

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไว้ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่
 - 1.1. แนวคิด องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความปวด
 - 1.2. กลไกการเกิดความปวด
 - 1.3. ผลกระทบจากความปวด
2. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่
 - 2.1. การประเมินความปวด
 - 2.2. การจัดการความปวดโดยใช้ยา
 - 2.3. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา
3. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่
 - 3.1. แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.2. ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.3. การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่

ความปวดจากการผ่าตัดใหญ่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความแตกต่างจากวัยอื่น จากกระบวนการสูงอายุที่มีการลดลงของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย พลังงานสำรองลดลง การมีโรคร่วม และทั้งพยาธิสภาพของการผ่าตัดใหญ่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะความปวดหลังผ่าตัดซึ่งจะปวดมากใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การดูแลจึงควรให้ความสำคัญ อย่างไรก็ตามกระบวนการและกลไกการเกิดความปวดสามารถอธิบายได้เช่นเดียวกับกระบวนการที่เกิดในวัยอื่นๆ

แนวคิด องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความปวด

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่แสดงออกมาทั้งด้านความรู้สึก และอารมณ์ที่แตกต่างกันไป หากที่จะให้ความหมายที่ชัดเจน มีผู้ให้ความหมายของความปวดที่ต่างกัน ดังนี้

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1979) ได้ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์ เกี่ยวข้องกับการถูกทำลายของเนื้อเยื่อหรือเสมือนหนึ่งว่าเนื้อเยื่อถูกทำลาย

แมคคาฟเฟอร์ และปาสิโร (McCaffery & Pasero, 1999) ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกโดยความปวดนั้นจะคงอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ายังคงมีอยู่

สมาคมพยาบาลออนแทรีโอ (RNAO, 2002) ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นความรู้สึกปวดที่มีลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ซึ่งควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ

ศูนย์การแพทย์เมดิแกน อาร์มี (The Madigan Army Medical Center [MAMC], 2002) ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นอาการที่บุคคลรู้สึกที่ไม่สุขสบาย เป็นสิ่งบ่งบอกว่ามีอาการผิดปกติในร่างกายของบุคคลนั้น

จากการให้ความหมายของความปวดที่กล่าวมา สรุปได้ว่าความปวดหลังผ่าตัด เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย จากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ เป็นความรู้สึกที่มีลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล โดยความปวดนั้นจะคงอยู่ตราบเท่าที่ผู้ป่วยบอกว่ายังคงมีอยู่ ซึ่งควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ความปวดสามารถจำแนกได้แตกต่างและหลากหลายตามเกณฑ์ที่ใช้วัด เช่นระยะเวลา สาเหตุ และความรุนแรงของความปวดเป็นเกณฑ์ โดยปัจจุบันนิยมใช้การจำแนกตามระยะเวลา

ชนิดของความปวด

ความปวดจำแนกตามระยะเวลาของความปวด แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือ

1. ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ระบุตำแหน่งได้ชัดเจน ระบุสาเหตุ ระยะเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดได้ มักเป็นแบบชั่วคราว เกิดในระยะเวลาสั้น 0-7 วัน มีระยเวลาน้อยกว่า 6 เดือน เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งเป็นสาเหตุของการทำลายเซลล์ประสาทรับความรู้สึก (Kitcatt, 2000; Harmon, 2008) ความปวดเกิดขึ้นเองตลอดเวลา

ที่บริเวณแผลผ่าตัด วัตถุประสงค์การกระตุ้นแม้กระตุ้นเพียงเล็กน้อย มักจะมีการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยจะหายไปได้อเองหรือบรรเทาลงเมื่อได้รับการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ (ปิยะธิดา บุญทรง, 2550; Smeltzer & Bare, 2000; Horgas & McLennon, 2003)

2. ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเป็นพักๆ เป็นช่วงๆ ความปวดยังคงเกิดขึ้นหลังจากผ่านระยะเวลาของการทำลายเนื้อเยื่อไปแล้ว ระยะเวลาของความปวดเกิดนานกว่า 6 เดือน รบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความรู้สึกหมดหวัง (Smeltzer & Bare, 2000; Schuler, Njoo, Hestermann, & Oster, 2004; Harmon, 2008)

องค์ประกอบของความปวด

ความปวดเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาเกิดจากมีสิ่งมากระตุ้นที่ตัวรับความรู้สึกและมีวิถีประสาทนำความรู้สึกปวดไปสู่ไขสันหลังและสมองตามลำดับ โดยองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความปวด ประกอบด้วย

1. สิ่งกระตุ้นความปวด (pain or noxious stimuli) เป็นจุดเริ่มต้น หรือสาเหตุที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือเกิดการบาดเจ็บ (LeMone & Burke, 2000) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นทางกายภาพ และสิ่งกระตุ้นทางสารเคมี

2. ตัวรับความรู้สึกปวด (pain receptor or nociceptor) ประกอบด้วยปลายประสาทอิสระที่อยู่ในระบบประสาทรับรู้ส่วนปลาย ซึ่งจะตอบสนองแตกต่างกันตามพลังงานที่ถูกกระตุ้นที่มีขนาดพอเหมาะ

3. วิถีประสาทนำสัญญาณความปวด (pain impulse pathways) เป็นเส้นทางที่สัญญาณความปวดจะถูกนำไปยังระบบประสาทส่วนกลาง โดยตัวรับความปวดจะส่งกระแสประสาทนำความปวดผ่านเข้าสู่ไขสันหลัง ประกอบด้วยใยประสาท เอ เดลต้า ไฟเบอร์ (A delta fiber) ใยประสาท เอ เบต้า ไฟเบอร์ (A beta fiber) และใยประสาท ซี ไฟเบอร์ (C fiber)

4. ระบบประสาทไขสันหลังและสมอง ประกอบด้วย ระบบประสาทส่วนปลาย ระดับไขสันหลัง และเหนือระดับไขสันหลังรวมถึงสมอง

ความปวด เกิดจากมีสิ่งกระตุ้นความปวดบริเวณตัวรับความรู้สึกปวด ทำให้เกิดกระแสประสาทนำความปวดไปตามวิถีประสาท ไปสู่ระบบประสาทไขสันหลังและสมอง ซึ่งถ้าขาดองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่ง จะไม่สามารถเกิดความปวดขึ้นได้

