

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วย
ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดัง ต่อไปนี้

1. ความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 1.1 ความหมายของความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 1.2 ประเภทความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 1.3 กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 1.4 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
2. การจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 2.1 สถานการณ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 2.2 ผลกระทบของการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเจ็บ
 - 2.3 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 2.4 หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 2.5 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
3. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล
 - 3.1 การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.2 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
 - 3.3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
4. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ
 - 4.1 ผลการบรรเทาความปวด
 - 4.2 ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อการจัดการความปวด

ความปวดในผู้บาดเจ็บ

ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อน และเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยที่ผู้ประสบกับความปวดจะมีความรู้สึกไม่สบายและเกิดความทุกข์ทรมาน (Holleran, 2002) ความปวดในผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ซึ่งมีกลไกการเกิดที่ไม่ซับซ้อนหากได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ความปวดจะลดลงในเวลาอันรวดเร็ว (พงศภักรดี เจฑะเกษตริน และก้องเกียรติ ฤกษ์กัณฑ์ทรการ, 2547) แต่หากความปวดไม่ได้รับการจัดการและเกิดอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่ผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนา (Hutchison, 2007) ดังนั้นหากบุคลากรผู้ให้การดูแลมีความรู้และเข้าใจการเกิดความปวดในผู้บาดเจ็บ จะนำไปสู่การจัดการที่เหมาะสมต่อไป

ความหมายของความปวดในผู้บาดเจ็บ

ความปวดเป็นความรู้สึกที่มีเฉพาะในแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ความปวดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งความปวดดังกล่าวควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ (RNAO, 2007) ความปวด หมายถึงการรับรู้ความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ความปวดเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหรือในลักษณะของการได้รับบาดเจ็บ (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine [ANZCA], 2005) ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งด้านความรู้สึกและภาวะทางอารมณ์ เกี่ยวข้องกับการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1979) ความปวดเฉียบพลัน หมายถึง ความปวดที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งจะเกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาหนึ่ง ความปวดเฉียบพลันเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อการหลีกเลี่ยงอันตรายที่ได้รับ โดยกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดหดตัว ชีพจรเต้นเร็ว (Twaddle & Coke, 2006) พงศภักรดี เจฑะเกษตริน และ ก้องเกียรติ ฤกษ์กัณฑ์ทรการ ให้ความหมายความปวดเฉียบพลันว่าเป็นความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ และอาจเกิดการทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อหรืออวัยวะภายในที่ไม่ถึงกับมีการทำลายของเนื้อเยื่อ ซึ่งความปวดชนิดเฉียบพลันจะรุนแรงในระยะแรกและลดลงเมื่อเวลาผ่านไป หากได้รับการรักษาที่ตรงกับสาเหตุอย่างมีประสิทธิภาพความปวดจะลดลงในระยะเวลารวดเร็ว

จากการให้ความหมายของความปวดที่กล่าวมา สรุปได้ว่าความปวดในผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ซึ่งหมายถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ ความไม่สบายจากการถูกทำลาย

ของเนื้อเยื่อหรือในลักษณะของการได้รับบาดเจ็บ เป็นความรู้สึกที่มีเฉพาะบุคคล ซึ่งควรได้รับการดูแลอย่างยี่ง

ประเภทความปวดในผู้บาดเจ็บ

ความปวดสามารถจำแนกได้ในหลากหลายลักษณะดังนี้คือ ความปวดตามระยะเวลา ความปวดจากสาเหตุและความรุนแรงที่ได้รับ (Helms & Barone, 2008) นอกจากนี้ความปวดยังสามารถแบ่งได้หลายประเภท คือ ความปวดจำแนกตามระยะเวลา ความปวดจำแนกตามแหล่งกำเนิด ความปวดจำแนกตามระดับความรุนแรงของความปวด ความปวดตามพยาธิสรีระและกลไก (พงศภารดี เจาฑเกษตริน, 2547)

การแบ่งชนิดของความปวดที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา นิยมแบ่งตามระยะของความปวด แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ระบุตำแหน่งได้ ชัดเจน ระบุสาเหตุ ระยะเวลาเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดได้ มักเป็นแบบชั่วคราว เกิดในระยะเวลาสั้น มีระยเวลาน้อยกว่า 6 เดือน เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลาย (Hormon, 2008) ความปวดจะเกิดตลอดเวลาในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ วัตถุประสงค์ ปลายประสาทรับความรู้สึก มักทำให้เกิดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่วนใหญ่เมื่อได้รับการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ความปวดจะหายหรือบรรเทาเองได้เอง (Horgas & McLennon, 2003)

2. ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดเป็นพักๆ เป็นช่วง ๆ อย่างต่อเนื่อง ความปวดยังคงเกิดขึ้นหลังจากผ่านระยะเวลาของการทำลายเนื้อเยื่อไปแล้ว ระยะเวลาของความปวดเกิดนานกว่า 6 เดือน ความปวดประเภทนี้มักรบกวนการทำงานวัตรประจำวัน เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความรู้สึกหมดหวัง (Smeltzer & Bare, 2004; Harmon, 2008)

ความปวดในผู้บาดเจ็บเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาทรับความรู้สึก กลไกการเกิดไม่ซับซ้อน และความปวดจะบรรเทาในเวลานั้นรวดเร็วเมื่อได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม

กลไกการเกิดความปวดในผู้บาดเจ็บ

ความปวดเกิดจากกลไกหลายอย่างและต่อเนื่องทั้งการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย (Smeltzer & Bare, 2004; Dunwoody et al., 2008) ความปวดในผู้บาดเจ็บเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันซึ่งมีสาเหตุจากการได้รับบาดเจ็บ กลไกการเกิดความปวดเฉียบพลันมีดังนี้

1. การนำสัญญาณ (transduction) เกิดขึ้นบริเวณตัวรับความรู้สึกปวดซึ่งอยู่ที่ปลายสุดของแขนงประสาทขาเข้า (primary afferent neuron) เมื่อเซลล์ได้รับอันตรายจากสิ่งกระตุ้น จะมีการหลั่งสารเคมีออกมา เช่น โพรสตาแกรนดิน (prostaglandin) แบรคคิไคนิน (bradykinin) สารพี (substance P) ไซโตไคน์ (cytokins) และ ฮิสตามีน (histamin) สารเหล่านี้จะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด เมื่อถูกกระตุ้นจนแรงถึงระดับขีดกั้น (pain threshold) จะเกิดการแปลงสัญญาณเป็นพลังงานไฟฟ้าทำให้เกิดความต่างศักย์ไฟฟ้า (depolarization) หรือกระแสประสาท (nerve impulse) ที่บริเวณเยื่อหุ้มเซลล์พลังประสาทที่เกิดขึ้นจะถูกนำไปตามวิถีประสาทรับรู้อาเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลาง วิถีประสาทขาขึ้นไปสู่สมองใหญ่ (Smeltzer & Bare, 2004; Holleran, 2002)

2. การส่งผ่านสัญญาณ (transmission) เป็นหน้าที่ของระบบประสาทรับรู้ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

- 2.1 เส้นประสาทรับรู้อ่อนส่วนปลาย (peripheral sensory nerve) มีอยู่ 2 ชนิด คือ ไยประสาทเอ เดลต้า ไฟเบอร์ นำกระแสประสาทที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นพลังงานจลน์ นำความรู้สึกชนิดแหลมคมบอกตำแหน่งได้ ส่งกระแสประสาทในเวลาอันรวดเร็ว เป็นการรับรู้ในระยะแรก สิ้นสุดที่ด้านหลังของไขสันหลังส่วนลามินาที่ 1 และ 5 และใยประสาท ซี ไฟเบอร์ นำกระแสประสาทที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นสารเคมี นำความรู้สึกปวดแบบตื้อ ๆ เป็นบริเวณกว้าง ความรู้สึกปวดแสบ ปวดร้อน ปวดร้าว และกระจายไปทั่ว จะบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน และความรู้สึกปวดจะอยู่นาน เกิดขึ้นภายหลังสิ้นสุดที่ด้านหลังของไขสันหลังส่วนลามินาที่ 2 (Smeltzer & Bare, 2004; Holleran, 2002)

- 2.2 เซลล์ประสาทในไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn neuron) สัญญาณความปวดจะถูกส่งไปตามใยประสาทขนาดเล็ก ได้แก่ ใยประสาทเอ เดลต้า (A-delta fibers) และใยประสาทซี (C-fibers) ซึ่งเป็นใยประสาทรับความรู้สึกตัวแรก (primary afferent fibers) โดยใยประสาทดังกล่าวจะนำสัญญาณความปวด (transmission) เข้าสู่ไขสันหลังส่วนหลัง ณ บริเวณนี้จะเป็นจุดเชื่อมต่อของใยประสาทรับรู้อันแรกกับเซลล์ประสาทตัวที่สอง (secondary order projection neurons) และมีการถ่ายทอดสัญญาณความปวดโดยผ่านการหลั่งสารนำกระแสประสาท (neurotransmitters) ได้แก่ อะมิโน แอซิด กลูตาเมต

(amino acid glutamate) หรือ เปปไทด์ ซับสแตน (peptide substance) จากนั้นจะมีการส่งต่อสัญญาณความปวดไปยังระบบประสาทส่วนกลาง (Smelzer & Bare, 2004)

2.3 วิธีประสาทรับรู้ขาขึ้น (ascending sensory pathway) โดยใยประสาท เอ เซลล์ ไฟเบอร์ จะนำกระแสประสาทไปทางด้านหลังของสไปโนทาลามิก เทอริค (posterior spinothalamic tract) และใยประสาท ซี ไฟเบอร์ นำกระแสประสาทผ่านไปทางด้านข้างของสไปโนทาลามิก เทอริค (lateral spinothalamic tract) ไปรวมกันที่เรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน (reticular formation) ในสมองส่วน เมดุลลา (medulla) และพอนส์ (pons) ไปยังทาลามัส และ ไฮโปทาลามัส เชื่อมกับระบบลิมบิก (limbic system) ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมาน มีการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ และผ่านเข้าสู่สมองส่วนคอร์เท็กซ์ ทำให้เกิดการรับรู้ความปวด (Smelzer & Bare, 2004)

3. การปรับสัญญาณ (modulation) เป็นกระบวนการปรับกระแสประสาท เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทำให้ความเจ็บปวดบรรเทาลง โดยนำกระแสประสาทที่ผ่านการแปลผลจากขั้นตอนการรับรู้ความปวดจากสมองส่วนคอร์เท็กซ์ ไปกระตุ้นเอส จี เซลล์ (S-G cell) บริเวณไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) ให้หลั่งสารเอนเคฟาลินส์ (enkephalins) และเอนดอร์ฟิน (endorphins) ซึ่งมีผลไปยับยั้งการทำงานของสาร พี (substance P) ทำให้ไม่รู้สึกถึงความเจ็บปวด แต่ถ้าสารเอนเคฟาลินส์ และเอนดอร์ฟิน หลั่งออกมาไม่เพียงพอที่จะยับยั้งยับยั้งสาร พี ได้หมด สาร พี ที่เหลือจะไปกระตุ้นที เซลล์ ทำให้มีกระแสประสาทส่งไปถึงสมอง ทำให้รู้สึกถึงความปวด (Smelzer & Bare, 2004)

4. การรับรู้ (perception) เมื่อกระแสประสาทผ่านไปจากทาลามัสเข้าสู่คอร์เท็กซ์ (cerebral cortex) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการรับรู้ จะแปลผลความปวด และสามารถบอกระดับความรุนแรง ทราบถึงตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาการเกิดความปวด และลักษณะความเจ็บปวด และระบบลิมบิก จะทำหน้าที่เกี่ยวกับความรู้สึกทางอารมณ์ โดยสัญญาณประสาทที่ถูกปรับจากระบวนการเชื่อมต่อสัญญาณประสาทภายในบริเวณส่วนของไขสันหลัง จะถูกส่งไปให้สมองใหญ่ส่วนนอกที่เป็นเนื้อสีเทาโดยตรง และมีการถ่ายทอดสัญญาณประสาทไปที่กลุ่มเซลล์ประสาทของทาลามัส จึงทำให้ร่างกายรับรู้ความปวด (Remm & Dorsey, 2005) ซึ่งความทนต่อความเจ็บปวด ยังขึ้นอยู่กับ ปัจจัยทางวัฒนธรรม ประสบการณ์ในอดีต ความกลัว ความวิตกกังวล อายุ เพศและการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น (พงศภัทรดี เจาทยธริน, 2547)

ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้บาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อหลายประการ ทั้งนี้การรับรู้และการตอบสนองความปวดเป็นปฏิกิริยาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึก อารมณ์ รวมถึงปัจจัยต่างๆ ซึ่งระดับความทนของความปวดในแต่ละบุคคล ทำให้มีการตอบสนองต่อความปวดที่ต่างกัน ถ้าความปวดไม่ได้รับการจัดการอย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บ

ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยเจ็บ

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยเจ็บ หากได้รับการจัดการที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ อาจมีผลทำให้ความปวดเฉียบพลันกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ (พงศภักรดี เจาฑเกษตริน และ ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, 2547; Marcrac, 2008) ความปวดก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ความปวดในผู้ป่วยเจ็บจะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic automatic nervous system) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือเต้นผิดปกติ หายใจถี่ หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิตนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น (Hutchison, 2007; Li et al., 2008)

1.2 ระบบภูมิคุ้มกัน ความปวดจะรบกวนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีการตอบสนองต่อระบบภูมิคุ้มกันลดลงจึงมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น (Macintyre & Schug, 2007; Rahman & Beattie, 2005)

1.3 ระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ ความปวดกระตุ้นระบบซิมพาเทติก ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของลำไส้และกล้ามเนื้อหูรูดถูกกระตุ้น ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ลำไส้หยุดเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน (Macintyre & Schug, 2007) ความปวดทำให้กระเพาะปัสสาวะยี่ดขยาย มีการเคลื่อนไหวลดลง กล้ามเนื้อหูรูดของทางเดินปัสสาวะหดตัวมากขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบากและเกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ (Macintyre & Schug, 2007; Stephens, Laskin, Pashos, Pena, & Wong, 2003)

1.4 ระบบต่อมไร้ท่อ ความปวดจะไปทำให้เกิดการกระตุ้นฮอร์โมนแคาตาบอลิก (catabolic hormone) เกิดการหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone) และอัลโดสเตอโรน (aldosterone) เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณน้ำของเนื้อเยื่อภายในและภายนอกเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการบวม ความปวดจะทำให้มีการเพิ่มระดับแคทีโคลามีนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากการเพิ่มการสลายน้ำตาล (glycolysis) และมีการลดลงของอินซูลินในพลาสมา (Smeltzer & Bare, 2004; Stephens et al., 2003)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ความปวดทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไปในทางลบ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด และทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ (But et al., 2007; Helms & Barone, 2008)

ความปวดที่รุนแรงหากไม่ได้รับการจัดการที่เพียงพอและเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บเพื่อให้สามารถบรรเทาความปวด และผู้บาดเจ็บเกิดความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดถือเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญและหาแนวทางในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ

การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลบรรเทาความปวดได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ความปวดบรรเทาลงและผู้บาดเจ็บมีความสุขสบาย โดยมีการประเมินความปวด และมีการติดตามประเมินความปวดซ้ำหลังจากที่ได้รับการจัดการความปวด เช่นเดียวกับการประเมินสัญญาณชีพ (RNAO, 2007)

สถานการณ์การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลระบุนุให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องทำการประเมินในผู้ป่วยทุกราย พร้อมทั้งเสนอให้การจัดการความปวดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการดูแล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2549) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีผู้มารับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้บาดเจ็บ และมีความปวดเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ซึ่งปัจจุบันการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บยังเป็นปัญหาที่สำคัญ มักถูกละเลยหรือไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (Rupp & Delancy, 2004; Hwang et al., 2008) ผู้ที่มีระดับความปวดรุนแรงเท่านั้นที่จะได้รับการบรรเทาด้วยยา ส่วนผู้ที่มีระดับความปวดต่ำและปานกลางมักไม่ได้รับการจัดการความปวดด้วยวิธีใดเลย ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ต้องรอพบแพทย์ก่อนที่จะได้รับการจัดการความปวด (Krause, 2002) ร้อยละ 53 ของผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการจัดการความปวดด้วยยาจากพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกว่าจะได้รับการวินิจฉัยโรค (Tsai et al., 2007) และยังพบว่าผู้บาดเจ็บถึงร้อยละ 40-70 ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในไต้หวันไม่ได้รับการจัดการความปวดด้วยยา ส่วนผู้ที่ได้รับยาบรรเทาปวดก็ไม่สามารถบรรเทาความปวดได้เพียงพอถึงร้อยละ 22-77 (Tsai & Tsai, 2003; Techemy et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของเบอร์เบนและคณะ (Berben et al., 2011) ที่พบว่าผู้บาดเจ็บถึงร้อยละ 70 ไม่ได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาเมื่อเข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สำหรับการปฏิบัติการจัดการความปวดของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก นั้นพบว่าหน่วยงานยังไม่มีตัวชี้วัดด้านคุณภาพ และแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บที่สร้างขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐาน การตัดสินใจในการจัดการความปวดในแต่ละครั้งเป็นไปตามความรู้ทักษะและประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ไม่มีระบบบันทึกและการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การจัดการความปวด ทำให้มีการปฏิบัติด้านการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บที่หลากหลาย ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และไม่สอดคล้องกับทิศทางปฏิบัติการระบบสุขภาพในการเข้าสู่ระบบประกันคุณภาพตามแนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ผลกระทบของการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพในผู้บาดเจ็บ

ความปวดในผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ซึ่งมีกลไกการเกิดที่ไม่ซับซ้อน หากได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมความปวดก็จะลดลงในเวลาอันรวดเร็ว (พงศักรดี เจาเกษมตริน และ ก้องเกียรติ ภูษกันทรากร, 2547) แต่หากความปวดไม่ได้รับการจัดการและเกิดอย่างต่อเนื่องจะเพิ่มผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนา (Hutchison, 2007) ความปวดในผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ถ้าหากได้รับการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีผลทำให้พัฒนาไปเป็นความปวดเรื้อรังได้ หากผู้บาดเจ็บได้รับการจัดการความปวดที่สอดคล้องกับความต้องการ ทั้งในลักษณะของการดูแล และความพอเพียงของการดูแล ก็จะนำไปสู่ความพึงพอใจ (Macrae, 2008) ตรงกันข้ามหากการจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บ ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ และยังเพิ่มอัตราการมารักษาซ้ำ (Helms & Barone, 2008; Keene, Rea, & Aldington, 2011) ร้อยละ 63 ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหนักหลังจาก 1 ปีมีความปวดเรื้อรังและผู้บาดเจ็บเล็กน้อยมีความปวดในระดับปานกลางอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Berben, Schoonhoven, Meijjs, Vugt & Grundven, 2011) การศึกษาของ อัลวิก และคณะ (Ulvik et al., 2008) ซึ่งทำการสำรวจผลกระทบของความปวดในผู้บาดเจ็บพบว่าร้อยละ 58 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและมีความปวดอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนรู้สึกไม่สุขสบายภายหลังได้รับบาดเจ็บ 2 ปี จากการศึกษาของไพร์ และ ฮอลแลนเดอร์ (Pines & Hollender, 2008) พบว่าผู้บาดเจ็บถึงร้อยละ 60 ที่ได้รับการจัดการความปวด แต่ยังคงมีความปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเมื่อจำหน่ายออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทางด้านองค์กรความปวดมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาความปวด การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการบรรเทาความปวด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาในการ

ให้การพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบรรเทาความปวด การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพยังทำให้เพิ่มอัตราการกัมมารักษาซ้ำ (Hutchison, 2007)

การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บและองค์กรหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ที่มีความปวด (Duignan & Dunn, 2008) ซึ่งมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่เกี่ยวข้องหลายประการที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยต่างๆ เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขต่อไป

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ

การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บมีปัจจัยหลายประการที่เป็นอุปสรรค ทั้งที่เกิดจากระบบบริการ บุคลากรทีมสุขภาพ และปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้บาดเจ็บได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมและไม่สามารถบรรเทาความปวดได้ (Duignan & Dunn, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่มีประสิทธิภาพ สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านระบบบริการ พบว่าในหน่วยงานไม่มีนโยบายและมาตรฐานการจัดการความปวด (Duignan & Dunn, 2008) และไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวด ทำให้การจัดการความปวดไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Gordon et al., 2005) การประเมินไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากยังไม่มี การใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐาน ไม่มีการติดตามและบันทึกผลหลังการจัดการความปวด (Tanabe & Buschman, 2000) สิ่งแวดล้อมในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงที่มีผู้มาใช้บริการจำนวนมากแต่บุคลากรมีอย่างจำกัด และข้อจำกัดของเวลาในการปฏิบัติงานที่เร่งรีบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดเท่าที่ควร (Teanby, 2003; Motov & Khan, 2009)

2. ปัจจัยด้านบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพไม่มีความรู้ในการจัดการความปวดที่เพียงพอ (Motov & Khan, 2009) จากการศึกษารูปแบบ และ คีลานีย์ (Rupp & Delaney, 2004) ที่ได้ทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดในหน่วยฉุกเฉิน พบปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การจัดการอาการปวดไม่เพียงพอคือ การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการปวด และการจัดการอาการปวด เนื่องจากหลักสูตรการศึกษาของทั้งแพทย์และพยาบาลไม่ได้เน้นเกี่ยวกับการจัดการอาการปวด ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพไม่ตระหนักถึงความสำคัญของอาการปวดในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเร่งด่วน กลัวผลข้างเคียงของการจัดการความปวดด้วยยา เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน กลัวการติดยา (Deschenes, 2004; Motov & Khan, 2009) และเชื่อว่าการจัดการความปวดด้วยยาจะไปบดบังอาการทางคลินิกทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค แพทย์ส่วนใหญ่จะพยายามหาสาเหตุของโรค ลักษณะของความปวด

ของผู้ป่วย และรอผลการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยโรค โดยไม่มีการส่งการรักษาเพื่อบรรเทาความปวด ขณะรอผลการตรวจ (Bozimowski, 2010; Duignan & Dunn, 2008) จากการศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการ รอรับยาบรรเทาความปวดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเฉลี่ยมักนานเกิน 3 ชั่วโมง (Fosnocht & Swanson, 2007) ในด้านการประเมินความปวดพบว่าทีมสุขภาพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดต่ำกว่าความปวดที่ผู้ป่วยรายงาน จึงทำให้การจัดการความปวด ไม่เหมาะสม (Duignan & Dunn, 2008) ด้านการบันทึก ซิลการ์ และคณะ (Silka et al., 2004) ทำการศึกษา ผู้บาดเจ็บจำนวน 1,200 คน ในศูนย์อุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับ 1 พบว่ามีการบันทึกเกี่ยวกับการประเมิน ความปวดเพียงร้อยละ 18.5 เท่านั้น ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด พบว่าหากพยาบาลมีความ รู้อยู่ในระดับต่ำจะทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามหากพยาบาลมี ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (Tsai, Tsai, Chien & Lin, 2007)

3. ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ พบว่ามีปัญหาด้านการสื่อสาร ก้าวผลข้างเคียงของการได้รับยา เชื่อว่าความปวดเป็นเรื่องเล็กน้อยเนื่องจากต้องการการรักษาโรคนานกว่า และกลัวว่าหากรายงานความ ปวดแล้วจะทำให้แพทย์เกิดความสับสนในการรักษา (Gunnarsdottir et al., 2005) ยิ่งไปกว่านั้นการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้ยาเป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดเนื่องจากทำให้ไม่สามารถ ได้ประวัติอย่างชัดเจนและยังทำให้ไม่สามารถประเมินความปวดได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ (Duignan & Dunn, 2008)

ปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของการจัดการความปวดดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ ผู้บาดเจ็บได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีหากไม่มีการจัดการ ความปวดที่มีประสิทธิภาพ สมาคมพยาบาลอนาธิโอได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการ ประเมินและการจัดการความปวด เพื่อพัฒนาการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ การใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPGs]) ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยให้การ จัดการความปวดเป็นระบบ ผู้บาดเจ็บได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การจัดการ ความปวดที่มีคุณภาพ (Rustone & Moskowski, 2008; Motov & Khan, 2009)

หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ

การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บถือเป็นเรื่องที่มีผู้ให้การดูแลต้องตระหนักและยังเป็นการดูแลแบบองค์รวมซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความปวดบรรเทาลง ผู้บาดเจ็บมีความสุขสบายและพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

การจัดการความปวดในผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมีรายละเอียดของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ดังต่อไปนี้

การประเมินความปวด

การประเมินความปวดในผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกและเป็นขั้นตอนที่สำคัญ รวมทั้งยังเป็นหัวใจของการจัดการความปวด การประเมินความปวดที่ครบถ้วนจะนำไปสู่การให้การรักษาของแพทย์ การวางแผนการให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นการประเมินผลของการให้การรักษาพยาบาลว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดที่เพียงพอหรือเหมาะสมหรือไม่ และยังเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปสู่การวินิจฉัยโรค (Teasby, 2003) ความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล โดยผู้ที่เผชิญความปวดเท่านั้นที่จะสามารถบอกได้ ดังนั้นผู้ที่มีความปวดจึงเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากที่สุดและมีความเที่ยงตรงที่สุด (Puntillo et al., 2009) โดยถือว่าความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องทำการประเมิน โดยการประเมินความปวดในผู้ป่วยควรประเมินให้ครอบคลุม (RNAO, 2007) ดังนี้

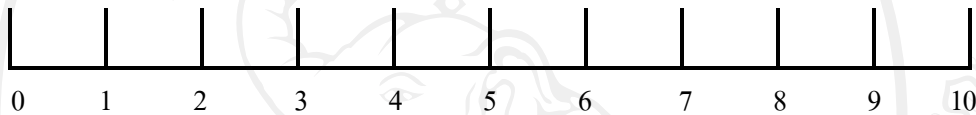
1. ตำแหน่งความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกตำแหน่งและขอบเขตที่มีความปวด
2. ความรุนแรงของความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความรุนแรงของความปวด โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน เพื่อให้ได้ระดับความรุนแรงของความปวดและช่วยให้ผู้ประเมินทราบการเปลี่ยนแปลงของระดับความปวด
3. ลักษณะของความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกว่ามีลักษณะความปวดอย่างไร เช่น ปวดบิด ปวดตื้อ ๆ ปวดตุ๊บ ๆ หรือ ปวดเหมือนถูกแทง เป็นต้น
4. ระยะเวลาที่เริ่มมีความปวด และระยะเวลาที่ปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกเวลาที่เริ่มปวด และระยะเวลาของความปวดนานเท่าใด
5. อาการปวดร้าวหรือย้ายที่ของความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกว่าจากตำแหน่งที่มีความปวดมีอาการร้าวไปตำแหน่งอื่นหรือไม่
6. ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดความปวด โดยให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การไอ การขยับตัว เป็นต้น

ปัจจุบันมีเครื่องมือประเมินความปวดหลายชนิด ถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับใช้ในการจัดการความปวด ซึ่งผู้ประเมินจะต้องเลือกใช้เครื่องมือประเมินให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึง การรับรู้ของผู้ป่วย สำหรับการประเมินความปวดในผู้ป่วยมีเครื่องมือในการประเมินความปวด ได้แก่ (RNAO, 2007)

1. มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale) เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกัน ตลอดเริ่มจาก 0 ถึง 10 อธิบายความหมายของตัวเลขให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดย 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10

หมายถึง มีความปวดมากที่สุดเท่าที่เคยประสบมาแล้วให้ผู้ป่วยเทียบความรู้สึกปวดในขณะนั้นกับระดับตัวเลขที่กำหนด มาตรฐานนี้มีอัตราความผิดพลาดในการใช้ต่ำ มีความไว ความเที่ยง ความตรง และเหมาะสมในการประเมินความปวด สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของความปวด ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง ไม่ปวด
คะแนน 1-3	หมายถึง ปวดระดับเล็กน้อย
คะแนน 4-6	หมายถึง ปวดระดับปานกลาง
คะแนน 7-10	หมายถึง ปวดระดับมาก



ภาพที่ 1 แสดงมาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS])

หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก Nursing best practice guideline : Assessment & management of pain (p. 107)

โดย Registered Nurse Association of Ontario, 2007. Retrieved April from <http://www.mao.org>

2. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analogue scales [VAS]) เป็นมาตรวัดที่ให้ผู้ป่วยประมาณความปวดด้วยสายตาบนเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ผู้ป่วยมีความปวดในขณะนั้น ผู้ประเมินวัดระยะจากจุดเริ่มต้นถึงตำแหน่งที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย ด้ายซ้ายสุดของเส้นตรงแทนความรู้สึกไม่ปวด และด้านขวาสุดแทนความรู้สึกปวดมากที่สุด



ภาพที่ 2 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยตา (visual analogue scale [VAS])

หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก Nursing best practice guideline : Assessment & management of pain (p. 107)

โดย Registered Nurse Association of Ontario, 2007. Retrieved from <http://www.mao.org>

3. มาตรฐานวัดความปวดบรรยายด้วยวาจา (verbal rating scale [VRS]) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกถึงความปวดในขณะนั้นด้วยคำพูด ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดเป็นตัวเลขได้ เหมาะสำหรับผู้ที่มีความปวดเรื้อรังแต่ผู้ป่วยต้องเข้าใจความหมายของคำ และเหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจะออกเสียงได้ ประเมินโดยการชี้คำหรือการขยับปากพูด



ภาพที่ 3 แสดงมาตรฐานวัดความปวดบรรยายด้วยวาจา (verbal rating scale)

หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก Nursing best practice guideline: Assessment & management of pain (p. 107) โดย Registered Nurse Association of Ontario, 2007. Retrieved from <http://www.mao.org>

4. มาตรฐานวัดความปวดประเมินโดยการแสดงออกทางสีหน้า (Wong-Baker FACES pain rating scale) ประเมินจากการแสดงออกของสีหน้าตามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยให้ผู้ป่วยชี้ตำแหน่งสีหน้าที่ตนเองรู้สึกปวด เครื่องมือนี้เหมาะสำหรับเด็กหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินความปวดได้ด้วยตัวเลข



ภาพที่ 4 แสดงมาตรฐานวัดความปวดโดยการแสดงออกทางสีหน้า (Wong-Baker FACES pain rating scale)

หมายเหตุ: แหล่งที่มาจาก Nursing best practice guideline: Assessment & management of pain (p. 108) โดย Registered Nurse Association of Ontario, 2007. Retrieved from <http://www.mao.org>

การบรรเทาความปวด

การบรรเทาความปวดจะได้ผลดีมีประสิทธิภาพเป็นผลมาจากการประเมินความปวดที่ถูกต้อง และการจัดการความปวดที่ได้ผลดีต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย (Smeltzer & Bare, 2004) นอกจากนี้ต้องมีการประเมินซ้ำและอาจต้องมีการเปลี่ยนแนวทางในการรักษาถ้าหากวิธีการเดิมไม่ได้ผล (RNAO, 2007) การบรรเทาความปวดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา หลักสำคัญของการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเจ็บควรเป็นการจัดการความปวดโดยใช้ยาและผสมผสานวิธีการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาเข้าด้วยกันเพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น (Erstad et al., 2009) การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยเจ็บ มีดังนี้

1. การบรรเทาความปวดโดยการให้ยา (pharmacological management)

การบรรเทาความปวดโดยการให้ยาเป็นวิธีที่สามารถลดความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่มียาหลายชนิดซึ่งมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาเพื่อให้ผู้ป่วยเจ็บได้รับยาตามแผนการรักษาตามความรุนแรงของความปวด จึงต้องมีความรู้เรื่องเภสัชวิทยาเพื่อให้การจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dunwoody et al., 2008) ซึ่งมีหลักในการใช้ยาระงับปวดดังนี้

1.1 การเลือกชนิดของยาระงับปวดตามความรุนแรงและสาเหตุของความปวด ชนิดของยาระงับปวดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (Erstad et al., 2009) ดังนี้

1.1.1 ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) เป็นยาระงับปวดที่ไปออกฤทธิ์กับตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptors) ในระบบประสาทส่วนกลาง เป็นยาระงับปวดที่ใช้อย่างกว้างขวางในการระงับปวดเฉียบพลันระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีค่าครึ่งชีวิตอยู่ในช่วง 30 นาที ถึง 7 ชั่วโมง ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้คือ ผลต่อระบบหายใจโดยจะกดการหายใจ กดการไอ หลอดลมหดเกร็ง ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ชักกล้ามเนื้อเกร็ง ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดขยายตัว หัวใจเต้นช้า ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ มีการกั่งของน้ำปัสสาวะ ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการท้องผูก นอกจากนี้อาจมีผื่นคันเนื่องจากแพ้ยากลุ่มนี้ได้ (Macintyre & Schug, 2007) ยาชนิดนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ โอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อนและโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง (Erstad et al., 2009) ได้แก่

1.1.1.1 โอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ได้แก่

1) ทรามาดอล (tramadol) เป็นโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน การออกฤทธิ์ของยาโดยจับกับตัวรับโอปิออยด์ และมีกลไกยับยั้งการนำกลับของซีโรโทนินและนอร์อิพิเนพรินในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้สามารถระงับปวด ผลระงับปวดมีความแรงเป็น 1/20-1/5 ของมอร์ฟีน โดยขนาดยาที่ให้คือ 50-100 มิลลิกรัม สามารถให้ซ้ำได้ทุก 4 ชั่วโมง ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ได้แก่ คลื่นไส้

อาเซียน ง่วงซึม ท้องผูก ที่สำคัญยาไม่ยับยั้งเอนไซม์ไซโครออกซีจีเนส จึงไม่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร หรือไตเสียหายที่เมื่อใช้เป็นระยะเวลานาน (พงศภารดี เจาภเกษตริน, 2547)

1.1.1.2 โอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) ได้แก่

1) มอร์ฟีน (morphine) สามารถระงับปวดได้ดี ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ 5-10 นาที โดยวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และ 20-60 นาที โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นาน 2-4 ชั่วโมง ขนาดยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ 0.1 mg/kg ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น กดศูนย์การหายใจ ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ถ่ายอุจจาระลำบาก คันตามร่างกาย และควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีความบกพร่องการทำงานของตับและไต เนื่องจากยาโอปิออยด์ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายทางตับและไต ภายหลังการได้รับยาต้องมีการติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและให้การรักษาตามอาการที่เหมาะสม (Abrams, Pennington, & Lammon, 2009)

1.1.2 ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid analgesics) เป็นยาระงับปวดที่ไม่มีส่วนประกอบที่ไปออกฤทธิ์กับตัวรับโอปิออยด์ ได้แก่ อะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal antiinflammatory drug [NSAIDS]) โดยยาในกลุ่มนี้สามารถบรรเทาความปวดในระดับเล็กน้อยและปานกลาง (Joshi, 2008) ได้แก่

1.1.2.1 ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDS]) ยากลุ่มนี้มีคุณสมบัติลดการอักเสบ ลดไข้และบรรเทาความปวด โดยการยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส (cyclooxygenase [COX]) ชนิดที่ 1 และ 2 ที่ระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย โดยเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส ชนิดที่ 1 ช่วยในการสร้างพรอสตาแกรนดิน (prostaglandin) เพื่อควบคุมการทำงานของเซลล์ให้ปกติ ส่วนเอนไซม์ไซโครออกซีจีเนส 2 (COX 2) พบได้ในภาวะปกติ และสามารถถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นในภาวะที่มีการอักเสบหรือการติดเชื้อ จึงมีผลต่อการตอบสนองต่อการอักเสบลดลง และลดการกระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกปวดส่วนปลาย ทำให้ความปวดบรรเทาได้ ขณะเดียวกันยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงคือ มีผลต่อการทำงานของไต จึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่การทำงานของไตบกพร่อง และมีผลทำให้เพิ่มการเสียเลือดหลังบาดเจ็บซึ่งฤทธิ์ของยาจะไปยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือด ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร แต่ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเฉพาะเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส ชนิดที่ 2 ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารน้อยกว่า และไม่มีผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือด แต่มีฤทธิ์ที่จำกัดต่อขนาดที่เพิ่มขึ้นขนาดหนึ่ง จึงเหมาะสำหรับการบรรเทาความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น (Jones & O' Donnell, 2008)

1.1.2.2 อะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือยาพาราเซตามอล (paracetamol) มีฤทธิ์ลดปวด ลดไข้ แต่ไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ เป็นยาบรรเทาความปวดที่มีความปลอดภัย โดยใช้ยา

ชนิดนี้ในผู้ที่มีความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง กลไกการออกฤทธิ์ของยายังไม่แน่ชัดแต่เชื่อว่าน่าจะมีผลทำให้ลดการหลั่งพรอสตาแกลนดินในระบบประสาทส่วนกลาง มีผลทำให้ความปวดบรรเทาลง อเซตามิโนเฟนสามารถใช้ได้ทั้งให้ยาเพียงขนานเดียว หรือให้ในรูปแบบผสมกับยาชนิดอื่น ผลข้างเคียงพบได้น้อย แต่ต้องระวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับตับ อเซตามิโนเฟน ถูกดูดซึมจากกระเพาะอาหารได้ดีมากเมื่อใช้รับประทาน ระดับของยาในพลาสมาจะสูงสุด ใน 30-60 นาที ถูกทำลายจนเหลือปริมาณครึ่งเดียวภายใน 2 ชั่วโมง (สันฐิติ โมรากุล, 2549)

