



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการ
ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
**Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline
for Pain Management in Elderly Trauma Patients**

กนกพร วงษระบิลนาม
Kanogporn Vongrabilnam

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อจัดการความปวด
 ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ผู้เขียน นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จาวรรณ มานะสุรการ)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)
กรรมการ (ดร.มารีสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
 หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวกนกพร วงษระบิดนาม)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
ผู้เขียน	นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก และ (2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทั้งหมดจำนวน 16 เรื่อง หลักฐานอยู่ในระดับ 1 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3c จำนวน 6 เรื่อง และแนวปฏิบัติจำนวน 3 เรื่อง มาวิเคราะห์และสังเคราะห์จนได้แนวปฏิบัติฉบับร่าง และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เท่ากับ .91 และได้ค่าความเที่ยงจากการหาค่าความสอดคล้องตรงกันของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 ราย เท่ากับร้อยละ 100 ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 35 ราย ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จำนวน 10 ราย และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2 ด้าน คือ การประเมินเชิงกระบวนการ ได้แก่ (1) ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ และ (3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ส่วนการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ (1) ความรุนแรงของปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติที่คู่ ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 4 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวด หมวดที่ 2 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา หมวดที่ 3 การจัดการความ

ปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ และหมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

2. การประเมินเชิงกระบวนการ พบว่า ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหมวดที่ 1, หมวดที่ 2 และหมวดที่ 4 พยาบาลวิชาชีพทั้ง 35 ราย (ร้อยละ 100) สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ ส่วนหมวดที่ 3 พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 97.1 (N = 34) สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ และร้อยละ 88.57 ของพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และอีกร้อยละ 11.43 อยู่ในระดับปานกลาง โดยพยาบาลวิชาชีพระบุปัญหาอุปสรรคว่า การประเมินความปวด ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีภาวะสับสน มีปัญหาในการสื่อสาร หรือมีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้ป่วย และเนื่องจากภาระงานที่มากในช่วงเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติรายอื่น ทำให้ไม่มีเวลามากพอในการสื่อสาร

3.การประเมินผลลัพธ์ พบว่า ความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วย หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน ($M=1.75, SD=1.62$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความปวดก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($M=5.80, SD=3.55, t=2.87, p=.02$) และผู้ป่วยทั้ง 10 ราย มีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้จัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และหน่วยงานอื่นที่มีบริบทงานใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์

Thesis Title	Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pain Management in Elderly Trauma Patients
Author	Miss Kanogporn Vongrabilnam
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2013

ABSTRACT

The purpose of this developmental study was to develop and evaluate a clinical nursing practice guideline (CNPG) for pain management in elderly trauma patients. This CNPG was conducted based on the evidence-based practice (EBP) model of Soukup (2000) as a conceptual framework. A study process had three steps. The first step, the development of the CNPG, comprised of two processes: (1) searching clinical problems and (2) searching EBP. The level of the evidence was also evaluated. A total of 16 papers were recruited. There were 5 papers categorized in level 1, 2 papers in level 2, 6 papers in level 3c and 3 rigorous clinical nursing practice guidelines. The draft of the CNPG was developed based on the analysis and synthesis of the EBP. The draft was then examined by 5 experts and yielded a content validity index (S-CVI) of .91. In addition, the inter-rater reliability of this draft was examined by 4 nurses, yielding an agreement of 100%. The second step was implementation of the CNPG with 35 nurses working in the trauma ward, Songklanagarind Hospital. These nurses applied this CNPG with 10 elderly trauma patients. The third step, an evaluation of the CNPG, consisted of process and outcome evaluation. The evaluation of process covered of nurses' compliance to follow the CNPG and nurses' satisfaction to use the CNPG, whereas the outcome evaluation covered patients' pain intensity and patients' satisfaction with receiving care under the CNPG. The results were as follows:

1. The contents of the CNPG comprised of 4 parts: (1) pain assessment and factors related to pain in elderly trauma patients, (2) pain management with pharmacological and non-pharmacological methods, (3) pain management while during wound dressing, and (4) evaluating the management of pain in elderly trauma patients.

2. In the evaluation of process was found that, all nurses (100%) were able to comply part 1, 2 and 4 of the CNPG. Most nurses (97.1%) were able to comply part 3. In

addition, 88.57% of nurses' satisfied with applying the CNPG at a high level and 11.43% at a moderate level. The common problems related to the application of the CNPG were the difficulty in pain assessment of elderly patients who had confusion, communication limited, and nurses' heavy workload allowing insufficient time to respond to the needs of patients.

3. In the evaluation of outcome was found that pain intensity after three days of implementation of the CNPG ($M = 1.75$, $SD = 1.62$) was significantly lower than that before ($M = 5.80$, $SD = 3.55$, $t = 2.87$, $p = .02$). In addition, all patients reported their satisfaction at a high level.

These findings indicate that the CNPG is appropriate for implementation for elderly trauma patients in the trauma ward, Songklanagarind Hospital. Application of this CNPG is recommended for other wards, where care contexts are similar to that in this study context.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	13
ความหมายของความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	13
กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	14
ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	16
การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	19
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ.....	32
การพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล.....	40
ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล.....	40
ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของชูศัพท์.....	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	55
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
สถานที่ทำการศึกษา.....	64
ผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย.....	64
กระบวนการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วย สูงอายุจากที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	75
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	79
ผลการวิจัย.....	79
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	93
สรุปการอภิปรายผล.....	102
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	103
สรุปผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะ.....	105
เอกสารอ้างอิง.....	107
ภาคผนวก.....	113
ก. ตารางข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุใน หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2556.....	114
ข. ตารางสังเคราะห์งานวิจัย.....	116
ค. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	142

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ง. คู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวด ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	154
จ. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุ....	160
ฉ. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการ จัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุ.....	164
ช. หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มตัวอย่างพยาบาล).....	168
ซ. หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย).....	169
ฅ. ตารางข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กลุ่มที่การดูแลตามแนว ปฏิบัติการพยาบาล ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	170
ญ. ตารางข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่าง เดือน กันยายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556.....	173
ฎ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	176
ประวัติผู้เขียน.....	177

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	การประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (behavior pain scale [BPS]).....	25
2	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์.....	47
3	การกำหนดระดับของข้อแนะนำไปสู่การปฏิบัติ.....	48
4	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับการศึกษา อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงานหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ และประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการจัดการความปวด (N = 35).....	81
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ จำแนกตามหมวดการปฏิบัติกิจกรรม (N = 35)	82
6	จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (N = 35).....	83
7	จำนวนและร้อยละคะแนนของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (N = 35).....	85
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล สาเหตุของการได้รับบาดเจ็บ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวด (N = 10)	87
9	ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดสูงสุด-คะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำสุด คะแนนเฉลี่ยความปวดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกเป็นรายวัน (N = 10).....	90
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดเมื่อแรกรับ (ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวันที่ 3 ด้วยสถิติทีคู่ (N = 10).....	90
11	จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ (N = 10).....	90

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดภายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีคู่ (paired t-test).....	92

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	9
2	มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข.....	23
3	มาตรวัดความปวดด้วยสายตา.....	23
4	มาตรวัดความปวดรูปหน้า.....	24
5	แผนผังแสดงขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....	62
6	กระบวนการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ.....	74
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกเป็นรายวัน	89
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกเป็นรายวัน.....	92

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้น จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปนั้นมีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2553 มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 11.36 หรือประมาณ 8,011,000 คนจากประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 12,272,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2553) พบว่า สัดส่วนของการเจ็บป่วยและอัตราการเกิดอุบัติเหตุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 11.9 เช่นเดียวกับในต่างประเทศที่พบว่าการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Miriam & Todd, 2006) จากการศึกษาของแมทธิว (Matthew, 2009) พบว่า กลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีมาด้วยเรื่องการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป รวมทั้งพบว่าอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบจากลักษณะการบาดเจ็บที่เหมือนกัน (Schmitker, Martin, Beattie, & Gray, 2011) โดยในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบว่า อุบัติเหตุขนส่งทางบกเป็นสาเหตุการตายมากที่สุด คือมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 16.2 รองลงมาคือ อุบัติเหตุการตกน้ำ จมน้ำ และการทำร้ายตัวเองด้วยวิธีต่าง ๆ มีอัตราการตายเท่ากับ 8.5 และ 8.3 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติของอุบัติเหตุในภาพรวมที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุดถึงร้อยละ 40 คือ การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุยานพาหนะ และอีกร้อยละ 40 เป็นการพลัด ตก หกล้ม นอกเหนือจากนั้นเป็นการถูกรถเฉี่ยวชนขณะเดินถนน ถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก และอื่นๆ ตามลำดับ (Dienna, 2010)

อาการและอาการแสดงที่สำคัญภายหลังการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุคือความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) เกิดจากการที่เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บถูกทำลาย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล โดยผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ๆ หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบอื่น ๆ เช่น ระบบต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกันโรค เนื่องจากความปวด

เฉียบพลันจะกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำงานมากกว่าปกติ มีการกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการหลั่งสารแคทีโกลามีน (catecholamines) และฮอว์โมน ความเครียด ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ส่วนระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้มีการหลั่งน้ำย่อยในทางเดินอาหารและมีการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบระบบทางเดินอาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดภาวะลำไส้อัมพาต (bowel ileus) มีภาวะท้องผูก ภาวะท้องอืด (Gloth, 2004; Mattox, Moore, & Feliciano, 2013) นอกจากนี้ความปวดยังส่งผลให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ มีผลให้เกิดรีเฟล็กซ์แบบกล้ามเนื้อหดเกร็งในบริเวณที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บรวมถึงบริเวณโดยรอบด้วย จนเกิดการแข็งตัวของกล้ามเนื้อ (muscle splinting) คือกล้ามเนื้อในบริเวณทรวงอกและหน้าท้องไม่ขยับ การขยับของทรวงอกที่ลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศที่ผ่านเข้าออกในปอด (tidal volume) และความจุอากาศส่วนที่เหลือใช้งานได้ (functional residual capacity) ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) (ศศิกันต์, 2554; Bell & Duffy, 2009) และเมื่อระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น จะทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ทำให้กระบวนการเผาผลาญของกล้ามเนื้อสูญเสียไป เกิดภาวะกล้ามเนื้อเล็ก ฝิบ มวลกระดูกลดลงและบางลงได้ง่าย (Gloth, 2004) จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมีผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (สุภาพ, 2552) ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก

การจัดการความปวดควรเริ่มจากการประเมินความปวด ซึ่งมีความสำคัญต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในการประเมินความปวดจึงต้องอาศัยข้อมูลจากการรายงานความปวดของผู้ป่วย (ซัชชัย, อนงค์ และวงจันทร์, 2550; ศิริพร, 2551) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะเจาะจงทางสรีรวิทยาหรือที่เรียกว่ากระบวนการชราภาพ (aging process) อย่างชัดเจน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาที่สำคัญคือระบบประสาทและประสาทสัมผัสที่เสื่อมลงอย่างช้า ๆ โดยมีขีดความอดทนต่อความปวด (pain threshold) เพิ่มขึ้นและระดับความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) ที่มากขึ้นตามอายุ (Alan, Amir, & Jares, 2010; Stefan, 2012) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกปวดและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง และการประเมินความปวดในผู้สูงอายุนั้นทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาในการรับรู้ ความเข้าใจ และการสื่อสาร มีผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้สูงอายุคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง รวมทั้งปัจจัยด้านบุคลิกภาพที่มีปัญหาและ

อุปสรรคในการประเมินความปวดที่อาจขาดความรู้ในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ หรือมีความเชื่อและทัศนคติทางลบต่อความปวดและการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ มีผลทำให้บุคลากรทีมสุขภาพประเมินความปวดในผู้สูงอายุได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง (ธนินฐา และคณะ, 2554; ผ่องศรี, 2551; ศิริพร, 2551; Gibson & Weiner, 2005; Gloth, 2004; Kumar, 2008; Stefan, 2012)

แม้ในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดเป็นอย่างมาก แต่คุณภาพในการจัดการความปวดยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวด เช่น สรีรวิทยาของความปวดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ (Bell, Halvey & Paice, 2004) ความแตกต่างระหว่างความปวดแบบเฉียบพลันและความปวดแบบเรื้อรัง การประเมินความปวด รวมทั้งยังขาดการบันทึกการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา (Anita, Anna & Ersek, 2011; Bell & Duffy, 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการจัดการความปวดในผู้สูงอายุจะต้องรวบรวมความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา เกสัชวิทยาและเคมี ภาวะโรคร่วม และเทคโนโลยีทางการแพทย์มาผสมผสานในการจัดการการความปวด (Anita et al., 2011) จากการศึกษาของเบลล์และดัฟฟี (Bell & Duffy, 2009) พบว่า การจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้ผลที่ดีที่สุดคือการบรรเทาความปวดโดยการใช้ยาร่วมกับการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา มีวิธีการหลากหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด นับเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ที่จะต้องประเมินความต้องการและเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับบาดเจ็บและความเสี่ยงจากการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การมีภาวะโรคร่วม และลักษณะของการบาดเจ็บ ถือเป็นปัจจัยร่วมที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการความปวดของบุคลากรทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั่วไป บุญเฉลิม (2553) ได้มีการศึกษาการจัดการอาการปวดตามการรายงานของผู้ป่วยทั่วไปและพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าการบรรเทาอาการปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยไม่สอดคล้องกัน โดยพยาบาลระบุว่าตนเองมีการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง แต่ผู้ป่วยระบุว่าตนเองได้รับการจัดการความปวดอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าความพึงพอใจต่อการดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยก็ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งพยาบาลระบุว่าตนเองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้ป่วยระบุว่าตนเองมีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ โดยมีปัญหาอุปสรรคตามรายงานของ

กลุ่มพยาบาลคือยังไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการปวด ไม่มีระบบการบันทึกและการติดตามประเมิน ไม่มีตัวชี้วัดคุณภาพและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดที่สร้างขึ้นโดยใช้หลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ บุคลากรที่มีสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่เพียงพอ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการอาการปวดผู้ที่มาใช้บริการ และภาระงานของพยาบาลมากเกินไป (บุญเฉลิม, 2553) จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความปวดและปัญหาการจัดการความปวดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีเพียงการศึกษาถึงความปวดในผู้สูงอายุทั่วไป ไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินและจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอย่างเฉพาะเจาะจง

จากการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยและประสบการณ์ฝึกงานที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ ยังไม่มีรูปแบบการประเมินความปวดที่ชัดเจน การประเมินความปวดส่วนใหญ่ได้มาจากการที่พยาบาลซักถามอาการมากกว่าที่ผู้ป่วยจะรายงานอาการปวดเอง และการจัดการความปวดส่วนใหญ่จะใช้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และจัดท่านอนให้เหมาะสม และเป็น การดูแลที่ไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป อีกทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการประเมินและเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถให้การจัดการความปวดโดยการใช้ยา ร่วมกับการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบาย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความปวด และเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพกลับสู่ปกติได้เร็วมากขึ้น

ในปัจจุบันมีการพัฒนาคุณภาพด้านการบริการสุขภาพมากขึ้น เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลให้เกิดมาตรฐาน เพิ่มการพัฒนาและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการทางคลินิกและตั้งอยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการประเมินและจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าและผลลัพธ์ในการดูแล ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเกี่ยวข้องกับความปวดแบบเฉียบพลัน โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนดำเนินงาน เนื่องจากเป็น

รูปแบบที่เน้นการพัฒนาการปฏิบัติในเชิงคลินิก มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการพัฒนาดังกล่าวเน้นการทำงานและการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานอย่างชัดเจน รวมทั้งมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมากที่สุดภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปทดลองใช้และประเมินผลเพื่อนำมาปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
 2. เพื่อประเมินกระบวนการการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังนี้
 - 2.1 ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังนี้
 - 3.1 ความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
 - 3.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ประกอบด้วยอะไรบ้าง

2. การประเมินกระบวนการการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังนี้

2.1 พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่พัฒนาขึ้น มีความสามารถในการนำแนวคิดไปใช้เป็นอย่างไร และมีปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะอย่างไร

2.2 พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่พัฒนาขึ้น มีความพึงพอใจในระดับใด

3. การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ดังนี้

3.1 ความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แตกต่างกันหรือไม่

3.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีความพึงพอใจในระดับใด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เพื่อพัฒนาและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนดำเนินงาน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เน้นการพัฒนาการปฏิบัติในเชิงคลินิก มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย โดยกระบวนการพัฒนาดังกล่าวนั้นการทำงานและการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานอย่างชัดเจน รวมทั้งมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมากที่สุดภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะการค้นหาคำปัญหาทาง

คลินิก (evidence-triggered phase) และ (2) ระยะการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) ขั้นตอนที่ 2 คือ ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase) และขั้นตอนที่ 3 คือ ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ พร้อมทั้งนำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ในขั้นตอนที่ 4 คือ การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase) เป็นระยะที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการประเมินผลในขั้นตอนสุดท้ายไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000) มาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยกระบวนการพัฒนาและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน มี 4 ระยะ ดังนี้

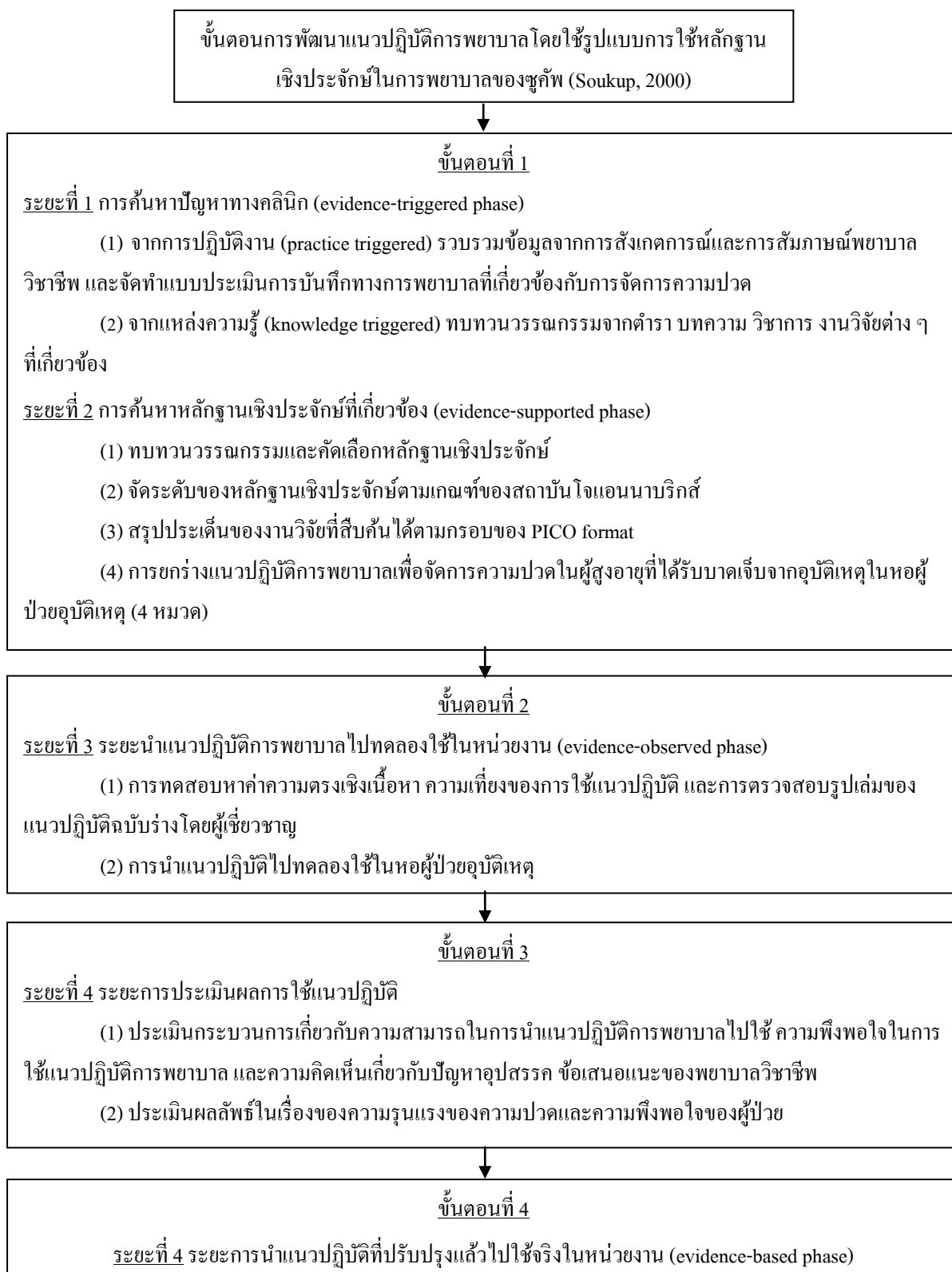
ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะการค้นหาลักษณะทางคลินิก (evidence-triggered phase) ที่ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ จากการปฏิบัติงาน (practice triggered) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และจากแหล่งความรู้ (knowledge triggered) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปวดและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาทางคลินิก แล้วนำมาเป็นแนวทางในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป และ (2) ระยะการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) มีกำหนดคำสำคัญ การสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นได้ตามกรอบของ PICO (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีและเหมาะสมที่สุดนำมาขรร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและแก้ไขปัญหาที่มีอยู่จริงได้ โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุฉบับขรร่างประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ (1) การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (2) การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา (3) การ

จัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ และ (4) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 2 คือ ให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase) ผู้วิจัยได้จัดทำการศึกษาทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติ และการตรวจสอบรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่าง โดยผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยได้นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 3 คือ ระยะเวลาประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยมีการประเมินเชิงกระบวนการเกี่ยวกับความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะของพยาบาลวิชาชีพ และประเมินผลลัพธ์ในเรื่องของความรุนแรงของความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

สรุปกรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หมายถึง ข้อกำหนดสำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากการค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงานและค้นคว้าหลักฐานจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ รวบรวมและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จากนั้นสรุปข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยวางแผนจัดทำเป็นคู่มือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งประเมินผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000)

การประเมินกระบวนการการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ หมายถึง สิ่งที่สามารถได้จากพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในประเด็น (1) ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติงานจริง โดยประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ

การประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ หมายถึง การประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินจาก (1) ความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของศิริพร (2551) และ (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยประเมินกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 35 ราย ได้แก่ (1) ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และ (3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากพยาบาลวิชาชีพ
ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์กับผู้ป่วย จำนวน 10 ราย ได้แก่ (1) การวัดความรุนแรงของ
ความปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ และ (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะได้รับการจัดการความปวดที่มี
ประสิทธิภาพโดยเน้นบทบาทอิสระของพยาบาล และเกิดความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับ
2. พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วย
สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่มีทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมาจากหลักฐานเชิง
ประจักษ์ที่มีความทันสมัยเพื่อการประยุกต์ใช้ ซึ่งช่วยพัฒนาผลลัพธ์ในการดูแลได้อย่างมีคุณภาพ
3. หน่วยงานมีมาตรฐานในการประกันคุณภาพการดูแลจัดการความปวดในผู้ป่วย
สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่เป็นทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลอย่างมี
ประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

- 1.1 ความหมายของความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- 1.2 กลไกการเกิดความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- 1.3 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- 1.4 การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1.4.1 การประเมินความปวด

1.4.2 เครื่องมือในการประเมินความปวด

1.4.3 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา

1.4.4 การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา

1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

1.5.1 คุณลักษณะของการได้รับบาดเจ็บ

1.5.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ

1.5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ

2. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

2.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ

2.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

3. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ความหมายของความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ความปวดเป็นประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สุขสบาย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย (International Association for the Study of Pain [IASP], 1994) ถือเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่บอกถึงความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในแต่ละคนในเวลานั้น ๆ (Margo McCaffery, 1997) อาจขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา การรับรู้ ความเชื่อและประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย และเป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลรับรู้ด้วยตนเองได้ ถูกต้องชัดเจน (ฟ่องศรี, 2551) นอกจากนี้ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่มีความซับซ้อนและมีหลากหลายมิติ ได้แก่ มิติทางด้านสรีระ ด้านอารมณ์ ด้านความรู้สึก ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสังคมและวัฒนธรรม (ซัชชัย, อนงค์ และวงจันทร์, 2553)

ความปวดจำแนกได้หลายประเภท หากจำแนกตามระยะเวลาการเกิดนั้น ความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ถือเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) ซึ่งความปวดชนิดนี้เกิดขึ้นหลังจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย โดยสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552) กล่าวว่า “ความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่ปวดจะอยู่ไม่นาน โดยอาการปวดจะทุเลาลงเมื่อสาเหตุได้รับการแก้ไขหรือหายแล้ว” ความปวดดังกล่าวเกิดขึ้นในระยะสั้น และมีลักษณะที่จำแนกได้ชัดเจน ความปวดประเภทนี้จึงมีขอบเขตจำกัด

เนื่องจากความปวดเป็นกระบวนการสรีรวิทยา จากสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นที่ตัวรับความรู้สึกและมีการนำความรู้สึกปวดผ่านไขสันหลังไปสู่สมอง (Sinatra, de Leon Casasola, Ginsberg, & Viscusi, 2009) โดยองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความปวด มีดังนี้ (1) สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความปวด (pain or noxious stimuli) สิ่งที่เป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ในที่นี้คือผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณอวัยวะใดก็ตาม ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณผิวหนังทำให้เกิดบาดแผลหรือร่องรอยจากการบาดเจ็บ ถือเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความปวด (2) ตัวรับความรู้สึกปวด (pain receptor or nociceptor) ประกอบด้วยระบบประสาทการรับรู้ส่วนปลาย ซึ่งจะตอบสนองแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้เกิดความปวด (3) วิถีประสาทนำสัญญาณความปวด (pain impulse pathways) เป็นเส้นทางที่สัญญาณความปวดจากบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บถูกส่งสัญญาณไปยังสมองส่วนกลาง ผ่านทางไขสันหลัง และ (4) ระบบประสาทไขสันหลังและสมอง ประกอบด้วย ระดับไขสันหลัง และเหนือระดับไขสันหลังรวมถึงสมอง มีอยู่ 2 ชนิด คือ โยประสาท เอ เดลต้า ไฟเบอร์ (A-delta fiber) และ โยประสาท ซี ไฟเบอร์ (C-fiber) ทำให้มีการหลัง

สารสื่อประสาท คือ สารพี (substance P) และกลูตาเมต (glutamate) ทำให้เกิดความปวด เป็นตัวกระตุ้นให้มีการส่งผ่านกระแสประสาทไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลังผ่านด้านข้างขึ้นไปสู่สมอง ไปสมองส่วนเมดูลลา พอนส์ ธาลามัส และไฮโปธาลามัส ตามลำดับ สรุปได้ว่าความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ เกิดจากการมีสิ่งเร้าในที่นี้คือการบาดเจ็บตำแหน่งใด ๆ ก็ตาม มากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกปวด ทำให้เกิดการนำสัญญาณกระแสประสาทความปวดไปตามวิถีประสาทจากระบบไขสันหลังไปสู่สมองส่วนกลาง ซึ่งถ้าขาดองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งจะไม่สามารถเกิดความปวดขึ้นได้ (ศศิกันต์, 2554; Gloth, 2004)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความปวดอย่างเฉพาะเจาะจงคือการมีขีดความอดทนต่อความปวด (pain threshold) เพิ่มขึ้นและระดับความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) ที่มากขึ้นตามอายุ (Alan et al., 2010; Stefan, 2012) ร่วมกับปัญหาและอุปสรรคในการสื่อสาร เช่น ภาวะสับสน การบาดเจ็บศีรษะที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดช้าลง

กลไกการเกิดความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ความปวดเกิดจากกลไกหลายอย่างที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง ทั้งการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง (Sinatra et al., 2009) แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1. ระยะนำสัญญาณ (transduction) เกิดขึ้นบริเวณตัวรับความรู้สึกปวดส่วนปลายของแขนงประสาทขาเข้า (primary afferent neuron) เมื่อเซลล์ได้รับสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้เกิดการบาดเจ็บ จะมีการหลั่งสารเคมีออกมา เช่น พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) แบรดดีไคนิน (bradykinin) ซีโร โดนิน (serotonin) ฮิสตามีน (histamine) สารเหล่านี้จะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด เมื่อถูกกระตุ้นจนแรงถึงระดับขีดกั้น (pain threshold) จะเกิดการแปลงสัญญาณเป็นพลังงานไฟฟ้าเกิดเป็นกระแสประสาทที่บริเวณเยื่อหุ้มเซลล์ ส่งต่อไปยังบริเวณไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn) โดยไปตามใยประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย และมีการนำไปตามวิถีประสาทรับรู้เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางขึ้นสู่เมดูลลา (medulla) ไฮโปธาลามัส (hypothalamus) ธาลามัส (thalamus) และสมองใหญ่ (cerebrum)

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) รับความรู้สึกปวดโดยส่งกระแสประสาทไปตามใยประสาทนำเข้า (afferent nerve fibers) ผ่านทางระบบประสาทไปทางด้านหลัง (dorsal root ganglion) เข้าสู่ไขสันหลังโดยเชื่อมกับเซลล์ประสาทรับความรู้สึกบริเวณคอร์ซัลฮอว์น คือ เอส จี เซลล์ (substantia gelatinosa หรือ SG) ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท คือ สารพี (substance P) และกลูตาเมต (glutamate) ทำให้เกิดความปวด เป็นตัวกระตุ้นให้มีการส่งผ่านกระแสประสาทไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลังผ่านด้านข้างขึ้นไปสู่สมอง

2.3 วิถีประสาทรับรู้ขาขึ้น (ascending sensory pathway) โดยใยประสาท เอ เดลต้า ไฟเบอร์ จะนำกระแสประสาทไปทางด้านหลังของสไปโนทาลามิก แทรีค (posterior spinothalamic tract) และใยประสาท ซี ไฟเบอร์ นำกระแสประสาทผ่านไปทางด้านข้างของสไปโนทาลามิก แทรีค (lateral spinothalamic tract) ไปสมองส่วนเมดุลลา พอนส์ ซาลามัส และไฮโปทาลามัส ตามลำดับ

3 ระยะรับรู้ (perception) เมื่อกระแสประสาทผ่านไปยังสมองส่วนซาลามัส และไฮโปทาลามัสจะเชื่อมกับระบบลิมบิก (limbic system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและอารมณ์ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความปวดในระดับที่แตกต่างกันได้ แม้ว่าจะมีสิ่งเร้าเข้ามากระตุ้นเหมือนกัน เนื่องจากการรับรู้ที่ระบบลิมบิกแตกต่างกัน เกิดการรับรู้ว่าปวด แต่ยังไม่สามารถบอกตำแหน่ง หรือระดับของความรุนแรงได้ แต่เมื่อผ่านไปถึงบริเวณคอร์เท็กซ์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการรับรู้ และแปลผลความปวด จะสามารถบอกระดับความรุนแรง ตำแหน่งที่เกิด และลักษณะของความปวดได้ ซึ่งการรับรู้ความปวดยังขึ้นกับระดับความทนของความปวดแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในอดีต อายุ เพศ เป็นต้น

4 ระยะเวลาปรับสัญญาณประสาท (modulation) เป็นระยะสุดท้ายของกลไกการเกิดความปวดเพื่อให้ความปวดบรรเทาลง โดยกลุ่มใยประสาทนำลง (descending fiber) จะปล่อยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งความปวด ได้แก่ เบต้าเอนเคอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน ให้นำกระแสประสาทที่ผ่านการแปลผลจากขั้นตอนการรับรู้ความปวดจากคอร์เท็กซ์ ไปกระตุ้นเอสจีเซลล์ บริเวณส่วนหลังของไขสันหลัง โดยไปยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่เกิดความปวด แต่ถ้าเบต้าเอนเคอร์ฟิน และเอนเคฟาลิน หลั่งออกมาไม่เพียงพอที่จะยับยั้งการทำงานของสารพีได้หมด สารพีที่เหลือจะไปกระตุ้นทำให้มีกระแสประสาทส่งต่อไปยังสมอง และทำให้เกิดความรู้สึกปวด

สรุปได้ว่า การบาดเจ็บเป็นสาเหตุที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและถูกทำลาย ซึ่งจะทำให้เกิดการหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด เกิดการแปลงสัญญาณเป็นกระแสประสาทส่งต่อไปยังไขสันหลัง ระบบประสาทส่วนกลาง และสมองตามลำดับ ทั้งนี้การรับรู้และการตอบสนองความปวดเป็นกลไกที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก อารมณ์ รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุคือการมีขีดความอดทนต่อความปวด (pain threshold) เพิ่มขึ้นและระดับความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) ที่มากขึ้นตามอายุ (Alan et al., 2010; Stefan, 2012) ทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ทำให้เกิดการรับรู้ความปวดช้าลง ถ้าความปวดจากการได้รับบาดเจ็บไม่ได้รับการจัดการอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้

ผลกระทบของความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บเช่นเดียวกับบุคคลวัยอื่น ๆ เพราะอุปสรรคของการจัดการกับความปวดอย่างมีประสิทธิภาพคือ การไม่เชื่อว่าความปวดนั้นมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายประการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Matthew, 2009) ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญในผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 ระบบหายใจ ความปวดมีผลให้เกิดความผิดปกติของระบบหายใจ โดยที่การตอบสนองปฏิกิริยาระดับไขสันหลัง (spinal reflex response) มีปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (reflex) ที่เหนือการควบคุม (involuntary) ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์แบบกล้ามเนื้อหดเกร็งในบริเวณที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บรวมถึงบริเวณโดยรอบด้วย จนเกิดการแข็งตัวของกล้ามเนื้อ (muscle splinting) คือ กล้ามเนื้อในบริเวณทรวงอกและหน้าท้องไม่ขยับ การขยับของทรวงอกที่ลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศที่ผ่านเข้าออกในปอด (tidal volume) และความจุอากาศส่วนที่เหลือใช้งานได้ (functional

residual capacity) ลดลง จนเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) นอกจากนี้ การลดลงของความจุปอด (vital capacity) ทำให้การไอและขับเสมหะได้ไม่เต็มที่ อาจเกิดภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) ตามมาได้ น (ศศิگانต์, 2554; Bell & Duffy, 2009) และจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอด ในผู้สูงอายุยังสนับสนุนให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ง่ายขึ้น และสำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขน (cilia) ลดลง รีเฟล็กซ์การไอลดลง เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายใน ทางเดินหายใจไม่ดี ประกอบกันปริมาณอิมมูโนโกลบูลินเอ (Ig A) ในสารคัดหลั่งและอัลวีโอลาร์ แมคโครฟาจ (alveolar macrophage) ลดลง จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การทำงานของฝาปิดกล่องเสียง (epiglottis) แย่ลง เป็นเหตุให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ ง่าย (ผ่องศรี, 2551)

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดเฉียบพลันจะกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำงานมากกว่าปกติ มีการกระตุ้นให้ร่างกาย เกิดการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamines) และฮอร์โมนความเครียด ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความต้านทานส่วนปลายของ หลอดเลือดเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น (Gloth, 2004) นอกจากนี้ ความปวดที่รุนแรงจากการได้รับบาดเจ็บจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ทำให้ลดการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงและลด venous emptying ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการแข็งตัวของเลือด และถ้าผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (venous thrombosis) และลิ่ม เลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ได้ (ศิริพร, 2551)

1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิด การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งทำให้มีการจำกัดการ เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ทำให้กระบวนการเผาผลาญของกล้ามเนื้อสูญเสียไป เกิดภาวะกล้ามเนื้อเล็ก ฝิบ มวลกระดูกลดลงและบางผุได้ง่าย มีการฟื้นตัวหรือกลับสู่การทำงาน ตามปกติที่ช้าลง (Gloth, 2004)

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ความปวดจะมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาท ซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ส่งผลให้มีการหลั่งน้ำย่อยในทางเดินอาหารและมีการ หดรั้งตัวของกล้ามเนื้อเรียบระบบทางเดินอาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิด ภาวะลำไส้อัมพาต (bowel ileus) มีภาวะท้องผูก ภาวะท้องอืด (ศิริพร, ทิพา และวรรณิ, 2552) สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุในระบบทางเดินอาหาร คือมีการ

