

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยวิกฤตเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพอย่างรวดเร็วและซับซ้อนทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยวิกฤตจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมการดูแลที่มีความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน การทำหัตถการเพื่อการรักษาโดยการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีในการติดตามอาการ การจำกัดการเคลื่อนไหวและกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะรับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต หัตถการและกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวนอกจากจะช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดได้ (Stanik-Hutt, 2003)

ความปวดเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้มากในผู้ป่วยวิกฤต พันทิลโล (Puntillo, 1990, as cited in Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw, 2006) พบว่าผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 71 มีความปวดขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ชานอนและบัคนอลล์ (Shanon & Bucknall, 2003) ได้สำรวจความปวดของผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 5150 คน พบว่าร้อยละ 61 เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดในขณะที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เซสเลอร์, เกรบ, และ แรมเซย์ (Sessler, Grap, & Ramsay, 2008) ได้ทำการรวบรวมข้อมูลการรายงานความปวดของผู้ป่วยวิกฤตพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับความปวดในขณะที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยวิกฤตที่รายงานความปวด มีความปวดระดับปานกลางจนถึงระดับมาก และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยวิกฤตไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวด

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ โรคที่เป็นอยู่เดิมของผู้ป่วยเอง การได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ การได้รับการผ่าตัด การจำกัดการเคลื่อนไหว กิจกรรมการรักษาและการประเมินติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อระบายต่างๆ การสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์เพื่อช่วยชีวิต และการเจาะเลือด เป็นต้น (Young et al., 2006) สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอีกประการคือ ความปวดที่เกิดจากกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูแลแผล การเปลี่ยนท่านอน การทำความสะอาดแผล การทำความสะอาดร่างกาย การใส่และการถอดสายสวนต่าง ๆ ในร่างกาย (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008; Stanik-Hutt, 2003) ความปวดที่

เกิดขึ้นในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) ซึ่งความปวดเฉียบพลันเป็นความปวดที่เกิดขึ้นทันที ทันใดในช่วงระยะเวลาสั้นแต่เป็นความปวดที่มีระดับรุนแรง จากความเจ็บป่วยจากโรค การได้รับบาดเจ็บ หักถถและการและกิจกรรมพยาบาล (Simpson, 2008) นอกจากนี้ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ จากความกลัว ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับจากสภาวะความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้นและการตอบสนองต่อการบรรเทาความปวดลดลง (Hamill-Ruth & Marohn, 1999) ความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดของผู้ป่วยวิกฤตทำให้เกิดผลกระทบหลายด้านตามมา

ความปวดทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต ความปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (Helm & Barone, 2008) ความปวดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้เกิดแรงดันในช่องปอดเพิ่มขึ้น เกิดการหายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ช้า เพิ่มระยะเวลาของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มระยะเวลาอยู่ในหอผู้ป่วยหนักและในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Pun & Dunn, 2007) นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานจากความปวดยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ มีภาวะทางด้านอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิด เกรียด และไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ (Shanon & Bucknall, 2003) การป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น สามารถทำได้โดยการจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการติดตามการทำงานของระบบหัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจอย่างใกล้ชิด ทำให้บุคลากรสุขภาพมุ่งเน้นการรักษาช่วยชีวิตในระยะแรก ทำให้ลำดับความสำคัญของการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นเรื่องรองลงไป และส่งผลให้การจัดการความปวดไม่สม่ำเสมอและไม่มีความต่อเนื่อง (Shanon & Bucknall, 2003; Young et al., 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง การได้รับยาระงับความรู้สึก การผูกมัดและความเหนื่อยล้า ทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการความปวด (Sessler et al., 2008)

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การประเมินความปวดของบุคลากรที่มสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยไม่มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Skrobik, 2008) พยาบาลประเมินระดับความปวดได้ต่ำกว่าผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสม (Aslan, Badir, & Selimen, 2003) และการประเมินความปวด

ขาดความสม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอ ขาดการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวด ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการจัดการความปวดที่ต่อเนื่อง (Erdek & Pronovost, 2004)

หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรม ที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ในปี 2551- 2553 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 501 คน, 493 คน และ 799 คนตามลำดับ (หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง, 2551-2553) ผู้ศึกษาได้ทำการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในเรื่องการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง ในเดือนสิงหาคม 2554 ในผู้ป่วยจำนวน 6 ราย พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 4 รายได้รับการประเมินและจัดการความปวดทั้งหมด 16 ครั้ง ได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมจำนวน 11 ครั้ง ได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงจำนวน 15 ครั้ง ได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาทีหลังการประเมินจำนวน 12 ครั้ง ได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวดจำนวน 10 ครั้ง ได้รับการประเมินความปวดซ้ำในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมเพียง 3 ครั้ง และมีการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ถูกต้อง ครบคลุมและสม่ำเสมอในรอบ 24 ชั่วโมงเพียง 4 ครั้ง จากการสอบถามถึงผลของการบรรเทาความปวด ในผู้ป่วยเพียง 4 รายที่ได้รับการจัดการความปวดพบว่าผลการบรรเทาความปวดลดลงในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทั่วไป จำนวน 2 ราย โดยใช้มาตรวัดความพึงพอใจแบบตัวเลข 0 ถึง 10 พบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการจัดการความปวดอยู่ที่ระดับ 6 และ 7 ซึ่งเป็นความพึงพอใจในระดับปานกลางเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินความปวดเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้สึกตัวและไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งหน่วยงานไม่มีเครื่องมือประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตระดับความรู้อิสึกตัวลดลงและไม่สามารถรายงานความปวดของตนเองได้ จากการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลต่อการจัดการความปวดพบว่ามี การประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงมากถึง 15 ครั้ง แต่มีการใช้เครื่องมือการประเมินความปวดที่ให้ผู้ป่วยชื่อบอกรายงานความปวดด้วยตนเองและไม่มีเครื่องมือในการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วย ทำให้ไม่ทราบระดับความปวดที่แท้จริงของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้สึกตัว จึงทำให้ได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมกับระดับความปวด มีการประเมินความปวดซ้ำภายหลังได้รับการบรรเทาความปวดและมีการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวด ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการจัดการความปวด ส่งผลให้ผลการบรรเทาความ

ปวดลดลงในระดับเล็กน้อยและปานกลางเท่านั้น ปัญหาความปวดในผู้ป่วยวิกฤตจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงผลลัพธ์ ต้องการการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยใช้กลยุทธ์ในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Helm & Barone, 2008) การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) ถือเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติหรือทีมผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานได้ง่าย สะดวก เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจให้การดูแลได้ถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุม ทำให้เกิดคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และผู้ใช้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPGs) เป็นชุดของข้อเสนอแนะที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยรวบรวมข้อเสนอแนะมาจากการปฏิบัติของผู้เชี่ยวชาญและความรู้จากงานวิจัย เพื่อช่วยในการตัดสินใจของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ทางคลินิก (Field & Lohr as cited in National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ปัจจุบันมีการรวบรวมความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยมาจัดทำในรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิก มาตรฐานทางคลินิกในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์และใช้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุนนโยทยาน และคณะ (2552)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุนนโยทยาน และคณะ (2552) ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่สามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ การทบทวนวรรณกรรม ข้อเสนอแนะทางคลินิกที่เป็นแนวปฏิบัติของสถาบัน และหน่วยงานที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวดทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยดำเนินการพัฒนาตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) มีการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) โดยอิงของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย และจัดระดับข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) ในการนำไปใช้ ตามการจัดระดับข้อเสนอแนะของสถาบัน โจแอนนาบิกส์ (Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ใช้ประกอบการตัดสินใจให้การดูแลความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยมีสาระสำคัญประกอบด้วย

การปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ที่ได้นำไปใช้และศึกษาผลลัพธ์ พบว่าร้อยละของตัวชี้วัดการได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้นทุกตัวชี้วัด ผลของการบรรเทาความปวดลดลงทั้งหมดและลดลงมากในผู้ป่วยที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่สื่อสารได้ ผลของการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ประเมินจากอาการสงบและพักได้ดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.06 และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีค่ามัธยฐาน 10.00 (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554) ผู้ศึกษาได้ปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิเลือกใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ที่มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นระบบ และได้้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้ แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation [AGREE]) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ฉวีวรรณ ชงชัย (2547) พบว่าคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบ

โรงพยาบาลลำปาง มีนโยบายในการส่งเสริมการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศโดยกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ และมีเป้าหมายให้ทุกสาขาการพยาบาลจัดทำแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2552 โดยให้อำนาจในการตัดสินใจเลือกประเด็นการพัฒนาในเรื่องที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดของแต่ละสาขาการพยาบาล และให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานและองค์กร ในปี 2554 หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง ได้มีการประชุมเพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลลำปางในการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาและบุคลากรในหน่วยงานจึงได้มีฉันทมติเลือกใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ที่มีบริบทของหน่วยงานคล้ายคลึงกัน

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำปางในครั้งนี้นี้กำหนดผลลัพธ์ของการศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมโดยประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัดคือ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวด

อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินความปวดอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาที ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดซ้ำในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมและมีการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ 2) ผลของการบรรเทาความปวด และ 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวด โดยอิงกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์และการสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ที่ประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยนำไปสู่ผู้ปฏิบัติ และ 3) การประเมินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง โดยมีการศึกษาผลลัพธ์ คือการได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยวิกฤต ผลการบรรเทาความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวด

คำถามการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง เป็นอย่างไร มีคำถามเฉพาะคือ

1. การได้รับการจัดการความปวดของผู้ป่วยวิกฤตก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติและที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไปเป็นอย่างไร
2. ผลการบรรเทาความปวดของผู้ป่วยวิกฤตก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติและที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไปเป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการจัดการความปวดก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติและที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไปเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ที่พัฒนาโดยสุภาภรณ์ บุนนิตโยทยาน และคณะ (2552) ณ หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง ดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ 1) การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 2) ผลการบรรเทาความปวด และ 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการจัดการความปวด ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2555

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ชุดของข้อความที่เป็นข้อเสนอแนะวิธีปฏิบัติที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อดูแลความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ของ สุภาภรณ์ บุนนิตโยทยาน และคณะ (2552) ประกอบด้วยสาระสำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง และการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยวิกฤต ผลการบรรเทาความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการจัดการความปวด

ผู้ศึกษารวบรวมผลลัพธ์โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ที่พัฒนาขึ้น โดย สุภาภรณ์ บุนนิตโยทยาน และคณะ (2552) ประกอบด้วย

การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผลลัพธ์เชิงกระบวนการที่แสดงถึงการที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการปฏิบัติการดูแลในเรื่องของความปวด ประเมินได้จากตัวชี้วัด ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หมายถึง การติดตามประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยวิกฤตตามช่วงเวลาอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสม หมายถึง มีการใช้มาตรวัดความปวดที่มีความตรงและความเชื่อมั่นในการประเมิน ได้แก่มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) ประเมินความปวดในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสื่อสารได้ และเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical-Care Pain Observation Tool [CPOT]) ประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้

ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาที หมายถึง การที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลเพื่อให้ความปวดลดลงทั้งวิธีการใช้ยาหรือวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาภายใน 15 นาที ภายหลังจากการประเมินความปวด

ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวด หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดตามวิถีทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายและได้รับการดูแลเสริมด้วยวิธีไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสมกับระดับความปวดที่ประเมินได้