1.1.3 ยาเสริม (adjuvants) เป็นยาสำหรับเสริมฤทธิ์การระงับปวดโดยให้ร่วมกับยาระงับปวด ยากลุ่มนี้หากใช้เพียงลำพังไม่สามารถระงับปวดได้เพียงพอ เป็นยาที่ระงับปวดได้เฉพาะความปวดบางชนิด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยานอนหลับ ยาคลายเครียด (antianxiety) ยาแก้อาการซึมเศร้า (antidepressant) ยาแก้ชัก (anticonvulsant) เป็นต้น (ANZCA, 2010)

องค์การอนามัยโลก (World Health organization) ได้กำหนดหลักการให้ยาในการบรรเทาความปวด คือ ให้ยาตามความรุนแรงของความปวดเป็นขั้นบันได (by the ladder) ไว้ 3 ขั้น ดังนี้ (WHO, 1986)

ขั้นที่ 1 ระดับความปวดเล็กน้อย (mild pain) ให้ใช้ยากลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ หรือให้ร่วมกับยาเสริม

ขั้นที่ 2 ระดับความปวดปานกลาง (moderate pain) ให้ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน หรือให้ร่วมกับยาเสริม

ขั้นที่ 3 ระดับความปวดรุนแรง (severe pain) ให้ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรง หรือให้ร่วมกับยาเสริม

ทั้งนี้การให้ยาควรใช้วิธีการที่เหมาะสมกับความรุนแรงของความปวด ซึ่งเมื่อนำมาใช้กับความปวดเฉียบพลันซึ่งเป็นความปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บ การให้ยาจะเริ่มจากขั้นที่ 3 ตั้งแต่ระยะแรก เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บที่รุนแรง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปการหายของแผลดีขึ้น ระดับความปวดลดลง จึงลดระดับการให้ยาตามขั้นที่ตรงกับระดับความรุนแรง

2. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management)

การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาในผู้ป่วยบาดเจ็บ เป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการความปวดด้วยยา ลดภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาในปริมาณที่มากหรือหลายชนิดในการบรรเทาปวด (Craven & Himle, 2003) วิธีที่นำมาใช้ต้องคำนึงถึงสังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคคลากรจะต้องมีทักษะและความชำนาญก่อนนำไปใช้ (RNAO, 2007) การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 การบรรเทาความปวดโดยอาศัยกระบวนการคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) เป็นวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การนึกคิดและพฤติกรรม มุ่งเน้นเพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญกับความปวดและช่วยให้สามารถควบคุมความปวดได้ (Macintyre & Schug, 2007) การบรรเทาความปวดโดยอาศัยกระบวนการคิดและพฤติกรรมมีดังนี้

2.1.1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นพื้นฐานของการควบคุมความปวด เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการเมื่อรับรู้ว่าคุณเองได้รับการเอาใจใส่ โดยสามารถปฏิบัติก่อนให้การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่น โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด แสดงความเข้าใจ เห็นใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ เกิดความเชื่อมั่นในผลการบรรเทาความปวด คลายความวิตกกังวล ช่วยให้ความปวดบรรเทาลงได้ (อนงศ์ ประสาธน์วนกิจ และ ประณีต ส่วงวัฒนา, 2550)

2.1.2 การให้ข้อมูล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองของผู้ป่วย ทำให้เข้าใจถึงความปวดที่จะเกิดขึ้นและสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกปวดและเหตุการณ์ที่จะประสบได้อย่างถูกต้อง ทำให้สามารถจัดการกับความปวดได้ดี เพิ่มระดับความทนต่อความปวด ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้การจัดการความปวดได้ผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (Roth et al., 2005; Keene et al., 2011)

2.2 การบรรเทาความปวดโดยกระทำต่อร่างกายโดยตรง (physical therapy) มีดังนี้

2.2.1 การสัมผัส เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่โดยตรง มีการกระตุ้นการทำงานซับสเทนเทีย จีลาติโนซาเพิ่มมากขึ้น และยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ ทำให้ประตูปิดไม่สามารถส่งกระแสประสาทความปวดไปยังสมองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความปวด นอกจากนี้ยังส่งผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ได้แก่ การลูบเบา ๆ หรือการสัมผัสบริเวณมือและแขนของผู้ป่วย (อนงศ์ ประสาธน์วนกิจ และ ประณีต ส่วงวัฒนา, 2550) การสัมผัสเป็นวิธีที่ง่าย สะดวกและไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถบรรเทาความปวดได้ดี ช่วยลดความวิตกกังวล (So, Jiang & Qin, 2008)

2.2.2 การจัดทำ เป็นการช่วยลดการยึดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไปและขจัดแรงกดและความตึงของกล้ามเนื้อบริเวณที่มีความปวด ช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวดได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย การจัดทำควรให้ถูกต้องตามแนวปกติของร่างกาย และมีความปลอดภัย (Craven & Himle, 2003; RNAO, 2007)

2.2.3 การประคบด้วยความเย็น (cold compression) ความเย็นจะไปทำให้หลอดเลือดหดตัวช่วยลดปฏิกิริยาการเกิดการอักเสบ (inflammatory response) ลดการไหลเวียนโลหิต

ลดอาการบวม สามารถลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อจึงทำให้ความปวดลดลงได้ การใช้แต่ละครั้งไม่ควรเกิน 20 นาที เพราะอาจทำให้เกิดอาการของการทำลายประสาทต่าง ๆ และเนื้อเยื่อถูกทำลายได้ การจัดการกับความปวดโดยใช้ความเย็นต้องมีความระมัดระวังและต้องประเมินผิวหนังอย่างใกล้ชิด ไม่ควรใช้ในบริเวณที่มีการไหลเวียนของเลือดไม่ดีและมีการรับรู้ความรู้สึกที่บกพร่อง (Hogan, 2011)

2.2.4 การจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการคัม (immobilization) การประยุกต์การตรึงบริเวณที่แตกหักเป็นสิ่งที่จำเป็น และเชื่อว่ายังช่วยลดความปวด ลดการสูญเสียเลือด ลดแรงดันบนผิวหนัง ลดความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และลดความเสี่ยงของเส้นประสาทที่อยู่ใกล้เคียง และยังช่วยลดความเสียหายที่จะเกิดตามมาได้ (Lee & Porter, 2005) การตรึงกระดูกส่วนที่หักให้อยู่กับที่มีจุดประสงค์เพื่อช่วยยึดตรึงกระดูกบริเวณเหนือกว่าและต่ำกว่าบริเวณที่หักให้อยู่กับที่ และเพื่อป้องกันกระดูกส่วนที่หักจะไปทิ่มแทงเนื้อเยื่อ หลอดเลือด กล้ามเนื้อ และเส้นประสาท (Perkin, 2007)

การประเมินความปวดซ้ำและการบันทึกเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยเจ็บ

การประเมินความปวดซ้ำ เป็นการติดตามระดับความปวดภายหลังผู้ป่วยเจ็บได้รับการบรรเทาความปวด (Gelinas et al., 2004) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระดับความปวด ผลการบรรเทาความปวด ผลข้างเคียงจากการได้รับยาบรรเทาความปวด ระดับง่วงซึม และ อุปสรรคที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ (RNAO, 2007) การประเมินความปวดซ้ำควรพิจารณาจากวิธีการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเจ็บได้รับ ดังนี้ (ICSI, 2008)

1. การบรรเทาความปวดด้วยวิธีฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำและทางกล้ามเนื้อให้ทำการประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที ภายหลังการได้รับยาหรือพิจารณาตามระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์
2. การบรรเทาความปวดด้วยยาชนิดรับประทานให้ทำการประเมินความปวดซ้ำภายใน 60 นาที ภายหลังการได้รับยาหรือพิจารณาตามระยะเวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์
3. การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที

การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวด เป็นองค์ประกอบที่นำไปสู่การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดถือเป็นหนึ่งในมาตรฐานของการจัดการความปวด (JACHO, 2003) การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ถูกต้องถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ (Shannon & Bucknall, 2003) การเขียนบันทึกอย่างชัดเจนสามารถช่วยในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาในการจัดการความปวด มีผลต่อการบรรเทาความปวดที่ผู้ป่วยเจ็บจะได้รับ (RNAO, 2007) การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวด ประกอบด้วย บันทึกการประเมินความปวด ได้แก่ระดับความปวด ตำแหน่งที่ปวด และเวลาที่ทำการประเมิน บันทึกวิธีการ

บรรเทาความปวด ชนิดของยาระงับปวด วิธีทางที่ให้และปริมาณยา (Abdalahim, Majali, & Bergbom, 2008) การบันทึกการประเมินความปวดซ้ำ ได้แก่การบันทึกระดับความปวดภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด บันทึกผลข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวด และบันทึกผลการบรรเทาความปวด (RNAO, 2007)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บจะต้องอาศัยการจัดการความปวดหลายมิติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลต้องอาศัยความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ร่วมกับอาศัยประสบการณ์ ทักษะ ความชำนาญทางคลินิกของผู้ให้บริการ ในการเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่มีความจำเพาะเป็น ที่ต้องการของผู้ใช้บริการ (Pearson & Craig, 2002) การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นรูปแบบหนึ่งของการนำผลการวิจัยลงสู่การปฏิบัติ โดยพิจารณาจากผลการวิจัยที่ยืนยันว่าการปฏิบัติ นั้นก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการให้ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการลดช่องว่าง ระหว่างงานวิจัยกับการปฏิบัติ (Turner et al., 2008) การพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ต้องอาศัยแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือในการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) แนวปฏิบัติทางคลินิกจึงเป็นชุดของข้อเสนอแนะที่ได้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยผ่านการพิจารณาอย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้ได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ ดีที่สุดก่อนนำมาใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วย โดยต้องอาศัยกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการ นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย (NHMRC, 1999) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ทำ ให้รูปแบบในการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความซ้ำซ้อน ของการปฏิบัติ ตลอดจนมีการบริหารจัดการทรัพยากรในการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ทาง สุขภาพที่ดี เพิ่มคุณภาพของการให้บริการ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551; Wolf et al., 2011)

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ

สมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่งประเทศไทย (RNAO, 2007) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการประเมินและการจัดการความปวดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบจากงานวิจัยและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ มีการจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) และระดับของข้อเสนอแนะ (grade of recommendation) ตามประสิทธิผลในการ แสดงผลลัพธ์ (effectiveness) โดยใช้เกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนา บริกส์ อินสทิทิวต์ (Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) ผู้ศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้ แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติเพื่อการวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guideline

Research and Evaluation Instrument [AGREE], 2001) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จวีวรรณ ชงชัย (2547) ได้คะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการประเมินและการจัดการความปวด ผ่านเกณฑ์ในทุกองค์ประกอบ และได้ประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเจ็บในหน่วยงาน โดยตัดส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพต่อไป

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการประเมินและการจัดการความปวดของสมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่งประเทศไทย (RNAO, 2007) ที่แปลและแปลย้อนกลับโดย อัจฉรา สุคนธสรพร และ สุภรัตน์ วังศรีคุณ (2554) ประกอบด้วยสาระสำคัญในการปฏิบัติ 4 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินความปวด

1.1. คัดกรองทุกคนที่มีความเสี่ยงต่อความปวด โดยสอบถามบุคคลนั้นเกี่ยวกับการมีความปวด หรือความไม่สบาย

1.2. ในบุคคลที่รู้สึกดีและสามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ การรายงานความปวดโดยบุคคลนั้นเป็นแหล่งข้อมูลหลักในการประเมินความปวด

1.3. เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่มีความตรงและเป็นระบบ ในการประเมินองค์ประกอบความปวด ได้แก่

1.3.1 ตำแหน่งของความปวด

1.3.2 ระดับความปวดขณะพักและขณะมีกิจกรรม

1.3.3 ปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยเกื้อหนุน

1.3.4 คุณภาพ (ลักษณะ) ของความปวด

1.3.5 การปวดร้าวหรือย้ายที่ของความปวด

1.3.6 ความรุนแรงของความปวด, อาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับความปวด, และเวลา (ปวดเป็นครั้งคราว ปวดเป็นระยะ ปวดตลอดเวลา)

1.4 ใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วในการประเมินความรุนแรงของความปวด

1.5 ประเมินความปวดแบบครอบคลุม ประกอบด้วย

1.5.1 การตรวจร่างกาย ข้อมูลการตรวจวินิจฉัย

1.5.2 ผลของความเจ็บป่วยปัจจุบันและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยปัจจุบัน

1.6 ประเมินความปวดซ้ำอย่างสม่ำเสมอ โดยคำนึงถึงชนิดและความรุนแรงของความปวดและแผนการรักษา

1.7 บันทึกในแบบบันทึกที่เป็นมาตรฐานซึ่งสามารถสะท้อนประสิทธิภาพของความปวดของบุคคล ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มประชากรและสถานที่ในการดูแล

1.8 บันทึกการประเมินความปวดบนแบบบันทึกที่เป็นมาตรฐานซึ่งบุคลากรทางคลินิกที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้

1.9 ตรวจสอบผลของการประเมินความปวดกับบุคคลว่าผลการประเมินสะท้อนถึงประสิทธิภาพความปวดตรงตามความเป็นจริง

1.10 สื่อสารผลของการประเมินความปวดกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.11 สนับสนุนบุคคลหรือร้องขอแทนบุคคลนั้นในการเปลี่ยนแผนการรักษาเมื่อความปวดไม่ได้รับการบรรเทา

1.12 รายงานสถานการณ์ความปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทาโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบด้านจริยธรรม ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ที่มีในหน่วยงาน

2. การจัดการความปวด

2.1 ควรเลือกยาบรรเทาปวดให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

2.2 สนับสนุนให้มีการใช้แผนการให้ยาบรรเทาปวดตามขนาดและเวลาที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้วิธีการที่มีการลดน้ำหนักส่วนของร่างกายให้น้อยที่สุดในการจัดการความปวด

2.3 ในการเลือกยาบรรเทาปวดให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของความปวดโดยเริ่มแบบเป็นขั้น ๆ (step-wise approach) ยกเว้นมีข้อห้ามในเรื่องอายุ ความพร้อมการทำงานของไต หรือประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับยา

2.4 พึงตระหนักว่ายามาเมมเพอริดีน (meperidine) นั้นไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษาความปวด

2.5 เฝาระวังการหายใจช้า หรือหยุดหายใจในผู้ที่ได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์

2.6 ประเมินประสิทธิภาพการลดปวดจากการให้ยาบรรเทาปวดเป็นระยะ

2.7 คาดเดาและเฝาระวังผลข้างเคียงที่พบบ่อยในผู้ที่ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น อาการคลื่นไส้และอาเจียน ท้องผูก และครึ่งหลับครึ่งตื่น (drowsiness) และให้การป้องกันตามที่สถาบันกำหนดอย่างเหมาะสม

2.8 ประเมินอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียนในผู้ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ทุกคน โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษถึงความสัมพันธ์ของอาการกับเวลาที่ให้ยาบรรเทาปวด หากอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียนคงอยู่ ต้องมั่นใจว่าได้มีการจ่ายยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนตามปกติ เพื่อให้ใช้เมื่อต้องการ

2.9 พึงตระหนักว่ายาระงับอาการคลื่นไส้อาเจียนนั้นมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกันไป การเลือกใช้ยาที่ถูกต้องขึ้นกับความเข้าใจและสาเหตุของอาการ

2.10 ควรมีการคาดคะเนถึงความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติหัตถการ เช่น การทดสอบยา การเปลี่ยนผ้าปิดแผล การถอดท่อระบายทรวงอก การใส่/ถอดสายต่าง ๆ

2.11 ตระหนักว่ายาแก้ปวดและ/หรือยาชาเฉพาะที่ (local anaesthetics) เป็นพื้นฐานในการจัดการทางเภสัชวิทยาเมื่อต้องปฏิบัติหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวด

2.12 ให้ข้อมูลแก่บุคคลเกี่ยวกับความปวดของเขาและแนวทางการรักษาเป็นรายบุคคล

2.13 ต้องมั่นใจว่าแต่ละบุคคลเข้าใจความสำคัญของการแจ้งเมื่อความปวดไม่ลดลง การเปลี่ยนแปลงของความปวด ชนิดและแหล่งที่มาของความปวด และผลข้างเคียงที่เกิดจากยาบรรเทาปวดโดยทันที

2.14 บันทึกการรักษาด้วยยาและผลการบรรเทาปวดลงในแผ่นบันทึกอย่างเป็นระบบ

2.15 ผสานวิธีการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาเข้าด้วยกันเพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ ห้ามใช้วิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาทดแทนวิธีการรักษาด้วยยา

3. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสอน

3.1 พยาบาลทุกคนต้องได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับหลักการในการประเมินและจัดการความปวดก่อนเข้าปฏิบัติงาน

4. ข้อเสนอแนะด้านองค์กรและนโยบาย

4.1 องค์กรภายนอกที่ควบคุมการพยาบาลต้องให้มั่นใจว่าจะต้องมีการปฏิบัติพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานรวมถึงการปฏิบัติอย่างรับผิดชอบต่อการจัดการความปวดอย่างได้มาตรฐานด้วย

4.2 องค์กรที่ดูแลภาวะสุขภาพต้องมีระบบบันทึกที่เอื้อการสนับสนุนและเสริมให้มีการประเมินและจัดการความปวดที่ได้มาตรฐาน

4.3 องค์กรที่ดูแลภาวะสุขภาพต้องแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบที่จะจัดการความปวดให้เป็นปัญหาที่มีความสำคัญ โดยนโยบายต้องชัดเจนว่าสนับสนุนและมุ่งหวังเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้ยึดถือว่าการลดความปวดลงจนอยู่ในระดับน่าพอใจเป็นสิ่งต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

4.4 องค์กรที่ดูแลภาวะสุขภาพต้องทำให้มั่นใจได้ว่าการจัดแหล่งประโยชน์ที่เอื้อไว้ให้มีการประเมินและจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยทุกคน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

4.5 องค์กรที่ดูแลภาวะสุขภาพต้องมีระบบการพัฒนาคุณภาพเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพการจัดการความปวดตลอดช่วงเวลาการดูแลที่ต่อเนื่อง

4.6 ในการวางแผนกลยุทธ์การจัดการศึกษาจะต้องพิจารณาวิธีการเผยแพร่และนำข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติไปใช้

4.7 ความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศไปใช้ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการวางแผน การจัดหาแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนจากองค์กรและการบริหาร รวมถึงการเอื้ออำนวยที่เหมาะสมและเพียงพอ

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1999) ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

การจัดพิมพ์ และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก

การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างเหมาะสม ขั้นตอนการจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 1999) มีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

1. การจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกและคู่มือ ให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถเข้าถึงได้ง่าย เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและบริบทของหน่วยงาน โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นต้นฉบับต้องมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์และมีหลักฐานการสนับสนุนข้อเสนอแนะเหล่านั้น
2. การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถเข้าใจ เข้าถึงได้ง่าย เหมาะแก่การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เช่น แผ่นพับขนาดพกพา บอร์ดให้ความรู้ เผยแพร่ในเว็บไซต์ เผยแพร่บนคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน การจัดทำคู่มือ หรือประกาศเสียงตามสาย เพื่อเป็นการเผยแพร่ให้ทราบทั่วถึง การเผยแพร่แนวปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบจะได้ผลลัพธ์ที่ดี
3. การประกาศ หรือประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายที่ต้องใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทราบและเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและตระหนักถึงการพัฒนาและเป็นการส่งเสริมการใช้แนว

ปฏิบัติทางคลินิก การประชาสัมพันธ์ หลาย ๆ กลยุทธ์จะให้ผลดีและครอบคลุมมากกว่าการประชาสัมพันธ์ ด้วยเช่นการใช้สื่อในการเผยแพร่ การจัดประชุมกลุ่ม การแจ้งผ่านทางหัวหน้าหน่วยงานเพื่อช่วยสนับสนุน และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ผ่านสื่อต่าง ๆ

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากหากไม่มีแนวทางที่ชัดเจน และไม่มีการปฏิบัติร่วมกันเป็นทีม กลยุทธ์ในการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 2000) มีขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดวัตถุประสงค์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

2. การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกประมาณ 3 - 4 คน เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติ ติดตามประเมินผลและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ โดยคุณสมบัติของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านต่างๆ ควรมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 ภาวะผู้นำ ผู้นำจะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยต้องมีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำ หรือมีความสามารถที่จะเหนี่ยวนำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และช่วยติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งยังเป็นผู้สนับสนุนให้มีการใช้แนวปฏิบัติและประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ

2.2 มีความเชี่ยวชาญด้านคลินิก มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องการปฏิบัติ เป็นผู้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3 สามารถติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกประจำวันได้ มีความกระตือรือร้น และมีความสามารถในการกระตุ้นผู้ปฏิบัติคนอื่นให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

3. การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อหาความแตกต่างของสถานการณ์การปฏิบัติในปัจจุบันกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน หรือหาความแตกต่างของผลการวิจัยที่เกิดขึ้นกับผลการปฏิบัติในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและมีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

4. ผู้ที่เกี่ยวข้องภายหลังจากการที่มีการเผยแพร่ และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการทำตามแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งจะมีผลต่อ

ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ จึงควรมีการเลือกใช้กลยุทธ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในบุคคลแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสม

5. มีข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้สามารถเลือกใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม

6. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อให้สามารถวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

7. ข้อมูลที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกควรเป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุม สามารถนำไปปฏิบัติได้ เข้าถึงได้ง่าย

8. ค้นหาอุปสรรคที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ความรุนแรงของอุปสรรคจะมีความแตกต่างกันและกลุ่มเป้าหมายต่างๆจะพบกับปัญหาและอุปสรรคที่แตกต่างกัน จึงควรมีการเลือกใช้กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เหมาะสม

9. การติดตามอย่างต่อเนื่อง ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรมีการติดตามความก้าวหน้าของกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการปฏิบัติตามวัตถุประสงค์

10. กลยุทธ์ที่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (NHMRC, 2000) ดังนี้

10.1 การให้ความรู้ระหว่างการประชุม (educational outreach visit) เป็นวิธีการให้ความรู้ และคำแนะนำระหว่างที่มีการเยี่ยมชมบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น ซึ่งเหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่มีขนาดเล็ก เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการเยี่ยมชมมีการทบทวนความรู้ในคราวเดียวกัน

10.2 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจและการเตือนความจำ (decision-support system and other reminders) จะมีผลให้เกิดความสะดวกและง่ายในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เช่น การจัดทำแผนภูมิช่วยตัดสินใจ การมีระบบติดตาม หรือการใช้คอมพิวเตอร์

10.3 การประชุมกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน (interactive educational meetings) การประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกลุ่มย่อยเพื่อฝึกการแก้ไขปัญหาและวางแนวทางในการปฏิบัติในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

10.4 การใช้หลากหลายวิธีการร่วมกัน (multifaceted interventions) ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ควรเลือกใช้กลยุทธ์ที่มีความหลากหลายเพื่อที่จะทำให้ประสบความสำเร็จมากกว่าการใช้วิธีเดียว เช่น การเฝ้าระวังและติดตามร่วมกับการเตือนความทรงจำ การมีข้อตกลงร่วมกันในหน่วยงาน การนำแนวการติดตามมาใช้ เช่นการให้รางวัล เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการผสมผสานหลากหลายกลยุทธ์มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ดี

10.5 การรณรงค์โดยการใช้สื่อ (mass media campaigns) การรณรงค์โดยการใช้สื่อมีผลต่อการเผยแพร่การปฏิบัติทั้งที่มีการวางแผนและไม่ได้วางแผน การเลือกใช้สื่อต้องมีความเหมาะสมกับสถานที่นั้น ๆ เช่น การให้ข้อมูลประจำวัน การโฆษณา การให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเป็นผู้นำการปฏิบัติ

10.6 การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) เป็นกระบวนการที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีเมื่อผู้ปฏิบัติตระหนักว่าการปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัตินั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้และควรปรับพฤติกรรมทันทีที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับ

10.7 การใช้ความคิดเห็นของผู้นำกลุ่ม (the use of local opinion leaders) ผู้นำในหน่วยงานเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีศักยภาพในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในหน่วยงาน ความคิดเห็นของผู้นำเป็นการให้คำแนะนำทางคลินิกที่ดีที่จะนำไปใช้

10.8 กระบวนการลงฉันทามติในหน่วยงาน (local consensus process) เกิดจากการที่ผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติในหน่วยงานลงความเห็นในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวอาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งหมด

10.9 การปฏิบัติที่มีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (consumer-mediated interventions) เป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของผู้ให้บริการ โดยอาศัยข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการ เช่น การแจ้งคหมาติดต่อกับผู้ใช้บริการ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการ การให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการ โดยตรงและการใช้สื่อ เป็นวิธีการที่นำมาใช้ในบางโอกาส

10.10 การใช้สื่อการสอน (educational materials) สื่อในการให้ความรู้ที่แนะนำสำหรับใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิก สื่อด้านโสตทัศนวัสดุ อิเล็กทรอนิกส์ การเลือกใช้สื่อการสอนต้องมีความเหมาะสมเพื่อให้เป็นที่น่าสนใจสำหรับกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความแตกต่างกัน

10.11 การอบรมให้ความรู้ (didactic educational session) สามารถปฏิบัติโดยการบรรยาย (lectures) การให้ความรู้เป็นรายบุคคล (personal visits) หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน หรืออาจทำให้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติดีขึ้น แต่เป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและช่วยให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น

10.12 การกระตุ้นให้มีการปฏิบัติและการลงโทษ (incentives and penalties) การกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจใช้วิธีการให้รางวัล การกล่าวคำชมเชย การให้การรับรอง หรือการให้คะแนน รวมถึงการตั้งกฎระเบียบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติซึ่งจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

10.13 การบริหารจัดการการปฏิบัติ (administrative intervention) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม หรือผลักดันให้ผู้ฝึกปฏิบัติมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานปฏิบัติอย่างแพร่หลาย สำหรับการ

กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้โดยการจัดการปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติสามารถเกิดขึ้นได้จากความต้องการเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ การบังคับโดยใช้กฎระเบียบข้อบังคับและนโยบายขององค์กร

11. การหาแหล่งสนับสนุนเพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยเป็นการสนับสนุนเชิงระบบด้านเงินทุน หรือเครื่องมือ การสนับสนุนด้านผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะเกี่ยวกับการเผยแพร่ การวางแผนการปฏิบัติ การให้ความรู้ การประเมินผลหลังจากมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการสนับสนุนผู้ให้บริการในด้านของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะทราบว่าแนวปฏิบัติที่นำมาใช้มีคุณค่าต่อการพัฒนา เผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้ สภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1999) ประเทศออสเตรเลียได้แบ่งการประเมินผลเป็น 2 ด้านคือ

1. ด้านกระบวนการ เพื่อบอกประสิทธิผลของวิธีการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยประเมินจากความเข้าใจในเนื้อหาและการเข้าถึงแนวปฏิบัติทางคลินิกของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และการแก้ไขเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้มีความเหมาะสมกับสถานที่นั้นหรือไม่

2. ด้านผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้ซึ่งอาจมีความยุ่งยากกว่าการประเมินผลด้านกระบวนการ ประกอบด้วยการประเมินในส่วนผู้ใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งในการประเมินมีการพิจารณาองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ

2.1 การประเมินการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อประเมินกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกว่ามีประสิทธิผลหรือไม่ ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความสนใจที่จะทำความเข้าใจหรือใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการปฏิบัติดูแลหรือไม่

2.2 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และผลลัพธ์ทางคลินิกโดยการวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อาจมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้ในสถานที่เดียวกัน หรือเปรียบเทียบกับสถานที่อื่นที่ไม่มีการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ หากพบว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับที่น้อย หรือไม่มีความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ต้องมีการพิจารณาทั้งด้านกระบวนการพัฒนา การเผยแพร่และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

2.3 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ประเมินจากการรวบรวมข้อมูลที่ต้องการหลังจากมีการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อาจประเมินได้ทันที หรือบางผลลัพธ์อาจต้องใช้เวลาและนำผลลัพธ์ที่ได้ไปเปรียบเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งอาจเป็นการเปรียบเทียบกับหน่วยงานตนเอง หรือกับหน่วยงานอื่น

2.4 การประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการประเมินความเข้าใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความยากง่ายในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ความชัดเจน และความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อยืนยันถึงคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำมาใช้

2.5 การประเมินผลด้านค่าใช้จ่ายจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ต้องมีการประเมินทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งต้องมีการพิจารณาพร้อมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2.6 การรายงานผลการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ควรมีการรายงานผลประเมินทั้งด้านประโยชน์และข้อจำกัดของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก แต่ควรหลีกเลี่ยงการนำเสนอเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือแนวปฏิบัตินั้นไม่ได้นำไปใช้อย่างถูกต้อง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้กำหนดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ ผลการบรรเทาความปวด และความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อการจัดการความปวด โดยการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ร่วมกันที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ หมายถึง สิ่งอันพึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โดยกำหนดผลลัพธ์ คือ ผลการบรรเทาความปวด และความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อการจัดการความปวด

ผลการบรรเทาความปวด

ผลการบรรเทาความปวด คือ การรับรู้ระดับความปวดของผู้บาดเจ็บในความปวดที่ลดลง ภายหลังได้รับการจัดการความปวด จนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเจ็บมีความสุขสบาย (Sherwood et al., 2003) การบรรเทาความปวดไม่ใช่แค่ระดับคะแนนของความปวดเท่านั้น ผู้บาดเจ็บที่มีระดับคะแนนความปวดสูงการบรรเทาความปวดอาจจะน้อย แต่บางครั้งการรายงานความปวดว่าสามารถบรรเทาความปวดได้ดีแต่ระดับความปวดยังคงรุนแรงอยู่ และในผู้ป่วยเจ็บที่มีระดับความปวดเท่ากันแต่ผลการบรรเทาความปวดอาจไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (Jensen, Martin, & Cheung, 2002) วิธีการประเมินผลการบรรเทาความปวดมีทั้งการประเมินโดยตรงซึ่งเป็นการซักถามจากผู้ป่วยและ การประเมินโดยอ้อม ทำการประเมินจากผลต่างของคะแนนความปวดก่อนและหลังได้รับการจัดการความปวด การประเมินผลการบรรเทาความปวดนิยมใช้การซักถามจากผู้ป่วยโดยตรงมีวิธีการประเมิน ดังนี้

1. แบบประเมินผลของการบรรเทาความปวดด้วยคำพูด โดยการซักถามถึงผลการบรรเทาความปวดภายหลังผู้ป่วยเจ็บได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ แบ่งการประเมินเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ความปวดลดลงเล็กน้อยหรือไม่ลดลง (little or no relief) 2) ความปวดลดลงบางส่วน (partial relief) 3) ความปวดลดลงทั้งหมด (complete relief) ซึ่งมาตรวัดดังกล่าวพัฒนาโดย คอมเลย์และดีเมเยอร์ (Comley & DeMeyer, 2001)

2. แบบประเมินการบรรเทาความปวดอธิบายด้วยคำพูด 3 ระดับ (บั้งอร์ เผ่าน้อย, 2548; Dolin, Cashman, & Bland, 2002) แบบประเมินดังกล่าว บั้งอร์ เผ่าน้อย (2548) ได้ใช้ในการประเมินผลของการบรรเทาความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 โดยความปวดอธิบายด้วยคำพูด 3 ระดับคือ

2.1 บรรเทาความปวดได้ในระดับน้อย

2.2 บรรเทาความปวดได้ในระดับปานกลาง

2.3 บรรเทาความปวดได้ในระดับมาก

3. มาตรการวัดบอกระดับการรับรู้ความปวดที่ลดลง (VAS-PR) (Sloman et al., 2006) เป็นมาตรวัดผลของการบรรเทาความปวดหลังได้รับการจัดการความปวดตามความรู้สึกของผู้ป่วย อธิบายด้วยคำพูด 5 ระดับคือ

0	หมายถึง	ความปวดไม่ลดลง
1	หมายถึง	ความปวดลดลงเล็กน้อย
2	หมายถึง	ความปวดลดลงปานกลาง
3	หมายถึง	ความปวดลดลงมาก
4	หมายถึง	ความปวดลดลงทั้งหมด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินผลการบรรเทาความปวด จากการซักถามถึงผลการบรรเทาความปวดด้วยมาตรวัดแบบบรรยายการรับรู้ความปวดที่ลดลง (VAS-PR) มี 1 ข้อคำถาม คือ “หลังได้รับการจัดการความปวด ความปวดของคุณบรรเทาลงอย่างไร” โดยให้ผู้บาดเจ็บเลือกตอบตามความรู้สึก ดังนี้ 1) ความปวดไม่ลดลง 2) ความปวดลดลงเล็กน้อย 3) ความปวดลดลงปานกลาง 4) ความปวดลดลงมาก 5) ความปวดลดลงทั้งหมด

ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อการจัดการความปวด

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงผลสะท้อนการรับรู้ตามการให้คุณค่าของประสิทธิภาพการรักษา การให้บริการทางสุขภาพ และการดูแลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ (Evan et al., 2004) ความพึงพอใจยังเป็นดัชนีตัวหนึ่งในการประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลสุขภาพที่สำคัญ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง สมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (APS) และ JACHO ได้กำหนดให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของการจัดการความปวด (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995; JACHO, 2003)

ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด หมายถึงความรู้สึกในทางบวกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการดูแลความปวดจากทีมผู้ดูแล เป็นไปตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อกระบวนการจัดการความปวดทั้งหมดที่ได้รับ และสะท้อนถึงประสิทธิภาพการจัดการความปวดที่ได้รับ (Lovatsis, Jose, Tufman, Drutz, & Murphy, 2007) ผู้ป่วยที่มีความปวดมีความต้องการการช่วยเหลือและคาดหวังว่าพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ถ้าผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่สอดคล้องกับรูปแบบ

ของการบรรเทาความปวดผู้ป่วยจะเกิดความพึงพอใจ (Trudeau-Vanhems, Margais, Seal, & Values, 2003) ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจะขึ้นอยู่กับระดับความปวดที่ลดลง (pain relief) และยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นได้แก่ ความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับการได้รับการปฏิบัติจริงเพื่อบรรเทาความปวด และสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่มีสุขภาพกับผู้ป่วย (JACHO, 2003) ซึ่งในปัจจุบันมีเครื่องมือประเมินความพึงพอใจดังนี้

1. แบบสำรวจความพึงพอใจของสมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Pain Society Satisfaction Survey) พัฒนาโดยสมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (APS) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวด การจัดการความปวดที่ได้รับ และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล โดยข้อความที่เป็นการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยเลือกตอบ ดังนี้ พึงพอใจมาก พึงพอใจ พึงพอใจเล็กน้อย ไม่พึงพอใจเล็กน้อย ไม่พึงพอใจ ไม่พึงพอใจอย่างมาก

2. มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจมากที่สุด คะแนน 10 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด (Shen et al., 2008) ชุงและลุย (Chung & Lui, 2003) ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้แบบประเมินตัวเลข 0-10 คะแนน แบ่งความพึงพอใจออกเป็น 4 กลุ่ม คือ คะแนนความพึงพอใจ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนนความพึงพอใจ 1-3 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจเล็กน้อย คะแนนความพึงพอใจ 4-7 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง และคะแนนความพึงพอใจ 8-10 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก นอกจากนี้เลทิเนน และคณะ (Lahtinen et al., 2006) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจโดยใช้แบบประเมินตัวเลข 0-10 คะแนนเช่นกัน โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มคือ คะแนนความพึงพอใจ 0-3 คะแนน หมายถึง มีความไม่พึงพอใจ คะแนนความพึงพอใจ 4-6 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง และคะแนนความพึงพอใจ 7-10 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

3. มาตรวัดเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) เป็นมาตรวัดที่เป็นเส้นตรง มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยให้ปลายข้างหนึ่งมีค่าเป็น 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจเลย และปลายอีกข้างหนึ่งเป็น 10 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด โลวาสติส และ คณะ (Lovastis et al., 2007) ใช้มาตรวัดดังกล่าวเป็นมาตรวัดมาตรฐานในการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด เพื่อเปรียบเทียบกับมาตรวัดความพึงพอใจแบบบรรยายที่พัฒนาขึ้น

4. มาตรวัดระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด (verbal rating scale [VRS]) โดยการซักถามผู้ป่วยถึงความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ แบ่งความพึงพอใจเป็น 4 ระดับ (Roth et al., 2005) คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และไม่พึงพอใจอย่างมาก

มาตรการวัดความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดดังกล่าวข้างต้น ควรเลือกใช้ให้เหมาะสม โดยมาตรการวัดความพึงพอใจที่แบ่งเป็นหลายระดับหรือมีข้อความที่มาก ไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับ ผู้บาดเจ็บในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินสั้น จึงต้องการความรวดเร็วในการประเมิน การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงใช้แบบสำรวจความพึงพอใจของ สมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (APS) โดยประเมินก่อนที่ผู้บาดเจ็บจะถูกจำหน่ายออกจาก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ จัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่ง ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินและจัดการความปวดของสมาคมพยาบาลวิชาชีพแห่ง ออนทริโอ (RNAO, 2007) ที่แปลและแปลย้อนกลับโดย อัจฉรา สุคนธสรณ์ และ สุภารัตน์ วังศิริคุณ (2554) เลือกเฉพาะข้อที่สามารถนำมาใช้ได้ ในสถานการณ์การดูแลผู้บาดเจ็บในหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และ สุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1999) ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย 1) การจัดพิมพ์และการเผยแพร่ แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิก โดยมีการประเมิน ผลลัพธ์ คือ ผลการบรรเทาความปวด และ ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อ การจัดการความปวด