เคลื่อนไหวนៃของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง เยื่อกระเพาะอาหาร โดยเฉพาะบริเวณแอนตรัม (antrum) และฟันดัส (fundus) บางลงและฝ่อลีบ จึงมีการผลิตน้ำย่อย กรดเกลือ และเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลง รวมทั้งการไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง การเคลื่อนไหวนៃของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ร่วมกับมีอาการปวดที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวนៃหรือเคลื่อนไหวนៃร่างกายได้น้อย ผู้สูงอายุจึงมีอาการท้องอืดและท้องผูกได้ง่ายยิ่งขึ้น (ศิริพร, 2551) ถ้าความปวดที่เกิดขึ้นยังรุนแรงและมีระยะเวลาานานจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัว เพิ่มการบีบตัวของลำไส้ และมีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้มากขึ้น ขณะที่การหลั่งกรดในทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น เกิดการคั่งของกรดในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นอันตรายต่อเยื่อบุทางเดินอาหาร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง (Mattox, Moore, & Feliciano, 2013)

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ ความปวดที่มากกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทางเดินปัสสาวะหดเกร็งมากขึ้น การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง เกิดการคั่งของปัสสาวะ ในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กำลังการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้มีการคั่งของปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะมากยิ่งขึ้น ซึ่งถ้าความปวดคงอยู่นานจะมีการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลงด้วย (Gloth, 2004)

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ความปวดเฉียบพลันจะมีการกระตุ้นต่อมไร้ท่อ จากการทำงานที่เพิ่มขึ้นของแคตคาบอลิกฮอร์โมน (catabolic hormone) ได้แก่ แคทีโกลามีน (catecholamines) คอร์ติโซล (cortisol) และกลูคากอน (glucagons) (ศศิกันต์, 2554) และมีการลดลงของอนาบอลิกฮอร์โมน (anabolic hormone) ได้แก่ อินซูลิน (insulin) ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและมีการเผาผลาญโปรตีนมากขึ้น เกิดภาวะไม่สมดุลของสารไนโตรเจน (negative nitrogen balance) ในร่างกายขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียตามมา ได้แก่ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อลีบ เล็กลง แผลหายช้า และระบบภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง ซึ่งในผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มาก และยังเป็นสาเหตุของการเพิ่มอัตราการตายในผู้สูงอายุ (Gloth, 2004)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ความปวดมีผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (กรรณิการ์, 2552) นอกจากนั้นยังพบว่า หากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบทางจิตใจจากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และ

จะนำไปสู่ความปวดเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า ซึ่งจะรบกวนการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้า และพลังงานสำรองในร่างกายลดลง มีผลทำให้ระดับความทนต่อความปวดลดลง เกิดความรู้สึkpวดเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (ธนินฐา และคณะ, 2554; ศิริพร, 2551)

3. ผลกระทบด้านสังคม ความปวดทำให้มีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการรักษาหรืออาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ (กรรณิการ์, 2552; สุภาพ, 2552) และระดับความปวดที่รุนแรงทำให้เกิดความกลัว กังวล นอนไม่หลับ ผู้ป่วยบางรายอาจมีความโกรธแค้นและมักแสดงออกหรือระบายอารมณ์กับบุคคลรอบข้าง (สุภาพ, 2552) หลีกเลี่ยงการสนทนา การแยกตัวออกจากสังคม หรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง นำมาซึ่งความไม่สุขสบาย ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ความปวดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การฟื้นฟูหายช้า จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาลก็เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (สุภาพ, 2552)

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุจะต้องรวบรวมความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา เกสัชวิทยาและเคมี และเทคโนโลยีทางการแพทย์มาผสมผสานในการจัดการความปวด โดยการจัดการความปวดควรเริ่มจากการประเมินความปวด ซึ่งมีความสำคัญต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในการประเมินความปวดจึงต้องอาศัยข้อมูลจากการรายงานความปวดของผู้ป่วย (ซัชชัย, อนงค์ และวงจันทร์, 2550; ศิริพร, 2551) และการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้ผลที่ดีที่สุดคือการบรรเทาความปวดโดยการใช้อยู่ร่วมกับบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Bell & Duffy, 2009) ซึ่งการบรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา มีวิธีการหลากหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด นับเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ที่จะต้องประเมินความต้องการและเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ มีรายละเอียดดังนี้

การประเมินความปวด

การประเมินความปวดในผู้สูงอายุทุกครั้ง บุคลากรที่มีสุขภาพจะต้องซักประวัติโรคประจำตัวหรือประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและยาที่ใช้ประจำ เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกในการรักษา ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยองค์ประกอบพื้นฐานในการประเมินความปวด (Anita et al., 2011; Mackintosh, 2007) ได้แก่ ตำแหน่ง (location) ระดับความรุนแรง (intensity) แบบแผนความปวด (pattern) ระยะเวลาของอาการปวด (duration) ลักษณะความปวด (character) ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง การบรรเทาความปวดที่ได้รับและผลข้างเคียงจากการรักษา ถึงแม้ว่าในภาวะเร่งด่วนเมื่อแรกรับผู้ป่วยสูงอายุเข้ารักษาในหอผู้ป่วย การประเมินความปวดควรเริ่มจากการประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้ารักษา เพื่อเป็นการประเมินความรุนแรงของความปวดที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย หลังจากนั้นจึงวางแผนประเมินองค์ประกอบพื้นฐานของผู้ป่วยต่อไป

เนื่องจากในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ดังนั้นวิธีการประเมินความปวดและการวัดความรุนแรงของความปวดในผู้สูงอายุ ควรมีทั้งการรายงานความปวดด้วยตนเองและการประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (ศศิกันต์, 2554; Edvardsson, Katz, and Nay, 2008) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น และบางรายยังมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพ ซึ่งอยู่ใกล้ชิดและเป็นบุคคลแรกที่ผู้ป่วยจะบอกล่าวถึงความปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุจะต้องครอบคลุมแบบองค์รวม (Bell & Duffy, 2009) ดังนั้นการประเมินความปวดในผู้สูงอายุประกอบด้วย

1. การซักประวัติ เพื่อให้การประเมินระดับความปวดมีความถูกต้องและแม่นยำ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 การซักประวัติทั่วไป เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาในโรคเรื้อรังซึ่งจะมีผลต่อการเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาและยาบรรเทาปวดที่ใช้ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาปวด

1.2 ประวัติเกี่ยวกับความปวด จากการซักถามความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับความปวด ประสบการณ์ความปวด และวิธีการจัดการความปวดในอดีต การใช้ยาบรรเทาความปวดและประวัติการแพ้ยา/ยาบรรเทาปวด และซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกปวดที่

เกิดจากการบาดเจ็บครั้งนี้ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกเล่าถึงความปวดของตัวเอง ประกอบด้วย ลักษณะของการได้รับบาดเจ็บ ตำแหน่งของการบาดเจ็บ ลักษณะของความปวด ระยะเวลาที่เริ่มปวด ความถี่ ความรุนแรง ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้นหรือลดลง ผลกระทบจากความปวด ประสิทธิภาพและการจัดการความปวดในอดีต วิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อลดความปวด เช่น การนวด การประคบร้อน-เย็น การสวมหมวกทอ การใช้อาหารอ่อนคลาย เป็นต้น (Schofield, 2006) ความกลัวต่อการติดยา หรือผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจในการขอยาบรรเทาปวด (Anita et al., 2011; Bell & Duffy, 2009)

2. การตรวจร่างกาย สามารถประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการตอบสนองทางพฤติกรรม ดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา สามารถใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บได้ โดยเมื่อร่างกายประสบกับความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน จะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) จะทำงานมากกว่าระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic nervous system) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่าง ๆ ได้แก่ เหงื่อออกมาก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อภาวะอารมณ์ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ศิริพร, 2551; Gloth, 2004)

2.2 การตอบสนองด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการสื่อสารและการรับรู้ลดลง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร การที่จะให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเองนั้น อาจได้ข้อมูลความปวดที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ดังนั้นสามารถนำการประเมินความปวดจากการตอบสนองด้านพฤติกรรมมาใช้ในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ (Edvardsson et al., 2008; Lord, 2009)

2.2.1 พฤติกรรมแสดงออกโดยไม่ใช้คำพูด เช่น กระสับกระส่าย กระวนกระวาย กระพริบตาบ่อย ๆ โยกตัว หงุดหงิด เข่าตึง จับไม้กั้นเตียงแน่น ประคองบริเวณแผลจากการได้รับบาดเจ็บ เปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ ถอนหายใจ

2.2.2 พฤติกรรมด้านน้ำเสียง เช่น ร้องเสียงครวญคราง ร้องไห้ ร้องคร่ำครวญตะโกน ตะคอก

2.2.3 การแสดงออกทางสีหน้า เช่น ขมวดคิ้ว หุบขากรรไกร นอนอ้าปากกว้าง ขมวดคิ้วพร้อมกับปิดตาแน่น กัดฟัน หน้าบิดเบี้ยว หน้านี้่วคิ้วขมวด ย่นหน้าผาก

2.2.4 การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว สับสน แยกตัว การเคลื่อนไหวผิดปกติ การนอนหลับเปลี่ยนไป เหนื่อยล้า เรียกร้องความสนใจ ความยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป ไม่ยอมรับประทานอาหาร สับสนมากขึ้น ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการประเมินความปวดในผู้สูงอายุจะเกิดประสิทธิภาพได้ เมื่อมีการประเมินระดับความปวดที่แม่นยำ ผู้สูงอายุควรได้รับการให้ข้อมูลถึงวิธีการบอกถึงความปวดอย่างถูกต้อง รวมทั้งมีความเข้าใจในวิธีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด (ศิริพร, 2551) นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ดูแล ยังเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ให้นั้นควรเกี่ยวข้องกับเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการฝึกทักษะในการดูแลเกี่ยวกับความปวดให้เกิดความชำนาญ และช่วยในการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เพราะมีส่วนช่วยบรรเทาความปวด และลดการใช้ยาบรรเทาปวดได้

เครื่องมือการประเมินความปวด

การใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงความปวด เนื่องจากอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล การรายงานความปวดด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการประเมินแบบอัตนัย (subjective) ส่วนใหญ่ใช้วิธีการวัดระดับความรุนแรงของความปวดแบบมิติเดียว ได้แก่ มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]), มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale [VAS]), มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (verbal descriptor scale [VDS]) (Edvardsson et al., 2008) พบว่า การใช้มาตรวัดคะแนนความปวดเป็นดัชนีชี้วัดที่บ่งบอกถึงระดับความปวด และผลลัพธ์ของการจัดการความปวด (Bell & Duffy, 2009; Emily & Jay, 2010; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007) และการรายงานคะแนนความปวดโดยผู้ป่วยเองเป็นวิธีที่เชื่อถือได้ที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีความลำบากในการประเมินเนื่องจากความเสื่อมถอยของการมองเห็นและการได้ยิน (American Geriatric Society, 2002) ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการประเมินที่เพียงพอ เพราะผู้สูงอายุต้องการเวลาเพื่อทำความเข้าใจและตอบคำถาม เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ทำให้มีการรับรู้ที่ลดลง ขาดประสิทธิภาพในการแยกแยะ บรรยายความปวด และมีความอดทนต่อความปวดมากขึ้น (ธนินฐา และคณะ, 2554) ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการสื่อสาร อาจประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมได้ ซึ่งเป็นการประเมินแบบปรนัย (objective) มีความไวในการวัดการตอบสนองต่อการ

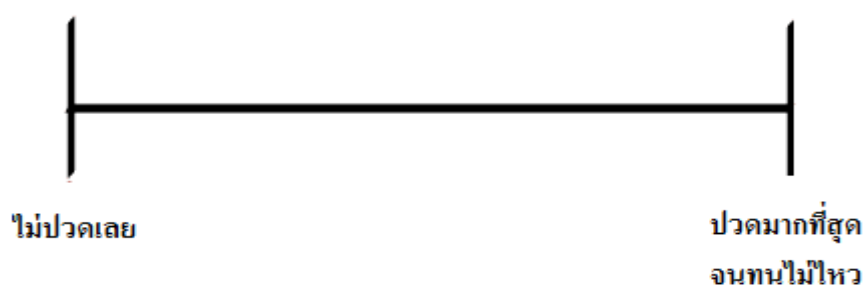
รักษา สามารถนำมาใช้ในทางคลินิกได้ (Edvardsson et al., 2008; Herr, 2006) เครื่องมือที่ใช้มีหลายวิธี คือ

1. มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) เป็นมาตรวัดความปวดแบบเส้นตรง ที่มีตัวเลขแสดงระดับความปวดบนเส้นตรง โดยแบ่งเป็นสเกลตั้งแต่ 0-10 หรือ 0-100 เริ่มจากทางซ้ายมือสุดคือ 0 หมายถึง “ไม่ปวดเลย” และทางขวามือสุดคือ 10 หมายถึง “ปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว” วิธีการประเมินนี้สามารถใช้ในการพูดตัวเลขแทนเส้นตรง เป็นวิธีที่ง่ายในการให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวด ให้ผลสม่ำเสมอ และนิยมใช้มากที่สุดทางคลินิก และใช้ได้กับผู้ป่วยทุกวัย ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางกระบวนการคิดในระดับรุนแรง (Edvardsson et al., 2008; Herr, 2006)



ภาพ 2. มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS])

2. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale [VAS]) เป็นมาตรวัดที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายเส้นตรงทางซ้ายมือสุดมีข้อความว่า “ไม่ปวดเลย” และทางขวามือสุดมีข้อความว่า “ปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว” วิธีใช้ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรง แล้วนำมาวัดความยาวเป็นมิลลิเมตรเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวด การใช้มาตรวัดชนิดนี้มีความเชื่อถือได้สูง แต่ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็นและเข้าใจยาก จึงไม่นิยมนำมาใช้ในงานวิจัย (Briggs, 2002 อ้างตาม ศิริพร, 2551; Edvardsson et al., 2008; Schofield, 2006)

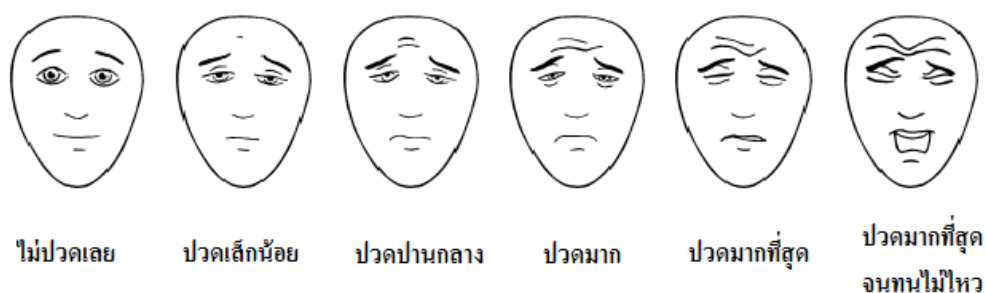


ภาพ 3. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale [VAS])

3. มาตรการวัดความปวดด้วยวาจา (verbal descriptor scale [VDS]) เป็นการ จัดลำดับคุณภาพของความปวด โดยใช้คำพูดบอกเล่าระดับความปวด เช่น ไม่ปวดเลย ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก และปวดมากที่สุด เป็นเครื่องมือที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางกระบวนการรู้คิด และผู้ที่มีความพร่องหรือผิดปกติทางสายตา (Edvardsson et al., 2008) โดยที่คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย คะแนน 1 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 2 หมายถึง ปวดปานกลาง คะแนน 3 หมายถึง ปวดมาก คะแนน 4 หมายถึง ปวดมากที่สุด และคะแนน 5 หมายถึง ปวดจนทนไม่ไหว

4. มาตรการวัดอธิบายความปวดแบบตัวเลข (verbal numeric rating scale [VNRS]) เป็นมาตรการวัดความปวดที่ให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวดเป็นตัวเลข โดยแบ่งตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยที่คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว เป็นวิธีที่ง่ายในการให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวด (Edvardsson et al., 2008) เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความพร่องทางกระบวนการคิดระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง (Herr, 2006)

5. มาตรการวัดความปวดรูปหน้า (faces pain scale [FPS]) เป็นมาตรการวัดโดยการเรียงลำดับภาพการ์ตูน 6 หน้า โดยภาพแรกจะเป็นภาพการ์ตูนยิ้ม หมายถึง ไม่มีความปวดเลย จากนั้นภาพจะค่อย ๆ เปลี่ยนไปจนกระทั่งถึงภาพสุดท้ายเป็นภาพการ์ตูนที่แสดงสีหน้าทุกข์ ร้องไห้ หมายถึง ปวดมากที่สุด มาตรการชนิดนี้มีความเที่ยงและความตรงในการวัดระดับความเจ็บปวด เหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางกระบวนการรู้คิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Gibson & Weiner, 2005)



ภาพ 4. มาตรการวัดความปวดรูปหน้า (faces pain scale [FPS])

6. การประเมินความปวดในกรณีของผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ซึ่งสามารถประเมินจากการสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงสีหน้า การส่งเสียง การเคลื่อนไหวร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านปฏิสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

(Herr, 2011) นอกจากนี้ยังสามารถใช้แบบประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (behavioral pain scale [BPS]) ดังแสดงในตาราง 1 ร่วมกับการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ซึ่งคะแนนที่ประเมินจะอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน สามารถแปลผลการประเมินได้ ดังนี้ 3 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 7-9 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง และ 10-12 คะแนน หมายถึง ปวดมาก (Alderson & McKechnie, 2013)

ตาราง 1

การประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (behavior pain scale [BPS]) (Alderson & McKechnie, 2013)

การสังเกต	การตีความ	คะแนน
สีหน้า (Facial expression)	สีหน้าผ่อนคลาย สงบ หลับ	1
	ใบหน้าแสบๆ คิ้วขมวด	2
	คิ้วขมวด เม้มริมฝีปาก หลับตาหางตายนเล็กน้อย	3
	คิ้วขมวดเกือบติดกัน เม้มมุมปากแน่น	4
การเคลื่อนไหว (Upper limbs)	ไม่มีการเคลื่อนไหว	1
	มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวในแนวราบ	2
	เคลื่อนไหวรุนแรง นิ้วงอข้อม หรือเกร็งแขน ขา	3
	ดิ้นไปมา เกร็งตัว	4
การหายใจ (Ventilation)	หายใจสงบ ราบเรียบ	1
	มีอาการไอ การหายใจติดขัด หายใจไม่สม่ำเสมอ	2
	ปีกจมูกบานเล็กน้อย	3
	กระสับกระส่าย หายใจแรงเร็ว ดิ้นไปมา	4

สรุปได้ว่า การประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ ต้องมีการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม แม้แต่ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทางกระบวนการรู้คิดในระดับต่ำถึงปานกลางยังสามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง โดยการใช้เครื่องมือประเมินความปวดชนิดมาตรวัดความปวดด้วยวาจา เป็นวิธีที่ง่ายในการให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวดด้วยตนเอง เนื่องจากการรายงานคะแนนความปวดโดยผู้ป่วยเองเป็นวิธีที่เชื่อถือได้ดีที่สุดในผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีความลำบากในการประเมิน ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการประเมินที่เพียงพอเพื่อให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจ

เข้าใจและตอบคำถาม ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพร้อมหรือผิดปกติทางการได้ยินหรือมองเห็น ควรอธิบายในลักษณะของการเผชิญหน้า พูดช้า ๆ ด้วยน้ำเสียงปกติ ลดการใช้เสียงสูง มีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดยมีการเขียนข้อความให้ชัดเจน รวมทั้งควรให้ระยะเวลาในการตอบคำถามอย่างเพียงพอ

การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา

โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าประมาณ 2 เท่า โอกาสเกิดผลข้างเคียงจะมากขึ้นเมื่อจำนวนยาที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ใช้ยา 6 ชนิด มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าถึง 14 เท่า ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ก็สามารถปรับขนาดยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย หากใช้อย่างถูกต้องและด้วยความระมัดระวัง ควรเริ่มใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าขนาดยาเพื่อการรักษาในผู้ใหญ่ทั่วไป (therapeutic dose) หรือ 1/2 เท่าของขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่แล้วค่อย ๆ ปรับขนาดยาขึ้นตามที่สามารถทนได้ ซึ่งเป็นหลักการแบบ “เริ่มน้อย เพิ่มช้า” (start low, go slow) (Emily & Jay, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาที่ใช้ในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ยาระงับปวดที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid drugs) เช่น พาราเซตามอล (paracetamol) เป็นยาตัวแรก que เลือกใช้เพื่อระงับปวดระดับน้อยถึงปานกลาง เพราะมีประสิทธิภาพที่เฉพาะสำหรับอาการปวดที่ไม่สัมพันธ์กับการอักเสบของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ อีกทั้งมีความปลอดภัยสูงและไม่ต้องปรับขนาดยา (ศศิกานต์, 2554) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) ในผู้สูงอายุการให้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ร่วมกับยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) จะลดขนาดของยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ที่ผู้ป่วยต้องการใช้ลงได้ (Emily & Jay, 2010) แต่ควรระมัดระวังเป็นอย่างมากในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารและไต ซึ่งยาในกลุ่มนี้สามารถใช้ร่วมกับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ในการบรรเทาปวดรุนแรงได้ มีการศึกษาที่สนับสนุนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยากกลุ่มนี้ว่ามีประโยชน์ในการรักษามากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับยาชนิดอื่น ซึ่งเรียกว่า มัลติโมดอล เอนาลจีเซีย (multimodal analgesia) ซึ่งจะช่วยให้คุณสมบัติของยาในการบรรเทาความปวดในผู้สูงอายุ เช่น การใช้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่ยากกลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid drugs) ร่วมกับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) จะทำให้บรรเทาความปวดลดลงได้ดีกว่าการใช้ยาเพียง

ชนิดเดียว และยังสามารถลดความต้องการยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ได้ถึงร้อยละ 40-70 (บุญเลิศ, 2544 อ้างตาม ศิริพร, 2551) รายละเอียดของยามีดังนี้

1.1 อะเซตามิโนเฟนหรือพาราเซตามอล (acetaminophen/paracetamol) เป็นยาบรรเทาปวดที่ค่อนข้างปลอดภัย ซึ่งมีฤทธิ์แก้ปวดและลดไข้ แต่มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบอ่อนมาก (Gloth, 2004) ใช้ได้ผลสำหรับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางซึ่งสามารถยับยั้งการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin synthesis) แต่ที่ระบบประสาทส่วนปลายยามีฤทธิ์ยับยั้งน้อยมาก จึงใช้เป็นยาต้านการอักเสบไม่ได้ ยานี้มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายากุ่มเอนเซด (NSAIDs) โดยมีผลต่อระบบทางเดินอาหารน้อย ไม่มีผลต่อการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด ขนาดที่เหมาะสมในการใช้คือ 15-20 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว ให้ทุก 4-6 ชั่วโมง ไม่ควรให้เกิน 4 กรัมต่อวัน ยานี้อาจมีพิษต่อตับ ดังนั้นควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ

1.2 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เป็นยาที่มีฤทธิ์ลดปวด ลดไข้และบรรเทาอาการอักเสบ จะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนปลายบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ มักใช้รักษาอาการอักเสบ ซึ่งสามารถลดอาการปวดเล็กน้อยจนถึงปานกลาง โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ที่เชื่อว่ายับยั้งการสร้างไซโคลออกซิจีเนส (cyclo-oxygenase: cox) ชนิดที่ 1 และ 2 ซึ่งจะช่วยลดการสร้างสารสื่อประสาทที่ตอบสนองต่ออาการอักเสบ ซึ่งจะลดการตอบสนองต่อการอักเสบ (Gloth, 2004) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จะช่วยลดการกระตุ้นความรู้สึกปวดส่วนปลาย (peripheral nociception) ยาในกลุ่มนี้ เช่น แอสไพริน (aspirin) ไอบรูโพรเฟน (ibuprofen) ไพโรกซิแคม (piroxicam) ไดโคลฟีแนค (diclofenac) อินโดเมทาซิน (indomethacin)

การใช้ยากุ่มนี้ในผู้สูงอายุควรมีความระมัดระวัง เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่อหลายระบบ เช่น ทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร โดยเป็นผลมาจากการยับยั้งการทำงานของเกร็ดเลือด เกิดภาวะหลอดลมตีบได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดจะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ปวดศีรษะ มึนงง หูอื้อ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ผลข้างเคียงต่อไตโดยเฉพาะคนที่มีความเสี่ยงของการทำงานของไต เพราะยาอาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา เช่น การใช้ยาโพรเบนซิด (probenecid) ยับยั้งการขับถ่ายยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ออกทางหลอดเลือดไตฝอย เป็นต้น (ศิริพร, 2551; Gloth, 2004)

2. ยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) เป็นยาในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นที่ใช้อย่างกว้างขวางในการบรรเทาปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง กลไกการออกฤทธิ์จะไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) ในส่วนต่าง ๆ ของสมองและไขสันหลัง ทำให้มีการ

เปลี่ยนแปลงการรับรู้และอารมณ์ ในการระงับปวดของผู้สูงอายุมี ตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) แบ่งได้เป็น 4 ชนิด คือ มิว (μ) เคปป้า (K) ซิกมา (σ) และเดลต้า (δ) แต่ละชนิดมีสารชนิดย่อยไปจับอยู่กับตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) ยกเว้นที่มีสารเสพติดที่มีฤทธิ์กระตุ้นตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor) โดยเฉพาะจะจับกับมิวรีเซปเตอร์ (μ receptor) ซึ่งทำให้เกิดการหายใจ ลดการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ทำให้รู้สึกสบายหรือเคลิบเคลิ้ม (Gloth, 2004) ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มที่มีสารเสพติดในผู้ป่วยสูงอายุจึงมีการเสนอแนะให้เริ่มจากการใช้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (short-acting opioid) (Anita et al., 2011) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความไวต่อยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ลดลง รวมทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่อเมตาบอลิซึม การกระจายของยา และการขับยาออกจากร่างกายได้ช้าลง ซึ่งหลักการใช้ opioid ให้ปลอดภัย ได้แก่ การใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ที่เหมาะสมในปริมาณน้อย ๆ ค่อย ๆ ปรับขนาดยาอย่างช้า โดยการใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ครั้งแรก มีการแนะนำให้ใช้ขนาดต่ำกว่าในผู้ที่มีอายุน้อยร้อยละ 25-50 และให้เพิ่มช้า ๆ โดยครั้งละร้อยละ 25 จนกระทั่งถึงร้อยละ 50 จึงสามารถลดความปวดลงจนผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (Emily & Jay, 2010) ภายหลังการให้ยาควร มีการประเมินซ้ำ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบรรเทาความปวด ซึ่งยาในกลุ่มนี้แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid) เป็นยาที่ใช้รักษาความปวดระดับปานกลาง ที่นิยมใช้ ได้แก่ โคเดอีน (codeine) เด็กซ์โพรพอกซีเฟน (dextropropoxyphene) ทรามาดอล (tramadol) หรือ อัลแตม (ultram) ยกเว้นที่กดการหายใจน้อยในผู้สูงอายุ แต่อาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียนเกิดขึ้นได้มาก จึงแนะนำให้ใช้ยาขนาดน้อย ๆ (25-50 มิลลิกรัมต่อวัน) ให้ใช้ใน 2-3 วันแรกและไม่ควรใช้มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวันในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (Gloth, 2004)

2.2 ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์รุนแรง (strong opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) และเฟนทานิล (fentanyl) เป็นยาในกลุ่มมิวโกนิส (μ agonist) ที่นิยมใช้มากที่สุดในการบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้สูงอายุ

2.2.1 มอร์ฟีน (morphine) เป็นยาในกลุ่มมิวโกนิส (μ agonist) นิยมใช้มากที่สุดในการบรรเทาปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้สูงอายุ มีค่าครึ่งชีวิตสั้น วิธีการบริหารยาสามารถให้ได้ทั้งวิธีรับประทาน ฉีดใต้ผิวหนัง ฉีดกล้ามเนื้อ ทางหลอดเลือดดำ ทางไขสันหลัง ยาจะถูกเปลี่ยนที่ตับเป็นส่วนใหญ่ และถูกขับออกทางไต ดังนั้นในผู้สูงอายุที่ไตทำ

หน้าที่เสื่อมลง อาจเกิดความเสี่ยงต่อการสะสมยาในร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางได้ เช่น การกระตุกของกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

2.2.2 เฟนทานิล (fentanyl) เป็นสารเสพติดสังเคราะห์ที่ละลายได้ดีในไขมัน มีความแรงมากกว่ามอร์ฟีน 100 เท่า การบริหารยาเฟนทานิล (fentanyl) นิยมใช้โดยให้ผู้ป่วยควบคุมยาด้วยตนเอง (Fentanyl PCA) ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิดและลดการเกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (Gloth, 2004) แต่อย่างไรก็ตาม การบริหารยาเฟนทานิล (fentanyl) ทางหลอดเลือดดำจะส่งผลทำให้เกิดอาการง่วงซึมได้เป็นระยะเวลานานและกดการหายใจได้ ผลข้างเคียงของยา กลุ่มนี้ คือ อัตราการหายใจช้าลง (หายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที) ร่วมกับอาการง่วงซึม ให้สงสัยว่ามีภาวะกดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก การกระตุกของกล้ามเนื้อ ปากแห้ง ปัสสาวะคั่ง อาการคันตามร่างกายจากการหลั่งสารฮิสตามีน (histamine) และภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) (Sinatra et al., 2009)

ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังการหายใจและอาการง่วงซึม (respiratory depression and sedation) ทุก 1-2 ชั่วโมง อย่างน้อย 24 ชั่วโมงแรกของการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (ศิริพร, 2551; Gloth, 2004) โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994 cited in Pasero, Rakle, & McCaffery, 2005) ดังนี้

S	=	หลับ ปลุกตื่นง่าย
1	=	ตื่น รู้สึกตัวดี
2	=	ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย
3	=	ง่วงซึมมาก หลับขณะสนทนา
4	=	ง่วงหลับ มีการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นน้อย

หรือไม่มีเลย

ถ้าความรู้สึกตัวระดับ S ถึง 2 จะเป็นระดับความรู้สึกตัวที่มีความปลอดภัยในการเพิ่มขนาดของยาในกลุ่มโอปิออยด์

ถ้าความรู้สึกตัวระดับ 3 จำเป็นต้องลดขนาดของยาในกลุ่มโอปิออยด์ลงเหลือเพียงร้อยละ 25-50 และใช้ยาในกลุ่มอื่นเสริม เช่น ยาในกลุ่มเอนเซด (NSAID)

ถ้าความรู้สึกตัวระดับ 4 จำเป็นต้องงดยาในกลุ่มโอปิออยด์และพิจารณาบริหารยานาล็อกโซน (naloxone) เพื่อให้ระดับความรู้สึกตัวกลับคืน และเพิ่มการใช้ยาอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) หรือยาในกลุ่มเอนเซด (NSAID) ในการควบคุมความปวด

3. ยาบรรเทาปวดที่ไม่ควรนำมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ (Gloth, 2004; Sinatra et al., 2009) มีดังนี้

3.1 เมบเพอริดีน / ไดเมอร์อล / เพทิดีน (meperidine/dimerol/pethidine) เมื่อร่างกายได้รับยาเมบเพอริดีน (meperidine) จะเกิดการเผาผลาญยาอยู่ในรูปของนอร์เมบเพอริดีน (normeperidine) ซึ่งทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตทำหน้าที่บกพร่อง และนอร์เมบเพอริดีน (normeperidine) ยังกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ สับสน ลึน ชัก และอาจทำให้เสียชีวิตได้

3.2 โพรพอกซีเฟน (propoxyphene / Darvon / darvocet) ภายหลังจากการเผาผลาญจะได้อาในรูปแบบของนอร์โพรพอกซีเฟน (norpropoxyphene) ซึ่งจะถูกขับออกทางไต ไม่มีผลในการรักษาอาการปวดมากไปกว่ายาแอสไพริน (aspirin) หรือพาราเซตามอล (paracetamol) มีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง เป็นสาเหตุให้เกิดอาการเดินเซ เวียนศีรษะ ชัก ไตทำงานได้น้อยลง กดการหายใจ และหัวใจเต้นผิดปกติ

3.3 เมธาโดน (methadone) เป็นสารเสพติดชนิดสังเคราะห์ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาวนาน ยาจะสะสมในเลือด ทำให้ปรับขนาดยาก่อนข้างยาก จึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุ

3.4 เพ็นตาโซซีน (pentazocine) และ บูพรีนอร์เฟน (buprenorphine) เป็นยาต้านการออกฤทธิ์ของมอร์เฟน นอกจากนี้ยังมีผลต่อจิตใจ เกิดภาวะสับสนได้ และเพ็นตาโซซีน (pentazocine) ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดสมองเสื่อม และอาการกระวนกระวายได้ในผู้สูงอายุ

3.5 เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) เป็นยาที่ช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อลาย ลดความวิตกกังวล และถ้าใช้ในขนาดที่สูงจะทำให้เกิดอาการหลงลืมได้ ยานชนิดนี้ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน ควรเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น ออลปราโซแลม (alprazolam) โลราซีแพม (lorazepam) แต่จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม และเพ้อคลั่งได้

การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา

การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยามีวิธีการจัดการความปวดหลากหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด ส่วนใหญ่มักใช้ร่วมกับวิธีการจัดการความปวดโดยใช้ยา เพื่อช่วยลดจำนวนครั้งของการใช้ยาบรรเทาปวด ควรเลือกวิธีที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยมีความเหมาะสมและมีความเป็นส่วนตัว ซึ่งวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช่ยาเป็นการจัดการที่พยาบาลปฏิบัติได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องมีคำสั่งแพทย์ มักใช้ลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลางจากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปการจัดการความปวดด้วยวิธีไม่ใช่ยาได้ดังนี้

1. การจัดทำผู้ป่วย เป็นวิธีทางกายภาพที่กระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรง โดยมีการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายและคอยช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (สุภาพ, 2552) การจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้องขณะปฏิบัติกิจกรรมจะช่วยให้การรับรู้ความปวดลดลงอีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (Bath & Jenson, 2006)

2. การนวด เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้กระตุ้นเซลล์เอสจีในไขสันหลังทำงาน เกิดการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความปวดไม่ให้ไปประสานกับที่เซลล์ กลไกควบคุมประตู่ที่ระดับไขสันหลังปิด โดยการนวดแต่ละครั้งควรจะใช้ระยะเวลา 15-45 นาที เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการลดความปวด (Potter & Perry, 2003 อ้างตาม สุภาพ, 2552; Adams, White, & Beckett, 2010; Cutshall, Wentworth, Engen, Sundt, Kelly, & Bauer, 2010; Dion, Rodgers, Cutshall, Cordes, Bauer, & Cassivi, 2011) นอกจากนี้การนวดจะช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟินส์ และเอนเคฟฟาลินส์ ซึ่งเป็นสารยับยั้งความปวด (Clarke & Carty, 2001 อ้างตาม สุภาพ, 2552) และการนวดจะช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดการคั่งของกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ เพราะของเสียดังกล่าวเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความปวดมากขึ้น การนวดเป็นวิธีที่ใช้ในการลดความปวดครอบครั้วและผู้คนสามารถฝึกปฏิบัติเพื่อใช้ในการดูแลได้ ข้อห้ามในการนวด คือ ไม่นวดบริเวณที่มีกระดูกหักหรือเคลื่อน หลอดเลือดดำอักเสบ ตำแหน่งที่มีบาดแผล มีการติดเชื้อ ก้อนมะเร็ง โรคผิวหนัง ขณะมีไข้ และภาวะเลือดออกง่าย (ศิริพร, 2551)

3. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ใช้ร่วมกับการให้ยาบรรเทาปวด เป็นวิธีที่ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะการลดความวิตกกังวลและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จะเป็นการตัดวงจรของความปวด ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง และลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้ โดยเทคนิคการผ่อนคลายนี้มักใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 10 นาที จากการศึกษาของท็อปซู (Topcu & Findik, 2012) ที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดปวดจะต้องมีการใช้ยาแก้ปวดร่วมด้วยก่อน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่นั้นรับรู้ถึงผลการผ่อนคลาย ที่สามารถช่วยลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ

4. การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการมุ่งความสนใจไปยังสิ่งอื่นหรือดึงดูความสนใจของผู้ป่วยมาสู่สิ่งกระตุ้นให้มากกว่าการรับรู้ความปวด เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การฟังดนตรี การสวดมนต์ ซึ่งกลไกการลดความปวดจากเทคนิคนี้คือ ในขณะที่มีการกระตุ้นให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจ พบว่าการกระตุ้นกลไกการแปลงสัญญาณความปวด (pain encoding) ลดลง แต่จะมีการกระตุ้นสมองบริเวณซิงกูโล-ฟรอนทัลคอร์เท็กซ์ (cingulo-frontal cortex) เพอริอะควอดัคทัล เกรย์ (periaqueductal gray [PAG]) และธา

