน แบบกลุ่ม แบบตาราง หรือแบบทางเดิน สื่อโปสเตอร์จะช่วยในการอธิบายให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายและรวดเร็ว ใช้ชักชวนจูงใจ ชี้ประเด็นปัญหาและเสนอข้อเท็จจริง ใช้กระตุ้นให้ปฏิบัติตามหรือหลีกเลี่ยง และใช้สรุปเนื้อหาเพื่อเตือนความจำ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) โปสเตอร์ที่ดีนั้นจะต้องมีการออกแบบที่ดีเพื่อให้ดูสะอาดตาให้กลุ่มเป้าหมายมาดู เพื่อให้ทราบข่าวหรือสิ่งที่ต้องการเสนอแก่กลุ่มเป้าหมาย โปสเตอร์มักจะประกอบด้วยข้อความสั้นๆ เพียง 2-3 คำ หรืออาจเป็นคำขวัญ (slogan) ข้อความไม่ควรยาวจนเกินไป ควรเป็นข้อความที่ติดปาก สื่อความหมายเข้าใจได้ง่าย และรวดเร็ว มักจะมีภาพประกอบที่สะอาดตาสวยงามและสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการสื่อให้กลุ่มเป้าหมาย และมีการใช้สีสนับสนุนให้สะอาดตา การใช้สีที่ดีควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับแนวความคิดของตัวงาน และควรใช้ให้ลงตัวไม่มากหรือน้อยจนเกินไป (อัมรินทร์ คำเวียง, 2545) การใช้สื่อโปสเตอร์ควรมีความหลากหลาย ได้มีการนำเอาโปสเตอร์มาใช้เป็นสื่อในการสร้างเสริมสุขภาพมานาน การเขียนโปสเตอร์เพื่อดึงดูดความสนใจ ควรมีทั้งรูปภาพประกอบข้อความที่สื่อเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายจดจำและปฏิบัติตามได้ (Jenner, Jones, Fletchen, Miller, & Scott, 2005)

การใช้ส้อมโปสเตอร์เดือนเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่น่าสนใจในการส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลมีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาปฏิบัติกาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ วิลาวณย์ พิเชิรเสถียร และ สมหวัง ค่านชัยวิจิตร (2547) พบว่า การติดโปสเตอร์เดือนมีผลกระทบต้งให้บุคลากรพยาบาลมีกาทำความสะอาดมือเพิ่มขึ้นในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทยเทพ และคณะ (Pittet et al., 2000) ที่พบว่าหลังจากที่รณรงค์การทำความสะอาดมือด้วยการติดโปสเตอร์เดือนภายในโรงพยาบาล และมีการเปลี่ยนทุกสัปดาห์ บุคลากรมีการทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับ การศึกษาการติดโปสเตอร์หน้าห้องแยกผู้ป่วยติดเชื้อสแตปฟีโลคอคัสสอเรียสที่ดื้อต่อยาเมธิซิลลิน (MRSA) มีผลทำให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มมากขึ้น (Cromer et al., 2004) นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการกระตุ้นเดือนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีผลให้กาปฏิบัติงานดีขึ้น (Bontinx, Winkens, Grol, & Knotinerus, 1993)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้พยาบาลมีการปฏิบัติกาจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิด โดยการติดโปสเตอร์เดือนในบริเวณที่ปฏิบัติงานของพยาบาล และบริเวณตู้อบของทารกแรกเกิด เพื่อเป็นการกระตุ้นให้พยาบาลมีการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น