กลไกการเกิดความปวด

ความปวดเกิดจากกลไกหลายอย่างที่ซับซ้อนและต่อเนื่องทั้งการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง แบ่งเป็น 4 ระยะ (พงศ์การดี เจาพะเกษตริน และ ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรากร, 2547; DeLaune & Ladner, 2002; Carven & Hirnle, 2003; Timby & Smith, 2003; Smeltzer & Bare, 2004; Borum, 2009) ดังนี้

1. ระยะนำสัญญาณ (transduction) เกิดขึ้นบริเวณตัวรับรู้ความรู้สึกปวดซึ่งอยู่ที่ปลายสุดของแขนงประสาทขาเข้า (primary afferent neuron) เมื่อเซลล์ได้รับอันตรายจากสิ่งกระตุ้น จะมีการหลั่งสารเคมีออกมา เช่น พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) แบรดีไคนิน (bradykinin) ซีโรโทนิน (serotonin) ฮิสตามีน (histamine) สารเหล่านี้จะกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด เมื่อถูกกระตุ้นจนแรงถึงระดับขีดกั้น (pain threshold) จะเกิดการแปลงสัญญาณเป็นพลังงานไฟฟ้า เกิดศักดาไฟฟ้า หรือกระแสประสาท (nerve impulse) ที่บริเวณเยื่อหุ้มเซลล์ ส่งต่อไปยังบริเวณไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) โดยไปตามใยประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย และมีการนำไปตามวิถีประสาทรับรู้ เข้าไปในระบบประสาทส่วนกลาง วิถีประสาทขาขึ้นไปสู่เมดุลลา สมองส่วนกลาง ไฮโปทาลามัส ทาลามัส และสมองใหญ่

2. ระยะส่งต่อกระแสประสาท (transmission) เป็นหน้าที่ของระบบประสาทรับรู้ 3 ส่วน ได้แก่

2.1. เส้นประสาทรับรู้ส่วนปลาย (peripheral sensory nerve) มีอยู่ 2 ชนิด คือ ใยประสาท เอ เดลต้า ไฟเบอร์ นำกระแสประสาทที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นพลังงานกล นำความรู้สึกปวดชนิดแหลมคม บอกตำแหน่งได้ ส่งกระแสประสาทในเวลาอันรวดเร็ว เป็นการรับรู้ในระยะแรก สิ้นสุดที่ด้านหลังของไขสันหลังส่วนลามินาที่ 1 และ 5 และใยประสาท ซี ไฟเบอร์ นำกระแสประสาทที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมี นำความรู้สึกปวดแบบตื้อ ๆ เป็นบริเวณกว้าง ความรู้สึกปวดแสบ ปวดร้อน ปวดร้าว และกระจายไปทั่ว จะบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน และความรู้สึกปวดจะอยู่เป็นเวลานานเกิดขึ้นภายหลัง สิ้นสุดที่ด้านหลังของไขสันหลังส่วนลามินาที่ 2

2.2. เซลล์ประสาทในไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn neuron) รับความรู้สึกปวด โดยส่งกระแสประสาทไปตามใยประสาทขาเข้า (afferent nerve fibers) ผ่านทางระบบประสาทไปทางด้านหลัง (dorsal root ganglion) เข้าสู่ไขสันหลังโดยเชื่อมประสานกับเซลล์ประสาทรับรู้ความรู้สึกบริเวณคอร์ซัลซอร์น คือ เอส จี เซลล์ (substantia gelatinosa หรือ SG) ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท คือ สารพี (substance P) และกลูตาเมต (glutamate) ทำให้เกิดความปวด

เป็นตัวกระตุ้นให้มีการส่งผ่านกระแสประสาทไปยังด้านตรงกันข้ามของไขสันหลังผ่านด้านข้างขึ้นไปสู่สมอง

2.3. วิถีประสาทรับรู้อาการขึ้น (ascending sensory pathway) โดยใยประสาท เอเคเลต้า ไฟเบอร์ จะนำกระแสประสาทไปทางด้านหลังของสไปโนธาลามิก แทร็ค (posterior spinothalamic tract) และใยประสาท ซี ไฟเบอร์ นำกระแสประสาทผ่านไประบบประสาทส่วนกลางของสไปโนธาลามิก แทร็ค (lateral spinothalamic tract) ไปสมองส่วนเมดุลลา พอนส์ ชาลามัส และไฮโปธาลามัสตามลำดับ

3. ระยะรับรู้ (perception) เมื่อกระแสประสาทผ่านไปถึงบริเวณสมองส่วนชาลามัส และไฮโปธาลามัสจะเชื่อมกับระบบลิมบิก (limbic system) เกิดการรับรู้ว่ามีปวดแต่ยังไม่สามารถบอกตำแหน่ง หรือระดับของความรุนแรงได้ แต่เมื่อผ่านไปถึงบริเวณ คอร์เทกซ์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการรับรู้ และแปลผลความปวด จะสามารถบอกระดับความรุนแรง ตำแหน่งที่เกิด และลักษณะของความปวดได้ ซึ่งการรับรู้ความปวดยังขึ้นกับระดับความทนของความปวดแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในอดีต อายุ เพศ เป็นต้น

4. ระยะปรับสัญญาณประสาท (modulation) เป็นระยะสุดท้ายของกลไกการเกิดความปวดเพื่อให้ความปวดบรรเทา โดยกลุ่มใยประสาทนำลง (descending fiber) จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งความปวด ได้แก่ เบต้าเอนเคอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน หรือนำกระแสประสาทที่ผ่านการแปลผลจากขั้นตอนการรับรู้ความปวดจากคอร์เทกซ์ ไปกระตุ้น เอส จี เซลล์ บริเวณส่วนหลังของไขสันหลัง โดยไปยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่เกิดความปวด แต่ถ้าเบต้าเอนเคอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน หลั่งออกมาไม่เพียงพอที่จะยับยั้งการทำงานของสารพีได้หมด สารพี ที่เหลือจะไปกระตุ้นทำให้มีการส่งผ่านประสาทส่งต่อไปยังสมอง และทำให้เกิดความรู้สึกปวด

การผ่าตัดใหญ่เป็นสาเหตุที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ จะทำให้เกิดการหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกปวด เกิดการแปลงสัญญาณเป็นกระแสประสาทส่งต่อไปยังไขสันหลัง ระบบประสาทส่วนกลาง และสมองตามลำดับ โดยเมื่อกระแสประสาทส่งไปยังสมองส่วนชาลามัสจะเชื่อมกับระบบลิมบิกเกิดการรับรู้ความปวด และเมื่อส่งผ่านไปถึงส่วนคอร์เทกซ์จะแปลผล แยกแยะความปวดได้ หลังจากนั้นกลุ่มใยประสาทนำลงจะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน และนำกระแสประสาทที่ได้รับการแปลผลไปกระตุ้นส่วนหลังของไขสันหลัง ทำให้ไม่เกิดความปวด ทั้งนี้การรับรู้และการตอบสนองความปวดเป็นปฏิกิริยาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก อารมณ์ รวมถึงปัจจัยต่างๆ ซึ่งระดับความทนของความปวดในแต่ละบุคคล ทำให้มีการตอบสนองต่อความปวดที่ต่างกัน ถ้าความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุได้

ผลกระทบจากความปวด

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่นๆ หากได้รับการจัดการที่ไม่เพียงพอ หรือเหมาะสม อาจมีผลทำให้ความปวดเฉียบพลันกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ (Wilkie, 2000) ความปวดก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (พงศ์ภาระดี เจริญเกษมธริน และก้องเกียรติ ภูณัฏกันทราร, 2547; Hanks-Bell et al., 2004) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ มักส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังผ่าตัด โดยความปวดมากทำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง และการที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ตามที่ควรกระทำหลังผ่าตัด เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ระยะพักฟื้นช้าลง ระยะวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (Counsins & Power, 1999; Celia, 2000) โดยการที่ไม่สามารถหายใจเข้าออกได้ลึกเพียงพอ ความสามารถในการไอลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดแฟบ ปอดบวม การไม่สามารถลุกจากเตียงโดยเร็วได้ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง จึงมีอาการท้องผูก (Celia, 2000; Wilkie, 2000) ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจสูง อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและออกซิเจนได้ (Smeltzer & Bare, 2004) นอกจากนี้ความปวดยังรบกวนการนอนหลับ จากการศึกษาของปีสันธน์ ลิขิตกำจร (2546) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับมาก จะมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและการนอนหลับ โดยความปวดเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากที่สุด และความปวดยังมีผลทำให้เพิ่มระยะเวลาในการหายของแผล (Wilkie, 2000)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ความปวดมีผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่นมีความวิตกกังวล หรือความกลัว อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง มีการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียงที่แสดงความไม่พึงพอใจ โดยภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนความปวดเฉียบพลันให้กลายเป็นความปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุได้ (Schuler et al., 2004)

3. ผลกระทบด้านสังคม ความปวดทำให้มีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการรักษาด้วยการผ่าตัด หรืออาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ (Clarke & Carty, 2001) หลีกเลี่ยงการสนทนา และแยกตัวออกจากสังคม หรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง นำมาซึ่งความไม่สุขสบาย ส่งผลให้ความสามารถของร่างกายลดลง

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด มีเป้าหมายสูงสุด คือทำให้ความปวดลดลง ส่งเสริมให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้สูงสุดและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Herr, 2002) ซึ่งการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ต้องใช้การจัดการในหลายมิติและมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล (Bruckenthal & D'Arcy, 2007; RNAO, 2002) โดยทั่วไปการจัดการความปวดไม่ว่าจะเป็นในระยะก่อนผ่าตัดหรือระยะหลังผ่าตัด จัดแบ่งได้ 2 กลุ่มคือการจัดการความปวดโดยใช้ยาและการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (NHMRC, 1998a; Wilkie, 2000; RNAO, 2002)

การจัดการความปวดโดยใช้ยา

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยวิธีการใช้ยา เป็นวิธีที่สามารถลดความปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ยาาระงับปวดชนิดเสพติดเป็นหลัก ซึ่งจะต้องให้ในช่วง 36 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดและเตรียมให้เพื่อเกิดความปวดอย่างน้อย 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และหลีกเลี่ยงการให้ยาแก้ปวดชนิดเสพติดเมื่อจำเป็น (Puntillo & Miaskowski & Summer, 2005) ซึ่งจุดมุ่งหมายของการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคือการให้ยาาระงับปวดที่ดี เหมาะสม ในขณะที่มีความสมดุลระหว่างขนาดยาที่มากพอที่ไม่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา เช่น การกดการหายใจ การได้รับยาาระงับปวดที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุการมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อสัญญาณชีพ สามารถนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นการบริหารยาในผู้สูงอายุต้องให้ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา (Barnett, 2003; Kitcatt, 2000) และต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ ฝัาระวังการใช้ยาอย่างใกล้ชิด เพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับยามากหรือน้อยเกินไป คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ที่มีผลในด้านการตอบสนองต่อยา ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคเรื้อรัง และได้รับยาหลายชนิด ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดปฏิกิริยากันระหว่างยา และอาการข้างเคียง สิ่งสำคัญคือ การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ควรแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาก่อนที่จะมีความปวดรุนแรง ทำให้ง่ายในการควบคุมความปวดและถ้าขอยาเมื่อมีความปวดรุนแรงแล้ว ยาก็จะไม่มีประสิทธิภาพในการระงับปวด(Horgas & McLennon, 2003; Smeltzer & Bare, 2004; Borum, 2009)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางการใช้ยาาระงับปวดในการจัดการความปวดโดยใช้บันไดการให้ยา (WHO analgesic ladder) ที่อาศัยฤทธิ์ของยาที่ใช้ โดยความปวดเฉียบพลัน ให้ใช้ยาาระงับปวดโดยเริ่มจากบันไดขั้นสูงสุดจนถึงบันไดขั้นสุดท้ายเพื่อควบคุมความปวด คือเริ่มจาก

การใช้บันไดการให้ยาชั้นที่ 3 ชั้นที่ 2 และชั้นที่ 1 ตามลำดับถ้าความปวดลดลงดังนี้ (Wilkie, 2000; RNAO, 2002; Ersek & Poe, 2004; Size, Soyannwo & Justins, 2004)

บันไดชั้นที่ 3 สำหรับความปวดปานกลางถึงมากโดยเฉพาะหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก (มีคะแนนความปวดตั้งแต่ 7-10 จากการใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10) ให้ยากลุ่มเสพติดที่มีฤทธิ์แรง เช่น มอร์ฟีน เพทิดีน เฟนทานิล และ/หรือร่วมกับยากลุ่มไม่เสพติด

บันไดชั้นที่ 2 สำหรับความปวดปานกลางถึงมาก หรือปวดเล็กน้อยแต่ปวดตลอดเวลา (มีคะแนนความปวดตั้งแต่ 4-6 จากการใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10) ให้ยากลุ่มเสพติดที่มีฤทธิ์อ่อนถึงปานกลาง เช่น โคเดอีน ทรามาดอล และ/หรือร่วมกับยากลุ่มไม่เสพติด

บันไดชั้นที่ 1 สำหรับความปวดเล็กน้อย (มีคะแนนความปวดตั้งแต่ 1-3 จากการใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10) ให้ยากลุ่มไม่เสพติดเช่น พาราเซตามอล แอสไพริน และยาแก้แสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และอาจใช้ หรือไม่ใช้ยาเสริมร่วมด้วย

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุโดยการไม่ใช้ยา

ถึงแม้ว่าการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือการให้ยา แต่ถ้าเป็นไปได้จะจัดการความปวดโดยการให้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา เนื่องจากบางครั้งการให้ยาไม่สามารถที่จะบรรเทาความปวดได้เสมอไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุการให้ยาอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียง ดังนั้นต้องเพิ่มการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโดยการไม่ใช้ยา เพื่อลดความไม่สบายของผู้ป่วย (Roykulcharoen & Good, 2004) และทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากกว่า โดยวิธีนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของยา สามารถลดปริมาณการให้ยา และฤทธิ์ข้างเคียงจากยาระงับปวดได้ นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ปฏิบัติได้ง่าย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย (Kwekkeboom, 2001; Rosenquiot & Rosenberg, 2003) ทั้งนี้ให้หลายวิธีร่วมกันได้ผลดีที่สุด (Horgas & McLennon, 2003) ซึ่งการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ควรเตรียมวิธีการให้ผู้สูงอายุเลือกใช้ อธิบาย สาธิต และฝึกทักษะวิธีการใช้ และอธิบายให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าใจว่าวิธีการไม่ใช้ยา ไม่ใช่วิธีที่เอามาแทนการให้ยา ทั้งไม่เหมาะสมในผู้ที่มีความปวดปานกลางถึงรุนแรง โดยวิธีการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย (physical pain relief approaches) เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อผิวหนังเพื่อบรรเทาความปวด ได้แก่

1.1. การสัมผัส เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงการดูแล เอาใจใส่ ห่วงใย เพื่อประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ เกิดความสุขสบาย ช่วยลดความ

วิตกกังวล ลดความปวดได้ การสัมผัสเป็นเทคนิคที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยมากนัก เช่น การจับหรือลูบเบา ๆ ที่มือ แขน และไหล่ ของผู้สูงอายุ (ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และอริญญา เชาวลิต, 2546)

1.2. การจัดท่า หรือการปรับเปลี่ยนท่าทางที่ถูกต้องให้ผู้สูงอายุขณะที่มีกิจกรรมต่างๆ ช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ป้องกันกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ช่วยลดการยึดขยายกล้ามเนื้อที่มากเกินไป และขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่ปวด เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความปวดหลังผ่าตัดให้มากขึ้น (Wilkie, 2000)

1.3. การนวด เป็นการปฏิบัติด้วยมือโดยใช้จังหวะการเคลื่อนไหวของมือทำการนวดลงบนร่างกาย ส่วนที่ไม่ใช่บริเวณแผลผ่าตัด โดยการใช้มือหรือนิ้วลูบไปบนผิวหนังช้าๆ หรือเป็นจังหวะสั้นๆ ตามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งการนวดที่มีประสิทธิภาพผู้นวดต้องมีความรู้ทางกายวิภาคสรีรวิทยาและผ่านการฝึกฝนมาก่อน

1.4. การกดจุด นิยมใช้รักษาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดจากข้ออักเสบ เครียด นอนไม่หลับ อาหารไม่ย่อย เป็นต้น วิธีปฏิบัติง่าย มีผลข้างเคียงน้อย หรือไม่มีเลย พยาบาลที่ผ่านการอบรมสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระ

1.5. การออกกำลังกาย ควรจะพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความแข็งแรงทางด้านร่างกาย ข้อจำกัดและภาวะทุพพลภาพรวมทั้งปัจจัยทางสังคม และจิตใจ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่ไม่จำเป็นต้องจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องกระตุ้นและสนับสนุนช่วยเหลือให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และทำกิจวัตรประจำวันภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง เช่น การออกกำลังกายเบาๆ การลุกจากเตียง การลุกเดิน เป็นต้น

2. วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ (cognitive-behavioral approaches) เป็นการเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับความปวดในระดับสมอง เนื่องจากเปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) ที่เป็นส่วนที่รับรู้ความปวด มีหน้าที่รับรู้และจดจำเกี่ยวกับความปวด ทำให้เกิดการแปลผล แยกแยะลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของความปวด เกิดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ แปลผลให้เกิดความไม่สบายใจ ไม่พึงพอใจ และมีผลให้เกิดการกระทำตอบโต้เพื่อจัดการความปวด ดังนั้นถ้ามีกลไกหรือสิ่งที่มาทำให้การรับรู้ของสมองเปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้สมองไม่สามารถแปลความปวดได้ (เจ็อกุล อโนธารมณ, 2546) ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลที่พยาบาลสามารถกระทำได้เมื่อผู้ป่วยอนุญาต และสามารถนำมาใช้ได้ตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยมีความปวด จะช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (นวลสกุล แก้วลาย, พิภูล นันทชัยพันธ์ และฉวีวรรณ ธงชัย, 2546) ได้แก่

2.1. การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ กลยุทธ์ง่ายๆเช่นเน้นการให้ความรู้ก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ตั้งแต่ก่อนที่จะมีความปวด อาจให้ผลดีมากในการจัดการ

ความปวด จะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดทั้งระยะก่อนและระยะที่มีความปวด (เจือกุล อโนธรมณ์, 2546; Sauaia, Min, Gockel, Erbacher, Abrams & Fink, 2005) ความรู้ที่ให้แก่ผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย สาเหตุของความปวด การประเมินความปวดและการใช้มาตรวัดเพื่อสื่อสาร การจัดการความปวด การใช้ยาบรรเทาปวด ความเชื่อ การรายงานความปวด การจัดการอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อธิบายและสาธิตการจัดการโดยไม่ใช้ยา เป็นต้น (McDonald & Molony, 2004) และหลังจากให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ควรจะต้องมีหนังสือ เอกสาร หรือคู่มือสำหรับผู้ป่วย (Kitcatt, 2000) เพื่อทบทวนความเข้าใจ

2.2. การเบี่ยงความสนใจจากความปวดทั้งสิ่งกระตุ้นภายนอก ภายใน และความรู้สึกของร่างกาย สามารถช่วยลดความปวด (Kitcatt, 2000) ลดการรับรู้ความปวดและเพิ่มความอดทนต่อความปวด ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความสนใจไปยังสิ่งอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับความปวดซึ่งต้องเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสนใจหรือต้องการ เช่น การอ่านหนังสือ การใช้สื่ออารมณ์ขัน การใช้ดนตรีบำบัด เช่นจากการศึกษาของดวงดาว ดุลยธรรม, ประณีต ส่องวัฒนา, สุกศิริ หิรัญขุนหะ และสุนทร โสทธิพันธ์ (2545) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา ใช้หูฟังเพื่อขจัดสิ่งรบกวนจากภายนอกที่อาจมีผลต่อการได้ยิน ให้ผู้สูงอายุฟังดนตรี ที่ประกอบด้วยเนื้อร้อง และ/หรือทำนอง ตามที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น มีจังหวะที่นุ่มนวล ซ้ำระดับเสียงค่อนข้างต่ำ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุสามารถที่จะควบคุมการฟังด้วยตนเอง เช่น ความดังของเสียง เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความปวดได้มากเมื่อใช้ร่วมกับการจัดการความปวดโดยใช้ยา

2.2.1. เทคนิคการผ่อนคลาย สามารถช่วยลดความตึงเครียดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น เทคนิคการผ่อนคลายนี้ผู้ป่วยบางรายอาจใช้ไม่ได้ผล โดยเฉพาะถ้ายังรู้สึกว่ายังไม่สามารถควบคุมความปวดได้ (Kitcatt, 2000) จากการศึกษาของสิรินยา พวงจำปา (2548) พบว่าการใช้เทคนิคผ่อนคลายส่วนใหญ่สามารถลดความปวดได้ ยกเว้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกรและการฝึกผ่อนคลายอย่างรวดเร็ว ผู้ศึกษาเลือกใช้เทคนิคที่ได้รับการอบรมจากอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ 1) การหายใจแบบลึกโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม ซึ่งการหายใจแบบนี้ไม่ต้องใช้ทักษะพิเศษ นอกจากนี้ผลที่ได้คือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Kitcatt, 2000) 2) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อน เป็นทักษะที่ต้องอาศัยการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ผู้ฝึกต้องมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ในการฝึกปฏิบัติ จึงจะทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกาย และจิตใจ การใช้เทพจะสะดวกสบายกว่าวิธีอ่านเองหรือให้ผู้อื่นอ่านให้ฟัง 3) การฝึกสมาธิ แนะนำให้ทำสมาธิโดยการนอนหลับตา หรือนั่งในท่าที่สบาย สนับสนุนให้ทำสมาธิโดยใช้วิธีที่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่นการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก

การประเมินความปวด

การประเมินความปวดมีความเกี่ยวข้องกับความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งการประเมินความปวดที่สม่ำเสมอ และเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล อันจะเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการความปวด (เจือกุล อโนธรมณ์, 2550; Kitcatt, 2000; Cutfield, 2002) ควรเริ่มประเมินความปวดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามานอนโรงพยาบาลถ้าได้รับการผ่าตัดชนิดรอได้ การประเมินความปวดหลังผ่าตัดสิ่งสำคัญคือการประเมินความรุนแรงของความปวด ควรประเมินทั้งขณะนอนพัก และระหว่างที่มีการเคลื่อนไหว ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดควรประเมินความปวดครั้งแรกร่วมกับการวัดสัญญาณชีพ และต่อมาอย่างน้อยทุก 3 ชั่วโมง (Hill, 2009) เวลาที่เหมาะสมในการประเมินความปวดขึ้นกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้ามีความปวดรุนแรงอาจประเมินทุก 15 นาที แต่โดยทั่วไปควรประเมินหลังจากการจัดการความปวดที่ได้รับนั้นออกฤทธิ์ในระดับสูงสุด เช่น ประเมินหลังจากฉีดยา 15-30 นาที หลังจากรับประทานยา 1 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 30 นาที ทั้งนี้ ในระหว่าง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดควรประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง และถ้าสามารถควบคุมความรุนแรงของความปวดได้ อาจประเมินพร้อมกับการวัดสัญญาณชีพ ทั้งนี้การประเมินความปวดซ้ำต้องทำทุกครั้งเมื่อมีการรายงานความปวดใหม่ ความรุนแรงเพิ่มขึ้น และเมื่อความปวดไม่บรรเทาหลังจากที่ได้รับการจัดการความปวดแล้ว โดยเฉพาะกรณีที่ความรุนแรงความปวดเกิดขึ้นโดยไม่ได้อาการมาก่อน เกิดขึ้นทันทีทันใด หรือร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพจะต้องได้รับการประเมินทันที (RNAO, 2002) เนื่องจากไม่มีเทคโนโลยีใดที่ใช้วัดความปวดได้ถูกต้อง วิธีการประเมินความปวดต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ประกอบด้วย

1. ประเมินจากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล วิธีเดียวที่น่าเชื่อถือมากที่สุดควรเป็นการรายงานด้วยผู้สูงอายุเอง ประกอบด้วย การซักถามผู้สูงอายุถึงความรุนแรง ตำแหน่ง ระยะเวลาของความปวด และลักษณะของความปวด ซักประวัติความปวดทั้งปัจจุบันและในอดีตที่มีความปวด ปัจจัยที่ทำให้ความปวดมากขึ้นหรือลดลง ประวัติโรคเรื้อรัง ประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับความปวดในอดีต เช่น การใช้ยาบรรเทาปวดที่ได้ผลและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น วิธีการไม่ใช้ยาที่เคยใช้เพื่อบรรเทาปวด ตลอดจนทัศนคติ ความเชื่อของผู้สูงอายุ และครอบครัวเกี่ยวกับความปวด และการใช้ยาบรรเทาปวด (Celia, 2000; RNAO, 2002; Bruckenthal & D'Arcy, 2007)

2. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีความสามารถน้อยลงในการรายงานความปวดของตนเองจากภาวะสมองเสื่อม (Horgas & McLennon, 2003) พฤติกรรมที่แสดงถึงความปวด เช่น หน้ามึน คิ้วขมวด หลับตาแน่น นิ่งเงียบ ถดถอย ร้องไห้ ปฏิเสธการรับประทานอาหาร ทำเสียงสุดปาก อารมณ์หงุดหงิด ขุนเขี้ยว กระสับกระส่าย ไม่สามารถไอ/หายใจอย่างลึก ไม่สามารถลุกจากเตียง นอนหลับได้น้อย เป็นต้น (RNAO, 2002; Smeltzer & Bare, 2004; Borum, 2009)

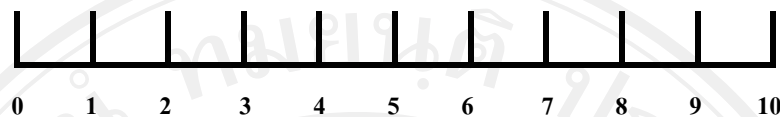
3. ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่นการเพิ่มขึ้นของชีพจร การหายใจเร็วและตื้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เหงื่อออก หน้าแดง การขยายของรูม่านตา และมีการลดลงของความเข้มข้นของออกซิเจน (Punttillo et al., 2005; Borum, 2009) แต่ในผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงของชีพจรและความดันโลหิตเพียงเล็กน้อย อาการคลื่นไส้ ผิวน้ำช้ำอาจจะไม่เกิดขึ้น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพถึงแม้ว่ามีความปวด (VA/DoD, 2002)

เครื่องมือประเมินความปวด

การใช้มาตรวัดความปวดที่มีมาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความปวด สามารถช่วยให้พยาบาลทราบการเปลี่ยนแปลงของระดับความปวด ใช้ประเมินประสิทธิภาพในการรักษา และใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ (Horgas & McLennon, 2003) ปัจจุบันมีมาตรวัดความปวดหลายชนิด ถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับใช้ในการจัดการความปวด ทั้งนี้ มาตรวัดความปวดเป็นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบแล้วว่ามีควมไวและมีความเชื่อมั่นในการวัดความรุนแรงของความปวด สามารถประเมินความปวดตามความรู้สึกที่แท้จริงของผู้สูงอายุ อาจให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่งตามความต้องการ (VA/DoD, 2001; RNAO, 2002) ได้แก่

1. มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10 (Numeric Rating Scale [NRS]) เป็นมาตรวัดที่ใช้มากที่สุด เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลข 0-10 ผู้สูงอายุจะถูกถามถึงระดับความปวดและเป็นผู้ประเมินความปวดตามความรู้สึก โดยอธิบายว่าคะแนน 0 หมายถึงไม่รู้สึกปวด และคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด ซึ่ง คะแนน 0-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึงปวดรุนแรง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถใช้มาตรวัดนี้ ใช้ได้ผลกับผู้ที่มีความเข้าใจของตัวเลขยกเว้นผู้ที่มีกระบวนการคิดบกพร่อง หรือสับสน (Bruckenthal & D'Arcy, 2007; Borum, 2009) มาตรวัดนี้ผู้สูงอายุจะเลือกใช้เป็นอันดับแรก เพราะใช้ง่ายที่สุด ชัดเจนมากที่สุด และผู้สูงอายุชอบมากที่สุดที่จะเลือกใช้ในอนาคต มีอัตราความผิดพลาดในการใช้ต่ำ มีความ

ไว ความเที่ยง ความตรง และเหมาะสมในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ (Gagliese, Weizblit, Ellis & Chan, 2005; Puntillo et al., 2005)



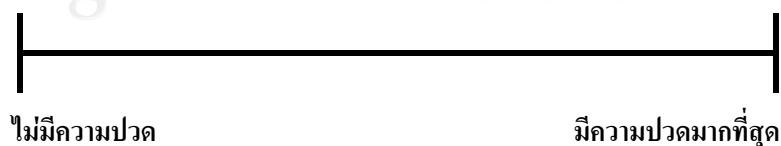
ภาพ 1 แสดงมาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS])
แหล่งที่มา. จาก “Tools for Assessment of Pain in Adult” โดย RNAO, 2002, pp. 107.

2. มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal Rating Scale [VRS]) ประเมินโดยให้ผู้สูงอายุใช้คำบอกเล่า ด้วยคำพูดง่าย ๆ อธิบายความปวด เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง ปวดรุนแรงมาก และปวดมากที่สุด มาตรวัดชนิดนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้



ภาพ 2 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยวาจา (Verbal Rating Scale [VRS])
แหล่งที่มา. จาก “Tools for Assessment of Pain in Adult” โดย RNAO, 2002, pp. 107.

3. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale [VAS]) ให้ผู้สูงอายุบอกความรุนแรงของความปวดบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตรกำหนดระดับความปวดที่ปลายเส้นตรงแต่ละด้าน จุดเริ่มเส้นตรงหมายถึง ไม่มีความปวด และจุดปลายหมายถึงมีความปวดมากที่สุด แล้วให้ผู้สูงอายุทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรง ตรงที่ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความปวดขณะนั้น



ภาพ 3 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale [VAS])

แหล่งที่มา. จาก “Tools for Assessment of Pain in Adult” โดย RNAO, 2002, pp. 107.

4. มาตรวัดความปวดโดยการแสดงออกของสีหน้า (FACES Pain Rating Scales) ใช้ชุดการเปลี่ยนแปลงของสีหน้าเป็นลำดับที่มีระดับคะแนนของความปวด (จากทางซ้าย 0-10) จากมีความสุขจนถึงเศร้ามีน้ำตา (RNAO, 2002) การใช้มาตรวัดนี้ต้องให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกสีหน้าด้วยตนเอง (Flaherty, 2000) พยาบาลไม่ใช่ผู้ที่เลือกสีหน้าที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุต้องเข้าใจการใช้มาตรวัดและสามารถชี้บอกใบหน้าที่แสดงความรู้สึกที่ตรงกับความปวดของตนเองได้ (McCaffery & Pasero, 2001)



ภาพ 4 แสดงมาตรวัดความปวดโดยการแสดงออกของสีหน้า (FACES Pain Rating Scales) แหล่งที่มา. จาก “Concepts and Challenges in Patient Management” โดย Smeltzer & Bare, 2004, pp. 230.

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้มาตรวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข 0-10 เนื่องจากเป็นมาตรวัดที่ใช้ง่ายที่สุด ชัดเจนมากที่สุด มีอัตราความผิดพลาดในการใช้ต่ำ มีความไว ความเที่ยง ความตรง และเหมาะสมในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการพ้องการรับรู้ การมองเห็น หรือการได้ยิน

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่

แนวคิดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การให้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice [EBP]) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ โดยเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลในการค้นหาแนวทางการดูแลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถช่วยยืนยันได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ให้นั้นจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว (Conn, Burks, Rantz, & Kundsens, 2002) ทั้งนี้มีเครื่องมือสำคัญคือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้รับการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขาวิชาชีพ และได้ข้อสรุปที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติ ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (NHMRC, 1998b) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วย จะสามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้การปฏิบัติทางการพยาบาลประสบผลสำเร็จได้ ถ้าได้รับการสนับสนุน ทั้งการวางแผนที่เหมาะสม ทรัพยากรที่เพียงพอจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548; RNAO, 2002) แนวปฏิบัติทางคลินิก จึงเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล ดังนี้ (คณะกรรมการสร้างแนวเวชปฏิบัติ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544; วิทยา ศรีดามา และธานีพร อินทรกำธรชัย, 2546; ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นระบบไปในทิศทางเดียวกัน มีมาตรฐาน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น
2. ด้านผู้ประกอบวิชาชีพ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีโอกาสร่วมปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน เป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน
3. ด้านองค์กรวิชาชีพ ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติงานจริง เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการได้

4. ด้านโรงพยาบาลและผู้บริหาร ส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะเกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแนวทางที่จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีมาตรฐาน และปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการทำงานเป็นทีม จะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ ความพึงพอใจในผู้สูงอายุมากขึ้น

ขั้นตอนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (Implementation) ในปัจจุบันพบว่า มีหลายสถาบันได้กำหนดแนวทางที่คล้ายคลึงกัน เช่น ภาววิชัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998b) และสมาคมพยาบาลอนุทวีป (RNAO, 2002) เป็นต้น ใน การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวทางของสมาคมพยาบาลอนุทวีป เนื่องจากมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่ยอมรับใช้หลายหน่วยงาน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก

เนื่องจากมีความหลากหลายของแนวปฏิบัติ และมีผู้พัฒนาแนวปฏิบัติเป็นจำนวนมาก การเลือกแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการประเมินคุณภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจนำไปใช้ โดยหลักสำคัญคือ ประเมินกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านความถูกต้องตามหลักการพัฒนาตามแนวคิดของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติด้านความสามารถในการนำไปใช้ ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติคือ AGREE (2001) ที่สร้างและพัฒนาโดย The AGREE Collaboration ที่ได้รับการแปลโดย รองศาสตราจารย์ จีวีวรรณ ชงชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2547 โดยแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ดังนี้ (จีวีวรรณ ชงชัย, 2548)

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ แนวปฏิบัติมีการระบุ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก และระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ ผู้ใช้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน และแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ คือ มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบ และความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อนนำมาใช้ และระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4. ความชัดเจนและการนำเสนอ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ คือ ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย และมีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของแผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

5. การประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ และ แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และมีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติพิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้ โดยในแต่ละขอบเขตคะแนนที่คำนวณได้มากกว่าร้อยละ 60 แสดงว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพมากสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม หากคะแนนที่คำนวณได้อยู่ระหว่างร้อยละ 30-60 แสดงว่าแนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือระดับปานกลาง อาจขาดบางข้อมูล แต่หากมีข้อมูลสนับสนุนหรือสามารถอธิบายเพิ่มเติมสามารถนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติได้ ส่วนในข้อที่คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 30 จะบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพต่ำไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การระบุนิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

เป็นขั้นตอนที่ระบุกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรง และทางอ้อม ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร โดยการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นวิธีการที่จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรมากขึ้น โดยข้อมูลที่ได้อาจช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมความสัมพันธ์ภายใน ความสนใจของทีม และช่วยในการวางแผนดำเนินงานการตัดสินใจเรื่องทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และมีการวิเคราะห์ระดับของ

การสนับสนุนและระดับของการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อพิจารณา กลยุทธ์ที่จะใช้ในการสนับสนุนให้มีการใช้แนวปฏิบัติในองค์กร

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้เกิดความราบรื่นควรมีการประเมินความพร้อมสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเช่น โครงสร้างขององค์กร วัฒนธรรมขององค์กร ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ แหล่งประโยชน์ และความสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพ หากเป็นองค์กรที่มีความซับซ้อน ควรระบุสิ่งที่เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการใช้แนวปฏิบัติ ระบุสิ่งที่เป็ปัจจัยสนับสนุนและสิ่งที่เป็อุปสรรคให้ชัดเจน และควรรหาแนวปฏิบัติเพื่อลดอุปสรรคนั้น

ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะต้องมีกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผลการใช้เป็นระยะ เพื่อปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมอันจะนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืนนอกจากนี้กลยุทธ์ที่ใช้ควรใช้ร่วมกันมากกว่า 1 กลยุทธ์ กลยุทธ์ที่ใช้ได้แก่

1. การตรวจสอบย้อนกลับ เช่น การสรุปผลการปฏิบัติทางคลินิกโดยการทบทวนบันทึก หรือสังเกตเป็นรายบุคคล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น

2. การประชุมกลุ่มให้ความรู้ เช่น การบรรยาย การอบรม

3. อุปกรณในการให้ความรู้ เช่น เอกสาร คอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการให้ความรู้ เป็นต้น

4. การเยี่ยมจากผู้มีความรู้ เช่น การมีแผนการเยี่ยมจากพยาบาล ผู้ประสานงาน

ทีมงานอื่นๆ หรือระหว่างผู้ใช้นำแนวปฏิบัติเพื่อเป็นที่ปรึกษา เป็นการรับข้อมูลย้อนกลับ และเป็นการกระตุ้น ชักนำให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

5. การประชุมวิชาการร่วมกัน เช่น การอภิปรายร่วมกันของกลุ่มทำงาน เป็นต้น

6. กระบวนการในการหาข้อตกลงร่วมกัน เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ปฏิบัติ การอภิปรายร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อตกลงเรื่องปัญหาที่พบในการปฏิบัติทางคลินิกซึ่งจะช่วยให้เกิดการทำงานที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ

7. ความคิดเห็นของผู้นำ เช่น ผู้ที่ได้รับการยอมรับทางคุณวุฒิ และกลุ่มปฏิบัติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ความคิดเห็นของผู้นำจะทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความเคารพ

8. การตลาด เช่น การบริหารจัดการเรื่องความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ การออกแบบการพัฒนา และการประชาสัมพันธ์ให้แนวปฏิบัติเป็นที่รู้จัก เป็นต้น

9. กิจกรรมที่เกิดจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่ให้การสนับสนุนการบริการ เป็นต้น

10. การเตือน เช่น การเตือนด้วยตนเอง และใช้คอมพิวเตอร์ในการเตือนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินความสำเร็จการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

เป็นขั้นตอนรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการรวบรวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับหน่วยงานหรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ หรือผู้ให้บริการและค่าใช้จ่าย

ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณ หรือแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

เป็นขั้นตอนที่สามารถทำได้โดยการณรงค์ให้มีการนำเอาแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการบรรยายให้กลุ่มเป้าหมายฟังผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์กับหน่วยงานอื่น การให้ข้อมูลกับผู้บริหารเพื่อให้เกิดความสนใจ แล้วเกิดการจัดสรรทรัพยากรในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาล โดยวัดระดับของการให้บริการ และวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้บริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ ทั้งนี้การประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัตินั้นต้องจัดทำแบบประเมินผลให้ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ประเมินการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร การปฏิบัติถูกต้องตามแนวปฏิบัติ ประเมินความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติ ความสะดวก ความยากง่าย ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ ความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เป็นต้น (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543; ณวิวรรณ ชงชัย, 2548) แนวทางการประเมินมีหลายแนวคิดหลายสถาบัน เช่น วิชาดา คุณาวิฑิตกุล, วิจิตร ศรีสุพรรณ, รัตนาวดี ขอนตะวัน, เรมวาล นันทสุขวัฒน์, อรพรรณ พุมอาภรณ์ และโรเบิร์ต แอล แอนเดอร์ส (2543) สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย และสมาคมพยาบาลออสเตรีย เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้ศึกษาเลือกใช้แนวทางการประเมินผลของสมาคมพยาบาลอนทาริโอ (RNAO, 2002) เนื่องจากแนวทางนี้มีรายละเอียดของขั้นตอนการประเมินผลที่ชัดเจน ง่ายแก่การกำหนดให้มีการประเมินผลในด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งสามารถที่จะเลือกประเมินผลด้านใดด้านหนึ่งหรือประเมินผลทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติ เช่น นโยบายขององค์กร ระบบบริการ การมีส่วนร่วมของผู้ให้และผู้รับบริการ วิธีปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การทำงานเป็นทีม เป็นต้น
2. ด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการดำเนินงานเกี่ยวกับการฝึกอบรม บุคลากร ความยากง่าย และความสะดวกใช้ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นต้น
3. ด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากกระบวนการดูแล ที่เป็นผลจากการดำเนินงาน เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดูแลรักษา ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น

นอกจากนี้สมาคมพยาบาลอนทาริโอ ยังได้กำหนดแนวทางการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดไว้ 4 ส่วน คือ 1) องค์กร ประเมินจากการบรรลุเป้าหมายในผู้ป่วย การบรรลุจุดมุ่งหมายเฉพาะที่กำหนดไว้ก่อนการปฏิบัติ 2) ผู้ให้บริการ ประเมินได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมการประชุม การฝึกอบรม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จำนวนและความสมบูรณ์ของการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย จำนวนและความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่มีต่อการใช้แนวปฏิบัติ 3) ด้านผู้รับบริการ กำหนดให้เลือกใช้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากผู้รับบริการ ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และการเข้าถึงบริการ และ 4) ด้านต้นทุนค่าใช้จ่าย ประเมินผลลัพธ์ได้จากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ ค่ายา รายรับ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าตรวจรักษา จำนวนการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (RNAO, 2002)

หลังจากที่ได้นำแนวปฏิบัติมาใช้ ผู้ศึกษาได้ประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้กรอบแนวคิดของสมาคมพยาบาลอนทาริโอ ประเมินผลด้านผลลัพธ์และด้านกระบวนการ เนื่องจากเป็นคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการโดยตรง วัดจากการลดลงของระดับความปวดหลังผ่าตัด และความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติ และวัดความพึงพอใจของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติ เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมที่จะใช้ในโรงพยาบาลต่อไป

กรอบแนวคิด

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมพยาบาลออนทาริโอ (RNAO, 2002) เป็นแนวทางในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พัฒนาโดย วัชรภรณ์ หอมดอก (2548) ไปใช้โดยมีขั้นตอนของการใช้ 6 ขั้นตอน คือ 1) การเลือกแนวปฏิบัติ 2) การระบุวิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้แนวปฏิบัติ 3) การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินความสำเร็จการใช้แนวปฏิบัติ และ 6) การจัดหางบประมาณ หรือแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ มีเนื้อหาด้วยประกอบการจัดการความปวด 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีขั้นตอนในการจัดการ ได้แก่ 1) การประเมินในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด 2) การจัดการความปวดโดยใช้ยาระงับปวดตามระดับของความรุนแรงของความปวดที่ผู้ป่วยรู้สึก และ 3) การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยาเป็นการใช้ร่วมกับการใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ผู้ศึกษาได้ประเมินผลแนวปฏิบัติด้านกระบวนการ คือ ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ คือ ระดับความปวด ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทั้งนี้การใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวข้างต้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีทั้งแก่พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่ชัดเจน ถูกต้อง เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้สูงอายุเอง ซึ่งเป็นผู้รับผลจากการใช้แนวปฏิบัติโดยตรง จะทำให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ช่วยลดความปวดและมีความพึงพอใจต่อการจัดการปวดในทางที่ดี