ลามัสส่วนหลัง (posterior thalamus) มากขึ้น สมองทั้งสามส่วนนี้ทำหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนสัญญาณความปวด (pain modulation) และควบคุมอารมณ์ให้ดีขึ้น (สุภาพ, 2552) นอกจากนี้การกระตุ้นบริเวณเพอริอะเคคัตตัล เกรย์ (PAG) ช่วยลดความปวดด้วยกลไกที่เรียกว่า stimulation-produced analgesia (SPA) โดยจะมีการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสาร โอปิออยด์ภายในร่างกายด้วย

5. การสัมผัส เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่โดยตรง ทำให้เกิดการกระตุ้นเอสจีเซลล์ (SG cell) ในไขสันหลังให้ทำงาน ยับยั้งการทำงานของทีเซลล์ (T cell) ทำให้ประตูปิด ไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง และยังมีผลให้กล้ามเนื้อเกิดการคลายตัว การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บดีขึ้น ลดการคั่งค้างของของเสียจากการเผาผลาญ ซึ่งมีวิธีการ ได้แก่ การจับมือ แขน หรือลูบเบา ๆ ที่มีมือและแขนของผู้ป่วย ถือเป็นวิธีที่ง่าย ไม่ต้องเตรียมเครื่องมือใด ๆ นอกจากนี้การสัมผัสยังช่วยเสริมสร้างให้เกิดความมั่นใจ อบอุ่นใจ สร้างสัมพันธภาพ และยังช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ นับว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ศิริพร, 2551)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา ตัวอย่างเช่น การประคบร้อน ช่วยลดอาการปวดจากการกระตุ้นให้มีการหลั่งเอนโดจีนัส โอปิออยด์ (endogenous opioid) การประคบเย็น ช่วยลดการหลั่งสารเคมีในบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ (Gloth, 2004) คนตรีบำบัด ที่มีส่วนช่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจ กระตุ้นการหลั่งสารมอร์ฟินในร่างกาย หรือเกิดการแยกส่วนการรับรู้ความรู้สึกออกจากความปวด การจัดการความปวดแบบไม่ใช่ยามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาความปวดได้ดี ในทางการพยาบาลสามารถนำปรับมาใช้ได้ เพราะสามารถยืดหยุ่นและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในปัจจุบันมีการนำการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาพร้อมกับวิธีไม่ใช่ยามาใช้มากขึ้น เพราะเป็นการให้การดูแลและจัดการความปวดเพิ่มเติมโดยวิธีไม่ใช่ยา ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในผลของการจัดการความปวดด้วยวิธีดังกล่าว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

คุณลักษณะของการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

อาการปวดสามารถอธิบายลักษณะตามความรู้สึกที่รับรู้ คุณลักษณะสามารถจำแนกได้ดังนี้ (1) ความเจ็บปวดแบบตื้น ๆ (superficial cutaneous) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อชั้นใต้เยื่อหุ้ม เมื่อผิวหนังถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า ปลาย

ประสาทบริเวณนั้นจะถูกกระตุ้น (ธนินฐา, นิโรบล และสุปรีดา, 2554) ส่งสัญญาณผ่านต่อไปยังสมองส่วนกลางบริเวณที่ทำหน้าที่รับรู้ความรู้สึก ความปวดแบบตื้อนี้จึงมีแนวโน้มบ่งบอกตำแหน่งได้ง่าย (2) ความเจ็บปวดแบบตื้อ (somatic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ภายในร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อ กระดูก เชื้อหุ้มกระดูก กระดูกอ่อน เส้นเอ็น ฟังคีชันลิก เอ็น ข้อต่อ หลอดเลือด และเส้นประสาท (ผ่องศรี, 2551) ความปวดมักจะแผ่กระจายทั่วไป และบอกตำแหน่งได้ยากกว่าความปวดแบบตื้อ และ (3) ความปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นภายในอวัยวะและส่วนห่อหุ้มทั้งหมดในร่างกาย ระบุตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ความปวดแบบนี้จะแตกต่างจากความปวดแบบตื้อคือการรับรู้ความปวดจะไม่ค่อยรุนแรง (ผ่องศรี, 2551)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุต่อการรับรู้ความปวด

การรับรู้ของแต่ละบุคคลถึงสิ่งที่เข้ามากระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความแตกต่างระหว่างอายุและเพศ พื้นฐานความเชื่อและวัฒนธรรม ประสบการณ์ความรู้สึก เป็นความรู้สึกที่แต่ละบุคคลรับรู้ด้วยตนเองได้ถูกต้องชัดเจน (ผ่องศรี, 2551) ทั้งนี้พบว่าการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดมีความสัมพันธ์กับระดับความอดทนต่อความปวด และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (สุภาพ, 2552) ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินและการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น เนื้อสมอง เซลล์ประสาท และเส้นใยประสาทจะมีจำนวนลดลง มีไขมันและสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) มาปกคลุมมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมองและระบบประสาทอัตโนมัติลดลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของวิธีการนำความปวดในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย โดยความหนาแน่นของเส้นใยประสาทที่มีเชื้อไมอีลินหุ้มและเส้นใยประสาทที่ไม่มีเชื้อไมอีลินหุ้มลดลง อีกทั้งระดับของแคลซิโตนินจิวรีเลเตดเปปไทด์ (calcitonin gene related peptide: CGRP) สารพี (substance P) และซีโรโทนิน (serotonin) ลดลง ทำให้มีผลต่อการส่งผ่านกระแสประสาท ความรู้สึกปวดขึ้นไปตามวิธีการนำความปวดได้ลดลง (Sinatra et al., 2009) ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ตัวรับความรู้สึกปวดที่บริเวณผิวหนังมีจำนวนลดลง ผู้สูงอายุจึงมีขีดความ

อดทนต่อความปวด (pain threshold) เพิ่มขึ้นและระดับความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) มากขึ้นตามอายุ (Alan et al., 2010; Stefan, 2012) ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง (ซัชซัย และคณะ, 2550)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ สภาพอารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธและความซึมเศร้า มีผลทำให้การรับรู้ความปวดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Brunner และ Suddarth (2000 อ้างตาม สุภาพ, 2552) พบว่าประสบการณ์ความปวดในอดีตของบุคคลที่มีประสบการณ์ความปวดหลายครั้ง และเป็นเวลานาน จะมีความอดทนต่อความปวดมากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวด และประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวกับความปวดมีผลกระทบต่อ การรับรู้ความปวดในปัจจุบัน เช่น บุคคลที่เคยมีประสบการณ์ความปวดที่รุนแรง จะยิ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัว วิตกกังวล หรือไม่พอใจที่จะต้องเผชิญกับความปวด (Kumar, 2008)

3. ปัจจัยทางด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้และการแสดงออกถึงความปวด ซึ่งในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ที่มีการเสื่อมถอยของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การส่งสัญญาณประสาท และการรับรู้อาจช้าลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความทนทานต่อความปวดมากขึ้น แต่มีการรับรู้ต่อความปวดลดลง ส่วนเพศ นั้นพบว่าผู้หญิงมักจะมีความรู้สึกปวดมากกว่าผู้ชาย อาจเกิดจากสังคมทั่วไปที่เปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้แสดงความรู้สึกปวดมากกว่าผู้ชาย และจากความเชื่อที่ว่าผู้ชายไม่ควรร้องไห้เมื่อปวดหรือผู้ชายต้องเก็บซ่อนความรู้สึกเอาไว้ (Stefan, 2012) ทั้งนี้อาจขึ้นกับวัฒนธรรมด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักและไม่ลำเอียงในด้านปัจจัยเรื่องเพศในการแสดงออกถึงความปวด (ผ่องศรี, 2551) นอกจากนี้ความเชื่อทางศาสนายังมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความปวดของแต่ละบุคคล เช่น ผู้ป่วยอาจมองว่าความปวดเป็นการลงโทษจากการทำบาป หรืออาจใช้การสวดมนต์เพื่อการบรรเทาความปวด (สุภาพ, 2552)

4. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวและการรับรู้ความปวดค่อนข้างมาก โดยสิ่งแวดล้อมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวและอดทนต่อสิ่งเร้าได้มากขึ้น เช่น ความสะอาด ความเงียบสงบ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย เป็นต้น (Taylor, 2001 อ้างตาม สุภาพ, 2552)

สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปวดและการตอบสนองต่อความปวด ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทอิสระมากมายในการวางแผน ที่จะต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ

ในการประเมิน และการจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อไม่ให้ความปวดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อร่างกายที่รุนแรงได้

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ร่วมกับปัญหาสุขภาพที่มีโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาหรือปฏิกิริยาของยาต่อผู้ป่วย รวมทั้งการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยายังมีผลต่อกระบวนการด้านเภสัชจลนศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การดูดซึมยา การกระจายของยา การทำลายยา การขับถ่ายยา และผลกระทบต่อความไวของยาต่ออวัยวะเป้าหมายอีกด้วย (Gloth, 2004) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการด้านเภสัชวิทยา เพื่อให้เกิดความระมัดระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ยาระดับปวดอย่างระมัดระวัง ส่วนการขจัดยาของตับ (hepatic clearance) และการขจัดยาของไต (renal clearance) จากการที่ตับและไตมีขนาดเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุจึงมีการขจัดยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ลดลง ระบบกล้ามเนื้อและไขมัน ในผู้สูงอายุมีปริมาตรของน้ำในร่างกายและมวลกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ไขมันเพิ่มมากขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การดูดซึมยา (absorption) การดูดซึมยาในผู้สูงอายุมีผลจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร ที่ทำให้การดูดซึมยาลดลง เช่น ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง (ค่า pH ในกระเพาะอาหารสูงขึ้น) การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เยื่อในลำไส้มีจำนวนลดลงทำให้การดูดซึมยาชนิดที่มีการขนส่งโดยใช้พลังงาน (active transport) ลดลง แต่มักไม่มีผลต่อการดูดซึมของยาส่วนใหญ่ เพราะยาส่วนมากใช้การดูดซึมโดยวิธีไม่ใช้พลังงาน (passive transport) จึงมักไม่มีผลต่อการดูดซึมยาบรรเทาปวด (ซัชซัย และคณะ, 2550; Gloth, 2004) แต่อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวที่ช้าลงของกระเพาะอาหารและลำไส้ อาจเพิ่มการระคายเคืองในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์ (non-opioid drug) ได้

1.2 การกระจายของยา (distribution) เมื่อผู้สูงอายุมีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) ลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่ยากระจายเข้าไปอยู่ลดลงด้วย ยาจึงมีความเข้มข้นในเลือดสูง ดังนั้น ควรลดขนาดยาตั้งต้น (initial dose) ลง และ

บริหารยาเข้าเส้นเลือดดำอย่างช้าๆ (Anita et al., 2011) และความสามารถในการกระจายของยาขึ้นอยู่กับว่ายานั้นละลายในน้ำหรือละลายในไขมัน ยาจะคงอยู่ในผู้สูงอายุได้นาน เนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายลดลง มวลของร่างกายลดลง มีจำนวนไขมันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการกระจายของยาที่ละลายในน้ำลดลง การละลายในไขมันและการจับกับ โปรตีนจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกระจายของยา ทำให้ยาที่ละลายในน้ำได้ดี เช่น ยามอร์ฟีน (morphine) มีปริมาตรการกระจายตัวของยา (volume of distribution) ลดลง จึงมีระดับยาในเลือดที่สูงขึ้น ส่วนยาที่ละลายในไขมันได้ดี เช่น ยาเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) จะมีปริมาตรของการกระจายตัวของยาเพิ่มขึ้นจึงมีค่าครึ่งชีวิตนานขึ้น และในผู้สูงอายุจะมีระดับอัลบูมินในเลือดลดลง โดยเฉพาะในขณะที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ร่างกายได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอ ทำให้พลาสมาโปรตีนมีจำนวนลดลง การจับตัวของยากับอัลบูมินลดลง ส่งผลให้เกิดระดับของยาในรูปอิสระมากในกระแสเลือด ทำให้เกิดพิษได้ ดังนั้นการให้กลุ่มยาบรรเทาปวด และกลุ่มยาเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) จะเกิดการสะสมของยาได้มากขึ้น ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีอัลบูมินน้อย (Gloth, 2004)

1.3 การทำลายยา (metabolism) ยาส่วนใหญ่รวมทั้งยาบรรเทาปวดจะถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ ในผู้สูงอายุพบว่า ตับมีขนาดเล็กลงและการไหลเวียนเลือดผ่านตับเลือดที่ไหลไปตับ (hepatic blood flow) ลดลง และช้าลง ทำให้ยาถูกนำเข้าสู่กระบวนการทำลายยาลดลง นอกจากนี้มีการลดลงของการทำงานของเอนไซม์ในตับ สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ทำให้ยาที่มีการทำลายยาเมื่อแรกเข้าสู่ร่างกายผ่านตับ (hepatic first – pass metabolism) สูงมีระดับยาในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมากได้ อาจทำให้เกิดพิษจากยาที่สะสมในกระแสเลือดได้ เช่น การใช้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) ยาบางตัวจะผ่านการทำลายยาที่ตับ ระยะเวลาครึ่งชีวิตของยากกลุ่มนี้จะสูงขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ง่วงซึม และเกิดภาวะสับสนได้ (Gloth, 2004)

1.4 การขับถ่ายยา (elimination) ยาส่วนใหญ่จะถูกขับออกทางไต ในผู้สูงอายุไตมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น หน่วยที่เล็กที่สุดของไต (glomeruli) มีการเสื่อมสลาย ความสามารถในการกรองของหน่วยไตและอัตราการดูดกลับลดลง รวมทั้งมีการลดลงของเลือดที่ไหลไปไต (renal blood flow) ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (glomerular filtration rate) และการทำงานของท่อไต (tubular function) ทำให้ไตทำหน้าที่ลดลง ทำให้ระดับยาของเกลือในเลือดสูงเกินกว่าปกติ ผู้สูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดการสะสมของยา และเกิดความเป็นพิษจากการสะสมของยาได้ (Gloth, 2004)

1.5 การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย พบว่ายาเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) จะทำให้ง่วงและสับสนมากขึ้น

รวมทั้งทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อแสง (postural righting reflex) แย่ลง นอกจากนี้สมองของผู้สูงอายุยังมีความไวยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 จึงควรลดขนาดยาที่ให้ลง (ศศิกานต์, 2554)

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่มีความสำคัญ เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย แต่ต้องมีความถูกต้องและแม่นยำ เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติการประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุกลับมีความยากและมีความท้าทายเป็นอย่างมาก (ธนัญญา และคณะ, 2554) เนื่องจากมีปัจจัยต่าง ๆ เช่น จากตัวผู้ป่วยและญาติ บุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง (ศิริพร, 2551) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุและญาติ

1.1 ด้านกายภาพและสรีรภาพของผู้สูงอายุ การประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีปัญหาความพร้อมทางการมองเห็น การได้ยิน การรู้คิด (Gibson & Weiner, 2005) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1.1 ความพร้อมทางการได้ยิน (hearing impairment) ความสามารถในการได้ยินจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีความพร้อมในการได้ยินถึงร้อยละ 75 (Gibson & Weiner, 2005) โดยมีสาเหตุมาจากการเสื่อมของออร์แกนออฟคอร์ตติ (organ of corti) และแบซิลาร์ เมมเบรน (basilar membrane) ซึ่งเป็นอวัยวะในหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (auditory nerve) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เชื้อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ทำให้สูญเสียการได้ยินระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงต่ำ ความสามารถในการได้ยินลดลง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้สูงอายุและเกิดปัญหาในการติดต่อสื่อสาร บางครั้งส่งผลให้เกิดการถอยหนีหรือแยกตัวออกจากสังคม หรือหวาดระแวงในเรื่องต่าง ๆ (Sinatra et al., 2009) จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การประเมินความปวดในผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดย การพูดกับผู้ป่วยช้า ๆ ชัดเจน ประโยคสั้น ๆ พูดใช้เสียงต่ำ ไม่ควรตะโกน ไม่ควรพูดเสียงแหลมและเล็ก ใช้น้ำเสียงสม่ำเสมอตลอดประโยค เผชิญหน้ากับผู้ป่วยขณะสนทนา แสดงสีหน้าหรือมือเพื่อประกอบความเข้าใจ หรือสื่อสารโดยการเขียน ไม่ควรมีเสียง

รบกวนจากสิ่งแวดล้อม เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และในรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง ควรให้ผู้สูงอายุใส่เครื่องช่วยฟังขณะสนทนาด้วย (ศิริพร, 2551)

1.1.2 ความพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) เมื่ออายุมากขึ้น และเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง รวมทั้งมีสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) สะสมมากขึ้น มีผลให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ร่วมกับการเสื่อมของเซลล์ประสาท และการเปลี่ยนแปลงของระบบโคลิเนอร์จิก (cholinergic system) มีการสร้างสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ลดลง ทำให้เกิดการเสื่อมของกระบวนการรู้คิด และความจำ (Sinatra et al., 2009) ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพมักมีความเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเองหรือใช้เครื่องมือประเมินความปวดได้ จึงมักไม่ให้ความสำคัญในการประเมินความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้โดยการสอนหรือให้ข้อมูลซ้ำ ๆ

1.2 ด้านความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้การประเมินและการจัดการกับความปวดไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ไม่ดี จากทั้งตัวผู้ป่วยเองและญาติที่มีความกลัว ความวิตกกังวล และความเชื่อที่ผิดหลายประการ ดังนั้นในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องให้ความสำคัญและคำนึงต้องปัจจัยด้านนี้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุย ให้คำปรึกษา และให้ความรู้ เพื่อปรับแก้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (Anita et al., 2011)

2. ปัจจัยด้านบุคลากรทีมสุขภาพ บุคลากรทีมสุขภาพเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญในการประเมินความปวดที่มีความถูกต้องและแม่นยำ เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติพบว่า กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีปัญหาและอุปสรรคในการประเมินความปวดเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัจจัยดังนี้

2.1 การขาดความรู้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพการพยาบาลในการจัดการความปวด ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวด เช่น สรีรวิทยาของความปวด ความแตกต่างระหว่างความปวดแบบเฉียบพลันและความปวดแบบเรื้อรัง การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา (Anita et al., 2011; Bell & Duffy, 2009) รวมทั้งยังขาดการบันทึกการใช้เครื่องมือประเมินความปวด และวิธีการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องมาจากการศึกษาของพยาบาลและแพทย์ที่ไม่ครอบคลุมในเรื่องการประเมินและการจัดการความปวด หรือหลักสูตรในการศึกษาให้เวลาในการสอนเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดน้อยเกินไป (ศิริพร, 2551) นอกจากนี้บุคลากรทีมสุขภาพยังขาดความรู้

เกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุ เช่น ความพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น ทำให้มีความยากในการสื่อสารถึงความปวดที่เกิดขึ้น

2.2 ความเชื่อและทัศนคติทางลบต่อความปวดและการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ นับเป็นปัญหาที่สำคัญในการประเมินและการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับหรือได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อช่วยในการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้สูงอายุ ได้แก่ พยาบาลเชื่อว่าความปวดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นเรื่องปกติ เชื่อว่าการรับรู้ความปวดหรือความไวต่อความปวดลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เชื่อว่าถ้าผู้สูงอายุไม่บอกถึงความปวดแสดงว่าไม่มีความปวดเกิดขึ้น เชื่อว่าถ้าผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมอื่น ๆ หรือนอนหลับ เพื่อเบี่ยงเบนความปวดได้ แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีความปวดเกิดขึ้นจริง เชื่อว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและมีความพร่องทางการรู้คิด ไม่มีความรู้สึกปวดและการบอกถึงความปวดของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เชื่อถือไม่ได้ หรือการบอกถึงความปวดในผู้สูงอายุจะบอกกว่าความปวดที่เกิดขึ้นจริง เป็นต้น ในความเป็นจริงความปวดในผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องปกติ ต้องได้รับการประเมิน หาสาเหตุ และให้ความช่วยเหลือหรือการจัดการความปวด เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความปวดที่เกิดขึ้น เพราะผู้สูงอายุมักไม่บอกหรือแสดงออกถึงความปวดที่เกิดขึ้นให้กับพยาบาลหรือญาติทราบ เนื่องจากกลัวถูกมองว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความอดทน เกรงใจกลัวว่าเป็นที่รบกวนคนอื่นกลัวทำให้พยาบาลรำคาญ และไม่อยากมาดูแลตนเอง พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของความปวดและการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบเมื่อแรกเริ่ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน อีกทั้งยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยในกลุ่มผู้สูงอายุ แม้ว่าผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์มาก่อน อาจมีความไวต่อยาในกลุ่มนี้ แต่ไม่ควรตัดสินใจที่จะไม่ใช้ยากลุ่มนี้กับผู้สูงอายุ พยาบาลควรใช้หลักการบริหารยาแบบเริ่มขนาดต่ำ ๆ และเพิ่มอย่างช้า ๆ การบริหารยาที่ถูกต้องโดยการค่อย ๆ ปรับขนาดยาและติดตามผลการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จึงจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด นอกจากนี้ควรเลือกใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ได้เช่นกัน (ศิริพร, 2551)

จากความเชื่อและทัศนคติทางลบของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุทำให้มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการประเมินความปวดและตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย หากไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้น จะส่งผลต่อการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีความเชื่อและทัศนคติในทางบวก จะสามารถช่วยในการประเมินและการจัดการความปวดมีประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้น

3. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา นั้นไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาความปวด บุคลากรทีมสุขภาพจึงไม่ให้ความสำคัญในการจัดการความปวดมากนัก การดูแลก็จะมุ่งเน้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคและการเจ็บป่วย ไม่ได้ให้ความสำคัญว่าความปวดเป็นเรื่องที่ต้องป้องกัน จัดการหรือควบคุมได้ แต่ในปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ เริ่มให้ความสำคัญกับปัญหาความปวดมากขึ้น โดยสมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Pain Society [APS]) ได้กำหนดให้บุคลากรทีมสุขภาพมีการบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า และองค์กรที่ทำหน้าที่ในการควบคุมและกำกับมาตรฐานของโรงพยาบาล ให้มีการประสานความร่วมมือในสถาบันการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดมาตรฐานในการประเมินความปวด การจัดการความปวด และการบันทึกความปวด (ศิริพร, 2551)

ดังนั้นการประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพจึงต้องให้ความสำคัญ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุย และให้ความรู้เพื่อปรับแก้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ และด้านบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีการได้รับข้อมูลการประเมินความปวดไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยประเมิน โดยมีประเมินความรุนแรงของความปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน มักเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดความรู้ ซึ่งอาจจะต้องมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความรู้และความเข้าใจ ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล

ความหมายและความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมกับภาวะใดภาวะหนึ่ง โดยข้อความดังกล่าวจะต้องมีระบบในการพัฒนาความรู้ที่นำมาเป็นแนวปฏิบัติผ่านการทบทวนอย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติจะต้องมีความยืดหยุ่นเนื่องจากเป็นหลักการ ที่ชี้แนวทางเพื่อช่วยในการตัดสินใจแก่บุคลากรทางสุขภาพ (ฉวีวรรณ, 2548)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง เอกสารหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้นักปฏิบัติทางคลินิกหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพใช้ในการตัดสินใจ

อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง (ฉวีวรรณ, 2548) และนอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือในการใช้พัฒนามาตรฐานการรักษายาบาลที่มีคุณภาพและใช้พัฒนาเป็นเครื่องมือในการประเมินและการบันทึกในหน่วยงาน (ฟองคำ, 2549)

จากที่วิชาชีพทางด้านสุขภาพต้องทำงานร่วมกับหลายส่วน และระบบการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นจะเน้นที่คุณภาพการดูแลภายใต้ค่าใช้จ่ายที่คุ้มทุน จึงต้องหาวิธีการที่จะทำให้การดูแลสุขภาพมีแนวทางที่ชัดเจนและมีมาตรฐาน ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความสำคัญ (ฟองคำ, 2549) ดังนี้

1. ทำให้มีมาตรฐานการบริการที่มีหลักฐานสนับสนุนเด่นชัดและแพร่หลายในวงกว้าง
2. ทำให้การตัดสินใจทางคลินิกง่ายขึ้นและมีหลักฐานประกอบมากขึ้น
3. ทำให้มาตรฐานหรือเกณฑ์ในการวัดความเหมาะสมของการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ลดความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติในเรื่องเดียวกัน ซึ่งอาจจะเกิดจากความหลากหลายในการตัดสินใจทางคลินิก ความหลากหลายของมาตรฐานและงานประจำ ความหลากหลายของแหล่งทรัพยากรและขาดการตกลงร่วมกันในการดูแลรักษา
4. ทำให้แยกความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพแต่ละฝ่ายได้ชัดเจน
5. กระตุ้นให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน เพื่อมองหาสิ่งใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ
6. ทำให้มีมาตรฐาน เพื่อสอนผู้ป่วยและผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน
7. ทำให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น
8. ทำให้มีกรอบในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เกิดความคุ้มทุนในการให้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น
9. ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ
10. ช่วยให้นักปฏิบัติทางคลินิกสามารถประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ร่วมกับศิลปะการดูแลในการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย
11. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือของการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ

คงจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางหนึ่งที่มีความสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการบริการ ช่วยให้งานมีระบบมากขึ้นและมีความสะดวกในการตัดสินใจตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยและสถานการณ์นั้น ๆ และไม่เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติ

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ

ฉวีวรรณ (2548) ได้กล่าวว่า องค์กรด้านสุขภาพหลายองค์กรได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้นทั้งในระดับชาติและสมาคมบริการสุขภาพเฉพาะทาง เช่น สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) เครือข่ายระหว่างมหาวิทยาลัยประเทศสก็อตแลนด์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]) สถาบันผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกนานาชาติ (National Institute for Clinical Excellence [NICE]) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000) โดยแต่ละแนวคิกำหนดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความหลากหลายของขั้นตอน ตั้งแต่ 4-5 ขั้นตอน จนกระทั่งถึง 17-18 ขั้นตอน แต่หลักการใหญ่ ๆ จะมีความคล้ายคลึงกัน และอิงกรอบแนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เหมือนกัน เช่น ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินงาน ต้องบูรณาการความคิดเห็น ประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ต้องผ่านการทดลองใช้และปรับปรุง เป็นต้น

ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประเมินความปวดและจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนดำเนินงาน เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ เน้นการแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย โดยมีกระบวนการพัฒนาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน มี 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 1 ระยะการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase)

ในระยะนี้เป็นการกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา ถือเป็นระยะที่ให้รายละเอียดและความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นปัญหา ควรจะเป็นปัญหาที่พบบ่อยในหน่วยงาน (Soukup, 2000) ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ (1) จากการปฏิบัติงาน (practice triggered) และ (2) จากแหล่งความรู้ (knowledge triggered) สามารถรวบรวมเป็นประเด็นปัญหาเพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหาที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จากการปฏิบัติงาน (practice triggered)

1.1 จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางคลินิก พบว่าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุยังไม่ได้ให้การดูแลด้านการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ รวมทั้งการปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติตามความรู้และความชำนาญตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยการใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดจากการได้รับบาดเจ็บนั้น ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน คุ่มค่าและคุ้มทุน อีกทั้งเป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลอีกด้วย

1.2 จากการสังเกตการณ์บนหอผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้นยังไม่มีรูปแบบการประเมินความปวดที่ชัดเจน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพระบุว่า การจัดการความปวดส่วนใหญ่จะใช้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้การดูแลที่ไม่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป อีกทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

2. จากแหล่งความรู้ (knowledge triggered) จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ มักมีปัญหาในการประเมินความปวด และให้การจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ที่มสุขภาพจะประเมินความรุนแรงของความปวดไม่ตรงกับความเป็นจริง (วิจิตรา และคณะ, 2553;

Anita et al., 2011) เนื่องจากความปวดนั้นส่งผลให้ร่างกายเคลื่อนไหวช้า ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นระยะเวลานาน ทำให้กลายเป็นความปวดแบบเรื้อรัง (ธนินฐา และคณะ, 2554) ปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดในผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพ คือ

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุต่อความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ เนื่องจากผู้สูงอายุมีเนื้อเยื่อสมองฝ่อลง จำนวนเซลล์ประสาทลดลง มีการสะสมของสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) มากขึ้น ทำให้ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง จึงเป็นสาเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง กล่าวคือการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสที่ปลายมือปลายเท้าลดลง การรับรู้ความรู้สึกร้อน เย็น และความรู้สึกปวดลดลง (ซัชชัย และคณะ, 2550; Sinatra et al., 2009) ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของระบบโดปามีนอร์จิก และโคลิเนอร์จิก (dopaminergic and cholinergic system) จึงมีการสร้างสารสื่อประสาทลดลง ทำให้เกิดการเสื่อมของระบบสติ ความจำ รวมทั้งทำให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเสื่อมของการมองเห็น และยังมีความบกพร่องทางการได้ยิน ซึ่งเกิดจากความเสื่อมของออร์แกนออฟคอร์ติ (organ of corti) และมีการสูญเสียแฮร์เซลล์ (hair cell) ในคลอเคลีย (cochlear) ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสารต่อบุคคลรอบข้างและทีมสุขภาพ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการประเมินความปวดและการจัดการความปวดไม่เพียงพอต่อระดับความปวดที่เพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากกระบวนการชราภาพที่เกิดขึ้น ร่วมกับการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้มีผลต่อการตอบสนองของยาต่อความเข้มข้นของยาในร่างกายทางเภสัชจลนศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูดซึมยา การกระจายยา การทำลายยา และการขับถ่ายยา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความไวของยาต่ออวัยวะเป้าหมาย (Gloth, 2004) ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องทราบถึงการใ้ช้ยาในผู้สูงอายุ รวมถึงยาบรรเทาปวดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการบริหารยาในผู้สูงอายุ และสามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงการลดต้นทุนในการบริหารยา

2.2 ความเชื่อและทัศนคติในทางลบที่เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างมาก สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

2.2.1 ด้านผู้ป่วยและครอบครัว มีความสำคัญต่อการประเมินความปวด เนื่องจากมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและมีทัศนคติในทางลบ อาจเกิดจากความกลัวและความวิตกกังวล เช่น เชื่อว่าความปวดจากการบาดเจ็บเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ กังวลว่าการ

รายงานความปวดหรือขอยาแก้ปวดเป็นการรบกวนแพทย์หรือพยาบาล และยังคงกลัวต่อผลข้างเคียงและการติดยาแก้ปวดด้วย (Anita et al., 2011) ดังนั้นการประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ต้องให้ความสำคัญ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุย และให้ความรู้ เพื่อปรับแก้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้

2.2.2 ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นกลุ่มบุคคลที่

มีความสำคัญในการประเมินและการจัดการความปวด ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพมีการได้รับข้อมูลการประเมินความปวดไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยประเมิน โดยมักประเมินความรุนแรงของความปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน มักเกิดขึ้นเนื่องจากการขาดความรู้ ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและความก้าวหน้าในเรื่องของยาบรรเทาปวด ตลอดจนวิธีการบริหารยาที่ได้มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก (ศิริพร, 2551; Anita et al., 2011; Bell & Duffy, 2009) แต่มีหลายงานวิจัยที่พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพยังขาดความรู้ (Bell & Duffy, 2009) ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวด ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาของผู้สูงอายุและเภสัชวิทยาของยาบรรเทาปวด นอกจากนี้ทัศนคติและความเชื่อในทางลบเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับหรือได้รับการช่วยเหลือเรื่องยาบรรเทาปวดน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมักมีความเชื่อว่า การรับรู้ความปวดจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เชื่อว่าผู้ป่วยไม่แสดงออกว่ามีอาการปวดแสดงว่าไม่ปวดและจะให้ยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยขอเท่านั้น เชื่อว่าผู้สูงอายุไม่สามารถทนต่อการได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ เชื่อว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีความบกพร่องของกระบวนการรู้คิด ไม่มีความรู้สึกรู้ปวดและการบอกถึงความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้เชื่อถือไม่ได้ (Anita et al., 2011) ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงควรได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด เพื่อนำไปสู่การมีทัศนคติในทางบวก เพื่อให้มีการปฏิบัติในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ด้านปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติทางลบของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ การขาดความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทีมสุขภาพทั้งในเรื่องของเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของความปวดในผู้สูงอายุ การประเมินความปวด การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาของผู้สูงอายุและเภสัชวิทยาของยาบรรเทาปวด ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลใกล้ชิดกับ

ผู้ป่วย จึงควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความปวด เพิ่มความสุขสบาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้เข้าใจ ถึงปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ในผู้ป่วย ผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพ และมีงานวิจัยเพียงพอที่จะสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาท อิศระของพยาบาลที่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้ และสามารถใช้ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์

ระยะที่ 2 ระยะการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase)

การทบทวนวรรณกรรมและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการวางแผนการสืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เริ่มมีการทบทวนจากงานวิจัยที่มีคุณค่าระดับสูงก่อน ได้แก่ งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบและใช้สถิติวิเคราะห์หรือแบบอภิมาน (meta-analysis) มีการสุ่มตัวอย่าง (randomized controlled trial [RCT]) งานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์จะต้องมีการกำหนดขอบเขตในการ สืบค้นข้อมูล วิธีการสืบค้นข้อมูลและแหล่งสืบค้น เช่น จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้าน วิทยาศาสตร์สุขภาพจากห้องสมุดและฐานข้อมูล Pub med, CINAHL, ThaiLis, Google, Science direct, Lippincott, Wiley ฯลฯ วารสารงานวิจัยที่รับการตีพิมพ์ ตำราหรือเอกสารงานวิชาการ เป็นต้น ผู้วิจัยได้กำหนดคำสำคัญ และการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้ง สรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นได้ตามกรอบของ PICO format (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) ดังนี้ P (Population) คือ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ส่วน I (Intervention) คือ วิธีการจัดการปัญหา ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วย สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ สำหรับ C (Comparison) คือ กลุ่มเปรียบเทียบ ในการวิจัยคือ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติการพยาบาล และ O (Outcome) คือ ผลลัพธ์ ได้แก่ ความรุนแรงของความปวดจากการ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย สรุปคำหลักที่ได้จากการสืบค้น คือ การประเมิน และการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ, pain assessment in older adults, pain assessment tools in aging, pain assessment and pain management in elderly patients, trauma care of the elderly

patients, patients' satisfaction ตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 2003-2013 และเมื่อได้หลักฐานเชิงประจักษ์มาทำการวิเคราะห์และประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบก่อนที่จะนำไปใช้

การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่แนวปฏิบัติ โดยจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (ตาราง 2) ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

ตาราง 2

ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (JBI, 2009)

ระดับความน่าเชื่อถือ	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับ 1	เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) การทบทวนงานวิจัยหลายงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันหรือปัญหาวิจัยเดียวกันของงานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomized control trial [RCT]) หรือมีอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบทดลองขนาดใหญ่ที่มีช่วงความเชื่อมั่นที่แคบ
ระดับ 2	เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบทดลองขนาดเล็กและมีช่วงเวลาของความเชื่อมั่นที่กว้าง หรือการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม
ระดับ 3	ระดับ 3a เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตาม ไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มงานวิจัย (cohort studies with control group) ระดับ 3b เป็นหลักฐานอ้างอิงจากการรายงานกรณีศึกษาที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบรายกลุ่ม (case-control) ระหว่างกลุ่มที่เกิดผลลัพธ์ที่นักวิจัยสนใจ (case) กับกลุ่มที่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์กับวิธีการที่ผู้วิจัยสนใจ (control) ระดับ 3c เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากการการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ไม่มีกลุ่มควบคุมจากกลุ่มงานวิจัย

ระดับความ น่าเชื่อถือ	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับ 4	เป็นหลักฐานที่ได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือ ฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หรือการวิจัยด้านสตรีวิทยาในห้องปฏิบัติการ

2. การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้โดยการจัดแบ่งเกรดของข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้หลักเกณฑ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) (ตาราง 3) ซึ่งได้จัดแบ่งข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

ตาราง 3

การกำหนดระดับของข้อเสนอแนะนำไปสู่การปฏิบัติ (JBI, 2009)

ระดับของข้อเสนอแนะ	การนำไปสู่การปฏิบัติ
ระดับ A	เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติและมีประสิทธิผลดีมากสมควรนำไปปฏิบัติมาก
ระดับ B	เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติและมีประสิทธิผลปานกลางต้องพิจารณาในการนำไปปฏิบัติ
ระดับ C	เป็นข้อเสนอแนะที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่มีความเหมาะสม ไม่มีความหมายในทางคลินิกและไม่มีประสิทธิผลในการนำไปปฏิบัติ

เนื่องจากการจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์นั้นแตกต่างไปจากสถาบันอื่น คือมีการจัดเป็น 4 ระดับ ดังนั้นการนำไปใช้ควรระบุระดับของหลักฐานก่อนทุกครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติ โดยการประเมินคุณภาพของหลักฐาน ในปัจจุบันเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ เครื่องมือประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยเครื่องมือ The Appraisal of Guidelines