การสนับสนุนอุปกรณ์

กาจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดนั้น สิ่งสนับสนุนต่างๆ เป็นองค์ประกอบที่ช่วยส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้กาปฏิบัติเป็นไปโดยราบรื่น เนื่องจากอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดการความปวดที่เพียงพอจะส่งเสริมให้บุคลากรมีการปฏิบัติในการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาของ จรัสศรี เย็นบุตร และคณะ (2547) ที่พบว่า สิ่งทีบุคลากรต้องการเพื่อสนับสนุนให้มีการปฏิบัติกาประเมินและการจัดการกับความปวดให้ผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น คือ เครื่องมือที่ใช้สำหรับบรรเทาความปวด จากผลการศึกษาผลการนำแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือชนิดเจลมาใช้ในหอผู้ป่วยหนัก มีผลทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีกาทำความสะอาดมือเพิ่มมากขึ้น (Harbarth et al., 2002) สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า หลังการเพิ่มอุปกรณ์สนับสนุนการทำความสะอาดมืออย่างเพียงพอ และสะดวกต่อการใช้งาน มีผลทำให้บุคลากรมีการทำความสะอาดมือได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น (วิลาวณย์ พิเชิรเสถียร และ สมหวัง ค่านชัยวิจิตร, 2547; Larson et al., 1997; Pittet et al., 2000)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิด ได้แก่ จุกนมหลอก และผ้าสำหรับห่อตัวทารกแรกเกิด โดยจัดไว้ให้ครบถ้วนเพียงพอ และจัดไว้ในที่สะดวกต่อการใช้งาน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรมีการปฏิบัติในการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น

สรุป

ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมักได้รับการทำหัตถการเพื่อการตรวจรักษาและการวินิจฉัยบ่อยครั้ง ซึ่งก่อให้เกิดความปวดแก่ทารกแรกเกิดตามมา หากทารกแรกเกิดเหล่านี้ไม่ได้รับการจัดการกับความปวดที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดผลกระทบแก่ทารกแรกเกิดเพื่อลดผลกระทบจากความปวดที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด บุคลากรในโรงพยาบาลจึงต้องมีการจัดการความปวดให้แก่ทารกแรกเกิด ควรมีการประเมินความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดโดยสังเกตจากพฤติกรรมของทารกแรกเกิดและการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา นอกจากนี้ยังต้องมีการบรรเทาความปวดให้แก่ทารกแรกเกิดด้วย ซึ่งมีทั้งการบรรเทาความปวดโดยใช้ยา และโดยไม่ใช้ยา การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดจึงต้องมีความรู้ และสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันให้แก่ทารกแรกเกิดได้ถูกต้องด้วยการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการความปวด การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวด การส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติอย่างถูกต้องมีหลายวิธี แนวคิดหนึ่งคือ PRECEDE Model ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลขึ้นกับปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยส่งเสริม ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมไปพร้อมๆ กัน ซึ่งตรงกับผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่พบว่า การส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดควรใช้หลายวิธีประกอบกัน จึงจะมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมักได้รับความปวดเฉียบพลันจากการทำหัตถการทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ต่อทารกแรกเกิดได้ พยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดเหล่านี้จึงต้องจัดการความปวดแก่ทารกแรกเกิดอย่างถูกต้อง โดยปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งผ่านการทดลองใช้มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพ ได้ผลลัพธ์ที่ดี ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในการจัดการความปวด การเตรียมทารกแรกเกิดเพื่อทำหัตถการ การบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการ และการฟื้นฟูสภาพทารกแรกเกิดหลังได้รับความปวด การกระตุ้นและการส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นนั้นควรใช้หลายวิธีประกอบกัน การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิด PRECEDE Model ของ กรีน และคณะ (Green et al. as cited in Green & Kreuter, 1991) โดยให้ปัจจัย 3 ปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การให้ปัจจัยชักนำ คือ การอบรมให้ความรู้และการให้คู่มือเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด การให้ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ ปัจจัยที่โรงพยาบาลให้การสนับสนุนอย่างครบถ้วนและเพียงพอ ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด และการให้ปัจจัยส่งเสริม คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด และการกระตุ้นเตือนด้วยโปสเตอร์ โดยให้ทั้ง 3 ปัจจัยควบคู่ไปด้วยกันในการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดของพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ โดยติดตามประเมินผลเป็นระยะเวลา 5 เดือน ซึ่งคาดว่าจะทำให้นุคลากรพยาบาลมีความรู้และมีการปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น และอาจช่วยลดผลกระทบจากความปวดที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved