

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ตามลำดับดังนี้

1. ความปวด
 - 1.1 ชนิดของความปวด
 - 1.2 กลไกการเกิดความปวด
2. ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.1 สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.2 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
3. การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
4. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
5. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและการประเมินผล
 - 5.1 การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 5.2 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
 - 5.3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
6. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 6.1 ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม
 - 6.2 ผลของการบรรเทาความปวด
 - 6.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวด

ความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่มีเฉพาะในแต่ละบุคคล ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ความปวดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางด้านร่างกายและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ความปวดควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญที่สามารถเข้าใจธรรมชาติของความปวด (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO], 2002) ความปวด หมายถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย และประสบการณ์ทางด้านอารมณ์ ที่เกี่ยวข้องกับอาการท้อแท้ของเนื้อเยื่อหรือเหมือนกับว่าเนื้อเยื่อถูกทำลาย (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1979, อ้างใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2553) สรุปได้ว่าความปวด หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้หรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความปวดที่มีเฉพาะในแต่ละบุคคลสามารถจำแนกความแตกต่างและชนิดของความปวดตามเกณฑ์ต่าง ๆ เช่น ระยะเวลา สาเหตุและความรุนแรงของความปวด เป็นต้น

ชนิดของความปวด

ความปวดสามารถจำแนกได้หลายวิธีดังนี้คือ ความปวดตามระยะเวลา ความปวดจากสาเหตุและความรุนแรงที่ได้รับ เป็นต้น (Helms & Barone, 2008) นอกจากนี้ความปวดยังสามารถแบ่งตามเกณฑ์ต่าง ๆ ได้ดังนี้ (พงศภัทรดี เจ้าชะเกษมตรีณ, 2547) คือ ความปวดตามระยะเวลา ความปวดตามแหล่งกำเนิด ความปวดตามระดับความรุนแรงของความปวด ความปวดตามพยาธิสรีระและกลไก (pathophysiology/ mechanism) ความปวดที่แบ่งตามรูปแบบของเวลา (pattern of pain) และความปวดที่แบ่งตามชนิดและระยะของโรค (individual type and stage of disease)

การแบ่งชนิดของความปวดที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา นิยมแบ่งตามระยะเวลา และตามแหล่งกำเนิดที่เป็นสาเหตุของความปวดดังนี้

1. ชนิดความปวดจำแนกตามระยะเวลา (Helms & Barone, 2008) คือ

1.1 ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ระบุตำแหน่ง ระบุสาเหตุ ระยะเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดได้ ระยะเวลาที่เจ็บปวดน้อยกว่า 6 เดือน ความปวดเฉียบพลันจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว และเหงื่อออก ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแบบเฉียบพลัน เช่น ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

1.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) คือ ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นพัก ๆ และต่อเนื่อง ระยะเวลาของความปวดอยู่นานเกินกว่า 6 เดือนความเจ็บปวดจะค่อย ๆ เกิดขึ้นและไม่สามารถ

คาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง เช่น ปวดหลัง ความเจ็บปวดจากเนื้องอกหรือมะเร็ง ปวดจากโรคข้ออักเสบ ปวดศีรษะจากไมเกรน เป็นต้น

2. ชนิดของความปวดจำแนกตามสาเหตุและความรุนแรงที่เกิดความเจ็บปวด เนื่องจากแต่ละอวัยวะมีความไวต่อความเจ็บปวดไม่เท่ากันบางอวัยวะมีความไวต่อความปวดมาก เช่น ผิวหนัง บางอวัยวะไม่ไวต่อความเจ็บปวดเลย เช่น เนื้อสมอง เนื้อปอด เป็นต้น ดังนั้นจึงแบ่งความเจ็บปวดตามแหล่งที่เกิดความปวดได้ (พงศภารดี เจาตะเกษตริน, 2547) ดังนี้

2.1 ความปวดจากการบาดเจ็บ (nociceptive pain) หมายถึง ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือการทำลายของเนื้อเยื่อ เช่น ความปวดจากแผลผ่าตัด ความปวดจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ความปวดจากข้อและกระดูกเสื่อม เป็นต้น ซึ่งความปวดชนิดนี้ เกิดจากการทำงานของระบบประสาทตลอดเส้นทางรับรู้ความปวด เมื่อมีสิ่งกระตุ้นด้วยแรงกล ความร้อนหรือสารเคมีก็จะถูกกระตุ้นให้เกิดสัญญาณบาดเจ็บที่ถูกนำไปสู่สมองจนเกิดการรับรู้ความปวด ซึ่งความปวดจากการบาดเจ็บสามารถแบ่งเป็นความปวดต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.1.1 ความปวดบริเวณพื้นผิว หรือบริเวณผิวหนัง (superficial pain) ความปวดมากระตุ้นที่อวัยวะพื้นผิว เช่น ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง ลักษณะความเจ็บปวดมักจะรู้สึกปวดเหมือนเข็มแทง (pricking pain) หรือแบบแหลมคม (sharp pain) บอกบริเวณได้ชัดเจน บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังมีปลายประสาทรู้สึกเจ็บปวดกระจายอยู่ทั่วไป จึงมีความไวต่อความเจ็บปวดสูง

2.1.2 ความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (deep somatic pain) ความปวดมาจากอวัยวะที่อยู่ลึกกว่าชั้นพื้นผิว เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ เยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มช่องท้อง เป็นต้น มักจะรู้สึกปวดตื้อ ๆ (dull pain) หรือปวดเมื่อย (aching pain) บริเวณที่เจ็บปวดกว้างและระยะปวดนานกว่าความปวดบริเวณพื้นผิว

2.1.3 ความปวดในอวัยวะภายใน (visceral pain) ความปวดมาจากอวัยวะภายใน เช่น อวัยวะภายในกะโหลกศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง เป็นต้น ลักษณะความปวดจากอวัยวะภายในมักจะเป็นแบบตื้อ ๆ (dull pain) หรือปวดแสบปวดร้อน (burning pain) หรือปวดบิด (colicky pain) บริเวณปวดกว้างมากและมีระยะเวลาในการปวดนาน และมักมีอาการปวดร้าว (refer pain) ร่วมด้วย

2.2 ความปวดจากเส้นประสาท (neuropathic pain) ความเจ็บปวดที่เกิดจากมีการทำลายระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกตั้งแต่เส้นประสาทส่วนปลายจนถึงประสาทส่วนกลาง เช่น ประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย (peripheral sensory nerve) รากประสาทรับรู้ความรู้สึก (sensory nerve root) талаมัส (thalamus) และประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนคอร์เทกซ์ (sensory cortex) เป็นต้น ความ



เจ็บปวดจากอวัยวะเหล่านี้มักจะรุนแรงและขึ้นกับสภาวะอารมณ์ด้วย นอกจากนี้ความปวดจากเส้นประสาทส่วนใหญ่มักจะเรื้อรัง และมีอาการปวดเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (lancinating) แสบร้อน (burning) ปวดเขঁเหมือนถูกน้ำแข็ง (tingling) ความปวดจากเส้นประสาทพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหรือเป็นโรคของระบบประสาท ความปวดจากมะเร็ง ความปวดจากการปวดหลังเรื้อรัง เป็นต้น

2.3 ความปวดที่มีสาเหตุจากจิตใจ (psychogenic pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุทางด้านร่างกาย หรือมีสาเหตุทางด้านร่างกายเพียงเล็กน้อยไม่น่าจะรู้สึกปวดมาก ๆ แต่ผู้ป่วยก็มีความรู้สึกปวดรุนแรงอยู่จริง ๆ ซึ่งผู้ป่วยพวกนี้มักมีความวิตกกังวลสูง

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด การทำกิจกรรมที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อร่างกาย เนื้อเยื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บ ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นความปวดตามแหล่งกำเนิดที่เป็นสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาท และตามระยะเวลาเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (Stanik-Hutt, 2003) ความปวดเฉียบพลันมีกลไกการเกิดที่ซับซ้อนและต้องการการจัดการความปวดที่เหมาะสม

กลไกการเกิดความปวด

กลไกการเกิดความปวดเฉียบพลันเกิดจากการทำหน้าที่ทั้งระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง กลไกการเกิดความปวดประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ (พงศักรดี เจาตะเกษตริน, 2547)

1. การแปลงสัญญาณ (transduction) เป็นหน้าที่ของหน่วยรับความรู้สึก (receptor) อยู่ที่ปลายสุดของแขนงประสาทขาเข้า (primary afferent neuron) สำหรับความรู้สึกเจ็บและปวด เมื่อมีสิ่งเร้าจะหลั่งสารพวกนิวโรเปปไทด์ (neuropeptide) ออกมา หากสิ่งเร้ามีความแรงถึงขีดความทนของความปวด (pain threshold) จึงจะเกิดการแปลงสัญญาณเป็นพลังงานไฟฟ้า แล้วส่งต่อไปตามใยประสาทจนถึงเซลล์ประสาทรับรู้ตัวแรก (first order neuron) ที่อยู่นอกระบบประสาทไปทางด้านหลัง (dorsal root ganglion cell) พลังประสาทที่เกิดขึ้นจะถูกนำไปตามวิถีประสาทรับรู้เข้าไปในระบบประสาทส่วนกลาง วิถีประสาทขาขึ้นไปสู่สมองใหญ่