Research and Evaluation (AGREE) ซึ่งได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) คณะกรรมการประเทศยุโรป (The Council of Europe) และเครือข่ายแนวปฏิบัตินานาชาติ (The Guidelines International Network) (อารยา, 2556) เครื่องมือนี้เป็นแบบวัดลิเกิร์ต (Likert scale) มีจำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 มิติ ดังนี้ (1) ความชัดเจนของขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้แก่ แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากทีมสหวิชาชีพ ผู้รับบริการมีส่วนออกความคิดเห็น มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติให้ชัดเจน และแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย (3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนการนำมาใช้ ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย (4) ความชัดเจนและการนำเสนอ ได้แก่ ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรมเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน มีการระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ (5) การประยุกต์ใช้ได้แก่ ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงในทันสมัยเสมอ (6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ได้แก่ แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดคิดเป็น 100 คะแนน และมีคำถามที่ใช้ประเมินภาพรวมของแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังนี้ (1) แนะนำให้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นโดยไม่มีการปรับเปลี่ยน (2) แนะนำให้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นภายใต้เงื่อนไขที่ต้องปรับเปลี่ยนบางอย่าง (3) ไม่แนะนำให้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้น (ฟองคำ, 2549)

ในการคำนวณคะแนนความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัตินั้นจะใช้จำนวนผู้ที่ประเมินแนวปฏิบัติ 2-4 คน จากนั้นนำคะแนนความคิดเห็นมาคำนวณ โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\text{คะแนนของแต่ละขอบเขต} = \frac{\text{คะแนนรวมที่ได้} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด} \times 100}{\text{คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด}}$$

คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด = 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3 (ข้อคำถาม) x 4 (ผู้ประเมิน)

คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3 (ข้อคำถาม) x 4 (ผู้ประเมิน)

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติพิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้ โดยในแต่ละขอบเขต คะแนนที่คำนวณได้มากกว่า 60 เปอร์เซนต์ ถือว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพสามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่วนในข้อที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 เปอร์เซนต์ จะบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพต่ำไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ (AGREE, 2009)

4. การร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยนำร่างแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นจากการพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนผลลัพธ์ของแต่ละวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการศึกษา นำไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานได้ โดยมีการเปรียบเทียบประโยชน์ ความเสี่ยง ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้สรุปสาระของแนวปฏิบัติโดยรวบรวมข้อแนะนำที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ประเมินคุณค่าและคัดเลือกมาแล้ว นำมาจัดหมวดหมู่ตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ โดยแยกตามประเด็นทางคลินิกจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่าง จากนั้นจึงนำไปลงความเห็นร่วมกันจากผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติอย่างละเอียด เพื่อประเมินความตรงของเนื้อหา ภาษา ความเหมาะสมและมีความชัดเจนของแนวปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3-5 ท่าน (พองคำ, 2549) ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยในเนื้อหาสาระ ผู้วิจัยควรนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติก่อนนำไปทดลองใช้ ซึ่งการจัดทำรูปเล่มของแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่าง ควรประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ รายชื่อผู้มีส่วนร่วม คำนำ สารบัญ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัยและผลลัพธ์ทางคลินิก กระบวนการพัฒนาทุกขั้นตอน คำจำกัดความที่ใช้ สาระสำคัญของแนวปฏิบัติซึ่งจัดเป็นหมวดหมู่ พร้อมทั้งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการปฏิบัติในกรณีที่ขั้นตอนมีความซับซ้อนและสำคัญ บรรณานุกรม และภาคผนวก อีกทั้งมีการกำหนดแผนการเผยแพร่และการนำไปปฏิบัติ ซึ่งอาจจะต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติ และจะต้องกำหนดแผนสำหรับการประเมินผลที่ต้องครอบคลุมผลลัพธ์และแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 คือ ให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase)

เป็นระยะของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงของแนวปฏิบัติและการตรวจสอบรูปแบบของแนวปฏิบัติฉบับร่างโดยผู้เชี่ยวชาญ

1.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยพิจารณาไปพร้อมกันกับการตรวจสอบความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ (Content Validity Index [CVI]) และตรวจสอบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Polit & Beck, 2012) ใน 3 ด้าน คือ (1) ด้านการถ่ายทอดและการนำไปสู่การปฏิบัติ (2) ด้านความเป็นไปได้ และ (3) ด้านความคุ้มค่า ซึ่งถ้ามีค่าคะแนน S-CVI เฉลี่ยตั้งแต่ 0.50-1.00 แสดงว่าแนวปฏิบัตินั้นเหมาะสม ใช้ได้ตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 0.50 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข เพราะที่ไม่เป็นไปตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (บุญใจ, 2553)

1.2 การตรวจสอบค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ด้วยการหาค่าความสอดคล้องตรงกันในการใช้แนวปฏิบัติระหว่างผู้ปฏิบัติ 2 รายในเวลาเดียวกัน (inter-rater reliability) จำนวน 2 คู่ จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวของผู้ประเมินทั้ง 4 ท่าน มาตรวจสอบความเห็นพ้องของข้อมูล แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยมีวิธีคำนวณคือ จำนวนข้อที่เห็นพ้องกันหารด้วยผลรวมของจำนวนข้อที่เห็นพ้องกันและจำนวนข้อที่ไม่เห็นพ้องกัน ซึ่งค่าที่ได้รับจากวิธีการตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมินนี้ ควรได้ค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไปจึงจะยอมรับได้ (บุญใจ, 2553)

1.3 การตรวจสอบรูปแบบของแนวปฏิบัติฉบับร่างโดยผู้เชี่ยวชาญ ต้องประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ซึ่งการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้วิจัยเลือกใช้นิยามของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (implementation potential) ดังนี้

1.3.1 การนำงานวิจัยไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (transferability of the finding) ประเด็นสำคัญของการถ่ายทอดหรือการนำลงสู่การปฏิบัติ คือ การนำแนวปฏิบัติที่มาจากผลงานวิจัยมาใช้ในหน่วยงานเป็นสิ่งที่ดี มีความเหมาะสมหรือไม่ งานวิจัยที่เลือกมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุคนั้น เป็นงานวิจัยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีความปวด ผลของงานวิจัยเพื่อการจัดการความปวด ซึ่งคำถามที่เป็นแนวทางในการประเมินการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ (1) แนวปฏิบัตินั้นสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ (2) กลุ่มประชากรเป้าหมายในแนวปฏิบัติมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยงานหรือไม่ (3) ประสิทธิภาพของการดูแลในแนวปฏิบัติแตกต่างไปจากประสิทธิภาพของการดูแลในหน่วยงานหรือไม่ (4) จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากแนวปฏิบัติมากพอหรือไม่ และ (5) แนวปฏิบัติใช้เวลานานในการดำเนินงานและประเมินผลหรือไม่ กระบวนการนี้จะส่งผลให้คุณภาพการดูแลที่ดีขึ้นและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย งานวิจัยที่นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ เนื่องจากลักษณะและกลุ่มของประชากรที่จะนำไปใช้มีความคล้ายคลึงกัน

1.3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (feasibility of implementation) มีประเด็นหลายประเด็นที่ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่ บุคลากรและสิ่งเอื้ออำนวยในองค์กร ความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก และความเป็นไปได้ในการประเมินผลทางคลินิก ซึ่งประเด็นสำคัญคือ พยาบาลมีสิทธิในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ถ้าพยาบาลไม่มีสิทธิเต็มที่ในการปฏิบัติ จะต้องประเมินว่าแนวปฏิบัตินั้นสามารถขอความร่วมมือจากหน่วยงานหรือบุคคลใด และต้องรีบดำเนินการโดยเร็วที่สุด รวมถึงแนวปฏิบัติจะต้องมีวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ไม่เกิดการรบกวนวิธีการปฏิบัติงานตามรูปแบบเดิม โดยคำถามในการประเมินประเด็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ได้แก่ (1) พยาบาลมีอิสระในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติหรือไม่ (2) พยาบาลมีอิสระในการยุติการดำเนินการ ถ้าพบว่าไม่ได้ผลหรือไม่เป็นที่ต้องการหรือไม่ (3) การดำเนินแนวปฏิบัติรบกวนการทำงานตามปกติของเจ้าหน้าที่หรือไม่ (4) ผู้บริหารสนับสนุนโครงการหรือไม่ บรรยากาศในองค์กรนำไปสู่การดำเนินแนวปฏิบัติหรือไม่ (5) เจ้าหน้าที่และผู้บริหารมีความเห็นตรงกันว่าแนวปฏิบัติจะเป็นประโยชน์และสมควรดำเนินการทดสอบหรือไม่ มีการต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการและประเมินผลแนวปฏิบัติหรือไม่ (6) การดำเนินการแนวปฏิบัติทำให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรอย่างน้อยเพียงใด แนวปฏิบัติได้รับการสนับสนุนหรือความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นหรือไม่ (7) เจ้าหน้าที่พยาบาลมีทักษะในการดำเนินการแนวปฏิบัติหรือไม่ ถ้าไม่มี จะมีความ

ยากลำบากในการขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นในการฝึกทักษะที่จำเป็นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม (8) หน่วยงานมีเครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นในการดำเนินแนวปฏิบัติหรือไม่ ถ้าไม่มีจะมีแนวทางรองรับเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการหรือไม่ (9) จะมีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่พยาบาลจะละจากหน้าที่อื่น ๆ เพื่อเรียนรู้แนวปฏิบัติ และ (10) มีเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของแนวปฏิบัติหรือไม่

1.3.3 ความคุ้มค่า (cost-benefit ratio) ประเด็นสำคัญในการตัดสินใจใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับความคุ้มค่าของแนวปฏิบัติ ควรจะครอบคลุมเจ้าหน้าที่ องค์กรในภาพรวม รวมทั้งผู้ป่วย แต่กลุ่มที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วย ผู้วิจัยจะคำนึงถึงการนำไปใช้ที่ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง แต่มีโอกาสเกิดประโยชน์ได้มากกว่าการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม อาจต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำเอกสารในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่จะเกิดความคุ้มค่าในด้านการลดความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ เพิ่มความสุขสบาย และป้องกันหรือลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความปวดได้ ซึ่งคำถามในการประเมิน มีดังนี้ (1) ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินแนวปฏิบัติมีอะไรบ้าง (2) ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจากการดำเนินแนวปฏิบัติมีอะไรบ้าง (3) ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหากยังคงปฏิบัติสิ่งที่ทำอยู่เดิมมีอะไรบ้าง (4) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุในการดำเนินตามแนวปฏิบัติมีอะไรบ้าง ค่าใช้จ่ายระยะสั้นเป็นอย่างไร ค่าใช้จ่ายระยะยาวเป็นอย่างไร ถ้าต้องมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในองค์กร (5) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุถ้าไม่ดำเนินแนวปฏิบัติเป็นอย่างไร เช่น โครงการมีประสิทธิผลที่สามารถลดค่าใช้จ่ายได้หรือไม่ (6) ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินตามแนวปฏิบัติเป็นอย่างไร เช่น คุณธรรม จริยธรรมของเจ้าหน้าที่ลดลง เจ้าหน้าที่ลาออก เป็นต้น (7) ประโยชน์ส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่วัสดุในการดำเนินแนวปฏิบัติเป็นอย่างไร เช่น คุณธรรม จริยธรรมของเจ้าหน้าที่สูงขึ้น เจ้าหน้าที่มาสมัครงานมากขึ้น เป็นต้น และปรับปรุงแก้ไข นำแนวปฏิบัติที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนนำไปทดลองใช้

2. การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ในขั้นตอนนี้เป็นการทดสอบคุณภาพเบื้องต้นของแนวปฏิบัติโดยนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยจำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ ซึ่งการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริงจะช่วยปรับปรุงเนื้อหาสาระได้เหมาะสม และได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ใช้นโยบาย ผู้วิจัยควรมีการวางแผนติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน หลังจากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวปฏิบัติและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 คือ ระยะการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

เมื่อมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ จะต้องมีการประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการจัดทำแผนการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกครอบคลุมด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcomes) (ฉวีวรรณ, 2548) การประเมินดังกล่าวต้องครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากรว่ามีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติ ในที่นี้ผู้วิจัยได้วางแผนการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ โดยการประเมินกระบวนการ จะประเมินความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติของบุคลากร ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ส่วนการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราป่วย อัตราตาย อาการและอาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความปลอดภัย (พองคำ, 2549)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะประเมินกระบวนการ โดยจะเลือกใช้เฉพาะประเด็น ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ รวมทั้งความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คือ ความรุนแรงของความปวดโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase)

เป็นระยะของการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ จากข้อมูลที่ได้ในระบะของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-supported phase) และระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (evidence-observed phase) เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติ และวางแผนดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติรูปแบบใหม่ มีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จากวารสารทางการพยาบาล เว็บบไซต์ และฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pub med, CINAHL, ThaiLis, Google, Science direct, Lippincott, Wiley ฯลฯ และห้องสมุด โดยกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นตามกรอบการสืบค้นหลักฐาน PICO format สรุปได้คำหลักในการสืบค้น คือ การประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ, pain assessment in older adults, pain assessment tools in aging, pain assessment and pain management in elderly patients, trauma care of the elderly patients, patients' satisfaction ตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 2003-2013 ได้เอกสารงานวิจัยที่คัดเลือกเพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมด 16 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) (ระดับ 1 จำนวน 4 เรื่อง และระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง) งานวิจัยเชิงทดลอง (ระดับ 1) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ระดับ 3c) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย (ระดับ 3c) จำนวน 5 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งได้คะแนนในแต่ละขอบเขตมากกว่าร้อยละ 60 ตามเกณฑ์ของ AGREE จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งแต่ละงานวิจัย พบว่าให้คำแนะนำในการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการความปวดที่สอดคล้องและแตกต่างกัน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 4 โดยเฉพาะระดับ 4 ถึงแม้ว่าจะเป็นระดับที่ต่ำที่สุด แต่ผู้วิจัยพิจารณาถึงลักษณะงาน ความสอดคล้อง และลักษณะของผู้ป่วย รวมถึงความเป็นไปได้ในบริบทงาน รวมทั้งมีประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยในหน่วยงานได้ เนื่องจากเป็นข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในคลินิกที่สามารถนำไปปฏิบัติได้และเป็นที่ยอมรับ (เกรด A) จึงคัดเลือกมาเป็นหลักฐาน

ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพควรแสดงบทบาทในการช่วยเหลือและจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาความปวดคือ ดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคล เพราะการบรรเทาความปวดที่ดีพอจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายเร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากความปวดในผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะจากบทความและงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 หมวด คือ (1) การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (2) การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและ

วิธีไม่ใช้ยา (3) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ และ (4) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุซึ่งแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคำแนะนำการนำไปใช้ตามเกณฑ์ JBI (2009) ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระและตามแผนการรักษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1.1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจพยาบาล (ศิริพร และคณะ, 2552)

1.2 ชักประวัติเกี่ยวกับความปวดตามแบบประเมินเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแรกรับในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีรายละเอียดดังนี้ โรคประจำตัว/ประวัติการใช้ยา ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ประสพการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด ประสพการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของความปวด ลักษณะความปวด (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011; AGREE/ Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007)

1.3 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและสื่อสารได้ หรือมีภาวะพร้อมทางกระบวนการคิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินระดับความปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (verbal numeric rating scale [VNRS]) โดยให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ จะต้องวัดระดับความปวดโดยใช้การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (behavior pain scale [BPS]) ร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพ โดยการประเมินระดับความปวดจะต้องมีการประเมินทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกที่อยู่ในความดูแล จากนั้นจะประเมินทุก 4 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสมใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา (ระดับ 3c / วิจิตรา และคณะ, 2553; AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011; ระดับ 2/ Bell & Duffy, 2009; ระดับ 3c/ Edvardsson et al., 2008; ระดับ 1/ Lord, 2009; AGREE/ Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007)

หมวดที่ 2 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา

2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรายงานความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยขอยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อรู้สึกปวด รวมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011)

2.2 ก่อนการจัดการความปวดทุกครั้งจะต้องประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (sedation score) โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994 cited in Pasero, Rakle, & McCaffery, 2005) ดังนี้

S	=	หลับ ปลุกตื่นง่าย
1	=	ตื่น รู้สึกตัวดี
2	=	ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย
3	=	ง่วงซึมมาก หลับขณะสนทนา
4	=	ง่วงหลับ มีการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่ง

กระตุ้นน้อยหรือไม่มีเลย

2.2.1 ถ้าระดับความรู้สึกตัวระดับ S ถึง 1 จะเป็นระดับความรู้สึกตัวที่มีความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ตามแผนการรักษาของแพทย์

2.2.2 ถ้าระดับความรู้สึกตัวระดับ 2 จำเป็นต้องลดขนาดของยากลุ่มโอปิออยด์ พร้อมทั้งสังเกตระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด และพิจารณาใช้ยากลุ่มอื่นเสริมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยากลุ่มเอนเซด (NSAID) เป็นต้น

2.2.3 ถ้าระดับความรู้สึกตัวระดับ 3 จำเป็นต้องงดยากลุ่มโอปิออยด์ ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาบริหารยานาล็อกโซน (naloxone) เพื่อให้ระดับความรู้สึกตัวกลับคืน และเพิ่มการใช้ยาอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือยากลุ่มเอนเซด (NSAIDs) ตามแผนการรักษาของแพทย์ (**หมายเหตุ: การพิจารณาบริหารยานาล็อกโซน (naloxone) ตามแผนการรักษาของแพทย์ ขนาดที่ให้คือ นาล็อกโซน (naloxone) 0.4 ถึง 2 มิลลิกรัม (0.001 – 0.004 mg/kg) เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 2-3 นาที โดยทั่วไปผู้ป่วยจะตอบสนองได้เร็ว มักจะตื่นหลังให้ยาครั้งแรก และภายในเวลา 2-3 นาที ข้อควรระวังคือ ยาในกลุ่มโอปิออยด์จะมีค่าครึ่งชีวิต (half-life) ยาวกว่ายานาล็อกโซน (naloxone) ที่มีค่าครึ่งชีวิตเพียง 1 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นในช่วงแรกควรต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด เพราะถ้าฤทธิ์ของยานาล็อกโซน (naloxone) หหมดแต่ฤทธิ์ของยาโอปิออยด์ยังอยู่ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงขึ้นอีก ดังนั้นจึงต้องให้ยานาล็อกโซน (naloxone) เป็นระยะตามอาการ)

2.3 ประเมินระดับความปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดังที่กล่าวมาในหมวดที่

1 ข้อ 1.3

2.3.1 ถ้าประเมินระดับความปวดอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน ให้การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเลือกใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) กับยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยากลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid drugs) เช่น อะเซตามิโนเฟนหรือพาราเซตามอล (acetaminophen/paracetamol) เอนเซด (NSAIDs) ร่วมกับให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเองตามความเหมาะสม (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011)

2.3.2 ถ้าประเมินระดับความปวดอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน ให้การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเลือกใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยากลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid drugs) เช่น อะเซตามิโนเฟนหรือพาราเซตามอล (acetaminophen/paracetamol) เอนเซด (NSAIDs) ร่วมกับให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเองตามความเหมาะสม (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011)

2.3.3 ถ้าประเมินระดับความปวดอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน ให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเองตามความเหมาะสม

โดยการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามที่สนใจ ซึ่งวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีดังนี้

- การจัดทำผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายและคอยช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (AGREE/ วรรณิการ์, 2552; ระดับ 3c/ สุภาพ, 2552)

- การนวด จะต้องมีจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการนวด ใช้เวลา 20-35 นาที ในการนวดแต่ละครั้งในการทำ hand-on massage โดยเน้นการนวดเบา ๆ บริเวณที่ผู้ป่วยบ่นปวด แต่จะต้องห่างจากตำแหน่งที่บาดเจ็บหรือมีบาดแผลประมาณ 2 นิ้ว (ระดับ 3c/ Adams et al., 2010; ระดับ 1/ Cutshall et al., 2010; ระดับ 3c/ Dion et al., 2011; ระดับ 1/ Falkensteiner et al., 2011)

- การเบี่ยงเบนความสนใจ เลือกใช้วิธีที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การฟังดนตรี การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น (ระดับ 3c/ สุภาพ, 2552; ระดับ 3c/ Topcu & Findik, 2012)

2.4 เผื่อระวังผลข้างเคียงภายหลังให้ยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ดังนี้

2.4.1 อาการง่วงซึม และการกดการหายใจ พบได้ในกรณีให้ยาเกินขนาด พยาบาลผู้ดูแลจะต้องการเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ถ้าพบว่าคะแนนระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ 3 หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาให้ยานาล็อกโซน (naloxone) เพื่อให้ระดับความรู้สึกตัวกลับคืน หลังให้การช่วยเหลือ พยาบาลต้องประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 15 – 30 นาที พร้อมทั้งรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับขนาดของยาให้เหมาะสม (ระดับ 1/ Anita et al, 2011)

2.4.2 อาการคัน และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนหลัก ๆ ของยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) พยาบาลผู้ดูแลจะต้องประเมินอาการแทรกซ้อนดังกล่าว ถ้ากรณีที่มีอาการมากขึ้น ต้องรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาการให้ยาแก้แพ้หรือยาแก้อาเจียน ในขนาดที่เพียงพอ โดยให้ตามเวลา และอาจจะต้องใช้ยาแก้อาเจียนร่วมกันมากกว่า 1 ชนิดเพื่อเสริมฤทธิ์กัน เช่น ออนแดนซีตรอน (ondansetron) ร่วมกับ เมโทโคลพามายด์ (metoclopramide) จึงจะสามารถรักษาและป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ได้ผลดี

2.4.3 ภาวะปัสสาวะคั่ง พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีการประเมินและสังเกต การขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยสูงอายุอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการปรับยาและให้การรักษาภาวะปัสสาวะคั่งตาม แผนการรักษาของแพทย์

2.4.4 ภาวะท้องผูก พยาบาลผู้ดูแลจะต้องประเมินการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยสูงอายุทุกวัน ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน ต้องรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาการให้ยาระบายอย่างอ่อนแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา

หมวดที่ 3 การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ

3.1 การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา (บุญญาภัทร, 2554)

3.1.1 คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน เมื่อใช้ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) และยากลุ่มโอปิออยด์อย่างอ่อน (weak opioids) แล้วไม่ดีขึ้นจึงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์อย่างแรง (strong opioids) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) ควรให้กับผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนทำแผลอุบัติเหตุ 1 ชั่วโมง เพื่อให้มีผลบรรเทาความปวดก่อนเริ่มกระบวนการทำแผล

3.1.2 คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน เมื่อใช้ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) แล้วไม่ดีขึ้นจึงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์อย่างอ่อน

(weak opioids) ได้แก่ โคเดอีน (codeine) และ ترامาดอล (tramadol) ควรให้กับผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนทำแผลอุบัติเหตุ 1 ชั่วโมง เพื่อให้มีผลบรรเทาความปวดก่อนเริ่มกระบวนการทำแผล

3.1.3 คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) ได้แก่ พาราเซตามอล และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือยาในกลุ่มเอ็นเซด (NSAIDs) ควรให้กับผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนทำแผลอุบัติเหตุ 1 หรือ 2 ชั่วโมง เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีไม่ใช่ยา (บุญญาภัทร, 2554)

3.2.1 การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการทำแผล เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการทำแผล

3.2.2 การจัดทำที่สุขสบายให้กับผู้ป่วยและเหมาะสมกับการทำแผล ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ

3.2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดที่เกิดขึ้น เลือกใช้วิธีที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การฟังดนตรี การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น

3.2.4 ทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการเช็ดที่ทำให้เกิดการขัดสี และเลือกวัสดุที่เหมาะสมใช้ในการทำแผล

หมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

4.1 การประเมินความปวดภายหลังการจัดการความปวด (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552) มีดังนี้

4.1.1 การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการฉีด ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 30 นาที

4.1.2 การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการรับประทาน ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 60 นาที

4.1.3 การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา ประเมินภายหลังการจัดทำผู้ป่วย / การนวด / และการเบี่ยงเบนความสนใจ ครบตามเวลา

4.1.4 ถ้าระดับความปวดไม่ลดลง พยาบาลผู้ดูแลจะต้องพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามความจำเป็น ซึ่งเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาเลือกหรือปรับขนาดของยาที่เหมาะสม

พร้อมทั้งบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

4.2 การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความปวดในผู้สูงอายุจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และจากการที่ผู้สูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะเจาะจงทางสรีรวิทยาหรือที่เรียกว่ากระบวนการชราภาพ (aging process) อย่างชัดเจน จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ความไวต่อการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง มีผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้สูงอายุคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง หากผู้สูงอายุได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความปวดดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ๆ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้ช้า

ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวดในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก การจัดการความปวดที่ดีจึงควรเริ่มจากการประเมินความปวด เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้สูงอายุสามารถบอกได้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้น และพบว่า การจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้ผลดีที่สุดคือการบรรเทาความปวดโดยใช้ยา ร่วมกับการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 4 หมวด คือ (1) การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวด (2) การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา และวิธีไม่ใช้ยา (3) การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ และ (4) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้สูงอายุจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุตามแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000) และประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จากพยาบาลวิชาชีพและผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล อันจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ผู้สูงอายุฟื้นสภาพได้ดีหลังได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน มี 4 ระยะ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) และ (2) ระยะการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) ขั้นตอนที่ 2 คือ ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase) และขั้นตอนที่ 3 คือ ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ พร้อมทั้งนำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในขั้นตอนที่ 4 คือ การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase) อย่างไรก็ตามการประเมินผลในขั้นตอนสุดท้ายไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้

สถานที่ทำการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่รักษาและดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อให้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้อำนวยการด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการความปวด จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้อำนวยการด้านการจัดการความปวดและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ ผู้อำนวยการและมีประสบการณ์ดูแลด้านการจัดการความปวดและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 3 ท่าน

2. พยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 35 ท่าน (ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย) ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติจากพยาบาลวิชาชีพ

3. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. เป็นผู้ป่วยทั้งที่รายงานความปวดได้ด้วยตนเองหรือไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง
3. มีประวัติการเจ็บป่วยในการรักษาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และนำไปใช้โดยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุต่อเนื่องจนครบ 3 วัน ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จนได้จำนวนกลุ่มผู้ป่วยเท่ากับ 10 ราย ในช่วงระยะเวลาระหว่าง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. อยู่ในภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิต
 2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุไม่ครบ 3 วัน
- ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องคัดออกจากการศึกษา เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิตหรือเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุไม่ครบ 3 วันตามคุณสมบัติที่กำหนด

กระบวนการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุในครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน มี 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 1 ระยะการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase)

1. จากการปฏิบัติงาน (practice triggered)

1.1 จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางคลินิกของผู้วิจัยและการสอบถามพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 3 ท่าน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่มักมีความปวดภายหลังได้รับบาดเจ็บ แต่ในหอผู้ป่วยยังให้การดูแลเกี่ยวกับประเมินและการจัดการความปวดที่ไม่แตกต่างไปจากการดูแลและการจัดการความปวดของผู้ป่วยวัยอื่น ๆ อีกทั้งการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติตามความรู้และความชำนาญตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งการประเมินความปวด พยาบาลวิชาชีพระบุว่า มีการเลือกใช้วิธีการประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป คือ เลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดมาตรวัดแบบตัวเลข โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกคะแนนความรุนแรงของความปวดด้วยตนเองเฉพาะในรายที่สามารถพูดและสื่อสารเข้าใจ รวมทั้งยังไม่มีการให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดการความปวด เช่น ความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ วิธีการจัดการความปวด นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าตนเองมีภาระงานมากและมีความรู้เกี่ยวกับความปวด เครื่องมือการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ตลอดจนความรู้ในการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุนั้นไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะให้กิจกรรมพยาบาลดังกล่าวแก่ผู้ป่วย รวมทั้งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 จากการสังเกตการณ์บนหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินแบบบันทึกทางการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 10 รายที่เข้ารับการรักษาตัวจากการได้รับ

บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 มีนาคม 2556 และสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับความรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่องจะได้รับการประเมินความปวดเป็นส่วนใหญ่เมื่อแรกเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะหรือมีโรคร่วมที่มีปัญหาเกี่ยวกับการพร้อมทางการรู้คิด เช่น ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โรคหลอดเลือดสมอง (old cerebrovascular accident) เป็นต้น จะไม่ได้รับการประเมินความปวดหรือประเมินไม่ได้ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพนั้นเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดชนิดมาตราวัดแบบตัวเลข (NRS) เพียงอย่างเดียว

อีกทั้งในระยะแรกของการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น ซึ่งคำสั่งการให้ยาส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะของการให้ยาเมื่อผู้ป่วยบ่นปวดหรือพยาบาลประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความปวด โดยส่วนใหญ่ยาบรรเทาปวดที่ได้รับจะเป็นชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) และเฟนทานิล (fentanyl) รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ก และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่อเมตาบอลิซึม การกระจายของยา และการขับยา ออกจากร่างกายได้ช้าลง (Emily & Jay, 2010) มีผลให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อยาในกลุ่ม โอปิออยด์ (opioid) เพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาดังกล่าวได้มากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ๆ (ศิริพร, 2551; Gloth, 2004) ซึ่งหลักการให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ให้ปลอดภัยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ที่เหมาะสมในปริมาณน้อย ๆ ค่อย ๆ ปรับขนาดยาอย่างช้า โดยการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ครั้งแรก แนะนำให้ใช้ขนาดต่ำกว่าในผู้ที่มีอายุน้อยร้อยละ 25-50 และให้เพิ่มซ้ำ ๆ ครั้งละร้อยละ 25 จนกระทั่งถึงร้อยละ 50 จึงสามารถลดความปวดลงจนผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ รวมทั้งมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (Emily & Jay, 2010) และจากการประเมินแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล พบว่า การเขียนปัญหาทางการแพทย์พยาบาลนั้น ไม่มีการระบุปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่สอดคล้องกับอาการหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปวดของผู้ป่วย แต่มีการระบุกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบรรเทาปวดลงในปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

2. จากแหล่งความรู้ (knowledge triggered)

จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยมักมีปัญหาในการประเมินความปวด และการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ที่มสุขภาพจะประเมินความรุนแรงของความปวดไม่ตรงกับความเป็นจริง (วิจิตรา, วิจิตรา, สุวรรณ และภูพิงค์, 2553; Anita, Anna & Ersek, 2011)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและความก้าวหน้าในเรื่องของยาบรรเทาปวด ตลอดจนวิธีการบริหารยาที่ได้มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก (ศิริพร, 2551; Anita et al., 2011; Bell & Duffy, 2009) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เชิงประจักษ์ใดที่เฉพาะเจาะจงต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อีกทั้งการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีเพียงการศึกษาถึงความปวดในผู้สูงอายุทั่วไป ไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้วิจัยได้สังเกตเห็นความสำคัญของการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อีกทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงควรมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีประสิทธิภาพและมีการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความปวด เพิ่มความสุขสบาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยการศึกษาครั้งนี้มีงานวิจัยเพียงพอที่จะสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการกับปัญหานี้ได้และสามารถใช้ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์

ระยะที่ 2 ระยะการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase)

ระยะนี้เป็นการสืบค้นองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษารวบรวมทั้งงานวิจัย บทความและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาใช้สนับสนุนและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหามากที่สุด แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำมาสู่การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้กรอบการสืบค้นของ PICO (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) สรุปได้คำหลักในการสืบค้น คือ การประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ, pain assessment in older adults, pain assessment tools in aging, pain assessment and pain management in elderly patients, trauma care of the elderly patients, patients' satisfaction โดยมีช่วงของการสืบค้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003-2013 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทุกระดับจากเอกสารอ้างอิงจากงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ และสืบค้นด้วยมือจากวารสาร และบทความทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งสื่ออินเทอร์เน็ต จากนั้นประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ โดยผู้วิจัยจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและเกรดข้อเสนอแนะตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) รวมถึงประเมินคุณภาพของ

หลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติโดยใช้แนวทางในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation [AGREE], 2009) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่สืบค้นได้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และพิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้ในแต่ละขอบเขตซึ่งจะต้องมากกว่าร้อยละ 60 จึงจะถือว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพ จากนั้นทำการคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้งหมด 16 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) (ระดับ 1 จำนวน 4 เรื่อง และระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง) งานวิจัยเชิงทดลอง (ระดับ 1) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ระดับ 3c) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย (ระดับ 3c) จำนวน 5 เรื่อง และแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งได้คะแนนในแต่ละขอบเขตมากกว่าร้อยละ 60 ตามเกณฑ์ของ AGREE จำนวน 3 เรื่อง โดยมีรายละเอียดของหลักฐานที่ได้และการวิเคราะห์ความคิดเห็นดังภาคผนวก ข

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase)

ระยะนี้เป็นระยะของการร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 1 ในระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบรูปเล่มและการทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติฉบับร่างโดยผู้เชี่ยวชาญ และการหาความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติ

1.1 การตรวจสอบรูปเล่มของแนวปฏิบัติฉบับร่างและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำการพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยพิจารณาไปพร้อมกับการตรวจสอบความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และให้ผู้เชี่ยวชาญระบุคะแนนในแบบสอบถามความตรงเชิงเนื้อหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาเป็นรายข้อ โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level content validity index [I-CVI]) ซึ่งในแต่ละข้อต้องผ่านการพิจารณา ระดับ 3 หรือ 4 ทุกข้อ นั่นคือต้องได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1.0 (Polit & Beck, 2012) หากข้อใดที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์นี้ ผู้วิจัยต้องทำการพิจารณาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยมีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ที่ไม่ผ่านความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในระดับ 3 หรือ 4 ในหมวดที่ 2 เรื่องการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาข้อที่ 2.3 ซึ่งมี 3 ข้อย่อย และเสนอแนะเพิ่มเติม

ในส่วนของการเฝ้าระวังผลข้างเคียงภายหลังให้ยาบรรเทาปวดให้ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยได้ปรับและแก้ไขข้อคำถามดังกล่าว และดำเนินการตรวจสอบใหม่กับผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณค่า I-CVI ใหม่จนได้ค่าเท่ากับ 1.0 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติทั้งหมด (S-CVI) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ ค่าที่ได้ต้องอยู่ในช่วง 0.50-1.00 จึงจะถือว่าแนวปฏิบัตินั้นมีคุณภาพดี ใช้ได้ตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียดและตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 0.50 ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไข (บุญใจ, 2553) สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยคำนวณค่า S-CVI มีค่าเท่ากับ .91

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความคิดเห็นในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Polit & Beck, 2012) ใน 3 ด้านคือ (1) การนำงานวิจัยไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา (2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง และ (3) ความคุ้มค่า รวมทั้งเครื่องมือในการประเมินผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติมีประโยชน์กับผู้ป่วย ใช้ทรัพยากรไม่สิ้นเปลือง ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการเขียนขั้นตอนในการปฏิบัติให้ชัดเจนเพื่อให้พยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปทดสอบค่าความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติจากผู้ป่วยติดการพยาบาล

1.2 การตรวจสอบความเที่ยงของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ด้วยการหาค่าความสอดคล้องกันของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (inter-rater reliability) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 ราย โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างไปใช้ในการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ โดยแบ่งเป็นเวรเช้า 2 ราย และเวรบ่าย 2 ราย แล้วให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกว่าสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้หรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบความเห็นพ้องของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลรายข้อ แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยงแบบหาความสอดคล้อง (percentage of agreement) โดยมีวิธีคำนวณ คือ จำนวนข้อที่เห็นพ้องกันหารด้วยจำนวนผลรวมของข้อที่เห็นพ้องกันและจำนวนข้อที่ไม่เห็นพ้องกัน คูณ 100 ซึ่งค่าที่ได้จากการตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมินนี้ ควรได้ร้อยละ 70 ขึ้นไปจึงจะยอมรับได้ (บุญใจ, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณค่าร้อยละของความสอดคล้องได้เท่ากับ ร้อยละ 100 จากพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 ราย

2. การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (try out) เพื่อทำการทดสอบคุณภาพเบื้องต้นของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 เพื่อนำเสนอแนวคิด และขอคำแนะนำเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน พร้อมทั้งนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่างที่พัฒนาขึ้นไปเสนอพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษของหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และให้ร่วมแสดงข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับหน่วยงานมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าไปพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนจนกระทั่งเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งได้มีการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานจนครบทุกคน ในเรื่องของความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผลเสียหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วย การประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ การจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจน โดยผู้วิจัยแจกแนวปฏิบัติฉบับยกร่าง คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ และแบบสอบถามให้กับผู้ปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งขอความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปทดลองใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลพร้อมทั้งคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่าง การตอบแบบสอบถามการวิจัย รวมทั้งแผนผังขั้นตอนของแนวปฏิบัติไว้จำนวน 3 ชุดวางไว้ที่เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อให้พยาบาลคู่มือพยาบาลลิ้มขั้นตอนหรือวิธีการจัดการความปวด พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ป่วย

2.2 พยาบาลวิชาชีพมีการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุฉบับยกร่างที่พัฒนาขึ้น ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 10 ราย โดยให้พยาบาลวิชาชีพให้การจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บตามแนวปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วย 1 รายจะได้รับการจัดการความปวดไปพร้อมกับการประเมินผลลัพธ์ภายหลังได้รับการจัดการความปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 วัน ซึ่งจากสถิติของหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3 ถึง 7 วัน ดังนั้น เพื่อให้การดูแลด้านการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงระยะเฉียบพลันหลังได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพหมุนเวียนกันดูแลจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยสูงอายุ (ผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย จะได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 1 ท่าน) ในการวิจัยครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่านได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย

จำนวนเฉลี่ย 3-4 ครั้ง โดยในระหว่างที่พยาบาลวิชาชีพใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยจะคอยให้คำปรึกษาเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้เป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงข้อสงสัยหรือส่วนที่ยังเข้าใจไม่ชัดเจนให้พยาบาลวิชาชีพจนเข้าใจ ได้แก่ การเลือกเครื่องมือในการประเมินความปวดที่เหมาะสม การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา การประเมินความปวดภายหลังให้การจัดการความปวด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้าร่วมการประชุมปรึกษาวางแผนการพยาบาลวิชาชีพทั้งเวรเช้าและเวรบ่าย เพื่อสอบถามปัญหาและความไม่เข้าใจจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพได้เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล เมื่อมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่างไปทดลองใช้ จึงมีการประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินผลโดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การประเมินกระบวนการ ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละรายตอบแบบสอบถามความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องจนครบ 3 เดือน ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเป็นระยะเวลาที่เก็บข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยได้ครบ 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผล

2. การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 10 ราย เพื่อวัดผลลัพธ์ภายหลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน เปรียบเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตอธิบายชี้แจงในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้เป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วย และการประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีการประเมินความรุนแรงของความปวดต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วันตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย ส่วนผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนว

ปฏิบัติการพยาบาล และนำผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 **ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase)**

การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase) เป็นระยะที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แต่ในระยะที่ 4 ตามแนวคิดรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) ไม่ได้ดำเนินการในการศึกษาครั้งนี้

ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ดังภาพ 6



ภาพ 6. กระบวนการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 4 หมวด ประกอบด้วย (1) การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (2) การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา (3) การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ และ (4) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ภาคผนวก ค) และคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ภาคผนวก ง)

2. เครื่องมือในการประเมินกระบวนการสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบด้วย (ภาคผนวก จ)

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มี 5 ข้อ ประกอบด้วย (1) ระดับการศึกษา (2) อายุ (3) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล (4) ประสบการณ์ในการทำงานหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ (5) ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการความปวด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในแต่ละหมวด ลักษณะคำตอบจะเป็นความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยให้เลือกตอบ มี 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ โดยมีการแปลผลออกเป็น 2 ระดับ คือ

คะแนน	การแปลผลระดับความสามารถในการปฏิบัติ
0	ปฏิบัติไม่ได้
1	ปฏิบัติได้

หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าร้อยละของความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยใช้ผลรวมของค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติได้ที่ได้จากกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลหารด้วยคะแนนทั้งหมดที่ได้จากการเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานคูณด้วย 100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุไปใช้ ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-10

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด การประเมินความพึงพอใจแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ (2) ด้านมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปในทางเดียวกัน (3) ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความเหมาะสมกับบริบทงาน และ (4) ความพึงพอใจในภาพรวมเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ โดยมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

คะแนน	การแปลผลระดับความพึงพอใจ
0	ไม่มีความพึงพอใจ
1-3	มีความพึงพอใจในระดับน้อย
4-6	มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
7-10	มีความพึงพอใจในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในแต่ละหมวด ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของตัวเอง

3. เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบด้วย (ภาคผนวก จ)

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินความปวดเบื้องต้นของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยมี 10 ข้อ ประกอบด้วย (1) เพศ (2) อายุ (3) ศาสนา (4) ประวัติโรคประจำตัว (5) ประวัติการใช้ยาเดิม (6) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (7) ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด (8) ประสบการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด (9) วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ (10) สาเหตุของการบาดเจ็บครั้งนี้

1.2 แบบประเมินความปวดเบื้องต้น มี 3 ข้อ ประกอบด้วย (1) ตำแหน่งที่ปวด (2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของความปวด และ (3) ลักษณะของความปวด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาของศิริพร (2551) ที่ประกอบด้วย ความรุนแรงของความปวด (pain score) ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว (sedation score) สัญญาณชีพ ผลข้างเคียง

ของยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับ และกิจกรรมการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลดังกล่าวด้วยตนเองจากการบันทึกตามปกติของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับเช่นเดียวกับการแปลผลคะแนนแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของจริยธรรมในการทำวิจัย เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลหรือเกิดผลกระทบน้อยที่สุด จึงได้ทำการขออนุมัติผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์แล้ว ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยพยาบาลวิชาชีพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลเกิดความไว้วางใจ อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผลวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม สามารถออกจากกรวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย หากมีข้อคำถามหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อรวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือตอบปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย และให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข) และผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกลุ่มผู้ป่วย โดยการแนะนำตัวเองและทำการชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย รวมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่างานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัยแล้ว และข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บไว้เป็นความลับและใช้สำหรับงานวิจัยนี้เท่านั้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่ต้องการทราบ ซึ่งหลังให้ข้อมูลและตกลงกับผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข) โดยผู้ป่วยสามารถให้การปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้หรือต้องการถอนตัวออกจากงานวิจัยระหว่างเก็บข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะอยู่ใน โรงพยาบาล และผู้วิจัยทำการยุติการวิจัยเมื่อมี

ภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะวิกฤตเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงานหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ และประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการความปวด และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาเดิม ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด ประสบการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด และสาเหตุของการบาดเจ็บครั้งนี้ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
3. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้รับจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มเนื้อหาอย่างง่าย แล้วนำไปแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
5. วิเคราะห์ข้อมูลค่าความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) ทั้งนี้ก่อนการใช้สถิติผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่ามีการกระจายเป็นไปตามโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทีคู่ (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ผลการวิจัย

นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตาราง ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เนื้อหาของนโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 3 ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำนโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำนโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุไปใช้

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำนโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุไปใช้

ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์ของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ประกอบด้วย 4 หมวด ดังต่อไปนี้ (ขั้นตอนการได้มาซึ่งเนื้อหาของแนวปฏิบัติได้กล่าวไว้ในบทที่ 3) รายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวมีดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

หมวดที่ 2 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา

หมวดที่ 3 การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ

หมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีจำนวน 35 ราย อายุเฉลี่ย 33.66 ปี (SD = 8.43) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 91.4) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาลเท่ากับ 10.86 ปี (SD = 8.29) และมีประสบการณ์ในการทำงานหอผู้ป่วยอุบัติเหตุเฉลี่ย 10.77 ปี (SD = 8.31) และส่วนใหญ่ (n = 29, 82.9%) มีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการจัดการความปวด ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับการศึกษา อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน วิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์ในการทำงานหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ และประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการจัดการความปวด (N = 35)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	32	91.40
ปริญญาโท	3	8.60
อายุ (ปี) (M = 33.66, SD = 8.43)		
24-35	21	60.00
36-45	10	28.57
> 45	4	11.43
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล (ปี)		
(M = 10.86, SD = 8.29)		
2-10	20	57.14
11-20	9	25.72
> 20	6	17.14
ประสบการณ์ในการทำงานหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ปี)		
(M = 10.77, SD = 8.31)		
2-10	21	60.00
11-20	8	22.86
> 20	6	17.14
ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการจัดการความปวด		
ไม่มี	6	17.10
มี	29	82.90

ส่วนที่ 3 ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีทั้งหมด 4 หมวด พบว่า หมวดที่ 1, หมวดที่ 2 และหมวดที่ 4 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพทุกราย (ร้อยละ 100) สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ ส่วนหมวดที่ 3 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 97.1 ($n = 34$) สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.9) ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ จำแนกตามหมวดการปฏิบัติกิจกรรม ($N = 35$)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้	
	จำนวน	ร้อยละ
หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	35	100
หมวดที่ 2 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา	35	100
หมวดที่ 3 การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ	34	97.1
หมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	35	100

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดจากการได้รับบาดเจ็บเท่ากับ 7.80 (SD = 1.13) ด้านมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปในทางเดียวกัน เท่ากับ 8.09 (SD = 1.27) และด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความเหมาะสมกับบริบทงานเท่ากับ 7.80 (SD = 1.37) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมเท่ากับ 8.00 (SD = 1.03) โดยพยาบาลวิชาชีพ 31 ราย (ร้อยละ 88.57) มีคะแนนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และอีก 4 ราย (ร้อยละ 11.43) มีคะแนนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ไม่พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพที่ระบุว่า ไม่มีความพึงพอใจหรือมีความพึงพอใจในระดับน้อยจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (N = 35)

คะแนนความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจด้านความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดจากการได้รับบาดเจ็บ (M = 7.80, SD = 1.13)		
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	4	11.43
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	31	88.57
ความพึงพอใจด้านมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไป ในทางเดียวกัน (M = 8.09, SD = 1.27)		
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	3	8.57
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	32	91.43
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ ยุ่งยากซับซ้อน และมีความเหมาะสมกับบริบทงาน (M = 7.80, SD = 1.37)		
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	4	11.43
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	31	88.57

คะแนนความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจในภาพรวม (M = 8.00, SD = 1.03)		
ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	4	11.43
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	31	88.57

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

พยาบาลวิชาชีพตอบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ โดยมีเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ตอบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะมากที่สุดในหมวดที่ 1 คือ การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และรองลงมาในหมวดที่ 3 คือ การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ ดังนี้คือ

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในหมวดที่ 1 คือ การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 42.86 (n = 15) มีความเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีภาวะสับสน มีปัญหาในการสื่อสารหรือมีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้ป่วย และเนื่องจากภาระงานที่มากในช่วงเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติรายอื่น ทำให้ไม่มีเวลามากพอในการสื่อสารเพื่อการประเมินความปวดที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกรณีดังกล่าว นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.86) มีความเห็นว่า ผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยพูดหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ว่ามีอาการปวด โดยผู้ป่วยเลือกที่จะบอกรับญาติ

ส่วนข้อเสนอแนะ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 37.14 (n = 13) มีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลในการรายงานความปวดและเลือกใช้คำถามที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและง่ายต่อการรายงานความปวด อีกทั้งควรให้ญาติเฝ้าอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไว้วางใจญาติและเลือกที่จะบอกรับญาติก่อนรายงานเจ้าหน้าที่

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในสำหรับหมวดที่ 3 คือ การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 37.14 (n = 13) มีความเห็นว่า แผลอุบัติเหตุส่วนใหญ่แพทย์และนักศึกษาแพทย์จะเป็นคนทำแผล และการจัดการความปวดในกรณีที่ ต้องให้ยาฉีดล่วงหน้าก่อนทำแผล 1 ชั่วโมงนั้นทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถระบุเวลาที่แน่นอนในการทำแผลได้ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 8.57 (n = 3) มีความเห็นว่า ส่วน

ใหญ่เมื่อแพทย์มาทำแผล จะไม่ได้แจ้งล่วงหน้า ผู้ป่วยที่มีความปวดขณะทำแผลนั้นจะได้รับยาฉีดแก้ปวดขณะทำแผล

สำหรับข้อเสนอแนะ พบว่า พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 14.29 ($n = 5$) มีข้อเสนอแนะว่า ควรให้การจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในเวลาที่ใกล้เคียงกับเวลาส่วนใหญ่ที่แพทย์มาทำแผลผู้ป่วย ส่วนพยาบาลวิชาชีพอีกร้อยละ 5.71 ($n = 2$) มีข้อเสนอแนะว่า ควรรายงานแพทย์หรือแนะนำแพทย์เจ้าของสายเรื่องการจัดการความปวดก่อนทำแผล ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ($N = 35$)

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ		
ปัญหาอุปสรรค		
1. ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีภาวะสับสน มีปัญหาในการสื่อสารหรือมีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้ป่วย และเนื่องจากภาระงานที่มากในช่วงเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติรายอื่น ทำให้ไม่มีเวลามากพอในการสื่อสารเพื่อการประเมินความปวดที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกรณีดังกล่าว	15	42.86
2. ผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยพูดหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ว่ามีอาการปวด โดยผู้ป่วยเลือกที่จะบอกกับญาติก่อนแจ้งเจ้าหน้าที่	1	2.86
ข้อเสนอแนะ		
1. ควรให้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วย	13	37.14
2. ให้ข้อมูลในการรายงานความปวดและเลือกใช้คำถามที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและง่ายต่อการรายงานความปวด อีกทั้งควรให้ญาติเฝ้าอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไว้ว่างใจญาติและเลือกที่จะบอกปัญหากับญาติก่อนรายงานเจ้าหน้าที่	13	37.14

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
หมวดที่ 3 การจัดการความปลอดภัยในการทำแผลอุบัติเหตุ		
<i>ปัญหาอุปสรรค</i>		
1. แผลอุบัติเหตุส่วนใหญ่แพทย์และนักศึกษาแพทย์จะเป็นคนทำแผลและการจัดการความปลอดภัยในกรณีที่ต้องให้ยาฉีดล่วงหน้าก่อนทำแผล 1 ชั่วโมงนั้นทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถระบุนเวลาที่แน่นอนในการทำแผลได้	13	37.14
2. ส่วนใหญ่เมื่อแพทย์มาทำแผล จะไม่ได้แจ้งล่วงหน้า ผู้ป่วยที่มีความปวดขณะทำแผลนั้นจะได้รับยาฉีดแก้ปวดขณะทำแผล	3	8.57
<i>ข้อเสนอแนะ</i>		
1. รายงานแพทย์หรือแนะนำแพทย์เจ้าของสายแพทย์เรื่องการจัดการความปลอดภัยก่อนทำแผล	2	5.71
2. ให้การจัดการความปลอดภัยโดยวิธีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในเวลาใกล้เคียงกับเวลาส่วนใหญ่ที่แพทย์มาทำแผลผู้ป่วยรายกรณี	5	14.29

หมายเหตุ: พยาบาลวิชาชีพ 1 ราย สามารถระบุนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์ของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุไปทดลองใช้ จำนวน 10 ราย มีลักษณะส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยดังนี้ คือ ผู้ป่วยเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ย 69.9 ปี (SD = 8.27) ส่วนใหญ่ 9 ราย นับถือศาสนาพุทธ และอีก 1 ราย นับถือศาสนาอิสลาม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมีประวัติการใช้ยาประจำร้อยละ 70 โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง ($n = 4, 40\%$) จากการซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 2 รายเท่านั้นที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ร้อยละ 50 ($n = 5$) มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด ได้แก่ ผ่าตัดมดลูก, ผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ, ผ่าตัดทำบอลุนขยายหลอดเลือดหัวใจ, ผ่าตัดใส่ดิ่ง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วย

ที่ได้รับการผ่าตัดดังกล่าวเคยมีประสบการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด แต่จำชื่อยาที่ได้รับไม่ได้ ทราบแต่เพียงว่าเป็นยาชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด

สาเหตุส่วนใหญ่ของการบาดเจ็บครั้งนี้คือ อุบัติเหตุรถชนหรือพลิกคว่ำ ร้อยละ 50 รองลงมา คือ การพลัด ตก หก ล้ม ร้อยละ 40 และอีกร้อยละ 10 คือ อุบัติเหตุที่เกิดจากเหล็ก กระแทกเข้าตา รายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และการจัดการความปวดทั้งแบบ ใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงของการใช้ยา ของผู้ป่วยแต่ละราย ได้นำเสนอในภาคผนวก ฃ จากการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 100 สามารถสื่อสารได้ ($n = 10$) พยาบาลจึงใ้ผู้ป่วย รายงานความปวดด้วยตนเองโดยเลือกใ้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (verbal numeric rating scale [VNRS]) ในการประเมินความปวด อีกทั้งการประเมินลักษณะความปวดของผู้ป่วยเมื่อ แรกรับเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ (ขึ้นอยู่กับลักษณะของการใ้รับบาดเจ็บและตำแหน่ง ที่ใ้รับบาดเจ็บ) พบว่า มีลักษณะความปวดแบบปวดตลอดจำนวน 4 ราย รองลงมาจะเป็นลักษณะ ความปวดแบบร้าว 2 รายและปวดแบบตื้อ ๆ 2 ราย ที่เหลืออีก 2 ราย มีลักษณะความปวดแบบปวด เหมือนโดนของแหลมทิ่มและปวดแสบอย่างละ 1 ราย ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด ในผู้ป่วยสูงอายุที่ใ้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล สาเหตุของการใ้รับบาดเจ็บ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวด ($N = 10$)

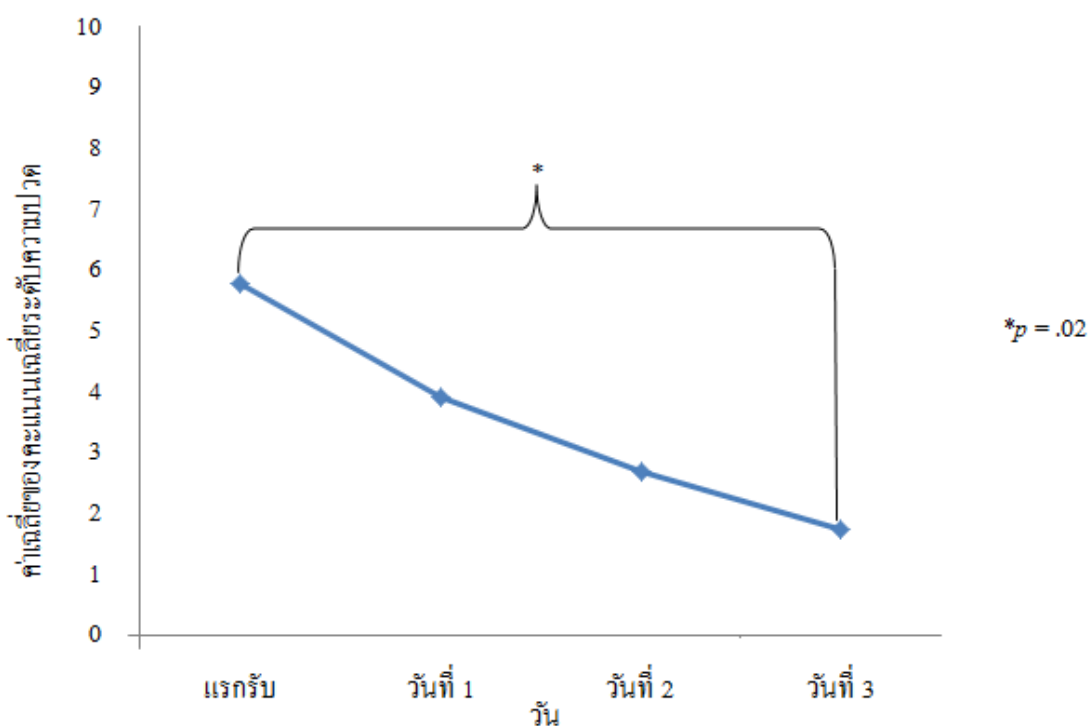
คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	50
หญิง	5	50
อายุ (ปี) ($M = 69.9, SD = 8.27$)		
60-65	4	40
66-70	3	30
> 70	3	30
ศาสนา		
พุทธ	9	90
อิสลาม	1	10

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว	7	70
มีประวัติการใช้ยาประจำ	7	70
มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	2	20
มีประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด	5	50
มีประสบการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด	4	40
สาเหตุของการบาดเจ็บครั้งนี้		
รถชน/พลิกคว่ำ	5	50
พลัด ตก หก ล้ม	4	40
เหล็กกระแทกเข้าตา	1	10
ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ*		
การบาดเจ็บศีรษะและบริเวณใบหน้า	8	80
การบาดเจ็บระยางค์	5	50
การบาดเจ็บทรวงอกและหน้าท้อง	3	30
การบาดเจ็บไขสันหลัง	1	10
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด		
VNRS	10	100
ลักษณะของความปวด		
ปวดตลอด	4	40
ปวดร้าว	2	20
ปวดเหมือนโดนของแหลมทิ่ม	1	10
ปวดตุ๊บ ๆ	2	20
ปวดแสบ	1	10

*หมายเหตุ: ผู้ป่วยสูงอายุ 1 ราย มีตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 ตำแหน่ง

1.2 คะแนนความรุนแรงของความปวดของกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน ของผู้ป่วยทั้ง 10 ราย มาวิเคราะห์ผล พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังได้รับกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการ

พยาบาล ค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงทั้ง 3 วัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 5.80 คะแนน (SD = 3.55) คะแนน และหลังได้รับกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า คะแนนความปวดค่อย ๆ ลดลง ดังภาพ 7 ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดในวันที่ 1, วันที่ 2 และวันที่ 3 คือ 3.83, 2.70 และ 1.75 ตามลำดับ ดังตาราง 9 และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวันที่ 3 ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) พบว่า ความรุนแรงของความปวดหลังได้รับกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 1.75, SD = 1.62, t = 2.87, p = .02$) ดังแสดงในตาราง 10



ภาพ 7. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มผู้ป่วยแรกรับ (ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกเป็นรายวัน

ตาราง 9

ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดสูงสุด-คะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำสุด คะแนนเฉลี่ยความปวดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกเป็นรายวัน ($N = 10$)

ระดับความปวด	Max	Min	Mean	SD
แรกรับ	10	0	5.80	3.55
วันที่ 1	5.83	1.50	3.93	1.49
วันที่ 2	4.67	0.50	2.70	1.34
วันที่ 3	4.50	0	1.75	1.62

ตาราง 10

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดเมื่อแรกรับ (ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล) และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวันที่ 3 ด้วยสถิติทีคู่ ($N = 10$)

ระดับความปวด	Mean	SD	t-test	p-value
แรกรับก่อนใช้แนวปฏิบัติ	5.80	3.55	2.87	.02
หลังใช้แนวปฏิบัติ	1.75	1.62		

1.3 ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 8.50 (SD = 0.85) โดยผู้ป่วยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) มีระดับคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

คะแนนความพึงพอใจโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจ (M = 8.5, SD = 0.85)		
ระดับมาก (7-10 คะแนน)	10	100

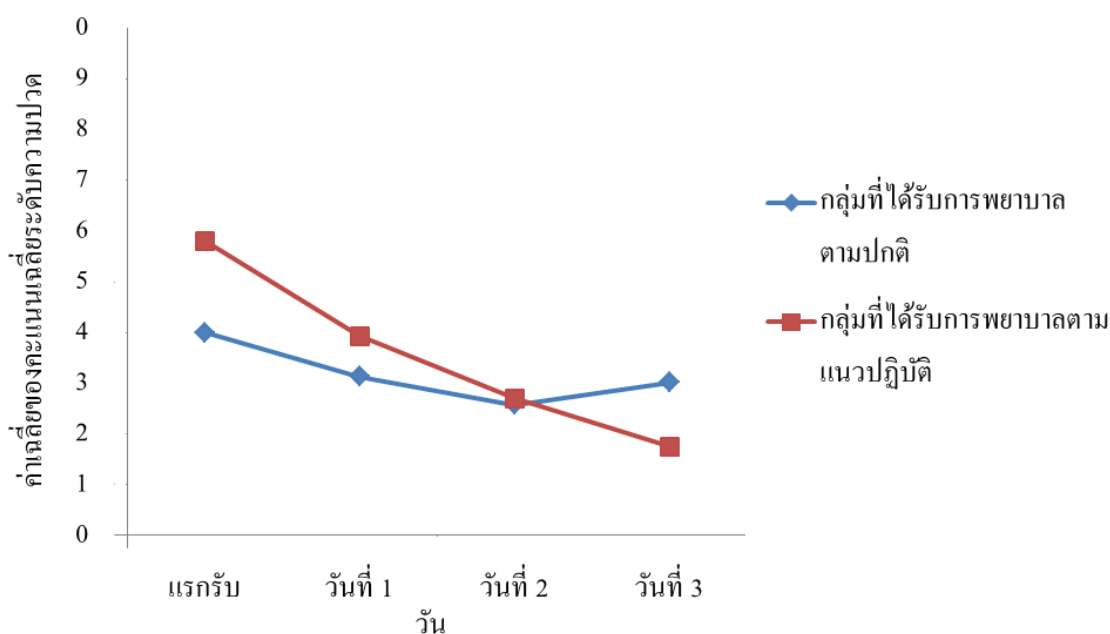
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบข้อมูลความรุนแรงความปวดในกลุ่มผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามบริบทของหอผู้ป่วย ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ) โดยข้อมูลของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง โดยการทบทวนบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความปวด การจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 จำนวน 10 ราย ดังรายละเอียดในภาคผนวก ๘ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 10 รายนี้มีลักษณะการบาดเจ็บและความรุนแรงของความปวดในวันแรกรับใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดเมื่อแรกรับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยและประเมินต่อเนื่องจนครบ 3 วัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 10 รายที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่อง 3 เป็นเวลา 3 วัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดอยู่ในช่วง 1.75-3.93 (SD = 1.34-1.62) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงใน 2 วันแรก ดังตาราง 12 แต่อย่างไรก็ตามพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล มีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดในวันที่ 3 กลับเพิ่มขึ้นของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดในวันที่ 3 ของทั้ง 2 กลุ่มมาวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยค่าสถิติทีอิสระพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.73, p = .10$) ดังแสดงในภาพ 8

ตาราง 12

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดภายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ด้วยสถิติทดสอบค่าที่คู่ (*paired t-test*)

ระดับความปวด	แรกรับ (N = 10)		วันที่ 3 (N = 10)		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	4.00	3.53	3.02	1.66	0.82	.434
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ	5.80	3.55	1.75	1.62	2.87	.019



ภาพ 8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความปวดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำแนกเป็นรายวัน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งการอภิปรายดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินและการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาพัฒนาและคัดเลือกการประเมินและการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องและการปฏิบัติได้ในบริบทงาน และความเหมาะสมกับผู้ป่วย จนได้เป็นแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุรวม 4 หมวด ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ประกอบด้วย การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ และการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

นอกจากนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของเนื้อหาแนวปฏิบัติ (content validity for scale [S-CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ซึ่งได้ค่า S-CVI เท่ากับ .91 แสดงว่าแนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสม ใช้ได้ตามเนื้อหาที่ระบุไว้ในรายละเอียด และตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (บุญใจ, 2553) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้หาค่าความสอดคล้องตรงกันของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่าค่าร้อยละของความสอดคล้องเท่ากับร้อยละ 100 แสดงว่าเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความเหมาะสมด้านภาษา เข้าใจได้ง่าย ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของหน่วยงาน รวมทั้งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปทดลองใช้ (พองคำ, 2549) อีกทั้งแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้ดัดแปลงจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) ได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ลมัยและอรนิต, 2556) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร (กษพนิต, สายพิณ และปรางทิพย์, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม (เพียงฤทัย, 2550) เป็นต้น

2. การประเมินกระบวนการการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่ามีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

2.1 ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ผู้วิจัยได้ประเมินผลเกี่ยวกับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะของกลุ่มพยาบาลจากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้ทำขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผลการประเมินพบว่า จากแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีทั้งหมด 4 หมวด ในหมวดที่ 1, หมวดที่ 2 และหมวดที่ 4 พยาบาลวิชาชีพทุกราย (ร้อยละ 100) สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายละเอียดของแนวปฏิบัติแต่ละหมวด จะเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติบนพื้นฐานของงานประจำที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยองค์ประกอบพื้นฐานของการจัดการความปวดจะเริ่มตั้งแต่การประเมินความปวด การให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบรรเทาความปวดทั้งวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา การประเมินความปวดภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด (ศิริพร, 2551; Anita et al., 2011; Bell & Duffy, 2009; Mackintosh, 2007) ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวปฏิบัติจะเริ่มจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วย การซักประวัติเบื้องต้นและการประเมินความปวดที่เลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุในหมวดที่ 1 จากนั้นได้เริ่มจัดการความปวดที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บอุบัติเหตุในหมวดที่ 2 และความปวดที่เกิดจากการทำแผลอุบัติเหตุในหมวดที่ 3 รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในหมวดที่ 4

ถึงแม้ว่าในหมวดที่ 3 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 97.1 สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.9) ที่มีความเห็นว่า แผลอุบัติเหตุส่วนใหญ่แพทย์หรือนักศึกษาแพทย์เป็นคนทำและช่วงเวลาในการทำแผลไม่สามารถระบุได้แน่นอน มีผลให้การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในส่วนของบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นทำได้ยาก จึงให้ความเห็นว่าไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้

นอกจากนี้ในหมวดที่ 4 ซึ่งเป็นการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดที่มีการประเมินผลลัพธ์โดยให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนครบ 3 วัน นับเป็นหน้าที่ที่

พยาบาลวิชาชีพต้องประเมินและให้การจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย ประกอบกับกิจกรรมในแนวปฏิบัติเป็นกิจกรรมที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมาก สามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีรายละเอียด และมีการเขียนเป็นแผนภาพให้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งได้ผ่านการตรวจสอบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำลงสู่การปฏิบัติ ความเป็นไปได้ และความคุ้มค่าจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวด การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งการประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินความเหมาะสมของวัฒนธรรมในบริบทที่เฉพาะเจาะจงขององค์กรนั้น (ฟองคำ, 2549) จึงมีผลทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับหน่วยงานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้มากและเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ พบว่ามีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

ในประเด็นการประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 42.86 มีความเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีภาวะสับสน มีปัญหาในการสื่อสาร หรือมีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้ป่วย ที่อาจจะต้องใช้เครื่องมือประเมินความปวดโดยการประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม (behavior pain scale [BPS]) เป็นมาตรวัดความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ โดยใช้ประเมินร่วมกับสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (sedation score) (Alderson & McKechnie, 2013) และเนื่องจากภาระงานที่มากในช่วงเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติรายอื่น ทำให้ไม่มีเวลามากพอในการสื่อสารเพื่อการประเมินความปวดที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกรณีดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากบริบทงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติหลายราย การที่ต้องใช้เวลาในการประเมินหรือซักถามระดับความรุนแรงของความปวดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทุกราย อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการทำงาน

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) สามารถสื่อสารได้ พุฒคุยรู้เรื่อง ไม่มีภาวะสับสนหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ พยาบาลวิชาชีพจึงเลือกใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความปวดแบบมาตรวัดอธิบายความปวดแบบตัวเลข (VNRS) ถือเป็นวิธีที่ง่ายในการให้ผู้ป่วยรายงานคะแนนความปวด นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.86) มีความเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุมักจะไม่ค่อยพูดหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ว่ามีอาการปวด โดยผู้ป่วยเลือกที่จะบอกรับญาติ ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงแรกรับเข้ารักษาผู้ป่วยยังไม่มีควมไว้วางใจพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ดังนั้น

พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 37.14 มีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลในการรายงานความปวดและเลือกใช้คำถามที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและง่ายต่อการรายงานความปวด อีกทั้งควรให้ญาติเฝ้าอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไว้วางใจญาติและเลือกที่จะบอกปัญหากับญาติก่อนรายงานเจ้าหน้าที่

สำหรับประเด็นการจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 37.14 มีความเห็นว่า แผลอุบัติเหตุส่วนใหญ่แพทย์และนักศึกษาแพทย์จะเป็นคนทำแผล และการจัดการความปวดในกรณีที่ต้องให้ยาฉีดล่วงหน้าก่อนทำแผล 1 ชั่วโมงนั้นทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถระบุเวลาที่แน่นอนในการทำแผลได้ ซึ่งข้อเสนอแนะจากพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 14.29 มีความเห็นว่าควรให้การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในเวลาที่ใกล้เคียงกับเวลาส่วนใหญ่ที่แพทย์มาทำแผลผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 8.57 มีความเห็นว่า ส่วนใหญ่เมื่อแพทย์มาทำแผล จะไม่ได้แจ้งล่วงหน้า ผู้ป่วยที่มีความปวดขณะทำแผลนั้นจะได้รับยาฉีดแก้ปวดขณะทำแผล ซึ่งยายังไม่ออกฤทธิ์ในการบรรเทาปวด ทำให้การจัดการความปวดนั้นไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะทักท้วงแพทย์แล้วก็ตาม ส่วนข้อเสนอแนะ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 5.71 มีข้อเสนอแนะว่า ควรรายงานแพทย์หรือแนะนำแพทย์เจ้าของสายเรื่องการจัดการความปวดก่อนทำแผล

ในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยสูงอายุนั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือในทีมบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยสูงอายุนั้น จะเป็นทางออกที่ดีในการให้ความร่วมมือสำหรับการร่วมวางแผนจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยสูงอายุของทีมบุคลากรสุขภาพ เนื่องจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมาใช้สนับสนุนแนวทางการรักษา (Horgas, Yoon & Grall, 2012) นอกจากนี้ ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้นั้น นับเป็นนวัตกรรมใหม่สำหรับหน่วยงาน อีกทั้งในหมวดที่ 1 ที่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมนั้น นับเป็นเครื่องมือใหม่สำหรับหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งโรเจอร์ (Rogers, 2003) ได้กล่าวไว้ว่า การเผยแพร่ นวัตกรรมใหม่นี้มีองค์ประกอบอยู่ 4 ส่วน คือ นวัตกรรม (innovation) ช่องทางการสื่อสาร (communication channels) ช่วงระยะเวลาหนึ่ง (time) และระบบสังคม (social system) โดยกระบวนการตัดสินใจนวัตกรรม (innovation decision process) เริ่มตั้งแต่ขั้นความรู้ (knowledge) ดังเช่นเมื่อผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้รับความรู้และได้รับการชักชวน (persuasion) เกิดการตัดสินใจ (decision) และการตัดสินใจใช้ (implementation) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เมื่อเล็งเห็นถึงประโยชน์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลนำไปสู่ขั้นยืนยัน (confirmation) ซึ่งคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับ (Rogers,

2003) จะต้องมีผลประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relation advantage) การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) ความซับซ้อน (complexity) การทดลองได้ (trial ability) การสังเกตได้ (observe ability) ดังนั้นอาจจะต้องใช้เวลาในการที่จะให้พยาบาลวิชาชีพยอมรับและปฏิบัติตามได้ทั้งหมด เพื่อให้การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมผู้ป่วยทั้งที่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเองหรือไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง

2.2 ความพึงพอใจของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุไปใช้ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ร้อยละ 88.57 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงอายุในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยลดลง ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ที่พิจารณาให้ยาบรรเทาปวดตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งกิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ทำได้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถปฏิบัติได้จริง ประกอบกับมีขั้นตอนและแผนผังในการปฏิบัติที่ชัดเจน และมีคู่มือประกอบการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 3 ชุดวางไว้ที่เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้อ่านหรือเปิดดูเมื่อมีขั้นตอนและจำแนวปฏิบัติการพยาบาลไม่ได้ พร้อมทั้งเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรงเนื่องจากผู้วิจัยได้เข้าร่วมการประชุมปรึกษาวางแผนการพยาบาลทั้งเวรเช้าและเวรบ่ายตลอดช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และจากแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีเชื่อมั่นและยอมรับในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มากขึ้น ทำให้มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปในทางเดียวกัน การปฏิบัติงานมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และหน่วยงานมีการพัฒนามากขึ้น อีกทั้งการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้สะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความเหมาะสมกับบริบทงาน (ฟองคำ, 2549) เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน ที่ทำการศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง พบว่าพยาบาลร้อยละ 85.1 มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับมากที่สุด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์มาก มีเป้าหมายที่ชัดเจน อีกทั้งที่มาของแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างเป็นระบบสามารถนำมาปฏิบัติในการจัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้การพยาบาลทั่วไป ซึ่งส่งผลถึงความพึงพอใจในระดับมากทั้งของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ (สนิษา, 2556)

อย่างไรก็ตาม มีพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติร้อยละ 11.43 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าการดำเนินงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุมุ่งให้การพยาบาลและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติเป็นสำคัญ ในขณะที่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีข้อกำหนดในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก ซึ่งหากช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด ด้วยภาระงาน ทำให้ไม่มีเวลาหรือไม่สะดวกที่จะประเมินและให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติ ร่วมกับความยากลำบากในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่ต้องใช้เวลาในการตอบคำถามด้วย

3. ผลลัพธ์ของการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้วิจัยได้บันทึกและประเมินผลเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดของกลุ่มผู้ป่วยเมื่อแรกรับ (ก่อนใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล) และหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะมีวันนอนเฉลี่ย 3 ถึง 7 วันต่อคน จากการศึกษาความรุนแรงของความปวดของกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 10 ราย เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยเมื่อแรกรับก่อนใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลวันที่ 3 ด้วยสถิติทีคู่ พบว่า ความรุนแรงของความปวดหลังได้รับกิจกรรมตามนโยบายปฏิบัติการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) พบว่ามีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

3.1 ความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ถือเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) ซึ่งความปวดชนิดนี้เกิดขึ้นหลังจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย จากการศึกษาเมื่อผู้วิจัยนำลักษณะของการได้รับบาดเจ็บ มาจำแนกคุณลักษณะของความปวด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มาด้วยอาการศีรษะได้รับการกระทบ (mild head injury) และการมีแผลถลอกหรือแผลฉีกขาดตามร่างกายหลายตำแหน่งจากอุบัติเหตุ ทำให้เกิดรอยช้ำหรือบาดแผลฉีกขาด ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นนับเป็นความเจ็บปวดแบบตื้น ๆ (superficial cutaneous) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อชั้นใต้เยื่อหุ้ม เมื่อผิวหนังถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า ปลายประสาทบริเวณนั้นจะถูกกระตุ้น (ธนัญธา, นิโรบล และสุปรีดา, 2554) ส่งสัญญาณผ่านไปยังสมองส่วนกลางบริเวณที่ทำหน้าที่รับความรู้สึก ความปวดแบบตื้นนี้จึงมีแนวโน้มบ่งบอกตำแหน่งได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากจำนวน 3 รายมีภาวะกระดูกหักแบบปิด (closed fracture) ตามระยางค์ ถือเป็นความเจ็บปวดแบบลึก (somatic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อ

ส่วนต่าง ๆ ภายในร่างกาย (ผ่องศรี, 2551) ความปวดมักจะแผ่กระจายทั่วไป และบอกตำแหน่งได้ยากกว่าความปวดแบบตื้น ผู้ป่วยสามารถบอกตำแหน่งที่ปวดเป็นลักษณะกว้าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อมือขวาหัก มักจะรายงานตำแหน่งที่ปวดว่าปวดตั้งแต่ปลายนิ้วมือขวาราวมาถึงหัวไหล่ขวา เป็นต้น ยังมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการบาดเจ็บช่องท้องและทรวงอก (blunt chest-abdomen) ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นความปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) ที่เกิดขึ้นภายในอวัยวะและส่วนห่อหุ้มทั้งหมดในร่างกาย ระบุตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ความปวดแบบนี้จะแตกต่างจากความปวดแบบตื้นคือการรับรู้ความปวดจะไม่ค่อยรุนแรง (ผ่องศรี, 2551)

ดังนั้นการประเมินความปวดจึงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการให้จัดการความปวด เนื่องจากคะแนนความปวดเป็นตัวชี้วัดในการระบุสาเหตุและความรุนแรงของความปวด เพื่อที่จะสามารถให้การจัดการอย่างเหมาะสม ทั้งนี้การรับรู้และการตอบสนองของความปวดเป็นกลไกที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีความเสื่อมถอยของอวัยวะระบบต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการรับรู้ความปวดในผู้สูงอายุคือการที่ผู้สูงอายุมีขีดความอดทนต่อความปวด (pain threshold) เพิ่มขึ้นและระดับความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) ที่มากขึ้นตามอายุ (Alan et al., 2010; Stefan, 2012) ทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อความปวดที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อีกทั้งความยากลำบากในการประเมินความปวดเนื่องจากความเสื่อมถอยของการมองเห็นและการได้ยิน (American Geriatric Society, 2003) ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการประเมินที่เพียงพอ เพราะผู้สูงอายุต้องการเวลาเพื่อทำความเข้าใจและตอบคำถาม เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ทำให้มีการรับรู้ความปวดลดลง (ธนัญญา และคณะ, 2554) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด (ร้อยละ 100) สามารถสื่อสารได้ การรายงานระดับความปวดโดยผู้ป่วยเองนับว่าเป็นวิธีที่เชื่อถือได้ที่ดีที่สุด จึงเลือกใช้วิธีการวัดระดับความรุนแรงของความปวดแบบมิตติเดียวคือ มาตรวัดอธิบายความปวดแบบตัวเลข (verbal numeric rating scale [VNRS]) ถือเป็นวิธีที่ใช้ง่ายในการให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวด (Edvardsson et al., 2008; Herr, 2006) จากการประเมินระดับความปวดเมื่อแรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ผู้ป่วยจะมีคะแนนความปวดอยู่ในระดับมาก (คะแนนความปวด 7-10 คะแนน) และร้อยละ 30 คะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6 คะแนน) มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่ไม่มีอาการปวดเลยเมื่อแรกรับเข้ารับการรักษา อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ดีมาจากแผนกฉุกเฉินก่อนส่งต่อขึ้นมายังหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

จากการศึกษาผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและเก็บข้อมูลต่อเนื่องจนครบ 3 วัน ซึ่งการบาดเจ็บอยู่ในระยะที่มีการอักเสบ

(inflammation phase) ที่มีการหลั่งสารสังเคราะห์ไปกระตุ้นให้ร่างกายรับรู้ความรู้สึกปวด (pain sensitizers) เกิดการกระตุ้นนอซิเซพเตอร์ (nociceptor) ของความปวด มีผลทำให้ขีดความอดทนต่อความปวด (pain threshold) ลดลง (Hallingbye, Martin, & Viscomi., 2011) ทำให้ผู้ป่วยมักแสดงอาการปวดในช่วงระยะนี้ ดังนั้นผู้วิจัยได้สังเกตเห็นความสำคัญของการประเมินและการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพในระยะแรกหลังได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งบทบาทหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Anita, Anna & Ersek, 2011)

ดังนั้นการจัดการความปวดที่เหมาะสมในระยะแรกได้รับเข้ารักษา จะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการจัดการความปวดนั้นแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา จากการศึกษาพบว่าการจัดการความปวดโดยวิธีใช้นั้นผู้ป่วยสูงอายุทุกราย เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุช่วง 1-2 วันแรก จะมีคำสั่งยาแก้ปวดจากแพทย์เป็นยาชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำเป็นยาเฟนทานิล 30 ไมโครกรัมทุก 2 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด หลังจากนั้นเมื่อเข้าวันที่ 2-3 แพทย์จะมีคำสั่งยาแก้ปวดเป็นยาชนิดกิน ได้แก่ ยาพาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม 1-2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการปวด หรือยาทรามาดอล 50 มิลลิกรัม 1 แคปซูล หลังอาหารวันละ 3 มื้อ ซึ่งจะเห็นได้ว่าในวันแรกที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวดอยู่ในระดับมาก (คะแนนความปวด 7-10 คะแนน) ส่วนใหญ่จะขอยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเป็นทางเลือกแรก แต่เมื่อเข้าสู่วันที่ 2 ระดับความปวดของผู้ป่วยจะทุเลาลงพยาบาลวิชาชีพจึงให้ทางเลือกผู้ป่วยในการจัดการความปวด โดยให้เริ่มจากการรับประทานยาแก้ปวดชนิดกินตามแผนการรักษาของแพทย์ร่วมกับการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่ การประคบร้อน-เย็น การจัดทำที่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งรายละเอียดดังกล่าวจะกล่าวถึง นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพยังมีการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังบริหารยาทุกราย ในกรณีที่มีการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าประมาณ 2 เท่า โอกาสเกิดผลข้างเคียงจะมากขึ้นเมื่อจำนวนยาที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น (Emily & Jay, 2010)

ถึงแม้ว่าการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้นั้น ด้วยภาระงานของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สามารถให้การจัดการได้อย่างทั่วถึง ยกตัวอย่างเช่น การนวด พยาบาลจะมีการสอนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือไปจากนั้นการจัดทำ การประคบร้อน-เย็น ที่พยาบาลนั้นให้การปฏิบัติทุก 2 ชั่วโมง เพราะการจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้องขณะปฏิบัติกิจกรรมจะช่วยให้การรับรู้ความปวดลดลงอีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (สุภาพ, 2552; Bath & Jenson, 2006)

และการประคบร้อน จะช่วยลดอาการปวดจากการกระตุ้นให้มีการหลั่งเอนโดจีนัส โอปิออยด์ (endogenous opioid) ส่วนการประคบเย็น จะช่วยลดการหลั่งสารเคมีในบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ (Gloth, 2004)

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่ศึกษา (ร้อยละ 100) มีบาดแผลที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ บาดแผลส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก เมื่อประเมินความปวดจากแผลก่อนการจัดการความปวดพบว่า ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับน้อยหรือไม่ปวดเลย พยาบาลวิชาชีพ จึงให้การจัดการก่อนทำแผลเพียงการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการทำแผล เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการทำแผล พร้อมทั้งมีการจัดทำที่สุขสบายให้กับผู้ป่วยและเหมาะสมกับการทำแผล ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ และทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการเช็ดที่ทำให้เกิดการขีดสี และเลือกวัสดุที่เหมาะสมใช้ในการทำแผล (บุญญาภัทร, 2554)

3.2 ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ไปใช้ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติร้อยละ 100 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้ได้รับการดูแลด้านการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและความเอาใจใส่ของพยาบาลวิชาชีพตลอดการดูแล ทำให้รับรู้ถึงความปวดที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วงแรกของการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้มีการประเมินความรุนแรงของความปวดภายหลังให้การจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีทางเลือกในการบรรเทาอาการปวดที่เหมาะสมกับความรุนแรงของความปวด และการดูแลด้านการจัดการความปวดถือเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันด้วย ยกตัวอย่างเช่น เมื่อรายงานความปวด 5 คะแนน พยาบาลวิชาชีพพยาบาลเลือกที่จะแนะนำให้เริ่มจากยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานร่วมกับการจัดทำในท่าที่สุขสบายหรือการประคบเย็น เป็นต้น

สรุปการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ได้ ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ อีกทั้งมีความพึงพอใจในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และเมื่อประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ความรุนแรงของความปวดหลังได้รับกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลลดลงมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทั้งหมดอยู่ในระดับมาก

ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 4 หมวด สามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งการจัดการความปวดควรมีการดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความปวดตั้งแต่แรกรับ เพื่อประเมินและจัดการความปวดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยสูงอายุ ถือเป็น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความปวด ในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน อาจจะต้องมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของกิจกรรมเรื่องของการจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมบุคลากรทางสุขภาพ และควรมีการพัฒนาปรับปรุงเป็นระยะเพื่อให้เป็นปัจจุบันในการพัฒนาด้านการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการนำไปขยายผลและศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพื่อทดสอบประสิทธิภาพในการนำไปใช้ต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) และ (2) ระยะการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) ขั้นตอนที่ 2 คือ ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase) และขั้นตอนที่ 3 คือ ระยะการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 35 ราย และกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 10 ราย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2557 โดยผู้วิจัยทำการประเมินกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย (1) ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และ (3) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ นอกจากนี้ ทำการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย (1) ความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลาติดต่อกัน 3 วันตั้งแต่แรกรับ และ (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติที่คู่

สรุปผลการวิจัย

1. เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 4 หมวด คือ การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่

ใช้ยา การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ และการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

2. การประเมินกระบวนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่า

2.1 สำหรับหมวดที่ 1, หมวดที่ 2 และหมวดที่ 4 พบว่า กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 35 ราย (ร้อยละ 100) สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ ส่วนหมวดที่ 3 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 97.1 ($n = 34$) สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้ มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.9) ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติได้

2.2 ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 88.57) มีคะแนนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และอีก 4 ราย (ร้อยละ 11.43) มีคะแนนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่สำคัญจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลว่า ในหมวดการประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 42.86 ($n = 15$) มีความเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีภาวะสับสน มีปัญหาในการสื่อสาร หรือมีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุ และเนื่องจากภาระงานที่มาก ทำให้ไม่มีเวลามากพอในการสื่อสารเพื่อการประเมินความปวดที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.86) มีความเห็นว่า ผู้สูงอายุมักจะไม่ค่อยพูดหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ว่ามีอาการปวด โดยผู้ป่วยเลือกที่จะบอกกับญาติ ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้เวลาในการสื่อสารกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลในการรายงานความปวดและเลือกใช้คำถามที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และง่ายต่อการรายงานความปวด สำหรับหมวดการจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 37.14 ($n = 13$) มีความเห็นว่า แผลอุบัติเหตุส่วนใหญ่แพทย์และนักศึกษาแพทย์จะเป็นคนทำแผล และการจัดการความปวดในกรณีที่ต้องให้ยาลดล่งหน้าก่อนทำแผล 1 ชั่วโมงนั้นทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแพทย์ไม่สามารถระบุเวลาที่แน่นอนในการทำแผลได้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้การจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในเวลาที่ใกล้เคียงกับเวลาส่วนใหญ่ที่แพทย์มาทำแผลผู้ป่วยรายกรณี และควรรายงานแพทย์หรือแนะนำแพทย์เจ้าของสายเรื่องการจัดการความปวดก่อนทำแผล

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่า

3.1 ความรุนแรงของความปวดของผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 10 ราย หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.87, p = .02$)

3.2 ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 10 ราย (ร้อยละ 100) มีระดับคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารการพยาบาลดังนี้

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยสามัญอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยภาวะบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
2. สนับสนุนให้พยาบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุตั้งแต่ระยะแรกของการบาดเจ็บ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความปวด และควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ไปเสนอต่อฝ่ายการพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนาเป็นนโยบายในการดูแลและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อันจะนำมาซึ่งมาตรฐานการพยาบาลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. ควรดำเนินการอบรมเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ รวมทั้งขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคนก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้ความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
4. ควรมีการปรับปรุงกิจกรรมในแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ทันสมัยเป็นระยะ ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปประยุกต์ใช้และศึกษาวิจัยในบริบทอื่นที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ เช่น หอผู้ป่วยกระดูกและข้อ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป
2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้และมีการติดตามการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องรวมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้นเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กชพนิต ชันดีจิตร, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในระบบทางเดินอาหาร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 23(2), 26-37.
- กรรณิการ์ จันตรระ. (2552). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เจือกุล อโนธรมณ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 25(1), 14-23.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*. 20(2), 63-76.
- ซัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2550). ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ซัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2553). มิติตความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการจัดการความปวด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ธนิษฐา ราชภักดี, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, สุปรัดดา มั่นคง. (2554). ความสอดคล้องของการรับรู้ความปวดและผลของการจัดการความปวดระหว่างผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้องและผู้ดูแล. *การประชุมวิชาการเสนอมผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 23* (หน้า 979-986).
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- ธิดาจิต ธีระแสงจันทร์. (2549). *ความรู้ ทักษะคิด และการจัดการความปวดของพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตนารุณ. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญเฉลิม ศรีขาว. (2553). *การจัดการอาการปวดตามรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองกุงศรี*. กาฬสินธุ์.

- บุญญาภัทร ชาติพัฒนานนท์. (2554). *คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: ไอ กรู๊ปเพรส.*
- เพียงฤทัย โรจน์จีวิน. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการผ่าตัดเต้านม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ฟรี-วัน.*
- ละมัย รอดทรัพย์ และ อรนิต สุรินทรากร. (2556). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 21(1), 35-48.*
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.*
- วิจิตรา เล้าตระกูล, วิจิตรา เขาว์พานนท์, สุวรรณ วิชาดสงเคราะห์, ภูพิงค์ เอกะวิภาต. (2553). *การพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าในสถาบันประสาทวิทยาโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม. Thai Journal of Anesthesiology. 1(36), 21-31.*
- ศนิชา เศรษฐชัยยันต์. (2556). *ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน. Buddhachinarat Med Journal, 30(2), 198-207.*
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2554). *ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- ศิริพร ศิริบูรานนท์. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- ศิริพร ศิริบูรานนท์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, วรณิ สัตยวิวัฒน์. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ในช่องท้อง. Journal of Nursing Science, 27(3), 33-41.*

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *รายงานประชากรผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2533 – 2573*. สืบค้นเมื่อ มีนาคม, 2556, จาก <http://www.social.nesdb.go.th>.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *รายงานอัตราการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ มีนาคม, 2556, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2548). *รายงานอัตราการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ มีนาคม, 2556, จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th>.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร.
- สุภาพ สมะนุบ. (2552). *เปรียบเทียบคุณสมบัติของมาตรวัดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีและเริ่มมีอาการความเสี่ยงทางการคิดและตัดสินใจ*. วิทยานิพนธ์ของพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อารยา โกมล. (2556). *การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- Adams, R., White, B., & Beckett, C. (2010). The effect of massage Therapy on pain management in the acute care setting. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 3(1), 4-11.
- The AGREE Collaboration. (2009). *Appraisal of guidelines for research & evaluation*. The AGREE Next Steps Consortium.
- Alan, D., Amir, B., & Jares, T. (2010). Pain management in the elderly population. *The Ochsner Journal*, 10, 179-187.
- Alderson, S. & McKechnie, S. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: Causes, effects, and how to do better. *Journal of Nursing*, 3(1).
- Anita, M., Anna, R., & Ersek, M. (2011). The use of algorithms in assessing and managing persistent pain in older adults. *American Journal of Nursing*, 3(111), 34-43.
- American Geriatric Society. (2002). *The management of persistent pain in older persons*. Retrieved August, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Bath, M., & Jenson, E. (2006). Postoperative nursing care of gastric bypass patient. *American Journal of Critical Care*, 4(15), 378-387.

- Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: A literature review. *British Journal of Nursing*, 3(18), 13-16.
- Bell, M., Halvey, K., & Paice, J. (2004). Pain assessment and management in aging. *The online Journal of Issue in Nursing*, 3(9).
- Cutshall, S., Wentworth, L., Engen, D., Sundt, T., Kelly, R., & Bauer, B. (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension in cardiac surgical patients: A pilot study. *complementary therapies in clinical practice*, 16, 92-95.
- Dienna, T. (2010). *Characteristics of elderly trauma*. United States: Mary medical center.
- Dion, L., Rodgers, N., Cutshall, S., Cordes, M., Bauer, B., & Cassivi, D., et al. (2011). eEffect of massage on pain management for thoracic surgery patients. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 4(2), 1-5.
- Edvardsson, D., Katz, B., & Nay, R. (2008). Innovations in aged care the aged care pain chart : An innovative approach to assessing, managing and documenting pain in older people. *Australasian Journal on Ageing*, 2(27), 93-96.
- Emily, C., & Jay, R. (2010). Managing pain in the elderly population: Pearls and pitfalls. *Springer Science*, 14, 409-417.
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Muller, I., & Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: A narrative review of the literature. *International Scholarly Research Network*.
- Gagliese, L. (2009). Pain and aging: The emergence of a new subfield of pain research. *The Journal of Pain*, 10(4), 343-353.
- Gibson, S., & Weiner, D. (2005). *Pain in older persons*. United States of America: International Association for the Study of pain.
- Gloth, M. (2004). *Handbook of pain relief in older adults: An evidence-based approach*. United States of America: Humana Press.
- Herr, K. (2011). Pain assessment strategies in older patients. *The Journal of Pain*, 12(3), 3-13.
- Horgas, A., Yoon, S., & Grall, M. (2012). *Nursing standard of practice protocol: Pain management in older adults*. Springer Publishing Company: New York.
- International Association for the Study of Pain. (1973). Retrieved March, 2013, from <http://www.iasp-pain.org>.

- The Joanna Briggs Institute. (2008). *Joanna briggs institute reviewers' manual: 2008 edition*. Australia: Copyright The Joanna Briggs Institute.
- Klassen, B., Liu, L., & Warren, S. (2009). Pain management best practice with older adults: Effect of training on staff knowledge, attitudes, and patient outcomes. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 27*(3), 173-196.
- Kumar, A. (2008). *Pain in older people*. The university of Nottingham: The British Pain Society
- Lord, B. (2009). Paramedic assessment of pain in the cognitively impaired adult patient. *BMC Emergency Medicine, 9*(20).
- Mackintosh, C. (2007). Assessment and management of patients with post-operative pain. *Nursing Standard, 22*(5), 49-55.
- Matthew, K., & Adam, C. (2009). Trauma care of the elderly patients. *Rhode island medical society, 92*(5), 181.
- Mattox, K., Moore, E., & Feliciano, D. (2013). *Trauma* (Seventh Edition). United States of America: acid-free paper.
- McCaffery, M., & Ferrell, B.R. (1997). Nurse's knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made ?. *Journal of Pain and Symptom Management, 14*(3), 175-188.
- Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice*: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Miriam, T., & Todd, C. (2006). Trauma and falls in the elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America, 24*, 413-432.
- Pasero, C., Rake, B., & MacCaffrey, M. (2005). Postoperative pain management in the older adult. *Pain in older person, progress in pain research and manage, 35*, 377-401.
- Polit, M., & Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating assessing evidence for nursing practice* (9th Edition). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Republic of Rwanda. (2012). *Pain management guidelines*. Ministry of Health. Retrieved March, 2013, from <http://www.moh.gov.rw>.

- Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (9th Edition). United States of America: New York.
- Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society. (2007). *The assessment of pain in older people: National guidelines*. Concise guidance to good practice series, 8, 1-15. London: RCP.
- Sinatra, S., de Leon-Casasola, O., Ginsberg, B., & Viscusi, E. (2009). *Acute pain management*. United States of America: Cambridge University Press
- Schnitker, L., Martin, M., Beattie, E., & Gray, L. (2011). Negative health outcomes and adverse events in older people attending emergency departments: A systematic review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 141-162.
- Soukup, M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model. *Nursing Clinic of North America*. 35(2), 301-309.
- Schofield, P. (2006). The assessment & management of pain in older people: A systematic review of the literature. *Freund Publishing House*. 5(1), 9-15.
- Stefan, L. (2012). Experimental approaches in the study of pain in the elderly. *Pain Medicine*, 13, 44-50.
- Topcu, S., & Findik, U. (2012). Effect of relaxation exercises on controlling postoperative Pain. *Pain Management Nursing*, 13(1), 11-17.
- Wilson, W., Grande, C., & Hoyt, D. (2007). *Trauma emergency resuscitation perioperative anesthesia surgical management*. United States of America: acid-free paper.

ภาคผนวก ก

ตารางข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2556

ข้อมูลผู้ป่วย	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2	รายชื่อ 3	รายชื่อ 4	รายชื่อ 5	รายชื่อ 6	รายชื่อ 7	รายชื่อ 8	รายชื่อ 9	รายชื่อ 10
เพศ / อายุ (ปี)	หญิง / 71	ชาย / 71	ชาย / 84	หญิง / 79	หญิง / 72	ชาย / 75	ชาย / 83	ชาย / 64	ชาย / 66	ชาย / 63
การวินิจฉัยโรค	Fall from height with fracture posterior 8 th rib	Fall from height with complete cord injury at C ₇	Bicycle accident with fracture left 10 th rib, Laceration wound at right hand	Fall with acute subdural hematoma at left tentorial	Car accident with cerebral concussion, Laceration wound at forehead	Motorcycle accident with blunt abdominal injury, fracture pelvis, muscle Strain	Fall from height with fracture left posterior 6 th - 10 th ribs	Motorcycle accident with subarachnoid hemorrhage	Motorcycle accident with rib 3 rd - 7 th bilateral hemothorax	Motorcycle accident with closed fracture of sacrum
โรคร่วม	Hypertension, Dyslipidemia	-	Hypertension, Thyroid	Diabetes mellitus, Hypertension, old cerebrovascular	Diabetes mellitus, Hypertension, old cerebrovascular	-	-	Peptic ulcer	-	Hypertension, Dyslipidemia

ภาคผนวก ข

ตารางสังเคราะห์งานวิจัย

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
กรรณิการ์, 2552	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่	กรอบแนวคิดการประเมินผลการแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาคมพยาบาลออนทารีโอ (RNAO, 2002) มี 6 ขั้นตอน 1. การเลือกแนวปฏิบัติ 2. การระบุวิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้แนวปฏิบัติ 3. การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง	การวิจัยศึกษาแบบเชิงปฏิบัติการ (operational study) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2550 - เดือนตุลาคม 2551	1. ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ทุกประเภท แพทย์รักษาตัวในหอผู้ป่วยใน 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 3 รพ.สันป่าตอง จ. เชียงใหม่ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย มีการรับรู้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น พุดและใช้ภาษาไทยได้ จำนวน 15 ราย 2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ 3 รพ.สันป่าตอง จ. เชียงใหม่ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 19 ราย เครื่องมือที่ใช้	- การศึกษาระดับความปวดของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่หลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ตั้งแต่แรกรับหลังผ่าตัดทันที เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง พบว่าส่วนใหญ่ความปวดอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ที่อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนามาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ - กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกรายเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยาด้วย เช่น เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ การจัดทำเป็นต้น เพราะสามารถช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีการแข็งเกร็งซึ่งเป็นสาเหตุของความปวด - การศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดที่ได้รับหลังการใช้	+ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นการกำหนดกลุ่มตัวอย่างชัดเจน และตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา - ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจน้อยเกินไปที่จะใช้ในการศึกษาอ้างอิงกลับไปยังกลุ่มประชากร	AGREE

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
		<p>4. การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้</p> <p>5. การประเมินความสำเร็จในการใช้แนวปฏิบัติ</p> <p>6. การจัดทำงบประมาณ</p>		<p>1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด พัฒนาขึ้นโดยวัชร ภากร ณ (2548) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ</p> <p>2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด มีการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน นำมาคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 และ .91 ตามลำดับ</p>	<p>แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวมพบว่ามีอยู่ในระดับมาก เพราะเป็นแนวทางที่ดีที่สุด มีประโยชน์ ทำให้หายปวดเร็ว ช่วยลดปวดได้ดี นอนหลับได้สบายใจมากขึ้น ไม่เครียด และได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>- การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกโดยรวมพบว่ามีอยู่ในระดับมาก เพราะนำมาใช้สะดวก ใช้เป็นมาตรฐานในหน่วยงาน เกิดแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันในการประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด เกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแล้วเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย</p>		
ศิริพร และคณะ, 2552	การพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแก่ผู้สูงอายุที่	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล - การจัดการความปวด - แผลผ่าตัด - ผู้สูงอายุผ่าตัดช่องท้อง 	ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยมีขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Blackwell Synergy,	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินระดับของหลักฐานโดยใช้เกณฑ์ของเมลนิคและไฟน์เอาร์ท-โอเวอร์ฮอร์ท - ประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติโดยใช้แนวคิดของโพทท์และเบค 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลกระทบของความปวดต่อระบบอื่นๆ เช่น กล้ามเนื้อเรียบระบบทางเดินอาหาร การบีบตัวของลำไส้ลดลง มีภาวะท้องผูก ภาวะท้องอืด ถ้าหากรุนแรงจะมีผลต่อน้ำย่อยต่างๆ ในทางเดินอาหาร อาจรบกวนการทำงานของกระบังลมทำให้ขยายได้ไม่เต็มที่ 	+ กำหนดการสืบค้นข้อมูลมีควบคุมและมีเกณฑ์คัดเลือก (PICO) เฉพาะที่ตรงตามประเด็น มีการเขียนแหล่งที่มา คำสำคัญ	AGREE

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
	ได้รับการผ่าตัดไห้ช่องท้อง		OVID, Science direct, Pub Med, Hirewire) ที่ทำการศึกษาดังนี้ - มีการคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้นโดยสืบค้นตามกรอบ PICO - อายุ > 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระบบทางเดินอาหาร - งานตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ.1995-2006 - ภาษาอังกฤษและไทย	ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 12 เรื่อง ดังนี้ - งานวิจัยเชิงทดลอง 6 เรื่อง (ระดับ 2) - งานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง (ระดับ 6) - บทความ 2 เรื่อง (ระดับ 7) - แนวปฏิบัติทางคลินิก 2 เรื่อง	และการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่งตึงได้ - ความปวดทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง รบกวนแบบแผนการนอนหลับ ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจึงฟื้นตัวช้า ระยะเวลาอนโรยพยาบาลนาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น	+ สาเหตุหลักที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน + มีการกำหนดกลุ่มประชากรที่ชัดเจนและสอดคล้องกับงานวิจัย - แนวปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ได้มีการนำไปศึกษานำร่องเพื่อดูประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติและพัฒนาให้ดีขึ้น จึงควรนำเครื่องมือนี้มาทดลองใช้	
สุภาพ, 2552	เพื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของมาตรวัดความปวดในผู้ป่วย	องค์ความรู้เกี่ยวกับความปวดและทฤษฎีการวัดเชื่อมโยงกับการวัดความปวดที่มี	การวิจัยเชิงบรรยาย	ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมทั่วไปทั้งชายและหญิง จำนวน 200 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธ.ค. 2551 ถึง ก.พ. 2552	- การผ่าตัดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความปวด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องพบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลาย มีการบวม ตึงรั้งและหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับ	+ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพียงพอที่จะใช้ในการศึกษาอ้างอิงกลับไปยังกลุ่มประชากร	เป็นงานวิจัยระดับ 3c grade B (JBI, 2009) - ผลของการรับรู้ที่ไม่สอดคล้อง

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
	หลังผ่าตัด ผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ใหญ่ ตอนกลาง ผู้สูงอายุที่ไม่มี และเริ่มมี ภาวะความ เสื่อมทางการ คิดและ ตัดสินใจ	ทั้งความตรงและความเที่ยง		เครื่องมือที่ใช้ แบบสอบถามเกี่ยวกับความ ปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและ ผู้สูงอายุและพยาบาลผู้ดูแล เป็น เครื่องมือของชุดกัญญา พัทวี ประกอบด้วย การประเมินความ รุนแรงของความปวดและผล ของการจัดการความปวดในรอบ วันที่ 1 (ครบ 24 ชม.) และวันที่ 2 (ครบ 48 ชม.) หลังผ่าตัด มี 2 ชุด (ผู้ป่วยและพยาบาล) <i>ความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงโดยหาความ สอดคล้องภายในได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา .64 - .90</i>	บาดเจ็บ รวมทั้งมีการกระตุ่นปลายประสาท รับความรู้สึกปวดในขณะผ่าตัด - ผลของความปวดหลังผ่าตัด จะส่งผลต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การนอน หลับ การลุกนั่งหรือเดิน การทำกิจวัตร ประจำวัน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นไปอย่างล่าช้า ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาล นานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผล กระทบทางจิตใจจากที่ต้องทนทุกข์ทรมาน จากความเจ็บปวด และความปวดเฉียบพลัน ที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จะ นำไปสู่ความปวดเรื้อรังได้ - การขาดการประเมินเกี่ยวกับความปวด หรือมีการประเมินไม่ครบถ้วน พยาบาลยัง ขาดความรู้และประสบการณ์ในการจัดการ ความปวด และมีการประเมินความปวดของ ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดว่ามีความรุนแรงในระดับ ต่ำ ทั้งที่ผู้สูงอายุมีความปวดที่รุนแรงใน ระดับสูง ทำให้การจัดการความปวดไม่ดี เท่าที่ควร - ผู้สูงอายุมิมีปัญหาต่อการประเมินความปวด เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทาง	+ มีการคัดเลือกกลุ่ม ตัว อ ย่ า ง แ บ บ เฉพาะเจาะจง เป็นการ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ชัดเจน และตรงกับ วัตถุประสงค์ที่ต้องการ ศึกษา + ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติได้ อย่างเหมาะสม ในการ เปรียบเทียบการรับรู้ ความปวดระหว่าง ผู้ป่วยและพยาบาลที่ อิศระจากกัน โดย เลือกใช้ สถิติ t-test	กันนี้ อาจเป็น เพราะพยาบาล ผู้ดูแล ไม่ได้อยู่ กั บ ผู้ ป่ ว ย ผู้ สู ง อ า ยู ตลอดเวลา - กลุ่มตัวอย่าง ไม่ ได้ ข อ ย า บรรเทาปวด ตั้ง แต่ เริ่ม มี อาการปวดแต่รอ ให้มีอาการปวด รุนแรงจนทน ไม่ได้แล้วจึงขอ ยา ทำให้ยามี ประสิทธิภาพไม่ สูงพอที่จะระงับ ปวด - ความรุนแรง ของความปวด เป็น บั จ จั ย ที่ ครอบกวนต่อการ นอนหลับมาก

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>ระบบประสาท ทำให้มีการรับรู้ที่ลดลง ขาดประสิทธิภาพในการแยกแยะ บรรยายความปวด และมีความอดทนต่อความปวดมากขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีระดับความปวดสูงสุดขณะมีกิจกรรมหรือก่อนได้รับยาแก้ปวด ส่วนในขณะพักไม่มีกิจกรรมหรือได้รับยาแก้ปวด ความปวดก็จะมีระดับต่ำลง - ผู้สูงอายุและพยาบาลรับรู้ระดับความรุนแรงของความปวดขณะประเมิน ต่ำสุดและโดยเฉลี่ยในรอบวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน แต่รับรู้ความรุนแรงของความปวดสูงสุดแตกต่างกัน โดยในรอบวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้สูงอายุนับรู้ระดับความปวดรุนแรงมากกว่าพยาบาล - ผู้สูงอายุนับรู้ถึงระดับความปวดรุนแรงน้อยกว่าพยาบาล - การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตามรายชื่อระหว่างการรับรู้ของผู้สูงอายุและพยาบาล พบว่าไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในรอบวันที่ 1 คะแนนเฉลี่ยผลการรบกวนการนอนหลับตามการรับรู้ของผู้สูงอายุมีค่าสูงกว่าพยาบาล ($p < .05$) - ผลของการบรรเทาปวดของผู้สูงอายุและ 		ที่สุด

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					พยายามไม่แตกต่างกัน ต่างรับรู้ว่าคุณภาพบรรเทาอาการกลางทั้งในรอบวันที่ 1 และ 2 (p > .05)		
วิจิตร และคณะ, 2553	- เพื่อศึกษาการรับรู้ทัศนคติและความคิดเห็นของพยาบาลในการประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าโดยใช้แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตัดสินใจและ	การประเมินความปวด	การวิจัยเชิงบรรยาย	-	- แม้ว่ามีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดมากมาย แต่ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50-80 เผชิญกับความปวดกับความปวดในระดับปานกลางถึงมาก แม้ว่าจะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก็ตาม - การประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยโดยพยาบาลผู้ดูแลนั้น ยังพบว่าประเมินได้ต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมิน ประกอบกับทัศนคติของพยาบาลและผู้ป่วยเองที่มีความเชื่อว่าคุณปวดโดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดภายหลังการผ่าตัดเป็นธรรมชาติ ไม่มีอันตรายใด ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการระงับปวดน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ - การสำรวจการรับรู้ ทัศนคติและความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเกิดการยอมรับในเป้าหมายในที่สุด	+ แนวโน้มของการประเมินความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย + ความสำคัญของการประเมินความปวด	ระดับ 3c grade B (JBI, 2009) มีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
	เกิด การยอมรับ				<p>- พยายามรับรู้เป็นอย่างดีในเรื่องการประเมินและบันทึกความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าและควรมีการประเมินอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยที่สุดคือทุกเวร การบันทึกความปวดให้แสดงเป็นตัวเลข 0-10 บันทึกทุก 4 ชั่วโมงช่องล่างสุดของแบบบันทึกสัญญาณชีพ</p> <p>- การประเมินและการบันทึกความปวดมักให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความปวดของตนเอง (gold standard) แม้ในบางครั้งอาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน เนื่องจากความปวดมีมิติทางกายและด้านอารมณ์ ที่ส่งผลต่อการรายงานความปวดอย่างแน่นอน อีกอย่างหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม เกิดการรายงานที่ไม่แม่นยำหรือมีอคติในการประเมินความปวดของผู้ป่วย และให้ยาแก้ปวดน้อยกว่าที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ</p> <p>- การพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าถือว่าเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย มีการบันทึกวิธีการให้ยาแก้ปวดและคะแนน</p>		

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>ความปวดก่อน-หลังได้รับยาจึงถือว่าการดูแลนั้นได้คุณภาพ</p> <p>- การนำระบบการประเมินความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้า มาเป็นภาระงานประจำเพื่อมุ่งหวังให้ผ่านการรับรองคุณภาพอาจทำให้เกิดปัญหาในเชิงลบตามมา เช่น ผู้ป่วยที่มีความปวดเมื่อได้รับการประเมินความปวดก็จะได้รับยาแก้ปวดมากเกินไปหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวดได้</p>		
Adams, R., et al., 2010	เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนวดเพื่อการรักษาในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน	Massage therapy	การวิจัยศึกษาแบบ Descriptive study โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 30 ก.ค. 52 ถึง 26 ก.พ. 53	ผู้ป่วยที่มีความปวดและนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และสูติกรรม ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2549 ถึง 31 มี.ค. 2550 จำนวน 53 ราย - จะต้องมีคำสั่งการรักษาโดยการนวดจากแพทย์ และมีการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง - มีสุขภาพที่ดี สามารถ feedback ภายหลังได้รับการนวดได้ - เครื่องมือที่ใช้	<p>- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (50.8%) ได้รับการนวดเฉลี่ย 1 ครั้ง อีก 40% ได้รับการนวด 2-3 ครั้ง และอีก 9.2% ได้รับการนวดมากกว่า 3 ครั้งขณะนอนโรงพยาบาล (mean age of 45 years and number of males = 13% and females = 87%) โดย 83.9% ได้รับการนวดนาน 30 นาที, 14.9% ได้รับการนวดนาน 45 นาที และมีเพียง 1 คนที่ได้รับการนวดแค่ 15 นาที</p> <p>- การรับรู้ผลของการนวดต่อการลดความปวด การผ่อนคลาย และสามารถพักผ่อนได้นั้น 53.1% ผู้ป่วยรับรู้ผลเมื่อนวดเสร็จไปแล้ว 1-4 ชั่วโมง, 20.3% ผู้ป่วยรับรู้ผลเมื่อ</p>	<p>- ไม่มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างชัดเจน</p> <p>+ ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา</p> <p>- ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากพอที่จะใช้ในการศึกษาอ้างอิงกลับไปยังกลุ่มประชากร</p> <p>+ ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า การนวดมีความสัมพันธ์กับการ</p>	เป็นงานวิจัยระดับ 3c grade A (JBI, 2009) มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติและเกิดการลดปวดอย่างดีให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
				<p>1. massage therapist 3 คนที่มีประสบการณ์นวดและประสบการณ์ทำงานใน acute care setting</p> <p>2. ใช้เวลา 15-45 นาทีในการนวดแต่ละครั้ง</p> <p>** ใช้ pain score แบบ VAS scale 0 – 10 คะแนน ในการประเมินก่อนและหลังได้รับการนวด โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด</p>	<p>นวดเสร็จไปแล้ว 4-8 ชั่วโมง, 14.1% ผู้ป่วยรับรู้ผลเมื่อนวดเสร็จไปแล้ว 8-24 ชั่วโมง และ 10.9% ผู้ป่วยรับรู้ผลเมื่อนวดเสร็จไปแล้ว 24 ชั่วโมง มีเพียง 1 คนที่ไม่รับรู้ถึงประสิทธิผลของการนวด และพบว่าความต้องการยาแก้ปวดภายหลังการนวดลดลง</p> <p>Before massage, mean pain level = 5.18 (SD = 2.01). After massage, mean pain level = 2.33(SD = 2.10) ใช้สถิติ Paired-sample $t_{22} = 12.43$; $r = 0.67$; $d = 1.38$; $p < .001$</p>	<p>ลดความปวดปานกลาง ($r = 0.67$)</p> <p>- ผลการศึกษาครั้งนี้ยังขาดการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ physiological ที่รวมถึง HR, BP และ O2 level</p>	<p>ต้องการศึกษา</p>
Anita, M., et al., 2011	<p>เพื่อนำเสนอแนวทางการประเมินความปวดและการจัดการความปวดทางคลินิกที่ครอบคลุมในผู้สูงอายุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Algorithm - Clinical decision making - Clinical practice guidelines - Evidence-based practice - Nursing Judgment - Older adults - Pain 	<p>การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review)</p>	<p>มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและพัฒนาเครื่องมือมาปรากฏเป็นลำดับขั้นตอนการปฏิบัติ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ที่ได้มา มีการกำหนดเกณฑ์การปฏิบัติที่เหมาะสมให้แก่พยาบาล เครื่องมือนี้ได้ผ่านการสังเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดก่อนการนำมาใช้</p>	<p>Pain Assessment Algorithm & Opioid Algorithm</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความปวดจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งบทบาทหน้าที่และคุณภาพชีวิต - พยาบาลจะต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ รวมทั้งความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก - ในผู้สูงอายุ มีการประเมินความปวดคลาดเคลื่อนจากความกังวลเกี่ยวกับ 	<p>+ เป็นงานวิจัยที่ผ่านการสังเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด มีการพัฒนาแนวทางด้วยการทดลองใช้งานวิจัยกับผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจนได้ข้อสรุปของแนวปฏิบัติ</p>	<p>เป็นงานวิจัยระดับ 1 grade A (JBI, 2009) เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีการนำมาไปปฏิบัติ และมีประสิทธิ</p>

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
				<p>และเผยแพร่ใน American Geriatrics Society (AGS) และ American Medical Directors Association (AMDA)</p>	<p>ผลข้างเคียงของยา การเสียดียา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินความปวดโดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลข ร่วมกับการตรวจร่างกายร่วมกับซักประวัติ เพื่อจำแนกชนิดของการปวดระหว่าง Nociceptive pain & Neuropathic pain ในการวางแผนการจัดการกับความปวดอย่างเหมาะสม - ภายหลังการประเมินจะต้องบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด - ในการประเมินความปวดทุกครั้ง จะต้องซักประวัติโรคประจำตัวหรือประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และยาที่ใช้ประจำ เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกในการรักษา - องค์ประกอบพื้นฐานในการประเมินความปวด <ol style="list-style-type: none"> 1. ตำแหน่ง (Location) 2. ระดับความรุนแรง (Intensity) 3. แบบแผนความปวด (Pattern) 4. ระยะเวลาของอาการปวด (Duration) 5. ลักษณะความปวด (Character) 6. ผลของความปวดต่อบทบาทหน้าที่และการเคลื่อนไหว 7. ผลของความปวดต่ออารมณ์ สัมพันธภาพ 	<p>+ เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุมในการจัดการความปวด แต่พยาบาลจะต้องมีความรู้เพียงพอในการประเมินตลอดจนการจัดการความปวด (แบบใช้ยา)</p>	<p>ผลดีมากสมควรนำไปปฏิบัติมาก</p>

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>และแบบแผนการนอนหลับ</p> <p>8. ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง</p> <p>9. การบรรเทาปวดที่ได้รับ</p> <p>10. ผลข้างเคียงจากการรักษา</p> <p>- ภายหลังการประเมินความปวด เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรายงานแพทย์ พยาบาล สามารถใช้หลัก SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation)</p> <p>- ในการจัดการความปวดมีการเสนอแนะให้เริ่มจากการใช้ short-acting opioid และมี การประเมินซ้ำหลังให้ยา เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการบรรเทาความปวด</p> <p>- Nociceptive Pain ตอบสนองต่อการรักษา ทั้ง nonopioid drugs และ opioid drugs</p>		
Bell, L. & Duffy, A., 2009	ทบทวนงานวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจด้านทัศนคติกับความเชื่อที่มีผลต่อการประเมินและ	<ul style="list-style-type: none"> - Pain assessment - Pain Management - Surgical - nursing 	ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (CINAHL, MEDLINE) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มี	<p>หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่ตรงกับประเด็นที่ศึกษา โดยเลือกงานวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาของ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lacey (2006) - Aveyard (2007) - Montori et al (2004) - Greenhalgh & Peacock (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> - ความปวดทำให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการไอ การหายใจลึกๆ และการจาม จนนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอด - การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยแต่ละคนนั้น มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ความปวดในอดีต - การรับรู้ความปวดของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับความเชื่อและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และ 	+ กำหนดการสืบค้นข้อมูล มีความครอบคลุมคัดเลือกเฉพาะที่ตรงตามประเด็น มีการเขียนแหล่งที่มาที่สำคัญ	<p>ระดับ 2 grade A (JBI, 2008) เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มี</p>

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
	การจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและพยาบาลผู้ดูแล		<ul style="list-style-type: none"> - อายุ > 19 ปี - ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997-2007 - ภาษาอังกฤษ จากจำนวน 172 เรื่อง คัดออกจนเหลือ 14 เรื่องที่เกี่ยวข้อง		<p>ผู้ป่วยยังมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงและการเสพยาแก้ปวด อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความเกรงใจเมื่อเห็นว่าพยาบาลมีภาระงานมาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากการศึกษาของ Manias, 2006 พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่ความปวดเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวล - ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพเกิดจากภาระงานมากขาดอัตรากำลัง และไม่มีเวลาในการจัดการความปวดเท่าที่ควร นอกจากนี้มีการจัดการความปวดโดยการตัดสินใจแทนตัวผู้ป่วยเอง - พยาบาลมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะทักษะด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยในการประเมินทั้งก่อน-หลังการจัดการความปวด - ผู้ป่วยควรที่จะได้รับการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดที่ตอบสนองต่อของผู้ป่วยภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ - การใช้มาตรวัดคะแนนความปวดเป็นตัววัดที่บ่งบอกถึงผลการจัดการความปวด และ 	<p>ประชากรเป้าหมายไม่ชัดเจน และมีการเลือกใช้งานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษเพียงภาษาเดียว (อาจเกิด selection bias) และผู้วิจัยไม่ระบุนำการทำ content analysis ไม่มีการระบุรายละเอียดว่ามีกระบวนการอย่างไร ใครเป็นผู้ extract ข้อมูลก็คน มีการตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งที่สรุปมานี้ด้วยวิธีการใดบ้าง ดังนั้นข้อสรุปที่ได้ อาจมีความคลาดเคลื่อน</p>	<p>ความหมายในการนำไปปฏิบัติและมีประสิทธิภาพผลดีมากสมควรนำไปปฏิบัติมาก</p>

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>ควรมีการบันทึกลงในแฟ้มผู้ป่วยทุกครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลจะต้องเชื่อในระดับความปวดตามที่ผู้ป่วยรายงาน - การพัฒนาทักษะด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแล จะต้องมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องและมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความปวด และให้ความร่วมมือกันในทีมสหวิชาชีพ - การประเมินและการจัดการความปวด จะต้องรวบรวมความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา เกสัชวิทยาและเคมี และเทคโนโลยีทางการแพทย์ มาผสมผสานในการจัดการ 		
Cutshall, S., et al., 2009	เพื่อประเมินผลของการนวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจเกี่ยวกับการบรรเทาความปวด การลดความวิตกกังวลและความพึงพอใจ	Massage therapy	การวิจัยศึกษาแบบ Randomized controlled trial โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 14 มี.ค. 48 ถึง 2 พ.ค. 48	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 58 ราย - ที่ได้รับการผ่าตัด cardiopulmonary bypass, cardiac valve surgery - ต้องได้รับการนวดในช่วง 2 ถึง 5 หลังผ่าตัด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบ randomly assigned ออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการ	<ul style="list-style-type: none"> - Change in pain (after-before) ในกลุ่มทดลอง mean = -2.3; SD = 2.44 ในกลุ่มควบคุม mean = -0.4; SD = 1.45 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังให้การนวดพบว่า การนวดมีผลต่อการบรรเทาความปวด นอกจากนั้นยังลดความวิตกกังวล และภาวะตึงเครียดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้ ซึ่งจะส่งเสริมการหายของแผลได้ดีขึ้น เกิดความพึงพอใจต่อการรักษามากขึ้น - การนวดที่มีผลต่อการบรรเทาความปวด 	+ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงรวมทั้งใช้การ randomly assigned กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเพื่อลด bias ถือเป็น การกำหนดกลุ่มตัวอย่างชัดเจน และตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา	เป็นงานวิจัยระดับ 1 grade B (JBI, 2009) มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ เพราะ mean age ในการศึกษาครั้งนี้จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
	โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการนวด			<p>ดูแลตามมาตรฐาน จำนวน 28 ราย (mean age = 68.1; SD = 14.57) และกลุ่มทดลอง ที่ได้รับ intervention คือ ใช้เวลา 1-5 นาที ในการประเมิน และการจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการนวด จากนั้นใช้เวลาประมาณ 20 นาที ในการทำ hand-on massage จำนวน 30 ราย (mean age = 64.3; SD = 16.85)</p> <p>** ใช้เครื่องมือประเมินความปวด pain score แบบ visual analog scale 0-10 คะแนนในการประเมินก่อนและหลังได้รับการนวด โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่ปวดเลย และ 10 คะแนนหมายถึง ปวดมากที่สุด</p>	<p>ส่งผลดีต่อผู้ป่วยคือไม่มีอันตราย ลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาได้</p> <p>- การศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการจัดการความปวดที่ได้รับหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก เพราะเป็นแนวทางที่ดีที่สุด มีประโยชน์ ทำให้หายปวดเร็ว ช่วยลดปวดได้ดี นอนหลับได้ สบายใจมากขึ้น ไม่เครียด และได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>- การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก เพราะนำมาใช้สะดวก ใช้เป็นมาตรฐานในหน่วยงาน เกิดแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันในการประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด เกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแล้วเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย</p>	<p>- ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจน้อยเกินไป และมีข้อจำกัดในการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจด้วย</p>	<p>จะ ต้อง นำ intervention ไปประยุกต์ในกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการศึกษาให้เหมาะสม</p>
Dion, L., et al., 2011	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวด	Massage Therapy	การวิจัยศึกษาแบบ Descriptive pre-post evaluation design	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ ทรวงอก จำนวน 160 ราย - ที่ได้รับการผ่าตัด pulmonary	- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการนวดเฉลี่ย 1.2 ครั้ง มีเพียง 19 ราย ที่ได้รับการนวด 2 ครั้ง ขณะนอนโรงพยาบาล (mean age of 61	+ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง เป็นการ	เป็นงานวิจัยระดับ 3c grade B (JBI, 2009) มี

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
	เพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดทรวงอก		(pilot study) โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 30 ก.ค. 52 ถึง 26 ก.พ. 53	<p>resection, esophageal resection and reconstruction for both benign and malignant disease</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระดับความปวดมากกว่า 4 คะแนนร่วมกับมีความวิตกกังวล - พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 3 วัน <p>เครื่องมือที่ใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Massage therapist ใช้ช่วงเวลา 9.00 น. และ 10.00 น. (ตามเวลาที่ผู้สะดวก) 2. ใช้เวลา 1-5 นาทีในการประเมิน และการจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการนวด จากนั้นใช้เวลาประมาณ 20 นาทีในการทำ hand-on massage โดยจะเน้นการนวดในบริเวณที่ผู้ป่วยบ่นปวด แต่จะต้องห่างจากแผลผ่าตัดประมาณ 2 นิ้ว น้ำหนักการนวดใช้แรงเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้การจัดท่าจะขึ้นอยู่กับความสบายของผู้ป่วย หรือการถูกจำกัดด้วยท่อ 	<p>years and equal number of males and females)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mean pain scale แตกต่างกันระหว่าง pre กับ post -3.49 (p < .001) ใช้สถิติ Paired-sample $t_{159} = 25.7$; $r = 0.65$; $p < .001$ - มีผู้ป่วยเพียงคนเดียว ที่ได้รับการนวดแค่ 10 นาทีและขอหยุดการนวด เนื่องจากรู้สึกว่าการนวดเพิ่มและปฏิเสธที่จะเปลี่ยนท่าขณะนวด 	<p>กำหนดกลุ่มตัวอย่างชัดเจน และตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา</p> <p>+ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมี effect size ก่อนข้างสูง และมีจำนวนมากพอในการศึกษาอ้างอิงกลับไปยังกลุ่มประชากร</p> <p>- ไม่มีการเขียนรายงานเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความร่วมมือในการนวดของผู้ป่วยลงในบันทึกการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่ทราบถึงปัจจัยหรือปัญหาที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือการให้ treatment แก่ผู้ป่วย</p>	<p>ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติ และ มีประสิทธิผลปานกลาง ต้องพิจารณาในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก ดังนั้นการนำไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ จะต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล อาการ และอาการแสดง</p>

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
				หรือสายระบายต่างๆ และ เครื่องมือทางการแพทย์ที่ผู้ป่วย ใช้ ** ใช้ pain score แบบ rating scale 0-10 คะแนนในการ ประเมินก่อนและหลังได้รับการ นวด โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่ ปวดเลย และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด			รวมทั้งการรักษา ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย ได้รับด้วย
Edvardsson D., et al., 2008	เพื่อนำเสนอ เครื่องมือการ ประเมินความ ปวด การ จัดการความ ปวดและการ บันทึกข้อมูล เกี่ยวกับความ ปวด ที่ ครอบคลุมใน ผู้สูงอายุ	- Dementia - Frail elderly - Pain Measurement - Patient care management	พัฒนาจากเครื่องมือ The Aged Care Pain (ACP) และมีการเพิ่ม ตัวชี้วัดความปวด มาตรฐาน วัดความปวดแบบ ตัวเลข และแผนภาพ ร่างกาย	มีการ ทบทวน และ พัฒนา เครื่องมือ จาก แพทย์ ใน โรงพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 15 คนและสถานดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน ที่ประกอบด้วย การประเมินและการบันทึกใน มิติเดียว เน้นการรายงานความ ปวดจากผู้สูงอายุ	- การประเมินระดับความปวด สามารถใช้ มาตรฐานวัดแบบตัวเลข (NRS, VRS) โดยให้ ผู้สูงอายุรายงานความปวดด้วยตนเอง หรือ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารได้ อาจ วัดความปวดโดยใช้การเปลี่ยนแปลงด้าน พฤติกรรมได้ - การสร้างเครื่องมือการประเมินความปวด ก่อนและหลังการจัดการความปวด เพื่อเป็น การกระตุ้นให้พยาบาลเกิดความตระหนัก และเน้นให้เกิดความรู้เกี่ยวกับความปวดใน ผู้สูงอายุ - เครื่องมือที่พัฒนามานั้นมีการประเมิน ความปวดในรูปแบบมาตรฐานวัดตัวเลขเพื่อ แสดงระดับความรุนแรงของความปวด และ	+ มีการทดสอบความ เทียงและความตรงเชิง เนื้อหา (content validity) โดยการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ มาสนับสนุนและผ่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อ ตรวจสอบความตรง ก่อนนำเครื่องมือมาใช้ อีกทั้งมีการทำ inter-rater reliability เทียบ กับ ACP + เป็นเครื่องมือที่ง่าย ต่อการอ่านและการ	เป็นงานวิจัย ระดับ 3c grade A (JBI, 2009) เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ ในการนำไป ปฏิบัติ มีความ เหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติ และ มี ประสิทธิภาพดี มากสมควร นำไปปฏิบัติมาก

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>มีการบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ นอกจากนี้ยังมีการบันทึกกิจกรรมขณะประเมิน และกิจกรรมเพื่อบรรเทาความปวดที่ได้รับเพิ่มเติมด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - จากการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความปวดระดับความปวดนั้นมีความสัมพันธ์กิจกรรมของผู้สูงอายุและการพยาบาลที่ได้รับเพื่อบรรเทาปวด - เป้าหมายของการจัดการความปวด คือการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดให้ดีที่สุด 	<p>มองเห็นของผู้สูงอายุ และการใช้งานในการประเมินความปวดของพยาบาล</p> <p>+ สามารถนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินความปวด การติดตามผล ซึ่งช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ</p>	
Emily, C. & Jay, R., 2010	ทบทวนงานวิจัย เพื่อให้สรุปความรู้และประเด็นสำคัญในการจัดการความปวดที่เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - Pain & Older adult - Pain Assessment - Pain Management - Cognitive impairment 	ผู้วิจัยไม่ได้เขียนขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	ผู้วิจัยเขียนเพียงว่าใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาความปวดและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุเท่านั้น	<p><i>การประเมินความปวด</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ปกติ รวมทั้งพยายามให้ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดในระดับน้อยถึงปานกลาง รายงานความปวดด้วยตนเอง (goal standard) โดยผู้ประเมินจะต้องตระหนักถึงข้อมูลความปวดที่ได้มาว่าถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ - องค์ประกอบในการซักประวัติเกี่ยวกับความปวด ได้แก่ (1) ตำแหน่งที่ปวด (2) ระดับความรุนแรง โดยใช้มาตรวัดแบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่เขียนแสดงขอบเขตการสืบค้นข้อมูลหรือแหล่งที่มาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมายไม่ชัดเจนและผู้วิจัยไม่ระบุนำการทำ content analysis ไม่มีการระบุรายละเอียดว่ามีกระบวนการอย่างไร มี 	เป็นงานวิจัยระดับ 2 grade B (JBI, 2009) เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติ และ มี

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>ตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 คือ ไม่ปวดเลย และ 10 คือปวดมากที่สุด นอกจากนี้ควรประเมินช่วงที่เริ่มปวด ลักษณะความปวด บัญชีที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง ผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วย และ (3) ประสิทธิภาพใช้สารเสพติด ที่จะมีผลต่อการเลือกใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids</p> <ul style="list-style-type: none"> - ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ในการประเมินความปวดถือเป็นสิ่งที่ท้าทาย อาจจะต้องวัดจากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากผู้ดูแล ได้แก่ หน้าตานอนไม่หลับ สับสน กระสับกระส่าย ร้องครวญคราง เป็นต้น <p><i>การจัดการความปวดแบบใช้ยา</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - สาเหตุของความปวดในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดจากระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาที่เหมาะสม ทั้งความปวดแบบ nociceptive และ neuropathic ที่เน้นจากการเริ่มต้นให้ยาขนาดน้อย และช้าๆ รวมทั้งมีการประเมินบ่อยๆ หลังการให้ยา แนะนำว่าการบริหารยาทางเส้นเลือด ควรประเมิน 	<p>การตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งที่สรุปมานี้ด้วยวิธีการใดบ้าง ดังนั้นข้อสรุปที่ได้ อาจ มีความคลาดเคลื่อน</p>	<p>ประสิทธิผลปานกลาง ต้องพิจารณาในการนำไปปฏิบัติ</p>

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>ความปวดช้า 10-15 นาทีหลังให้ยา และการบริหารยาทางปาก ควรประเมินความปวดช้า 30-60 นาทีหลังให้ยา</p> <p>- การบริหารยาแก้ปวด ควรระมัดระวังเรื่องผลข้างเคียงจากยา เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีผลต่อการดูดซึมยา และการขับยาออกจากร่างกาย</p>		
Falkenstein et al., 2011	เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษาประสิทธิผลของการนวดเพื่อบรรเทาความปวด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง	<ul style="list-style-type: none"> - Massage therapy - Full-Body massage - Partial massage - Hand massage <p>ที่มีผลต่อความปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (COCHRANE, CINAHL, EMBASE, MEDLINE, AMED, TRIPDATA BASE) ที่ทำการศึกษา งานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000-2010 ภาษาอังกฤษเท่านั้น จากจำนวน 69 เรื่องคัดออกจนเหลือ 6 เรื่องที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>จากการทบทวน 6 งานวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1558 คน อายุเฉลี่ย 30-88 ปี ที่มี lung, breast, pancreas, prostate, and colorectal cancer</p>	<p>ผลของการนวดต่อการลดความปวด</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 งานวิจัยที่ศึกษา พบว่าการนวดช่วยบรรเทาความปวดและจะได้ผลดีเมื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป (VAS > 4) และพบว่า การนวดจะช่วยลดความปวดได้ทั้งระยะสั้นๆ และต่อเนื่องได้ดี - จากการศึกษา งานวิจัย พบว่าการนวดควรใช้เวลาประมาณ 30 – 35 นาทีต่อครั้ง และควรทำ 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือถ้าหากต้องการผลอย่างต่อเนื่องควรทำสัปดาห์ละ 2 ครั้งนานต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์หรือทำการนวดแบบ full-body 6 ครั้งใน 2 สัปดาห์ - เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด ได้แก่ VAS, MPQ ที่ให้คะแนนความปวด 0-10 	<p>+ เขียนแสดงขอบเขตการสืบค้นข้อมูลหรือแหล่งที่มาชัดเจน น่าเชื่อถือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง การนำมาใช้จะต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยมากที่สุด 	<p>เป็นงานวิจัยระดับ 1 grade B (JBI, 2009) เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม เพราะการนวดเพื่อการลดความปวดสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้หลากหลายกลุ่มรวมทั้งผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ได้รับ</p>

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					- การนวด ไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอน และจะนวดได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือและมีการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นวดกับผู้ป่วย ส่วนการจัดทำ ขึ้นอยู่กับความสุขสบายของผู้ป่วย		บาดเจ็บ แต่อาจมีข้อควรระวังในการนวด
Lord, B., 2009	เพื่อศึกษา เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินความปวดสำหรับผู้ป่วย ผู้ใหญ่ ที่มีปัญหาทางารรู้สึก	- Pain Measurement - Pain assessment - Dementia - Cognitive Impairment - Nonverbal communication	ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (CINAHL,Biological Abstract , PSYCINFO, MEDLINE) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มี	จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 575 เรื่อง มีต้นฉบับเต็มจำนวน 2 เรื่องที่มีเครื่องมือเกี่ยวข้องกับการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้สึก ผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือการประเมินความปวดที่มีชื่อว่า “the Abbey Pain Scale”	- การบรรเทาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา จะต้องอาศัยเครื่องมือการประเมินความปวด วิธีการที่ดีที่สุดคือการใช้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้สึก ไม่สามารถสื่อสารหรือรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง จะต้องเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกเครื่องมือการประเมินความปวดที่มีชื่อว่า “the Abbey Pain Scale” ถือว่ามีความตรงและความเที่ยงในการใช้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยวัดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับอาการปวด มี 6 ข้อคำถามในการประเมิน เริ่มต้นตั้งแต่ 0 – 18 คะแนน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 -2 คะแนนคือไม่ปวด 3-7 คะแนน คือปวดเล็กน้อย 8-13 คะแนน คือ	+ กำหนดการสืบค้น ข้อมูล มีความครอบคลุมคัดเลือกเฉพาะที่ตรงตามประเด็น มีการเขียนแหล่งที่มา คำสำคัญ + หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน	เป็นงานวิจัยระดับ 1 grade B (JBI, 2009) เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติ และ มีประสิทธิผลปานกลาง ต้องพิจารณาในการนำไปปฏิบัติ เนื่องจากกลุ่มประชากรในการศึกษาถึงแม้

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					ปวดปานกลาง และ 14 คะแนนขึ้นไปคือปวดมาก ทำให้ผู้ประเมินได้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนการจัดการความปวดต่อไป		จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ในบางราย ผู้ป่วยสามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง จึงต้องพิจารณาในการนำเครื่องมือนี้ไปใช้เป็นกรณีไป
Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society., 2007	เพื่อสร้างแนวทางและทักษะในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ ให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการความปวด	-	-	Developed study for guideline	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะ cognitive impairment เป็นสิ่งที่ท้าทาย เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาด้านการสื่อสารหรืออาจมีอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม จึงควรเลือกเครื่องมือในการประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย - ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา cognitive impairment เครื่องมือ Verbal and numerical scales ถือว่ามีคุณภาพที่สุดโดยให้ผู้ป่วยรายงานระดับความปวดได้ด้วยตนเอง - ผู้สูงอายุที่มีภาวะ cognitive impairment ในระดับรุนแรง ไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง จะต้องใช้เครื่องมือ 	<ul style="list-style-type: none"> + เป็นงานวิจัยที่ผ่านการสังเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญ 11 ท่าน เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด + เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุมในการประเมินความปวดในผู้สูงอายุ แต่พยาบาลจะต้องมีทักษะอย่างเพียงพอในการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดตลอดจนการจัดการความปวด 	AGREE - เป็นแนวปฏิบัติในการประเมินความปวดที่เฉพาะต่อผู้สูงอายุ นำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่มีความปวด

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					Behavioural responses, Abbey Pain Scale - องค์ประกอบในการประเมินความปวด ได้แก่ ลักษณะความปวด การสังเกตความปวด ที่ขึ้นอยู่กับปัญหา cognitive impairment ของผู้สูงอายุแต่ละราย การอธิบายความปวดในแง่ของการรับรู้ความปวด ตำแหน่งความปวด ระดับความรุนแรงของความปวด การตอบสนองต่อความปวด และผลกระทบของความปวด เช่น การทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความหมายของความปวด สาเหตุของความปวด และการติดตามผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวด		
Schofield, P., 2006	- เพื่อศึกษาวิธีการระงับปวดโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ - เพื่อศึกษาเครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินความปวดใน	- Older people - Elderly - Care home - Residential home - Assessment tools - Management - Complementary therapies - Non - prescription	ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (CINAHL,EMBASEM EDLINE) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ > 65 ปี - งานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี	หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยที่ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา ดังนี้ - Assessment & Behavior Assessment - Barriers/Attitudes/Perception - Cognitive Behavior Therapy - Complementary Therapies - Education - Guideline	<i>การประเมินความปวด</i> - 15 งานวิจัยที่มีการกล่าวถึงการออกแบบเครื่องมือการประเมินความปวดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการประเมินโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (VRS) จะได้ผลการประเมินความปวดที่ดีที่สุดพร้อมทั้งบันทึกความถี่และระดับความรุนแรงด้วย - ในกรณีที่ประเมินความปวดโดยใช้	+ กำหนดการสืบค้นข้อมูลมีวามครอบคลุมคัดเลือกเฉพาะที่ตรงตามประเด็น มีการเขียนแหล่งที่มา คำสำคัญ + หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ชัดเจน	เป็นงานวิจัยระดับ 1 grade A (JBI, 2009) เป็นข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติ

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
	ผู้สูงอายุ	intervention - Self - management	ค.ศ.1995 - เลือกศึกษาลักษณะความปวดในผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ปวดจากโรคมะเร็ง - ภาษาอังกฤษเท่านั้น จากจำนวน 571 เรื่อง คัดออกจนเหลือ 70 เรื่องที่เกี่ยวข้อง		พฤติกรรม มีงานวิจัย 11 อย่าง ที่รายงานลักษณะการประเมินที่แตกต่างกัน แต่สามารถสรุปไปในทางเดียวสำหรับการประเมินได้ดังนี้ การประเมินสีหน้า การเคลื่อนไหวของร่างกาย อารมณ์ แบบแผนการนอนหลับ <i>การพยาบาลด้านจิตใจ</i> - การจัดการความปวดมีการพัฒนาและปรับปรุง ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่ทฤษฎีประตูควบคุมความปวด (Gate control theory of pain) จนมีการนำมาใช้เพื่อให้เกิดความคาดหวังในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการทำวิจัยในลักษณะคล้ายกัน 4 งานวิจัย ทำการศึกษาในสถานผู้สูงอายุ โดยมีการนำโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการเบี่ยงเบนความสนใจได้แก่ การผ่อนคลาย การจินตนาการ การปรับเปลี่ยนความคิด พบว่า โปรแกรมเหล่านั้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาความปวดได้ดี ในทางการพยาบาลสามารถนำไปปรับมาใช้ได้ เพราะสามารถยืดหยุ่นและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย <i>Complementary therapy (การรักษาแบบ</i>	- ผู้วิจัยมีการระบุนการทำ content analysis โดยผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่มีการระบุนรายละเอียดว่ามีกระบวนการอย่างไร ใครเป็นผู้ extract ข้อมูลก็ คน มีการตรวจสอบความถูกต้องของสิ่งที่สรุปมานี้ด้วยวิธีการใดบ้าง ดังนั้นข้อสรุปที่ได้ อาจมีความคลาดเคลื่อน	และมีประสิทธิผลดีมากสมควรมานำไปปฏิบัติมาก

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p><i>ผสมผสาน</i>)</p> <p>- การจัดการความปวดรูปแบบนี้ถูกนำมาใช้มากขึ้น เพราะเป็นการให้การดูแลและจัดการความปวดเพิ่มเติมแบบวิธีไม่ใช้ยา โดยเน้นความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวด (30 นาที ต่อครั้ง) การสัมผัส และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ซึ่งงานวิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความปวดและสภาวะจิตใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่าระดับความปวดลดลง สามารถพักหลับได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในผลของการจัดการความปวดด้วยวิธีดังกล่าว</p> <p>- การผ่อนคลายสามารถเลือกใช้ได้หลายวิธี เช่น การทำสมาธิ ดนตรีบำบัด อโรมาเทอราพี (aromatherapy) การฝึกโยคะ การอ่านกลอน/บทกวี ซึ่งมีการนำเทคนิคเหล่านี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วย พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลง ระดับความปวดลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในผลของการจัดการความปวดด้วย นอกจากนี้การฝึกชี่กง (Qi therapy) ยังมีผลต่อการลดระดับความปวดและปรับอารมณ์</p>		

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
					<p>ของผู้ป่วยได้ด้วย</p> <p>การให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรมการให้ความรู้แบบเน้นการมีส่วนร่วม ในด้านการจัดการความปวดในผู้สูงอายุเพื่อปรับเปลี่ยนทักษะและความไวต่อการตอบสนองของความปวดในผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วย 		
Topcu, S., et al., 2012	เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการผ่อนคลายเพื่อควบคุมความปวดในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน	Relaxation exercises	การวิจัยศึกษาแบบ Cross-sectional and crossover study โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ ต.ค. 2006 ถึง มิ.ย. 2007 **ใช้สถิติ nonparametric Spearman correlation	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 60 ราย - เก็บข้อมูลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1-4 วัน - หลังผ่าตัดสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ - อายุ > 18 ปี - ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและสภาพจิตใจ - ต้องได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาก่อนให้ Relaxation exercises - ยินยอมให้เก็บข้อมูล	- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่อนคลาย 71.7 % (mean age of 43.38 years) สามารถลดความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $z = -5.497$; $p < .001$ เมื่อหาค่าความสัมพันธ์ก่อน-หลังการผ่อนคลาย พบว่า $r = -0.267$; $p < .05$ - การผ่อนคลายเพื่อลดปวด จะต้องมีการให้ยาแก้ปวดร่วมด้วยก่อนการทำ relaxation และเทคนิคนี้จะได้ผลดีเมื่อทำในวันที่ 1 และ 2 หลังผ่าตัด - Relaxation exercises ไม่มีความสัมพันธ์กับ age, gender, education level	+ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นการกำหนดกลุ่มตัวอย่างชัดเจน และตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา - เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลหลังผ่าตัดในช่วง 4 วันแรก ปกติระดับความปวดจะลดลงตามกลไกการหายของแผล ถึงแม้ว่าการเลือกวิธีการบรรเทาปวด	เป็นงานวิจัยระดับ 3c grade B (JBI, 2009) มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ถึงแม้ว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนบน แต่สามารถนำเทคนิคและผลการศึกษามาประยุกต์ใช้

Authors & Year	Objective(s)	Key Definitions	Review boundaries	Appraisal criteria	Synthesis of studies	Strength/ limitation (s)	Applicability
				<p>เครื่องมือที่ใช้</p> <p>1. A personal information form: age, gender, education level, health insurance and health history data</p> <p>2. A audiotape prepared by the Turkish Psychologist</p> <p>** ใช้ pain score แบบ verbal pain scale</p>		<p>แบบไม่ใช้ยา แต่การศึกษานี้มีการใช้ Relaxation exercises หลังจากให้ยาแก้ปวดไปแล้ว 2 ชั่วโมงจึงต้องพิจารณาการนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้</p>	<p>เนื่องจากการบรรเทาความปวดวิธีนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ และระดับการศึกษา รวมทั้งไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเท่านั้น</p>

ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประโยชน์หรือผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ที่มาของงานวิจัยและหลักฐาน

เนื้อหาของแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและการจัดการความปวดของผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุรวมถึงการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งได้มาจากการค้นคว้าหลักฐานจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ CINAHL, ThaiLis, Sciencedirect, Lippincott, Wiley ฯลฯ และห้องสมุด มีการกำหนดคำหลักตามกรอบการสืบค้นหลักฐานตาม PICO format ได้คำหลัก

ในการสืบค้น คือ การประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ, Pain assessment and elderly, Pain assessment tools and aging, Pain management and elderly patients ตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 2003-2013 โดยนำมาประยุกต์พัฒนาให้เข้ากับบริบทในหน่วยงานและลักษณะของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัย

นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม

พยาบาลวิชาชีพ

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี่ย

อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล

ศัลยศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ

อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล

ศัลยศาสตร์

ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเวรเช้า-บ่าย-ดึก ประจำหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ป่วย

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ทั้งที่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเองหรือไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง โดยมีประวัติการเจ็บป่วยในการรักษาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

วัน เดือน ปี ที่จัดทำ / เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

1 กรกฎาคม 2556 เบอร์โทรศัพท์ 086-9596631

ค่านิยมศัพท์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หมายถึง ข้อกำหนดสำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้มาจากการค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงานและค้นคว้าหลักฐานจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ รวบรวมและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จากนั้นสรุปข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยวางแผนจัดทำเป็นคู่มือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งประเมินผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000)

ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุทางจราจร การพลัด ตก หกล้ม การตกน้ำ จมน้ำ และถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก เป็นต้น

การจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เพื่อลดอาการปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินความปวดเบื้องต้น การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา เช่น การจัดทำ การนวด การเบี่ยงเบนความสนใจ ร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ประยุกต์และดัดแปลงมาจากรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุกัพ (Soukup, 2000) โดยมีกระบวนการพัฒนา 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) ที่ได้มาจกหลักฐาน 2 แหล่ง คือ จากการปฏิบัติงาน (practice triggered) ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการณ์และการ

สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และจากแหล่งความรู้ (knowledge triggered) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปวดและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ประเด็นปัญหาทางคลินิก แล้วนำมาเป็นแนวทางในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป และ (2) ระยะการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-supported phase) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) มีกำหนดคำสำคัญ การสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นได้ตามกรอบของ PICO (Melnik & Fineout-Overholt, 2005) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีและเหมาะสมที่สุดนำมาขร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและแก้ไขปัญหาที่มีอยู่จริงได้ โดยร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ (1) การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (2) การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา (3) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ และ (4) การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 คือ ให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase) ผู้วิจัยได้จัดทำการศึกษาทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงของการใช้แนวปฏิบัติ และการตรวจสอบรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่าง โดยผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยได้นำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 3 คือ ระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ โดยมีการประเมินกระบวนการเกี่ยวกับความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะของพยาบาลวิชาชีพ และการประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ในเรื่องของความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์และการกำหนดระดับของข้อแนะนำไปสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) (ตาราง 1) ดังนี้

ตาราง 1

ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (JBI, 2009)

ระดับความน่าเชื่อถือ	แหล่งที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์
ระดับ 1	เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta-synthesis) การทบทวนงานวิจัยหลายงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันหรือปัญหาวิจัยเดียวกันของงานวิจัยที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomized control trial [RCT]) หรือมีอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบทดลองขนาดใหญ่ที่มีช่วงความเชื่อมั่นที่แคบ
ระดับ 2	เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการวิจัยแบบทดลองขนาดเล็ก และมีช่วงเวลาของความเชื่อมั่นที่กว้าง หรือการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม
ระดับ 3	ระดับ 3a เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตาม ไปข้างหน้า ที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มงานวิจัย (cohort studies with control group) ระดับ 3b เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากการรายงานกรณีศึกษาที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบรายกลุ่ม (case-control) ระหว่างกลุ่มที่เกิดผลลัพธ์ที่นักวิจัยสนใจ (case) กับกลุ่มที่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์กับวิธีการที่ผู้วิจัยสนใจ (control) ระดับ 3c เป็นหลักฐานอ้างอิงมาจากการการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ไม่มีกลุ่มควบคุมจากกลุ่มงานวิจัย
ระดับ 4	เป็นหลักฐานที่ได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือนันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หรือการวิจัยด้านสรีรวิทยาในห้องปฏิบัติการ

นำหลักฐานมาคัดเลือกโดยพิจารณาเฉพาะวิธีการปฏิบัติและข้อเสนอแนะจากหลักฐานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้และเหมาะสมกับผู้ป่วยในบริบทของหน่วยงาน ได้หลักฐานตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 4 ส่วนหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติคัดเลือกโดยประเมินคุณภาพตามหลักฐานของแบบประเมิน AGREE ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ผลการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติที่นำมาใช้เป็นหลักฐานมีคะแนนเปอร์เซ็นต์ของแต่ละขอบเขตมากกว่า 60 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานที่มีคุณภาพ

การจัดแบ่งระดับของข้อแนะนำไปสู่การปฏิบัติ คัดเลือกข้อเสนอแนะที่เป็นเกรดมาใช้ดังนี้ (JBI, 2009)

ระดับ A เป็นข้อแนะนำที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติและมีประสิทธิผลดีมากสมควรนำไปปฏิบัติมาก

ระดับ B เป็นข้อแนะนำที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความเหมาะสม มีความหมายในการนำไปปฏิบัติและมีประสิทธิผลปานกลางต้องพิจารณาในการนำไปปฏิบัติ

ระดับ C เป็นข้อแนะนำที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่มีความเหมาะสม ไม่มีความหมายในทางคลินิกและไม่มีประสิทธิผลในการนำไปปฏิบัติ

แนวปฏิบัติเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

แนวปฏิบัติการพยาบาล

หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ

1.1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจพยาบาล (ศิริพร และคณะ, 2552)

1.2 ชักประวัติเกี่ยวกับความปวดตามแบบประเมินเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแรกรับในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีรายละเอียดดังนี้ โรคประจำตัว/ประวัติการใช้ยา ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ประสพการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด ประสพการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด ความรุนแรงของความปวด ลักษณะความปวด (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011; AGREE/ Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007)

1.3 กรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและสื่อสารได้ หรือมีภาวะพร้อมทางกระบวนการคิดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินระดับความปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (verbal numeric rating scale [VNRS]) โดยให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้

 แนวปฏิบัติกรพยาบาล

จะต้องวัดระดับความปวดโดยใช้การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (behavior pain scale [BPS]) ร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพ โดยการประเมินระดับความปวดจะต้องมีการประเมินทุก 2 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกที่อยู่ในความดูแล จากนั้นจะประเมินทุก 4 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสมใน 72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา (ระดับ 3c / วิจิตรา และคณะ, 2553; AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011; ระดับ 2/ Bell & Duffy, 2009; ระดับ 3c/ Edvardsson et al., 2008; ระดับ 1/ Lord, 2009; AGREE/ Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007)

หมวดที่ 2 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา

2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรายงานความปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยขอยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อรู้สึกปวด รวมทั้งกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011)

2.2 ก่อนการจัดการความปวดทุกครั้งจะต้องประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกรู้ตัว (sedation score) โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว (sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994 cited in Pasero, Rakle, & McCaffery, 2005) ดังนี้

S	=	หลับ ปลุกตื่นง่าย
1	=	ตื่น รู้สึกตัวดี
2	=	ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย
3	=	ง่วงซึมมาก หลับขณะสนทนา
4	=	ง่วงหลับ มีการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่ง

กระตุ้นน้อยหรือไม่มีเลย

2.2.1 ถ้าระดับความรู้สึกรู้ตัวระดับ S ถึง 1 จะเป็นระดับความรู้สึกรู้ตัวที่มีความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่ม โอปิออยด์ตามแผนการรักษาของแพทย์

2.2.2 ถ้าระดับความรู้สึกรู้ตัวระดับ 2 จำเป็นต้องลดขนาดของยากลุ่ม โอปิออยด์ พร้อมทั้งสังเกตระดับความรู้สึกรู้ตัวอย่างใกล้ชิด และพิจารณาใช้ยากลุ่มอื่นเสริมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยากลุ่มเอนเซด (NSAID) เป็นต้น

2.2.3 ถ้าระดับความรู้สึกรู้ตัวระดับ 3 จำเป็นต้องงดยากลุ่ม โอปิออยด์รีบรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาบริหารยานาล็อกโซน (naloxone) เพื่อให้ระดับความรู้สึกรู้ตัวกลับคืน และเพิ่มการใช้ยาอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) หรือยากลุ่มเอนเซด (NSAIDs) ตามแผนการรักษาของแพทย์ (**หมายเหตุ: การพิจารณาบริหารยานาล็อกโซน (naloxone) ตามแผนการ

 แนวปฏิบัติการพยาบาล

รักษาของแพทย์ ขนาดที่ให้คือ นาล็อกโซน (naloxone) 0.4 ถึง 2 มิลลิกรัม (0.001 – 0.004 mg/kg) เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 2-3 นาที โดยทั่วไปผู้ป่วยจะตอบสนองได้เร็ว มักจะตื่นหลังให้ยาครั้งแรก และภายในเวลา 2-3 นาที ข้อควรระวังคือ ยาในกลุ่มโอปิออยด์จะมีค่าครึ่งชีวิต (half-life) ยาวกว่ายานาล็อกโซน (naloxone) ที่มีค่าครึ่งชีวิตเพียง 1 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นในช่วงแรก ควรต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด เพราะถ้าฤทธิ์ของยานาล็อกโซน (naloxone) หหมดแต่ฤทธิ์ของยาในกลุ่มโอปิออยด์ยังอยู่ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงขึ้นอีก ดังนั้นจึงต้องให้ยานาล็อกโซน (naloxone) เป็นระยะตามอาการ)

2.3 ประเมินระดับความปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดังที่กล่าวมาในหมวดที่ 1 ข้อ 1.3

2.3.1 ถ้าประเมินระดับความปวดอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน ให้การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเลือกใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) กับยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid drugs) เช่น อะเซตามิโนเฟนหรือพาราเซตามอล (acetaminophen/paracetamol) เอนเซด (NSAIDs) ร่วมกับให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเองตามความเหมาะสม (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011)

2.3.2 ถ้าประเมินระดับความปวดอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน ให้การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเลือกใช้ยาบรรเทาปวดที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid drugs) เช่น อะเซตามิโนเฟนหรือพาราเซตามอล (acetaminophen/paracetamol) เอนเซด (NSAIDs) ร่วมกับให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเองตามความเหมาะสม (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552; ระดับ 1/ Anita et al., 2011)

2.3.3 ถ้าประเมินระดับความปวดอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน ให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเองตามความเหมาะสม

โดยการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามที่สนใจ ซึ่งวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีดังนี้

- การจัดทำผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายและคอยช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (AGREE/ วรรณิการ์, 2552; ระดับ 3c/ สุภาพ, 2552)

- การนวด จะต้องมีการจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการนวด ใช้เวลา 20-35 นาที ในการนวดแต่ละครั้งในการทำ hand-on massage โดยเน้นการนวดเบา ๆ บริเวณที่ผู้ป่วยบ่นปวด แต่จะต้องห่างจากตำแหน่งที่บาดเจ็บหรือมีบาดแผลประมาณ 2 นิ้ว (ระดับ 3c/

 แนวปฏิบัติการพยาบาล

Adams et al., 2010; ระดับ 1/ Cutshall et al., 2010; ระดับ 3c/ Dion et al., 2011; ระดับ 1/ Falkensteiner et al., 2011)

- การเบี่ยงเบนความสนใจ เลือกใช้วิธีที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การฟังดนตรี การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น (ระดับ 3c/ สุภาพ, 2552; ระดับ 3c/ Topcu & Findik, 2012)

2.4 เฝ้าระวังผลข้างเคียงภายหลังให้ยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ดังนี้

2.4.1 อาการง่วงซึม และการกดการหายใจ พบได้ในกรณีให้ยาเกินขนาด พยาบาลผู้ดูแลจะต้องเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ถ้าพบว่าคะแนนระดับความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ 3 หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาให้ยานาล็อกโซน (naloxone) เพื่อให้ระดับความรู้สึกตัวกลับคืน หลังให้การช่วยเหลือพยาบาลต้องประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 15 – 30 นาที พร้อมทั้งรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับขนาดของยาให้เหมาะสม (ระดับ 1/ Anita et al, 2011)

2.4.2 อาการคัน และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนหลัก ๆ ของยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) พยาบาลผู้ดูแลจะต้องประเมินอาการแทรกซ้อนดังกล่าว ถ้ากรณีที่มีอาการมากขึ้น ต้องรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาการให้ยาแก้แพ้หรือยาแก้อาเจียน ในขนาดที่เพียงพอ โดยให้ตามเวลา และอาจจะต้องใช้ยาแก้อาเจียนร่วมกันมากกว่า 1 ชนิดเพื่อเสริมฤทธิ์กัน เช่น ออนแดนเซ็ตรอน (ondansetron) ร่วมกับ เมโทโคลพามายด์ (metoclopramide) จึงจะสามารถรักษาและป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยากกลุ่มโอปิออยด์ (opioid drugs) ได้ผลดี

2.4.3 ภาวะปัสสาวะคั่ง พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีการประเมินและสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยผู้สูงอายุอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการปรับยาและให้การรักษาภาวะปัสสาวะคั่งตามแผนการรักษาของแพทย์

2.4.4 ภาวะท้องผูก พยาบาลผู้ดูแลจะต้องประเมินการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยผู้สูงอายุทุกวัน ถ้ากรณีที่ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน ต้องรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาการให้ยาระบายอย่างอ่อนแก่ผู้ป่วยตามแผนการรักษา

แนวปฏิบัติการพยาบาล

หมวดที่ 3 การจัดการความปวดในการทำแผลอุบัติเหตุ

3.1 การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา (บุญญาภัทร, 2554)

3.1.1 คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน เมื่อใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) และยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างอ่อน (weak opioids) แล้วไม่ดีขึ้นจึงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างแรง (strong opioids) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) ควรให้กับผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนทำแผลอุบัติเหตุ 1 ชั่วโมง เพื่อให้มีผลบรรเทาความปวดก่อนเริ่มกระบวนการทำแผล

3.1.2 คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน เมื่อใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) แล้วไม่ดีขึ้นจึงรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างอ่อน (weak opioids) ได้แก่ โคเดอีน (codeine) และ ترامาดอล (tramadol) ควรให้กับผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนทำแผลอุบัติเหตุ 1 ชั่วโมง เพื่อให้มีผลบรรเทาความปวดก่อนเริ่มกระบวนการทำแผล

3.1.3 คะแนนความปวดอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioids) ได้แก่ พาราเซตามอล และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือยาในกลุ่มเอ็นเซด (NSAIDs) ควรให้กับผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนทำแผลอุบัติเหตุ 1 หรือ 2 ชั่วโมง เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีไม่ใช้ยา (บุญญาภัทร, 2554)

3.2.1 การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการทำแผล เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการทำแผล

3.2.2 การจัดทำที่สุขสบายให้กับผู้ป่วยและเหมาะสมกับการทำแผล ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ

3.2.3 การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดที่เกิดขึ้น เลือกใช้วิธีที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การฟังดนตรี การสวดมนต์ การทำสมาธิ เป็นต้น

3.2.4 ทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการเช็ดที่ทำให้เกิดการขีดข่วน และเลือกวัสดุที่เหมาะสมใช้ในการทำแผล

แนวปฏิบัติการพยาบาล

หมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

4.1 การประเมินความปวดภายหลังการจัดการความปวด (AGREE/ ศิริพร และคณะ, 2552) มีดังนี้

4.1.1 การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการฉีด ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 30 นาที

4.1.2 การบริหารยาบรรเทาปวดโดยการรับประทาน ประเมินภายหลังการให้ยาประมาณ 60 นาที

4.1.3 การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช่ยา ประเมินภายหลังการจัดทำผู้ป่วย / การนอน / และการเบี่ยงเบนความสนใจ ครบตามเวลา

การสังเกต	การตีความ	คะแนน
	เคลื่อนไหวรุนแรง นิ่งงอแง หรือเกร็งแขนขา	3
	ดิ้นไปมา เกร็งตัว	4
การหายใจ (Ventilation)	หายใจสงบ ราบเรียบ	1
	มีอาการไอ การหายใจติดขัด หายใจไม่สม่ำเสมอ	2
	ปีกจมูกบานเล็กน้อย	3
	กระสับกระส่าย หายใจแรงเร็ว ดิ้นไปมา	4

ตัวอย่าง ระดับความรู้สึกตัว (sedation score) (หมายเหตุ: ใช้เครื่องหมาย X เมื่อประเมินตามเวลา)

ระดับความรู้สึกตัว	3	2	1	0	S
					X

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score)

การประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ของพาเซโร (Pasero, 1994 cited in Pasero, Rakle, & McCaffery, 2005) ดังนี้

- S = หลับ ปลุกตื่นง่าย
 0 = ดิ้น รู้สึกตัวดี
 1 = ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกง่าย
 2 = ง่วงซึมมาก หลับขณะสนทนา
 3 = ง่วงหลับ มีการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นน้อย

หรือไม่มีเลย

- ระดับความรู้สึกตัวระดับ S ถึง 1 จะเป็นระดับความรู้สึกตัวที่มีความปลอดภัยในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ตามแผนการรักษาของแพทย์

- ถ้าระดับความรู้สึกตัวระดับ 2 จำเป็นต้องลดขนาดของยากลุ่มโอปิออยด์ พร้อมทั้งสังเกตระดับความรู้สึกตัวอย่างใกล้ชิด และพิจารณาใช้ยากลุ่มอื่นเสริมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยากลุ่มแอนเซด (NSAIDs) เป็นต้น

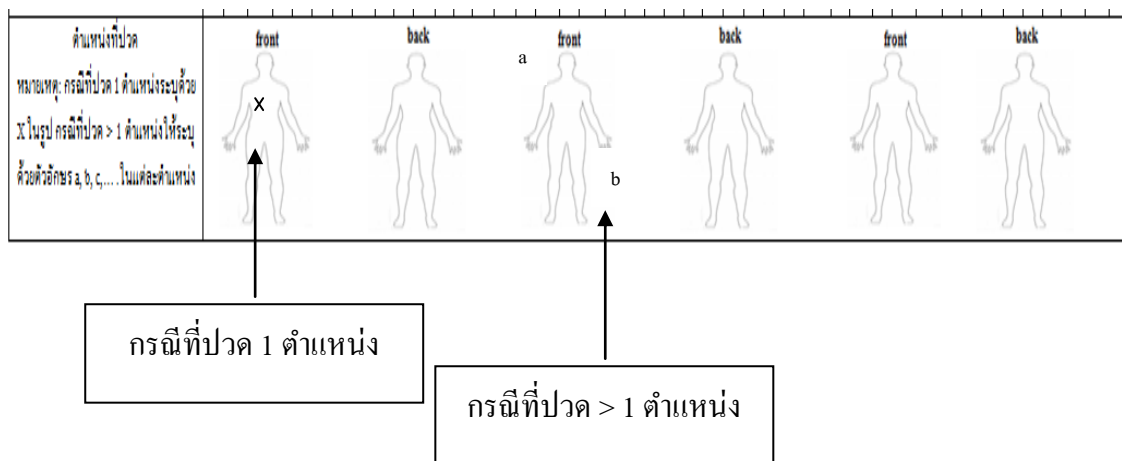
ส่วนตัว ซึ่งวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นการจัดการที่พยาบาลปฏิบัติได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องมีคำสั่งแพทย์ มักใช้ลดความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง

- การจัดทำผู้ป่วย เป็นวิธีทางกายภาพที่กระทำต่อร่างกายผู้ป่วยโดยตรง โดยมีการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายและคอยช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (สุภาพ, 2552) การจัดทำผู้ป่วยที่ถูกต้องขณะปฏิบัติกิจกรรมจะช่วยให้การรับรู้ความปวดลดลง อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (Bath & Jenson, 2006)

- การนวด เป็นการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ให้กระตุ้นเซลล์เอสจี ในไขสันหลังทำงาน เกิดการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความปวดไม่ให้ไปประสานกับที่เซลล์ กลไกควบคุมประตูที่ระดับไขสันหลังปิด โดยการนวดแต่ละครั้งควรจะใช้ระยะเวลา 20-35 นาที เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการลดความปวด (Adams, White, and Beckett, 2010; Dion, Rodgers, Cutshall, Cordes, Bauer, and Cassivi, 2011; Cutshall, Wentworth, Engen, Sundt, Kelly, and Bauer, 2010; Potter & Perry, 2003 อ้างตาม สุภาพ, 2552) นอกจากนี้การนวดจะช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟินส์ และเอนเคฟาลินส์ ซึ่งเป็นสารยับยั้งความปวด (Clarke & Carty, 2001 อ้างตาม สุภาพ, 2552) และการนวดจะช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดการคั่งของกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ เพราะของเสียดังกล่าวเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความปวดมากขึ้น (Mobily, 1994 อ้างตาม สุภาพ, 2552) การนวดเป็นวิธีที่ใช้ในการลดความปวด ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถฝึกปฏิบัติเพื่อใช้ในการดูแลได้ ข้อห้ามในการนวด คือ ไม่นวดบริเวณที่มีกระดูกหักหรือเคลื่อน หลอดเลือดดำอักเสบ ตำแหน่งที่มีบาดแผล มีการติดเชื้อ ก้อนมะเร็ง โรคผิวหนัง ขณะมีไข้ และภาวะเลือดออกง่าย (ศิริพร, 2551)

- การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการมุ่งความสนใจไปยังสิ่งอื่นหรือดึงดูความสนใจของผู้ป่วยมาสู่สิ่งกระตุ้นให้มากกว่าการรับรู้ความปวด เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การฟังดนตรี การสวดมนต์ ซึ่งกลไกการลดความปวดจากเทคนิคนี้คือ ในขณะที่มีการกระตุ้นให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจ พบว่าการกระตุ้นกลไกการแปลงสัญญาณความปวด (pain encoding) ลดลง แต่จะมีการกระตุ้นสมองบริเวณซิงกูโล-ฟรอนทัลคอร์เท็กซ์ (cingulo-frontal cortex) เพอริอะควอดัคทัล เกรย์ (periaqueductal gray: PAG) และซาลามัสส่วนหลัง (posterior thalamus) มากขึ้น สมองทั้งสามส่วนนี้ทำหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนสัญญาณความปวด (pain modulation) และควบคุมอารมณ์ให้ดีขึ้น (สุภาพ, 2552) นอกจากนี้การกระตุ้นบริเวณ PAG ช่วยลดความปวดด้วยกลไกที่เรียกว่า stimulation-produced analgesia (SPA) โดยจะมีการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารโอปิออยด์ภายในร่างกายด้วย (Valet, 2004 อ้างตาม สุภาพ, 2552)

ตัวอย่าง การบันทึกตำแหน่งที่ปวด (หมายเหตุ: กรณีที่ปวด 1 ตำแหน่ง ระบุด้วย X ในรูป กรณีที่ปวดมากกว่า 1 ตำแหน่งให้ระบุด้วยตัวอักษร a, b, c,... ในแต่ละตำแหน่ง)



ภาคผนวก จ

เครื่องมือประเมินกระบวนการการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ โดยภาพรวมของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหา / อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ปริญญาตรี

2. สูงกว่าปริญญาตรี

2. อายุ ปี

3. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล ปี

4. ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ ปี

5. ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการจัดการความปวด

1. ไม่มี

2. มี ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้

คำชี้แจง อ่านข้อความแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริง/ตามความคิดเห็นของท่านและกรณาระบุเหตุผลในข้อที่ท่านปฏิบัติไม่ได้

ข้อ	แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการปฏิบัติได้ของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ	
		ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้ (ระบุเหตุผล)
1	หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ		
1.1	สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจพยาบาล		
1.2	ซักประวัติเกี่ยวกับความปวดตามแบบประเมินเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแรกรับในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีรายละเอียดดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> • โรคประจำตัว/ประวัติการใช้ยาประจำ • ประวัติการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ • ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด • ประสบการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด • ตำแหน่งที่ปวด • ระดับความรุนแรงของความปวด • ลักษณะความปวด 		
1.3		
1.4		
4	หมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ		
4.2	การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยภาพรวมของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย **x** ลงบนตัวเลข 0 ถึง 10 ตามความเป็นจริงในความรู้สึกของท่านจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุไปใช้จากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยที่

- คะแนน 0 คือ ไม่มีความพึงพอใจ
 คะแนน 1 – 3 คือ มีความพึงพอใจในระดับน้อย
 คะแนน 4 – 6 คือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
 คะแนน 7 – 10 คือ มีความพึงพอใจในระดับมาก

3.1 เมื่อท่านปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ช่วยให้คุณมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดจากการได้รับบาดเจ็บได้มากขึ้น

ไม่มีความพึงพอใจ

มีความพึงพอใจ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.2

3.3

3.4 ท่านรู้สึกพึงพอใจเมื่อปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความปวดจากการได้รับบาดเจ็บตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

ไม่มีความพึงพอใจ

มีความพึงพอใจ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหา / อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้

คำชี้แจง กรุณาระบุความคิดเห็นถึงปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้ (กรุณาตอบทุกหมวด)

ท่านมี**ปัญหา/อุปสรรค** และ**ข้อเสนอแนะ**ใดบ้างเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปใช้

หมวดที่ 1 การประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ปัญหา/อุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

.

.

หมวดที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ปัญหา/อุปสรรค.....

ข้อเสนอแนะ.....

ภาคผนวก จ

เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการประเมินความปวดเบื้องต้น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วย

ผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการดูแลตาม

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการประเมินความปวดเบื้องต้น

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน (กรุณาตอบทุกข้อ)

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| 1.1.1 เพศ | <input type="checkbox"/> 1 ชาย | <input type="checkbox"/> 2 หญิง |
| 1.1.2 อายุ.....ปี | | |
| 1.1.3 ศาสนา | <input type="checkbox"/> 1 พุทธ | <input type="checkbox"/> 2 คริสต์ |
| | <input type="checkbox"/> 3 อิสลาม | <input type="checkbox"/> 4 อื่นๆ (ระบุ)..... |
| 1.1.4 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ)..... |
| 1.1.5 ท่านมีประวัติการใช้ยาประจำหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ)..... |
| 1.1.6 ท่านมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ | <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ)..... |
| 1.1.7 ประสบการณ์ในอดีตที่เกี่ยวข้องกับความปวด | <input type="checkbox"/> 1 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2 มี (ระบุ)..... |

1.1.8 ประสบการณ์การขอยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด

1 ไม่มี

2 มี (ระบุ).....

1.1.9 วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

1.1.10 สาเหตุของการบาดเจ็บครั้งนี้

1 รถชน / พลิกคว่ำ

2 โคนยิง/ระเบิด

3 พลัด ตก หก ล้ม

4 อื่นๆ (ระบุ)

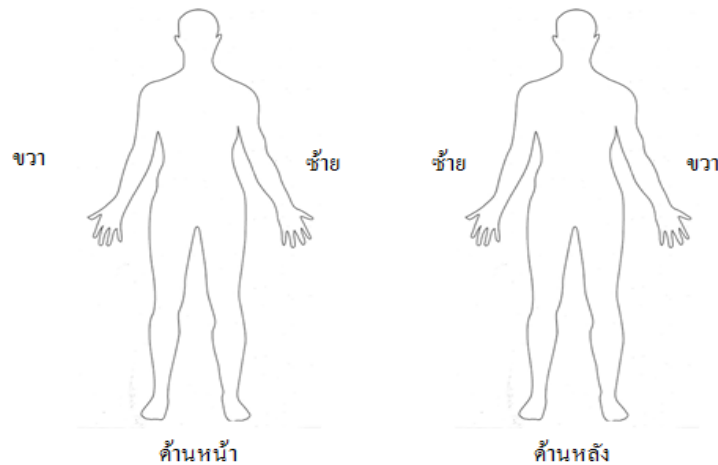
1 ไม่มี

2 มี (ระบุ).....

1.2 การประเมินความปวดเบื้องต้น

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน (กรุณาตอบทุกข้อ)

1.2.1 ตำแหน่งที่ปวด (ในแผนภาพข้างล่างนี้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✗ ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยระบุว่ามีความปวด)



1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด

1 VNRS

2 BPS

1.2.3 ลักษณะของความปวด

1 ปวดตลอด

2 ปวดบิ๊บ ๆ

3 ปวดร้าว

4 ปวดเหมือนโดนของแหลมทิ่ม

5 ปวดตุ๊บ ๆ

6 ปวดแสบ

7 ปวดตื้อ ๆ

8 อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากได้รับการดูแลตาม
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย **x** ลงบนตัวเลข 0 ถึง 10 ตามความเป็นจริงในความรู้สึกของท่านจาก
การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไป
ใช้ โดยที่

- คะแนน 0 คือ ไม่มีความพึงพอใจ
- คะแนน 1 – 3 คือ มีความพึงพอใจในระดับน้อย
- คะแนน 4 – 6 คือ มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
- คะแนน 7 – 10 คือ มีความพึงพอใจในระดับมาก

ท่านรู้สึกพึงพอใจหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้

ไม่มีความพึงพอใจ

มีความพึงพอใจ

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มตัวอย่างพยาบาล)

ข้าพเจ้า นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนา และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ขอเชิญท่านซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เข้าร่วมการศึกษาโดยเป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และตอบแบบ ประเมินผลการใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งท่านมีสิทธิเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ และถ้าไม่ ต้องการเข้าร่วมในการศึกษานี้สามารถปฏิเสธได้ คำตอบทุกคำตอบไม่มีผลต่อการประเมินผล การปฏิบัติงานหรือเกิดความเสียหายต่อท่านในเรื่องส่วนตัว โดยข้อมูลส่วนตัวของท่าน ผู้วิจัยคนเดียวเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลและคำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม และใช้สำหรับวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ รวมถึงสิทธิของท่าน สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม เบอร์โทรศัพท์ 086-9596631

.....

()

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน / เดือน / ปี)

.....

(นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม)

ผู้วิจัย

.....

(วัน / เดือน / ปี)

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย)

ข้าพเจ้า นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนา และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพท์ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงขออนุญาตท่านที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นผู้ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความ ปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ท่านจะได้รับการดูแลจากทีมพยาบาลผู้เข้าร่วม วิจัยอย่างดีที่สุดตลอดช่วงเวลาที่ท่านเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มี ส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ และนำไปใช้ได้ อย่างมีคุณภาพต่อไป การร่วมมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ขึ้นอยู่ด้วยความสมัครใจ ของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยขอให้ท่านลงลายมือชื่อหรืออนุญาตด้วยวาจา หากใน ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในการวิจัยแล้วไม่ประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยต่อไป ท่านสามารถบอกยกเลิกได้ ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ท่านจะได้รับ

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบ คำถามเกี่ยวกับงานวิจัยที่ท่านสงสัยทุกประการรวมถึงสิทธิของท่าน สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม เบอร์โทรศัพท์ 086-9596631

.....

()

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน / เดือน / ปี)

.....

(นางสาวกนกพร วงษระบิลนาม)

ผู้วิจัย

.....

(วัน / เดือน / ปี)

ภาคผนวก ฅ

ตารางข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้อมูลผู้ป่วย	รายชื่อที่ 1	รายชื่อที่ 2	รายชื่อที่ 3	รายชื่อที่ 4	รายชื่อที่ 5	รายชื่อที่ 6	รายชื่อที่ 7	รายชื่อที่ 8	รายชื่อที่ 9	รายชื่อที่ 10
เพศ / อายุ (ปี)	หญิง / 68	หญิง / 80	ชาย / 64	หญิง / 86	หญิง / 60	ชาย / 67	หญิง / 76	ชาย / 65	ชาย / 63	ชาย / 70
การวินิจฉัยโรค	Contusion at Rt chin, Fx at Rt hand	Fx distal end radius at Rt arm, Rt lateral wall orbit Fx and maxilla Fx, Swelling at Rt eye	Fx of inner cortex of frontal sinus, Swelling at Lt eye, Fx Lt posterior rib 3rd	Hematoma at Lt occiput, thin ASDH Lt frontotemporal area	Mild head injury, Blunt chest- abdomen injury	Retained FB at Lt eye	Laceration wound and hematoma at forehead	Contusion at Rt shoulder, AW at Rt arm, AW at Rt leg	Blunt abdomen with Laceration wound, Contusion at Rt leg	Hematoma at Lt parietal area, AW at Lt frontal area, AW at Lt leg, neck tender at lower c-spine
โรคร่วม	Hypertension	-	-	Bicytopenia, MDS	-	Hypertenion, Senile cataract, Degenerative scoliosis	Aplastic anemia, Bell palsy, DM	CAD	Hypertension, Glucoma	Hypertension

ข้อมูลผู้ป่วย	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2	รายชื่อ 3	รายชื่อ 4	รายชื่อ 5	รายชื่อ 6	รายชื่อ 7	รายชื่อ 8	รายชื่อ 9	รายชื่อ 10
เครื่องมือประเมินความปวด	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS
คะแนนความปวดแรกจับ	9	5	0	5	10	0	7	5	8	9
การจัดการความปวดวันที่ 1	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.	Fentanyl 20 mcg prn for pain iv q 1 hr.	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.	Paracetamol 500 mg 1 tab q 6 hr	Fentanyl 30 mcg iv	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr. Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.
การจัดการความปวดวันที่ 2	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	-	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 1 hr.	-	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.	Paracetamol 500 mg 1 tab q 6 hr	-	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr. Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	-
การจัดการความปวดวันที่ 3	-	-	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	-	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Paracetamol 500 mg 1 tab q 6 hr	-	-	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr. Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	-

ข้อมูลผู้ป่วย	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2	รายชื่อ 3	รายชื่อ 4	รายชื่อ 5	รายชื่อ 6	รายชื่อ 7	รายชื่อ 8	รายชื่อ 9	รายชื่อ 10
ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
บรรเทาปวด										
การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช่ยาที่ได้รับ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ ประคบเย็น วิธีการผ่อนคลาย คลายโดย การสวด มนต์	การจัดทำ ประคบเย็น	การจัดทำ	การจัดทำ ประคบเย็น	การจัดทำ วิธีการผ่อนคลาย คลายโดย การทำสมาธิ	การจัดทำ	การจัดทำ ประคบเย็น

ภาคผนวก ๑

ตารางข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

ข้อมูลผู้ป่วย	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2	รายชื่อ 3	รายชื่อ 4	รายชื่อ 5	รายชื่อ 6	รายชื่อ 7	รายชื่อ 8	รายชื่อ 9	รายชื่อ 10
เพศ / อายุ (ปี)	ชาย / 69	ชาย / 82	หญิง / 73	หญิง / 85	ชาย / 69	ชาย / 67	หญิง / 62	ชาย / 68	หญิง / 64	ชาย / 64
การวินิจฉัยโรค	Mild TBI, Lt knee hematoma with LW, Lt 2 nd finger flap wound	Closed Fx lumbar vertebra	Fx transverse process of C7	Closed Fx lumbar vertebra	MCA with blunt chest abdomen	Open Fx the shaft of tibia	Closed multiple Rt Fx rib	Pneumothorax Lt lung with Fx rib 5-6	Supratentorial brain	Contusion at lower abdomen, multiple AW at Lt leg, Aw at Rt knee.
โรคร่วม	-	-	Hypertension	Diabetes mellitus, Hypertension, DLP	Diabetes mellitus, Hypertension,	-	Asthma	Diabetes mellitus, DLP	-	Diabetes mellitus, Hypertension, DLP

ข้อมูลผู้ป่วย	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2	รายชื่อ 3	รายชื่อ 4	รายชื่อ 5	รายชื่อ 6	รายชื่อ 7	รายชื่อ 8	รายชื่อ 9	รายชื่อ 10
เครื่องมือประเมินความปวด	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS	VNRS
คะแนนความปวดแรกรับ	0	2	5	8	5	8	0	0	9	3
การจัดการความปวดวันที่ 1	Diclofenac 25 mg oral pc	-	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 1 hr.	Paracetamol 500 mg 1 tab q 6 hr	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr.	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr.	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 3 hr. hr.	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr.	Fentanyl 30 mcg prn for pain iv q 2 hr.
การจัดการความปวดวันที่ 2	Diclofenac 25 mg oral pc	-	Fentanyl 30 mcg drip in 1 hr	-	-	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr.	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Paracetamol 500 mg 2 tab q 6 hr	-
การจัดการความปวดวันที่ 3	Diclofenac 25 mg oral pc	Paracetamol 500 mg 1 tab q 6 hr	Fentanyl 30 mcg drip in 1 hr	-	-	Fentanyl 30 mcg iv q 2 hr.	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Tramadol 50 mg 1 cap oral pc	Paracetamol 500 mg 2 tab q 6 hr	Paracetamol 500 mg 2 tab q 6 hr
						Ibuprofen 400 mg oral pc			Ibuprofen 400 mg oral pc	

ข้อมูลผู้ป่วย	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2	รายชื่อ 3	รายชื่อ 4	รายชื่อ 5	รายชื่อ 6	รายชื่อ 7	รายชื่อ 8	รายชื่อ 9	รายชื่อ 10
ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ	ไม่มีการ
บรรเทาปวด	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน	ประเมิน
การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช่ยาที่ได้รับ	การจัดทำ ประเมิน	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ	การจัดทำ
						ประเมิน				

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. แพทย์หญิง โอสรี อัครบวร	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ หน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชร พิเชฐเชียร	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณดวงเพ็ญ แววันจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (APN) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
4. คุณรัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (APN) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
5. คุณสุภาพ สมะนุบ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (APN) ด้านการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่