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดซ้ำในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามประเมินระดับความปวด และผลการบรรเทาความปวดภายหลังผู้ป่วยได้รับการจัดการ ดังต่อไปนี้คือ 1) การบรรเทาความปวดด้วยยาชนิดทางหลอดเลือดดำประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที 2) การบรรเทาความปวดด้วยยาชนิดรับประทาน ประเมินความปวดซ้ำภายใน 1 ชั่วโมง และ 3) การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที

มีการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ หมายถึง พยาบาลผู้ให้การดูแลทำการบันทึกเกี่ยวกับความปวดโดยครอบคลุมทั้งการประเมินความปวด การบรรเทาความปวดและการประเมินความปวดซ้ำ ในรอบ 24 ชั่วโมง โดยการบันทึกต้องระบุเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด ระบุระดับความปวดเป็นตัวเลขและมีการบันทึกอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ระบุวิธีการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยได้รับ ถ้าเป็นการบรรเทาความปวดด้วยยาต้องระบุชื่อยา ขนาดที่ใช้ และวิถีทางให้ยา ถ้าเป็นการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาให้ระบุวิธีการที่ใช้ ระบุระดับความปวดภายหลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดและบันทึกผลการบรรเทาความปวดที่ประเมินภายหลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวด การบันทึกดังกล่าวพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจะเขียนลงในบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักทั่วไปโรงพยาบาลลำปาง

ผลการบรรเทาความปวด หมายถึง ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการความปวดที่แสดงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความปวดที่ลดลงภายหลังได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความปวด ทำการประเมินผลโดยพยาบาลผู้ให้การดูแล ผลการบรรเทาความปวดจะบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักทั่วไป การประเมินผลการบรรเทาความปวดมีการประเมินดังนี้ ในผู้ป่วยที่สื่อสารได้ ประเมินจากการซักถามถึงผลการบรรเทาความปวด โดยใช้มาตรวัดบอกระดับการรับรู้ความปวดที่ลดลงภายหลังผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดในแต่ละครั้ง (verbal rating scale perceived relief [VAS-PR]) แบ่งการประเมินเป็น 5 ระดับ คือ 1) ความปวดไม่ลดลง 2) ความปวดลดลงเล็กน้อย 3) ความปวดลดลงปานกลาง 4) ความปวดลดลงมาก และ 5) ความปวดลดลงทั้งหมด แบบประเมินผลการบรรเทาความปวดได้รับการพัฒนาโดย สโลแมน, วูเบอร์, โรเซน, และ โรม (Sloman, Wruble, Rosen, & Rom, 2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) และผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ประเมินโดยใช้การสังเกตคุณภาพการพักผ่อน (rest quality) แบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ 1) พักไม่ได้ 2) พักได้เป็นช่วงๆ และ 3) สงบ พักได้ดี ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย เจลินาส, ฟอริเยอร์, เวียง, ฟิลเลียน, และ พันทิลโล (Gelinass, Fortier, Viens, Fillion, & Puntillo, 2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือ การบรรเทาความปวดได้มากและการบรรเทาความปวดได้ทั้งหมดในผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้จากการสังเกตคุณภาพการพักผ่อนผู้ป่วยสงบและพักได้

ความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการจัดการความปวด หมายถึง ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการความปวดที่แสดงถึงความรู้สึกในทางที่ดีของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการดูแลความปวดอันเกิดจากความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับการได้รับการปฏิบัติจริงเพื่อบรรเทาความปวด ซึ่งจะประเมินได้เฉพาะผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสื่อสารได้เท่านั้น เนื่องจากความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่ต้องผ่านการรับรู้ของผู้ป่วยเอง การประเมินความพึงพอใจทำโดยพยาบาลผู้ให้การดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทั่วไป และบันทึกผลการประเมินเป็นตัวเลขลงในบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักทั่วไป โดยใช้เครื่องมือประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด คือ เครื่องมือประเมินความพึงพอใจที่ประมาณด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-10 (Lovatsis, Jose, Tufman, Drutz, & Murphy, 2007) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552)

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2554 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2555