2. การส่งผ่านสัญญาณ (transmission) เป็นหน้าที่ของระบบประสาทรับรู้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 เส้นประสาทรับรู้ที่อยู่ปลายนอก (peripheral sensory nerve) คือ แขนงประสาทขาเข้าของเซลล์ประสาทรับรู้ตัวแรก ซึ่งจะนำพลังประสาทและสารนิวโรเปปไทด์ ไปถ่ายทอด

ให้กับกลุ่มเซลล์ประสาทไขสันหลัง เส้นประสาทรับรู้ปลายนอกมี 2 ประเภท คือ เส้นประสาทชนิด เอ เดลต้า (A delta) เป็นเส้นประสาทเล็กที่มีเปลือกหุ้ม สามารถนำพลังประสาทได้เร็ว และเส้นประสาท ซี ที่ไม่มีเปลือกหุ้มจึงทำให้ส่งพลังประสาทได้ช้ากว่าเส้นประสาทชนิด เอ เดลต้า ความแตกต่างในการนำพลังประสาททำให้เกิดการรับรู้ในสมองที่ไม่เท่ากัน การรับรู้ในระยะแรกมีลักษณะแบบแหลมคมและสามารถบอกตำแหน่งได้ ในขณะที่ความรู้สึกในระยะที่สอง มีลักษณะ คือ ปวดและกระจายไปทั่ว

2.2 เซลล์ประสาทในไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn neurons) คือ ตำแหน่งแรกของระบบประสาทส่วนกลางที่รับกระแสสัญญาณจากเส้นประสาทสมองและไขสันหลัง ซึ่งเป็นระบบประสาทส่วนปลาย กลุ่มเซลล์ประสาทรับความรู้สึกอยู่ในส่วนของเนื้อสีเทาด้านหลังของไขสันหลัง โดยกลุ่มเซลล์ประสาทชั้นที่ 1 และ 5 จะรับกระแสสัญญาณจากเส้นประสาทชนิด เอ เดลต้า ส่วนกลุ่มเซลล์ประสาทชั้นที่ 2 จะรับสัญญาณจากเส้นประสาท ซี

2.3 วิธีประสาทรับรู้ขาขึ้น (ascending sensory pathway) คือ วิธีประสาทที่รับใยประสาทมาจากเซลล์ประสาทในไขสันหลังชั้นที่ 1, 2 และ 5 ด้านตรงข้าม เพื่อส่งไปรวมกันที่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) บางส่วนจะส่งแขนงประสาทไปทางสไปโนเรติคูลาร์ (spinoreticular tract) ไปรวมกันที่เรติคูลาร์ ฟอรัมชัน (reticular formation) ในสมองส่วนเมดัลลา (medulla) และพอนส์ (pons) ไปยังทาลามัสและไฮโปทาลามัส (hypothalamus) เชื่อมกับระบบลิมบิก (limbic system) ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน มีการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ และผ่านเข้าสู่สมองส่วนคอร์เท็กซ์ ทำให้เกิดการรับรู้ความเจ็บปวด

3. การปรับสัญญาณ (modulation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อทำให้ความปวดบรรเทาลง โดยนำกระแสประสาทที่ผ่านการแปลผลจากขั้นตอนการรับรู้ความปวดจากสมองส่วนคอร์เท็กซ์ ไปกระตุ้น เอส จี เซลล์ (s-g cell) บริเวณไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) ให้หลั่งสารเอนเคฟาลินส์ (enkephalins) และเอนดอร์ฟิน (endorphins) ซึ่งจะมีผลไปยับยั้งการทำงานของสาร พี (substance P) ทำให้ไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวด แต่ถ้าสารเอนเคฟาลินส์ และเอนดอร์ฟิน หลั่งออกมาไม่เพียงพอที่จะยับยั้งการทำงานของสาร พี ได้หมด สาร พี ที่เหลือจะไปกระตุ้นทำให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมองและเกิดความรู้สึกเจ็บปวด

4. การรับรู้ (perception) เป็นการรับรู้ความปวดที่สมองส่วนคอร์เท็กซ์ ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความรู้สึกที่รับเข้ามาเพื่อแปลผลว่า สิ่งกระตุ้นคืออะไร มีความรู้สึกชนิดใด และระบบลิมบิก จะทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางอารมณ์ โดยสัญญาณประสาทที่ถูกปรับจากกระบวนการเชื่อมต่อสัญญาณประสาทภายในบริเวณส่วนของไขสันหลัง จะถูกส่งไปให้สมองใหญ่ส่วนนอกที่

เป็นเนื้อสีเทาโดยตรง และพร้อมกับการถ่ายทอดสัญญาณประสาทไปที่กลุ่มเซลล์ประสาทของ ทาลามัส จึงทำให้ร่างกายรับรู้ความปวด

จากกลไกการเกิดความปวดที่มีความซับซ้อนและต่อเนื่องเป็นระยะตามลำดับของสิ่ง กระตุ้นความปวด ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและปวดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤต ที่ไม่สามารถบอกรายงานความปวดของตนเองได้

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ความปวดเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตที่พบบ่อยมาก จากภาวะความเจ็บป่วย การ รักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ โดยความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤตเป็นความปวด เฉียบพลัน (Simpson, 2008) การศึกษาของพันทิโลในปี 1990 (Puntillo, 1990 as cited in Young et al., 2006) ที่ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวิกฤตที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยแล้ว 5 วัน จำนวน 24 คน ผู้ป่วย จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 71 ของผู้ป่วยทั้งหมดพบว่าได้รับความปวดขณะพักรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤต การศึกษาของเซสเลอร์, เกรป, และ แรมเซย์ (Sessler, Grap, & Ramsay, 2008) ได้ทำการ รวบรวมข้อมูลการรายงานความปวดของผู้ป่วยวิกฤตพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยวิกฤตที่รายงาน ความปวด มีความปวดระดับปานกลางจนถึงระดับมาก และร้อยละ 15 ของผู้ป่วยวิกฤตไม่พึงพอใจ ต่อการจัดการความปวด และจากการศึกษาของ บรัสเตอร์ และคณะ (Bruster et al., 1994, as cited in Shanon & Bucknall, 2003) ที่ได้ศึกษาสำรวจความปวดของผู้ป่วยวิกฤตในประเทศอังกฤษจำนวน 5150 คน พบว่าร้อยละ 61 ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และร้อยละ 33 ที่ต้องพบกับ ความเจ็บปวดตลอดต่อเนื่องจนเป็นความปวดเรื้อรังตามมา

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

สาเหตุของการเกิดความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีดังนี้ คือ

1. สาเหตุความปวดจากโรค อาการเจ็บป่วย เช่น การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด ภาวะ เจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่เดิม (Simpson, 2008) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยวิกฤตเช่น การผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น จากการศึกษาของ มุลเลอร์ และคณะ (Muller et al., 2000) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดพบว่าร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดนั้นมีประสบการณ์ของความปวด และระดับความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ใน ระดับมาก

2. สาเหตุของความปวดจากการทำหัตถการและกิจกรรมการพยาบาล เช่น การเจาะเลือด การใส่หรือถอดท่อทางเดินหายใจ การทำแผลหรือเย็บแผล การใส่หรือถอดท่อระบายหรือสายสวน หลอดเลือด การใส่ท่อระบายจากทรวงอกหรือจากแผลผ่าตัด จากกิจกรรมพยาบาล เช่น การดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอและการพลิกตะแคงตัว เป็นต้น (Li et al., 2008; Puntillo, Wild, Morris, Thompson, & White, 2002) จากการศึกษาของ อาริโย-โนโว และคณะ (Arroyo-Novoa et al., 2007) พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องได้รับการดูดเสมหะ การดูดเสมหะในผู้ป่วยในแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับความปวด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดจากการดูดเสมหะพบร้อยละ 93 และระดับความปวดที่เกิดจากการดูดเสมหะอยู่ในระดับความปวดปานกลางจนถึงรุนแรง

3. สาเหตุของความปวดจากการจำกัดความเคลื่อนไหว จากพยาธิสภาพของโรคในผู้ป่วยวิกฤต เช่น การใส่อุปกรณ์ในช่วยชีวิต การผูกมัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ และการจัดท่านอนที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดแรงกดทับที่เป็นสาเหตุของความปวดได้ (Simpson, 2008)

ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีดังนี้ คือ

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความปวดที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้มีการกระตุ้นและหลั่งสารเคทีโกลามีน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้ร่างกายตอบสนองโดยการทำงานของหัวใจที่มากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มความต้องการการใช้ออกซิเจน หายใจเร็วขึ้น (Young et al., 2006) ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลต่อแรงดันในช่องปอด ทำให้เกิดแรงดันในช่องปอดเพิ่มขึ้น เพราะความปวดจะทำให้ผู้ป่วยวิกฤตหายใจเร็วขึ้น ไม่อยากไอหรือหายใจแรง ทำให้มีการค้างค้ำของเสมหะ เกิดภาวะปอดแฟบ ภาวะปอดติดเชื้อ จนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงได้ (Erdek, 2003) จากความปวดที่มีผลต่อระบบการหายใจของผู้ป่วยวิกฤตทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ช้า เพิ่มจำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มจำนวนวันอยู่ในหอผู้ป่วยหนักและในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Pun & Dunn, 2007)

ความปวดทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา (Page et al., 1993, as cited in Punillo, Thompson, & White, 2004) ความปวดยังมีผลกระทบต่อนระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เพิ่มการเต้นของหัวใจ



เพิ่มจำนวนของเลือดที่เข้าสู่หัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มการใช้ออกซิเจนในการทำงานมากขึ้น จนทำให้ความปวดเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมขยับตัว ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะในสถานที่ปวด จึงทำให้มีต่อระบบทางเดินอาหารทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน เกิดอาการท้องอืดได้ (Bruster et al., 1994, as cited in Shanon & Bucknall, 2003)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจจากความปวดทำให้เกิดภาวะเครียด ควบคุมการนอนหลับ ผลจากความปวดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลได้ (Shanon & Bucknall, 2003) ความปวดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลจนทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาล พักไม่ได้ คืออุปกรณ์ที่สอดใส่ไว้ในร่างกายออก โดยเฉพาะท่อช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน การหายใจล้มเหลว และทำให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (Young et al., 2006)

ความปวดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลทำให้เกิดการเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายได้ (Li et al., 2009) จึงต้องอาศัยการจัดการความปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมาใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่เหมาะสมประกอบด้วย การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่องและการใช้วิธีบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ (ซัชชัย ปรีชาไว, 2550)

การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีข้อจำกัดในการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง มีความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ จากการได้รับยาระงับความรู้สึก หรือยาสงบประสาททำให้ง่วงซึม จากการผูกมัดและจากการมีความเหนื่อยล้า (Sessler et al., 2008) ดังนั้นในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตจึงแบ่งการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ดังนี้คือ

1. การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถสื่อสารได้และรายงานความปวดของตนเองได้ การประเมินความปวดจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเอง การบอกเล่าความปวดด้วยตัวผู้ป่วยเองเป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงที่สุด (Puntillo et al., 2009) โดยใช้มาตรวัดความปวดดังนี้

1.1 มาตรการวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale [NRS]) แบ่งระดับความรุนแรงโดยใช้มาตรวัดที่กำหนดตัวเลขตั้งแต่ 0-10 หรือ 0-100 โดย 0 หมายถึงไม่มีความปวดเลย และ 10 หรือ 100 หมายถึง ปวดมากที่สุด เพื่อบอกความรุนแรงของความปวดที่กำลังประสบวิธีนี้จะมีตัวเลขกำกับให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยตัวเลขที่เพิ่มขึ้นครั้งละ 1 หรือครั้งละ 10 อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกปวดได้ง่าย มีความเที่ยงตรงสูงและสะดวกต่อการใช้ (Punttillo et al., 2009)

1.2 มาตรการวัดความปวดด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) มาตรวัดนี้เป็นมาตรวัดที่มีความยาวเป็นเส้นตรงยาวประมาณ 10 เซนติเมตร โดยมีคำอธิบายว่า ไม่ปวดเลยอยู่ทางซ้ายสุด และคำอธิบายว่า ปวดมากที่สุดอยู่ทางด้านขวา มาตรวัดนี้ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดของตัวเองโดยกาทาบทางบนเส้นตรงที่แสดงถึงระดับความปวดของตนเอง แต่อาจมีปัญหากับผู้ป่วยที่อายุมากที่มองเห็นไม่ชัดหรือผู้ที่ไม่สามารถหยิบจับอุปกรณ์ใช้กาทาบได้ (สันจิติ โมรากุล, 2549)

1.3 มาตรการวัดความปวดด้วยวาจา (verbal descriptor scale [VDS]) เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยรายงานความรุนแรงของความปวด เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด วิธีนี้จะได้ระดับความปวดแบบคร่าว ๆ แต่ใช้ได้ดีกับผู้ที่ไม่สามารถประเมินความปวดออกมาเป็นตัวเลข เหมาะสำหรับผู้ที่มีความปวดเรื้อรังแต่ผู้ป่วยต้องเข้าใจความหมายของคำ และเหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจะพูดออกเสียงได้ประเมิน โดยการชี้คำหรือการขยับปากพูด (Comley & DeMeyer, 2001)

2. การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ มักจะประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม และการแสดงออกทางสรีรวิทยาทางด้านสัญญาณชีพ การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตจึงมีการพัฒนาเครื่องมือในรูปแบบของการสังเกตพฤติกรรมขึ้น ที่เรียกว่า เครื่องมือประเมินความปวดจากการแสดงออกทางพฤติกรรม (The Behavior Pain Scale [BPS]) (Sessler et al., 2008) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 3 จนถึง 12 คะแนนที่มีการประเมินของ 3 ข้อคือ การประเมินการแสดงออกทางสีหน้า การเคลื่อนไหวของแขน และลักษณะการหายใจที่มีต่อการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ไม่ตอบสนอง จนถึง 4 ตอบสนองมากที่สุด เครื่องมือประเมินความปวดจากการแสดงออกทางพฤติกรรม จึงมีความเหมาะสม เที่ยงตรงและเชื่อมั่นได้ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเท่านั้น (Young et al., 2006)

ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินการสังเกตความปวดจากพฤติกรรมที่ได้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่เรียกว่า เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (The Critical Care Pain Observation Tool [CPOOT]) (Gelinas, Fillion, Punttillo, Veins & Fortier, 2006) เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่สามารถวัดระดับความปวด

ได้สอดคล้องกับระดับความปวดที่ผู้ป่วยบอกเล่าเอง ที่ประเมินทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหวร่างกาย การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และการหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจหรือ การพูดออกเสียงในผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยแต่ละองค์ประกอบที่ประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 คะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 8 (Sessler et al., 2008) และจากการศึกษาของ จิลินส, ฮาเรล, ฟิลลอน, พันทิลโล, และ จอห์นสัน (Gelinass, Harel, Fillon, Puntillo & Johnston, 2009) ที่ได้ศึกษาถึงความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของการใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจจำนวน 105 คนโดยวัดระดับความปวดทั้งในระยะพัก และระดับความปวดในระยะที่มีการเปลี่ยนท่านอน ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว พบว่าสามารถประเมินระดับความปวดได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Gelinass et al., 2009) จึงเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมต่อการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินความปวดต้องทำอย่างสม่ำเสมอจากการศึกษาของ เออร์เด็ค และ โพรโนวอส (Erdek & Pronovost, 2004) พบว่าการใช้ระยะเวลาในการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงในผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่เพิ่มขึ้น และควรมีการประเมินความปวดซ้ำภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด เพราะการบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยาและการบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช้ยาให้ผลของการบรรเทาความปวดที่แตกต่างกัน

การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ต้องเหมาะสมกับระดับความปวดที่ประเมินได้ โดยแบ่งเป็น การบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยา และการบรรเทาปวดด้วยการไม่ใช้ยา

1. การบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยาในผู้ป่วยวิกฤตมีข้อจำกัดที่ระบบการไหลเวียนไม่คงที่ การบรรเทาปวดที่ดีที่สุดคือการใช้ยาโดยการเลือกชนิดยาและวิธีการให้ยาที่เหมาะสม การบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤตคือ วิธีการให้ยาควรเป็นแบบให้ตามระยะเวลาในรอบ 24 ชั่วโมง (around the clock) หรือการให้ยาแบบหยดอย่างต่อเนื่อง (continuous infusion) (Puntillo et al., 2009) การบรรเทาปวดด้วยการใช้ยาสามารถบรรเทาปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้กันมากที่สุดในการบรรเทาอาการปวด แบ่งยาออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1.1 ยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ (opioid analgesics) ยากลุ่มโอปิออยด์ เป็นยาหลักในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะการบรรเทาความปวดหลังการผ่าตัด (ซัชชัย ปรีชาไว, 2550) ยากลุ่มนี้ใช้บรรเทาอาการปวดในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง โดยยามีกลไกการออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยจับกับโอปิเอทส์ รีเซพเตอร์ (opiate receptor) ยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ (Erstad et al., 2009) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1.1.1 ยาโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ได้แก่ โคดีอิน (codeine) ทรามาดอล (tramadol) ใช้ได้ผลดีในการบรรเทาปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

1.1.2 ยาโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioid) ได้แก่ มอร์ฟิน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) เพทิดีน (pethidine) แต่สำหรับเพทิดีนไม่แนะนำให้ใช้ เนื่องจากยาเพทิดีนมีการเมตาบอไลต์เป็นนอร์เพทิดีน ซึ่งถ้าใช้เป็นระยะเวลาานานหรือใช้ในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง หรือผู้ป่วยโรคไตจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อกระตุก และการชักเกร็งได้ (ซัชชัย ปรีชาไว, 2550) ส่วนยามอร์ฟินและเฟนทานิล จากการศึกษาของ พาเยน และคณะ (Payen et al., 2007) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 1,381 คน จากหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 41 แห่งพบว่า มีการใช้ยาเฟนทานิลในการบรรเทาความปวดร้อยละ 30-35 และมีการใช้ยามอร์ฟินร้อยละ 15-20 ซึ่งให้เหตุผลของการใช้ยาเฟนทานิลว่าเป็นยาที่มีคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมันจึงออกฤทธิ์เร็วภายใน 1-2 นาที และมีฤทธิ์นาน 0.5-2 ชั่วโมง และไม่มีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต จึงเหมาะที่จะใช้ในการบรรเทาความปวดในระดับมากและต้องการเห็นผลการบรรเทาความปวดลงทันที และใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีการไหลเวียนของโลหิตไม่คงที่ด้วย ส่วนยามอร์ฟินเป็นยาที่ละลายได้ดีในน้ำจึงทำให้ออกฤทธิ์ช้ากว่ายาเฟนทานิล โดยที่ยามอร์ฟินจะออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาทีแต่มีฤทธิ์ยาวนานถึง 4 ชั่วโมง ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น กดศูนย์การหายใจ ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เป็นต้น เนื่องจากยาโอปิออยด์ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายทางตับและไต จึงควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องการทำงานของตับและไต จึงต้องมีการติดตามอาการและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและให้การรักษาตามอาการที่เหมาะสม (Sessler & Varney, 2008) ยาโอปิออยด์ชนิดนี้ออกฤทธิ์บรรเทาปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง

1.2 ยาบรรเทาปวดชนิดไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioid) ได้แก่ ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) และ ยาอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) ยากลุ่มนี้ใช้บรรเทาความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ไม่นิยมในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงมาก มีฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด ทำให้มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เกิดภาวะไตวายและยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดมีอาการกำเริบได้ (วรรณวิมล แสง โชติ, 2552)

ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือ ยาพาราเซตามอล (paracetamol) มีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) ในระบบประสาทส่วนกลางจึงมีฤทธิ์บรรเทาปวดและลดไข้มากกว่าฤทธิ์ด้านการอักเสบ และใช้ได้ผลดีในการบรรเทาความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง สามารถใช้เสริมกับยากลุ่มโอปิออยด์ทำให้ลดขนาดของยากลุ่มโอปิออยด์ได้ (สัจฉิต โมรากุล, 2549)

2. การบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือวิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย และวิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ (Potter & Perry, 2001)

2.1 วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย การควบคุมอาการปวดโดยไม่ใช้ยามีวิธีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสบาย พื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของร่างกายต่ออาการปวด (นวลสกุล แก้วฉาย, 2545) มีหลายวิธีดังนี้

2.1.1 การจัดทำผู้ป่วย การจัดทำนอนที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ส่งเสริมการนอนหลับบรรเทาอาการเหนื่อยล้าของร่างกาย

2.1.2 การนวด เป็นการส่งเสริมการเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ โดยการนวดทำให้ร่างกายผ่อนคลายและสบาย การนวดจะกระตุ้นร่างกายให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินมากขึ้น และยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทของเส้นประสาทขนาดเล็กเอ เดลต้าและซี และกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่เอ-เบต้า ให้ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นเซลล์เอสจีให้ยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทไปประสานกับทีเซลล์ ทำให้กลไกการควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด (Potter & Perry, 2003) การนวดยังกระตุ้นประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) ทำให้เกิดผลต่อ ระบบผิวหนัง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบน้ำเหลือง และระบบประสาท โดยการนวดมีผลทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและกระดูก หลอดเลือดบริเวณผิวหนังขยายตัว เพิ่มการไหลเวียนเลือดเฉพาะที่เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น จึงทำให้อาการบวมตึงของเอ็นและการยึดติดของเนื้อเยื่อลดลง กระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหารและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น จากการศึกษาผลการนวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Piotrowski et al., 2003) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและทรวงอกหลัง 24 ชั่วโมงแรกพบว่าระดับความพึงพอใจต่อการควบคุมความปวดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งให้เห็นว่าการนวดมีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.3 การสัมผัส เป็นการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่คล้ายกับการนวดจึงทำให้เกิดการกระตุ้นเซลล์เอสจี ในไขสันหลังให้ทำงาน และมีการยับยั้งหรือปิดกั้นกระแสประสาทความเจ็บปวดที่ไขสันหลังร่วมกับการแปลผล และให้ความหมายของการสัมผัสในระบบ



ควบคุมส่วนกลาง ซึ่งทำให้เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจ และเกิดการส่งสัญญาณจากระบบควบคุมส่วนกลางมาปิดประตูในระดับไขสันหลัง นอกจากนี้ตามทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายในพบว่าเมื่อเส้นประสาทขนาดใหญ่ถูกกระตุ้นโดยการสัมผัสจะเกิดการปล่อย สารเอนเคฟาลินส์และเอนโดฟินส์ ให้มาขัดขวางการทำงานของสาร พี หยุคส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดสู่สมอง ทำให้ความปวดลดลง

2.2 วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ เป็นวิธีที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถเผชิญกับประสบการณ์ความเจ็บปวดและช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตัวเองได้มากขึ้น หรือเป็นวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่อความเจ็บปวด มีหลายวิธี คือ

2.2.1 การสอนหรือการให้ข้อมูล การสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความปวด เป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (McDonald, Laporta, & Meadows-Oliver, 2007)

2.2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) หมายถึงวิธีการที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความสนใจ หรือการดึงจุดความสนใจของบุคคลนั้นมาสู่สิ่งกระตุ้นที่จัดกระทำให้มากกว่าการรับรู้ความปวดที่กำลังเกิดขึ้น ทำให้บุคคลสนใจความปวดลดลงและหันเหไปรับสิ่งกระตุ้น โดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ความพึงพอใจในสิ่งกระตุ้นจะทำให้เกิดการหลั่งสารเอนเคอร์ฟินส์ที่เป็นสารยับยั้งความปวด ดังนั้นการเบี่ยงเบนความสนใจจึงสามารถลดการรับรู้ความปวดและเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวดโดยอาจจัดการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดู (visual distraction) เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น การฟัง (auditory distraction) เช่น ฟังดนตรีหรือเรื่องขำขัน เป็นต้น

การใช้ดนตรีในการช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ จากการศึกษาของ คิปีดา และคณะ (Cepeda et al., 2006, as cited in Estrad et al., 2009) ที่ทำการศึกษากการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับการใช้ดนตรีในการช่วยบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 510 คนจากงานวิจัย 14 งานที่ทำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาการใช้ดนตรีบำบัดกับระดับความปวด ผลจากการศึกษาพบว่าการใช้ดนตรีบำบัดมีผลช่วยลดระดับความปวดโดยร้อยละ 50 ระดับความปวดลดลง และศึกษาจากการใช้ดนตรีบำบัดกับการใช้ยาโอปิออยด์ ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้ดนตรีบำบัดมีการใช้ยาโอปิออยด์ลดลง

2.2.3 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation technique) หมายถึง วิธีการที่ทำให้เกิดภาวะที่ร่างกายปราศจากความตึงเครียด ซึ่งเป็นการลดการเร้าทางอารมณ์ร่วมกับมีการผ่อนคลาย

คล้ายของกล้ามเนื้อ จึงลดความปวดได้ เช่น การทำสมาธิ การสร้างจินตภาพ เป็นต้น ตัวอย่างงานวิจัยทางการแพทย์ การศึกษาผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 29 คน โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คนได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการสอนและการกระตุ้นให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจลึกๆ ซ้ำๆ (deep-breathing relaxation) ในวันที่ 1 ก่อนการผ่าตัด และในวันที่ 2 และ 3 วันแรกหลังการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของความปวด อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิตลดลง (Good et al., 2001) และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ในการบรรเทาความปวดในช่วงระยะ 10 ปี จากปี 1996 จนถึงปี 2006 พบว่า การใช้เทคนิคการผ่อนคลายสามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของความปวด (Erstad et al., 2009)

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตต้องอาศัยการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบของแนวปฏิบัติที่จัดทำอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Helm & Barone, 2008; Puntillo et al., 2009) การปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกถือเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติหรือทีมผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานได้ง่าย สะดวก เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจให้การดูแลได้ถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุม ทำให้เกิดคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และผู้ใช้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีลักษณะสำคัญ 3 ประการได้แก่ 1) การบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในขณะที่ใดขณะหนึ่ง 2) การบูรณาการอย่างเป็นระบบร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิก และ 3) ค่านิยมหรือความเชื่อของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึงชุดของข้อเสนอแนะที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยรวบรวมข้อเสนอแนะมาจากการปฏิบัติของผู้เชี่ยวชาญและความรู้จากงานวิจัย เพื่อช่วยในการตัดสินใจของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ทางคลินิก (Field & Lohr as cited in NHMRC, 1999)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นกระบวนการที่ต้องจัดทำอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ปัจจุบันมีการรวบรวมความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยมาจัดทำในรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิก มาตรฐานทางคลินิกในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ถูก

พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และใช้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทยคือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ได้พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่สามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ การทบทวนวรรณกรรม ข้อเสนอทางคลินิกที่เป็นแนวปฏิบัติของสถาบันและหน่วยงานที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวดทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาพัฒนามาตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) มีการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) โดยอิงของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย และจัดระดับข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) ในการนำไปใช้ตามการจัดระดับข้อเสนอแนะของสถาบันโจแอนนาบิกส์ (Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม ใช้ประกอบการตัดสินใจให้การดูแลความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ผู้ศึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation [AGREE]) ซึ่ง ฉวีวรรณธงชัย (2547) แปลเป็นฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ 5) การประยุกต์ใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านแนวปฏิบัติทางคลินิก และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทำการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกแล้ว มีความคิดเห็นในแต่ละหมวดได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 75 ผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบ โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตกำหนดผลลัพธ์ไว้คือ ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ผลของการบรรเทาความปวดดี และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดดีขึ้น โดยได้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้และศึกษาถึงผลลัพธ์ที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในกลุ่มก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของตัวชี้วัดการได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทาง

คลินิกเพิ่มขึ้นทุกตัวชี้วัด ผลของการบรรเทาความปวดของกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่าผลของการบรรเทาความปวดลดลงทั้งหมดถึงร้อยละ 21.05 และลดลงมากร้อยละ 47.3 และในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีอาการสงบและพักได้สูงถึงร้อยละ 98.06 สำหรับผลลัพธ์ทางด้านความพึงพอใจมีค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเท่ากับ 10.0 ในขณะที่กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผลของการบรรเทาความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ ผลของการบรรเทาความปวดลดลงทั้งหมดเพียงร้อยละ 13.33 ผลของการบรรเทาความปวดลดลงมากร้อยละ 26.67 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้มีอาการสงบและพักได้ร้อยละ 88.89 และคะแนนความพึงพอใจมีค่ามัธยฐานเพียง 7.70 (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554) ผู้ศึกษาและทีมงานในหน่วยงานจึงลงมตินำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ในหน่วยงาน

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชิงใหม่ ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

1.1 ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายต้องได้รับการหาสาเหตุของความปวดที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้นและได้รับประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

1.2 ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายต้องได้รับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นและได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม (appropriate pain management)

1.3 ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายต้องได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสมขณะทำหัตถการหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความปวด

1.4 ผู้ป่วยวิกฤตที่มีความปวดและไม่สามารถจัดการความปวดได้โดยง่าย เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลควรทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (advocate) ในการปรึกษากับแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม

1.5 การจัดการความปวดควรคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ประสบการณ์ความปวดในอดีต ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถในการเผชิญกับความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย

2. การประเมินความปวด

2.1 ประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอโดยใช้มาตรวัดความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายและมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ

2.2 ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

2.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลเลือกเครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายโดยคำนึงถึงพัฒนาการ ความรู้คิด อารมณ์และปัจจัยทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย

2.4 ใช้การบอกความปวดด้วยตัวเอง (self report) ในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวและสามารถบอกความปวดได้ด้วยตัวเอง โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (NRS) เป็นเครื่องมือประเมินความปวด

2.5 ใช้การสังเกตพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดความปวดสำหรับประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถบอกความปวดได้ด้วยตัวเอง

2.6 เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (CPOT) เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่สามารถวัดระดับความปวดได้สอดคล้องกับระดับความปวดที่ผู้ป่วยบอกเอง

2.7 ประเมินความปวดซ้ำภายหลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยปฏิบัติดังนี้

2.7.1 การบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดชนิดฉีด ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที หลังได้รับยา

2.7.2 การบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดชนิดรับประทาน ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 60 นาที หลังได้รับยา

2.7.3 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที หลังให้การบรรเทาความปวด

3. การบรรเทาความปวด

3.1 การบรรเทาความปวดด้วยยา

3.1.1 เลือกใช้ยาระงับปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากชนิดของความปวด ระดับความปวด ผลข้างเคียงของยาระงับปวด ข้อควรระวังในการใช้ยา สภาพการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่าย

3.1.2 เลือกใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟีน และเฟนทานิลเป็นยาระงับปวดในผู้ป่วยวิกฤต

3.1.3 เลือกใช้ยาระงับปวดให้เหมาะสมกับระดับความปวดที่ประเมินได้

3.1.3.1 ปวดระดับเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3 ประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-10 และคะแนนความปวด 1-2 ประเมินจากเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8) ใช้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid analgesics) เช่น พาราเซตามอล หรืออะเซตามิโนเฟน

1) พาราเซตามอลมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดชนิดเฉียบพลันได้ดี

2) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยาพาราเซตามอล ควรพิจารณาให้ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์

3.1.3.2 ปวดระดับปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6 ประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-10 และคะแนนความปวด 3-5 ประเมินจากเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8) ใช้ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid analgesics) เช่น ทรามาดอล หรือยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioid analgesics) เช่น มอร์ฟีน และเฟนทานิล

3.1.3.3 ปวดระดับมาก (คะแนนความปวด 7-10 ประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-10 และคะแนนความปวด 6-8 ประเมินจากเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8) ใช้ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง เช่น มอร์ฟีน และเฟนทานิล

3.1.4 เฟนทานิล เป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์เร็ว เหมาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่มีความปวดอย่างรุนแรง

3.1.5 เฟนทานิล เป็นยาระงับปวดที่นิยมใช้ในผู้ป่วยวิกฤตที่การไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (hemodynamic unstable) หรือในผู้ป่วยที่ไตพร่องการทำงาน

3.1.6 การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤตควรให้ยาชนิดทางหลอดเลือดดำ การให้ยาคด้วยวิธีทางอื่นต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพในการดูดซึมของยาร่วมด้วย

3.1.7 การให้ยาระงับความปวดแบบฉีดเป็นครั้งคราวหรือให้แบบหยดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ ควรพิจารณาจากความถี่ของการเกิดความปวดและระดับความปวดที่ประเมินได้

3.1.8 การให้ยาระงับปวดโอปิออยด์ควรให้ตามระยะเวลาในรอบ 24 ชั่วโมง (around the clock) หรือให้แบบหยดอย่างต่อเนื่อง (continuous infusion) มากกว่าการให้เมื่อผู้ป่วยต้องการ (as needed)

3.1.9 ให้การบรรเทาความปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ ภายใน 15 นาที ภายหลังจากประเมินความปวด

3.1.10 ใช้การประเมินระดับง่วงซึม (sedative level) เป็นตัวบ่งบอกภาวะระบบทางเดินหายใจถูกกดเมื่อผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์

3.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

3.2.1 ใช้การบรรเทาความปวดด้วยยา ร่วมกับการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

3.2.2 เมื่อใช้การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณา ดังนี้

3.2.2.1 ใช้การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เมื่อผู้ป่วยได้รับการบรรเทา

ความปวดด้วยยา รับประทานอย่างเพียงพอ

3.2.2.2 การเลือกวิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณาจาก

ความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย และเป้าหมายในการบรรเทาความปวด

3.2.2.3 การใช้วิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณาข้อห้าม

ในการใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย

3.2.3 การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การใช้ยา จะช่วยลดระดับความ

ปวดลงได้

3.2.4 กลยุทธ์การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

3.2.4.1 วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย

1) การจัดท่า (positioning)

2) การสัมผัส (touch) เช่น การจับมือ จับแขนหรืออุบเบา ๆ

ที่มือและแขนของผู้ป่วย

3.2.4.2 วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ

1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยการดูแลอย่างใกล้ชิด แสดงความเห็นใจ เข้าใจ และปลอบโยนให้กำลังใจ ขณะที่ผู้ป่วยมีความปวด

2) การสอนหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด

3) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้สึกลับแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ทำหัตถการหรือกิจกรรม (sensory procedural information) ที่ก่อให้เกิดความปวด ร่วมกับการบรรเทาความปวดด้วยยา มีผลในการลดความปวดและความเครียดลงได้

4) การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังดนตรีหรือเรื่องขำขันหรือเรื่องที่ชอบ เล่นเกมส์ ทำงานที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด



4.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะทำให้การจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้วิธีบรรเทาความปวดเพียงอย่างเดียว

4.2 ผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวควรได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ได้แก่ สาเหตุของการเกิดความปวด การประเมินความปวด วิธีจัดการความปวด และการมีส่วนร่วมในการบรรเทาความปวด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสามารถควบคุมความปวดได้ดีขึ้น

4.3 บุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตควรมีความรู้เกี่ยวกับความปวดและการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด เพื่อช่วยให้มีการพัฒนาการประเมินความปวด การจัดการความปวด และการใช้ยาระงับปวด

5. การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก

5.1 มีการวางแผนการรักษาและกำหนดเป้าหมายการบรรเทาความปวดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการจัดการความปวดที่สอดคล้องและต่อเนื่อง

5.2 มีการติดตามประเมินผลของการบรรเทาความปวดและผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาระงับปวดภายใน 30-60 นาที

5.3 เมื่อจัดการความปวดไม่สำเร็จหรือผลของการบรรเทาความปวดไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำเพื่อวินิจฉัยและวิเคราะห์หาสาเหตุของความปวด

5.4 การจัดการความปวดเฉียบพลันจะสำเร็จผลได้ต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

5.5 มีระบบการบันทึกเกี่ยวกับความปวดอย่างชัดเจน โดยมีการบันทึกครอบคลุมทั้งการประเมินความปวด วิธีจัดการความปวด และการประเมินความปวดซ้ำ

6. การพัฒนาคุณภาพบริการ

6.1 มีระบบติดตามกำกับเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง

6.2 มีการติดตามประเมินผลลัพธ์และรวบรวมตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวดอย่างสม่ำเสมอ โดยทำการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพเกี่ยวกับความปวดเป็นประจำทุกเดือน

6.3 มีระบบบันทึกและตรวจสอบข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง

6.4 มีการติดตามประเมินความคิดเห็นและความต้องการของบุคลากรที่มสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะ

6.5 มีการศึกษาผลการวิจัยหรือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกตลอดจนถึง การทบทวนและปรับปรุงคู่มือการจัดการความปวดและแบบบันทึกการจัดการความปวด

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและการประเมินผล

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทีม ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต้องมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อให้เกิด ความร่วมมือในการปฏิบัติ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ตามแนวปฏิบัติ (NHMRC, 2000) การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการปฏิบัติที่เป็น ไปในแนวเดียวกัน เพื่อต้องการให้เกิดผลลัพธ์ เดียวกัน และมีการดำเนินการตามขั้นตอนของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศ ออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติ ทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก

การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิกดังนี้ (NHMRC, 1999)

1. การทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งที่เข้าถึงง่าย แนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีการ จัดทำในรูปแบบและชนิดที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยจะต้องมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะ และหลักฐานในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ

2. การจัดพิมพ์เผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งบทความเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทาง คลินิก สามารถที่จะจัดพิมพ์เผยแพร่ได้ในหลายรูปแบบ เช่น หนังสือคู่มือ แผ่นพับ หนังสือเวียนใน หน่วยงาน แผ่นป้ายประกาศ บอร์ดวิชาการ การเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตหรือ อินทราเน็ตภายใน หน่วยงาน สื่อวิทยุ วิดีโอ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

3. การให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยการจัดประชุมวิชาการหรือการจัดประชุมใน หน่วยงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยอาศัยการใช้กลยุทธ์ หลายรูปแบบ เช่น การจัดประชุมในหน่วยงาน การจัดประชุมวิชาการ การสัมมนา เป็นต้น

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายและทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้หลายวิธีร่วมกันและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติจึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ (NHMRC, 2000) คือ

1. การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจและเกิดความมีส่วนร่วมในการที่จะนำแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสู่การปฏิบัติ

2. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านต่างๆ เช่น ผู้ที่ติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกประจำวัน ผู้ประเมินผล และผู้ช่วยในกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ โดยคุณสมบัติของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านต่างๆ ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้คือ

2.1 ภาวะผู้นำ ผู้นำจะเป็นผู้มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยต้องมีคุณสมบัติในการที่เป็นผู้นำ หรือมีความสามารถในการเหนี่ยวนำเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้เข้าใจในหลักการ และช่วยติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งผู้นำต้องเป็นผู้สนับสนุนให้มีการใช้แนวปฏิบัติและประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติได้ทั้งรูปแบบทางการและไม่เป็นทางการ

2.2 ต้องมีความเชี่ยวชาญทางด้านคลินิก เป็นผู้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องการปฏิบัติ

2.3 ต้องมีความสามารถและมีเวลาในการเฝ้าติดตามการใช้แนวปฏิบัติประจำวัน การสรุปเหตุการณ์ประจำวัน มีความกระตือรือร้น และมีความสามารถในการกระตุ้นผู้ปฏิบัติคนอื่นให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3. วิเคราะห์สถานการณ์ โดยหาความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบัน ผลลัพธ์ในปัจจุบัน กับมาตรฐานที่ควรจะเป็น และผลลัพธ์ที่ควรจะเป็น และแนวทางปฏิบัติที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์สถานการณ์ทำให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์ และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ

4. วิเคราะห์ผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่
 - 4.1 ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ
 - 4.2 บุคคลที่มีอำนาจการตัดสินใจด้านนโยบาย คือ หัวหน้าผู้บังคับบัญชา ซึ่งมีส่วนสำคัญการพัฒนา นโยบายในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
 - 4.3 บุคคลที่มีอำนาจการตัดสินใจด้านบริหาร คือ กลุ่มบุคคลระดับผู้บริหาร
 - 4.4 บุคคลที่มีอำนาจการตัดสินใจด้านคลินิก โดยมีหน้าที่ในการรับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระยะเริ่มต้น จนถึงขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติ และกลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ
5. กำหนดเป้าหมายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อสามารถวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้
6. การค้นหาอุปสรรคที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนด้วยกัน คือ อุปสรรคจากระบบ อุปสรรคจากวิชาชีพ อุปสรรคจากลักษณะบุคคล เช่น ความรู้และทักษะของการใช้แนวปฏิบัติ การค้นหาอุปสรรคสามารถทำได้โดย การสัมภาษณ์ การสังเกต การทำกลุ่ม
7. การค้นหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อความคุ้มค่า คุ่มทุน โดยทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติที่ผ่านมาเกี่ยวกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุใดเพื่อหาแนวทางและกระบวนการแก้ไขแก้ปัญหาที่ตรงเป้าหมาย
8. การใช้กลยุทธ์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (NHMRC, 2000) มีดังนี้
 - 8.1 การตรวจเยี่ยมการปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ (education outreach visit) ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้ให้ข้อมูลคำแนะนำ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก และส่งเสริมให้เกิดการร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ
 - 8.2 การจัดให้มีระบบช่วยตัดสินใจและเตือนความจำ (decision-support systems and other reminders) การเตือนความจำเกี่ยวกับการสังเกต การประเมิน การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติที่ทำสัญลักษณ์ที่โดดเด่น การทำแผนผังของระบบ การมีป้ายเตือนความจำเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติและการตัดสินใจ หรือการใช้ระบบของคอมพิวเตอร์ในการตัดสินใจเช่น การตัดสินใจของแพทย์ในการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น
 - 8.3 การเรียนรู้ร่วมกัน (interactive education meeting) ผู้ที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติควรมีการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเรียนรู้ปัญหา หรือข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเข้าใจที่ตรงกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยผ่านการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญมาเป็นวิทยากร เช่นการอภิปรายกลุ่ม การจัดประชุมกลุ่มย่อย

8.4 การใช้หลายวิธีร่วมกัน (multifaceted interventions) การใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันจะก่อให้เกิดความสำเร็จเนื่องจากแต่ละวิธีมีความเหมาะสมกับแต่ละลักษณะของกลุ่มผู้ปฏิบัติ เช่น การใช้วิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ร่วมกับการใช้ระบบเตือนความจำ การทำข้อตกลงในหน่วยงานร่วมกับการประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน ซึ่งการรวมกันหลายวิธีการช่วยในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการการปฏิบัติได้

8.5 การจัดทำสื่อต่างๆให้กับกลุ่มเป้าหมาย(mass media intervention)เป็นการประชาสัมพันธ์จะช่วยให้มีการเผยแพร่การปฏิบัติได้อย่างกว้างขวางขึ้น โดยจะต้องใช้สื่อที่เข้าถึงง่ายเหมาะสมกับกลุ่มผู้ปฏิบัติเช่นการจัดทำวารสารวิชาการ การให้ข้อมูลทางสื่อวิทยุเสียงตามสาย การจัดทำแผ่นรูป การจัดทำบอร์ดวิชาการ เป็นต้น

8.6 การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นความต่อเนื่องของกระบวนการเพื่อให้ทราบข้อมูลย้อนกลับจากการปฏิบัติ ระยะเวลาของการปฏิบัติ ที่มีการเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติ ซึ่งสามารถทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และผลของการปฏิบัติที่ต้องการทำให้เกิดขึ้น

8.7 การใช้ชมติของผู้นำ (the use of local opinion leaders) ผู้นำเป็นผู้ซึ่งพิทักษ์ผลประโยชน์ขององค์กร มีอำนาจการตัดสินใจในบางเรื่องอาทิจัดหาเครื่องมือ และอุปกรณ์เทคโนโลยีในองค์กร การใช้ชมติของผู้นำนั้นต้องการแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ดีที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ และมีการแสดงออกที่เหมาะสม

8.8 การทำข้อตกลงร่วมกัน (local consensus processes) เพื่อทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และเกิดความมีส่วนร่วมในการใช้แนวปฏิบัติ

8.9 การปฏิบัติโดยมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (consumer-mediated intervention) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยตรง การจัดกลุ่มให้คำปรึกษา การจัดทำสื่อต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพ

8.10 การใช้สื่อให้ความรู้ (education materials) การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติด้วยโดยมีรูปแบบของการให้ความรู้ เช่น การทำสื่อทางวิทยุ สื่อทางอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดทำเอกสารวิชาการ โดยจัดทำหลายรูปแบบรวมกันเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูล เข้าใจและเกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้

8.11 การจัดอบรม (didactic educational sessions) ใช้วิธีการนี้ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ หรือผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่ได้ โดยการจัดประชุมให้ความรู้ อาจจัดเป็นการประชุมกลุ่มย่อย การสอนเป็นรายบุคคล การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยมีกลยุทธ์ที่หลากหลาย

หลายที่ครอบคลุมเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้เกิดความรู้ และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ และมีส่วนร่วม โดยมีหลักสำคัญ คือ การกำหนดวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อที่จะพัฒนาผลลัพธ์ เนื้อหา กิจกรรม การประเมิน การเรียนรู้ การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และการประเมินผล

8.12 การให้รางวัลและการลงโทษ (financial incentives and penalties) การมีผลตอบแทนที่แตกต่างกันเมื่อมีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ผู้ปฏิบัติจะมีการตอบสนองต่อค่าตอบแทนหรือรางวัลโดยตรง ถ้าผู้ปฏิบัติทางคลินิกมีแรงจูงใจ จำเป็นต้องมีสิ่งกระตุ้นเพิ่มเติม เช่น ค่าตอบแทน การได้รับคำชมเชย การได้รับการสนับสนุนทางด้านการอบรมหรือศึกษาต่อ เป็นต้น

8.13 การบริหารจัดการ (administrative interventions) การบริหารจัดการมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการส่งเสริม หรือผลักดัน ผู้ที่ฝึกปฏิบัติทางด้านสุขภาพให้มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติที่เป็นอยู่ รวมถึงการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เป็นส่วนประกอบหนึ่งของการประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นงานประจำในการดูแลผู้ป่วย และผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกแก่หน่วยงานจะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในกาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถใช้ผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมาเป็นข้อมูลสำหรับการตรวจสอบและรับรองคุณภาพจากสถาบันภายนอกหน่วยงานและภายนอกโรงพยาบาลได้

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญที่จะทำให้รู้ถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย การประเมิน 2 ด้าน (NHMRC, 1999) คือ

1. การประเมินผลด้านกระบวนการ เพื่อตรวจสอบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีปัจจัยอะไรที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้ ในการประเมินผลการประเมินกระบวนการสามารถประเมินได้จากการสังเกต การตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในแต่ละหมวดของแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งผลจากการประเมินกระบวนการนี้อาจจะมีผลในการพัฒนากลยุทธ์ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การประเมินผลด้านผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งการประเมินผลลัพธ์นี้ จะประเมินได้ตามวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ตั้งไว้ อาจเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นหรือระยะยาว ซึ่งต้องมีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ

เพื่อบ่งบอกถึงความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้ เนื่องจากเป็นผลจากการปฏิบัติ การดูแล และเป็นเครื่องมือในการวัดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ เกิดขึ้น

สำหรับการศึกษาค้างนี้เป็นการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยการเปรียบเทียบการ เปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่ง กำหนดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตดังนี้คือ ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ผลของการบรรเทาความปวด และความพึง พอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการจัดการความปวด

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ผลลัพธ์ที่กำหนดในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วย วิกฤต ค้างนี้ คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม 2) ผลของการบรรเทา ความปวด 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวด

ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม

เป้าหมายของการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต คือผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวด อย่างเหมาะสม (appropriate pain management) โดยต้องมีการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องให้ การบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามความปวดอย่างต่อเนื่องที่เข้ารับการรักษาน ในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่นเดียวกับการติดตามสัญญาณชีพ (ซัชซัย ปรีชาไว, 2550) การจัดการความปวด อย่างเหมาะสมตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2552) ประกอบด้วยตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

1. การได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หมายถึง การติดตามประเมิน ระดับความปวดของผู้ป่วยวิกฤตตามช่วงเวลาอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง จากการศึกษาของ เออร์เด็ค และ โพรโนโวส (Erdek & Pronovost, 2004) พบว่าการใช้ระยะเวลาในการประเมินความปวดและ จัดการความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงในผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินความ ปวดเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 71 และการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 97

2. การได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสม หมายถึง มีการใช้มาตรวัดความปวดที่มีความตรง และความเชื่อมั่นในการประเมินความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) ประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถบอกความปวดได้ด้วยตัวเอง และใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (CPOT) ประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับความรู้สึกลดลงหรือไม่สามารถบอกความปวดได้ด้วยตัวเอง

2.1 ประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถบอกความปวดได้ด้วยตัวเอง โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้ได้ผลดี ใช้งานง่ายและมีความเที่ยงตรงต่อระดับความปวดของผู้ป่วยได้ดีที่สุด (Sessler et al., 2008) และการใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบมาตรวัดความปวดแบบตัวเลขเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงที่สุดในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่สามารถสื่อสารได้ โดยแบ่งตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด 1-4 ปวดระดับเล็กน้อย 5-6 ปวดระดับปานกลาง และ 7-10 ปวดระดับรุนแรง (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2552)

2.2 เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (CPOT) ใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่มีความรู้สึกลดลงและไม่สามารถใช้การประเมินความปวดได้ด้วยตัวเอง เพราะเป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่สามารถวัดระดับความปวดได้สอดคล้องกับระดับความปวดที่ผู้ป่วยบอกเล่าเอง (Sessler et al., 2008) มาตรวัดชนิดนี้แบ่งการสังเกตพฤติกรรมเป็น 4 หมวด แต่ละหมวดมีคะแนน 0-2 คะแนนต่ำสุด คือ 0 และสูงสุด คือ 8 โดยแบ่งระดับความปวดดังนี้ 1-2 ปวดระดับเล็กน้อย 3-5 ปวดระดับปานกลาง และ 6-8 ปวดระดับรุนแรง มีรายละเอียดดังนี้ (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2552)

หมวดที่ 1 การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression)

- | | |
|--|---------|
| 1.1 ผ่อนคลาย หน้าเรียบเฉย (relaxed, neutral) | คะแนน 0 |
| 1.2 หน้าตึงเครียด (tense) | คะแนน 1 |
| 1.3 หน้าบึ้ง (grimacing) | คะแนน 2 |

หมวดที่ 2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movements)

- | | |
|---|---------|
| 2.1 ไม่มีการเคลื่อนไหว (absence of movements) | คะแนน 0 |
| 2.2 ปกป้องบริเวณที่ปวด (protection) | คะแนน 1 |
| 2.3 พักไม่ได้ (restlessness) | คะแนน 2 |



หมวดที่ 3 การเกร็งของกล้ามเนื้อ (muscle tension) ประเมินจากการเหยียดและจอแขน

- | | | |
|-----|--|---------|
| 3.1 | ผ่อนคลาย (relaxed) | คะแนน 0 |
| 3.2 | ตึง แข็ง (tense, rigid) | คะแนน 1 |
| 3.3 | ตึง แข็งเป็นอย่างมาก (very tense or rigid) | คะแนน 2 |

หมวดที่ 4

4.1 การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (compliance with the ventilator) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อทางเดินหายใจ

4.1.1 หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (tolerating ventilator)

คะแนน 0

4.1.2 มีอาการไอ แต่สามารถหายใจพร้อมเครื่องช่วยหายใจได้

(coughing but tolerating) คะแนน 1

4.1.3 มีการต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting ventilator) คะแนน 2

4.2 การเปล่งเสียง (vocalization) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อทางเดินหายใจ

4.2.1 พูดย้ำด้วยน้ำเสียงปกติ (normal tone) คะแนน 0

4.2.2 ถอนหายใจ ร้องคราง (sighing, moaning) คะแนน 1

4.2.3 ร้องไห้ สะอื้น (crying out, sobbing) คะแนน 2

3. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาที หมายถึง การที่ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลเพื่อให้ความปวดลดลงทั้งวิธีการใช้ยาหรือวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาภายใน 15 นาที ภายหลังจากการประเมินความปวดและพบว่าผู้ป่วยต้องได้รับการบรรเทาความปวด จากการศึกษาของคอมลีย์และ คิเมเยอร์ (Comley & DeMeyer, 2001) การให้การบรรเทาความปวดทันทีหรือภายใน 15 นาที หลังจากการประเมินความปวด ทำให้มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด

4. ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสม หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับความรุนแรงของความปวดที่ประเมินได้ โดยครอบคลุมถึงการได้รับยาระงับปวดตามวิถีทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายและได้รับการดูแลเสริมด้วยวิธีไม่ใช่ยาอย่างเพียงพอ การเลือกวิธีการบรรเทาความปวดที่เหมาะสมกับระดับความปวดของผู้ป่วยทำให้ลดระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยได้ (Pun & Dunn, 2007) การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤตควรใช้วิธีบรรเทาความปวดด้วยยา ยาระงับปวดที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (Simpson, 2008) และวิถีทางให้ยาที่เหมาะสมคือ การให้

ยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำ แบบหยดอย่างต่อเนื่องหรือให้ตามระยะเวลาในรอบ 24 ชั่วโมง (Erstad et al., 2009)

5. การได้รับการประเมินความปวดซ้ำในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม หมายถึง การติดตามประเมินระดับความปวด และผลการบรรเทาความปวดภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด ดังนี้ การบรรเทาความปวดด้วยยาฉีดทางหลอดเลือดดำประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที การบรรเทาความปวดด้วยยาชนิดรับประทาน ประเมินความปวดซ้ำภายใน 1 ชั่วโมง และการบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาทีภายหลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวด ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาควรได้รับการประเมินความปวดซ้ำ โดยการบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดชนิดฉีด ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 15-30 นาที การบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดชนิดรับประทาน ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 60 นาที และการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที ภายหลังให้การบรรเทาปวด (Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2008) การประเมินความปวดซ้ำในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมภายหลังได้รับการบรรเทาความปวดทำให้ได้รับการประเมินและการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง (Gelinas et al., 2004)

6. การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ หมายถึง การบันทึกเกี่ยวกับความปวดครอบคลุมทั้งการประเมินความปวด การบรรเทาความปวดและการประเมินความปวดซ้ำในรอบ 24 ชั่วโมง โดยการบันทึกต้องระบุระดับความปวดเป็นตัวเลขและมีการบันทึกอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ระบุวิธีการบรรเทาความปวดทุกครั้งซึ่งผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวด ถ้าเป็นการบรรเทาความปวดด้วยยาต้องระบุชื่อยา ขนาดที่ใช้ และวิถีทางให้ยา และระบุระดับความปวดที่ได้จากการประเมินความปวดภายหลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวด รวมถึงการบันทึกผลการบรรเทาความปวดภายหลังได้รับการจัดการความปวดด้วยวิธีการต่างๆ เนื่องจาก การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดมีผลทำให้มีการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาในการจัดการความปวด และช่วยในการทำให้เกิดการจัดการความปวดอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ (Shanon & Bucknall, 2003)

การจัดการความปวดอย่างเหมาะสมทั้ง 6 ตัวชี้วัดสามารถประเมินได้โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตของ สุภภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552)

ผลของการบรรเทาความปวด

ผลของการบรรเทาความปวด หมายถึง การรับรู้ต่อความปวดที่ลดลงของผู้ป่วยหลังจากได้รับการบรรเทาความปวด ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความปวดที่ลดลง (Sloman et al., 2006) โดยมีเครื่องมือในการประเมินผลของการบรรเทาปวดดังนี้

1. การประเมินผลของการบรรเทาปวดด้วยคำพูด โดยการซักถามถึงผลการบรรเทาความปวดภายหลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวด แบ่งการประเมินเป็น 3 ลักษณะคือ 1) ความปวดลดลงเล็กน้อยหรือไม่ลดลง (little or no relief) 2) ความปวดลดลงบางส่วน (partial relief) 3) ความปวดลดลงทั้งหมด (complete relief) (Comley & Demeyer, 2001)

2. การประเมินผลของการบรรเทาปวดตามระดับการรับรู้ความปวดที่ลดลงที่แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1) ความปวดไม่บรรเทา (no relief) 2) ความปวดบรรเทาเล็กน้อย (minimal relief) 3) ความปวดบรรเทาปานกลาง (moderate relief) 4) ความปวดบรรเทาอย่างมาก (much relief) และ 5) ความปวดบรรเทาทั้งหมด (complete relief) (Sloman et al., 2006)

การประเมินผลของการบรรเทาปวดทั้งแบบประเมินด้วยคำพูด และแบบประเมินตามการรับรู้ความปวดที่ลดลงแบ่งผลของการบรรเทาความปวด 5 ระดับเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารและบอกรายงานความรู้สึกต่อการจัดการความปวดได้ แต่การประเมินผลของการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ยืนยันอย่างชัดเจน จึงมีใช้การสังเกตคุณภาพการพักผ่อน (rest quality) มาใช้ประเมินผลของการบรรเทาความปวด (สุภาพรณี บุญโยทยาน และคณะ, 2552) โดยสังเกตภายหลังจากการบรรเทาความปวดแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ กระวนกระวาย หนาวสั่น การหายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ การกักท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเกิดจากความปวด ดังนั้นถ้าได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอผู้ป่วยควรจะสงบ และพักผ่อนได้ การสังเกตคุณภาพการพักผ่อนของ จิลินาส และคณะในปี 2004 (Gelinas et al., 2004) ที่นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพรณี บุญโยทยาน และคณะ (2552) ประกอบด้วย

พักไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ หนาวสั่น กระวนกระวาย หายใจด้านเครื่องช่วยหายใจและไม่สามารถพักได้

พักได้เป็นช่วง ๆ หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ หนาวสั่น กระวนกระวาย หายใจด้านเครื่องช่วยหายใจบ้างและสามารถพักได้ในระยะเวลาสั้น ๆ

สงบและพักได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ หนาวสั่น หรือกระวนกระวาย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจและสามารถพักได้เป็นเวลานาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาแบ่งการประเมินผลการบรรเทาความปวดเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ ประเมินผลของการบรรเทาความปวด จากการซักถามถึงผลของการบรรเทาความปวดด้วยมาตรวัดแบบบรรยายการรับรู้ความปวดที่ลดลง (verbal rating scale perceived relief [VAS-PR]) มี 1 ข้อคำถาม คือ “หลังได้รับการบรรเทาความปวด ความปวดของคุณบรรเทาลงอย่างไร” โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบตามความรู้สึกของตัวเอง ดังนี้ 1) ความปวดไม่ลดลง 2) ความปวดลดลงเล็กน้อย 3) ความปวดลดลงปานกลาง 4) ความปวดลดลงมาก และ 5) ความปวดลดลงทั้งหมด และผู้ป่วยวิกฤตที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือพร้อมความสามารถในการสื่อสาร ประเมินผลของการบรรเทาความปวดจากการสังเกตคุณภาพการพักผ่อน ภายหลังจากได้รับการบรรเทาความปวด โดยแบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ 1) พักไม่ได้ 2) พักได้เป็นช่วง 3) สงบ พักได้ดี (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2552)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวด

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงการรับรู้คุณภาพของการพยาบาล การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ ความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วย และการรับรู้ที่มีต่อการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ ถ้าผู้ป่วยคาดหวังต่อการบริการที่จะได้รับสูงและได้รับบริการจริงที่ดีตามที่คาดหวังไว้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยก็จะสูงตาม (Trudeau-Vanhems, Margais, Seal, & Values, 2003) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด คือ ความรู้สึกในทางที่ดีของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลในเรื่องของความปวด (Lovatsis et al., 2007) ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวด หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการจัดการความปวด อันเกิดจากความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับการได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต การประเมินความพึงพอใจสามารถใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้ คือ

1. แบบสัมภาษณ์ หรือแบบสอบถาม การประเมินโดยวิธีนี้มีความนิยมใช้กันมากในการประเมินความพึงพอใจ แบบสัมภาษณ์วิธีนี้ผู้ศึกษาจะมีแบบสัมภาษณ์ที่มีคำถาม ซึ่งทดสอบหาความเที่ยงและความเชื่อมั่นแล้ว โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อธิบายคำถามให้ผู้ตอบเข้าใจได้ และสามารถชักกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ได้ แต่มีข้อจำกัดคือใช้เวลาในการสัมภาษณ์ และอาจเกิดข้อผิดพลาดในการสื่อสารได้ (นันทนา ทองด้วง, 2547)

2. แบบสำรวจความพึงพอใจของสมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Pain Society Satisfaction Survey) ที่มีข้อสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด การจัดการความ

ปวดที่ได้รับ และความพึงพอใจต่อการได้รับการจัดการความปวด รวมคำถามทั้งหมด 11 ข้อ โดยแต่ละคำถามจะให้ผู้ป่วยเลือกตอบดังนี้ พึงพอใจมาก พึงพอใจ พึงพอใจเล็กน้อย ไม่พึงพอใจเล็กน้อย ไม่พึงพอใจมาก (Carlson, Youngblood, Dalton, Blau, & Lindley, 2003)

3. แบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) ที่มีช่วงคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวด และ 10 หมายถึง พึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากที่สุด โดย สโลแมน และคณะ (Sloman et al., 2006) ได้นำมาตรวัดแบบตัวเลขไปใช้ในการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 150 คน พบว่าการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดแบบมาตรวัดตัวเลขมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับผลของการบรรเทาความปวด

4. แบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้มาตรวัดที่ประมาณด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) เป็นการใช้อนุกรมส่วนประเมินค่าความพึงพอใจ ใช้วัดความพึงพอใจสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ผู้ป่วยรู้สึก โดยมีแนวเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายด้านซ้ายของเส้นตรงคือ ไม่พึงพอใจ และปลายด้านขวาสุดคือ พึงพอใจมากที่สุด (Lovatsis et al., 2007)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้มาตรวัดที่ประมาณด้วยสายตา ความยาว 10 เซนติ เมตร ปลายสุดด้านซ้ายของเส้นตรง หมายถึง ไม่พึงพอใจ และปลายสุดด้านขวาของเส้นตรง หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ซึ่งพัฒนามาจากของ โลวาตติส (Lovatsis et al., 2007) โดยผู้ป่วยจะใช้ปากกาขีดเส้นตรงตัดกับเส้นมาตรวัดที่ตำแหน่งความพึงพอใจของผู้ป่วยเองและจะประเมินเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตที่สื่อสารได้ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง โดยมีการดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก