

นโยบายและแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล

เรื่อง "การจัดการความปวด"

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ้างอิง มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพด้านกระบวนการ ดูแลผู้ป่วย	รหัสเอกสาร : ผพ.(นย) 0001/2555 หน้า 1-74
<p><u>ผู้เขียน/เรียบเรียง (ต้นฉบับ)</u></p> <p>1.คณะกรรมการบริหารฝ่ายการพยาบาล มิถุนายน 2547</p> <p>2.คณะกรรมการประกันคุณภาพ มิถุนายน 2548</p> <p>3.คณะกรรมการเฉพาะกิจ มิถุนายน 2548</p> <p><u>ผู้เสนอ</u> น.ส.บุญเฉลา สุริยวรรณ : หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล (1 ธ.ค.2548)</p> <p><u>ผู้รับรอง</u> ร.ศ.น.พ.ชนนินทร์ วนากิริย์ : QMR (14 ธ.ค.2548)</p> <p><u>ผู้อนุมัติ</u> ร.ศ.น.พ.วิชาญ หล่อวิทยา : ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (15 ธ.ค.2548)</p> <p><u>ผู้อนุมัติ</u> ศ.เกียรติคุณ น.พ.สุพงษ์ วุฒิกุลณ : คณบดีคณะแพทยศาสตร์ (21 ธ.ค.2548)</p>	<p><u>ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่</u> 2/2555</p> <p><u>ผู้เขียน/เรียบเรียง</u></p> <p>คณะอนุกรรมการทบทวนนโยบายและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เรื่อง การจัดการความปวด</p> <p><u>ผู้เสนอ</u> (18 / 10 / 55)</p> <p>(นางสาวบุญเฉลา สุริยวรรณ : หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)</p> <p><u>ผู้อนุมัติ</u> (1 / 10 / 55)</p> <p>(อ.จารย์ น.พ.วุฒิเดช โสภาคเจริญสุข : QMR)</p> <p><u>ผู้อนุมัติ</u> (5 / 10 / 2555)</p> <p>(ร.ศ.น.พ.วุฒิมา นาวาเจริญ : ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล)</p> <p><u>ผู้อนุมัติ</u> (6 / 10 / 2555)</p> <p>(ร.ศ.น.พ.นิเวศน์ นันทจิต : คณบดีคณะแพทยศาสตร์)</p>

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาทุกข์ทรมานจากความปวด
- 1.2 เพื่อประเมินคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวด
- 1.3 เพื่อวัดและประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เรื่อง การจัดการความปวด
- 1.4 เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรพยาบาลในการจัดการความปวด

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

คำนิยามคำศัพท์

2.1 ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) หมายถึง ความปวดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นมาไม่เกิน 6 เดือน เป็นความปวดที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบของเนื้อเยื่อ ระยะเวลาที่ปวดจะอยู่ไม่นาน โดยอาการปวดจะทุเลาลงเมื่อได้รับการแก้ไขสาเหตุหรือหายแล้ว ตัวอย่างของความปวดเฉียบพลัน เช่น ความปวดจากการผ่าตัด ความปวดจากการทำหัตถการ ความปวดจากการได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น โดยความปวดเฉียบพลันสามารถพบได้ในทุกเพศและทุกกลุ่มอายุ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2551)

2.2 ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) หมายถึง ความปวดที่ยืดเยื้อติดต่อกันมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (ประดิษฐ์ ประทีปะวนิช, 2539; จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2549; Agency for Health Care Policy and Research

[AHCPR]) ไม่สามารถแยกบริเวณที่มีความปวดและไม่ปวดออกจากกันได้อย่างชัดเจน (Swenson, 1997) เป็นความปวดที่คงอยู่ยาวนานกว่าระยะเวลาที่เกิดการหายของเนื้อเยื่อ (tissue healing) (International Association for the Study of Pain [IASP])

2.3 อาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) หมายถึงความปวดที่เป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพ หรือ โรคของ somatosensory system เป็นความปวดที่เกิดจากระบบประสาททำงานผิดปกติ เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เป็นความปวดที่รักษายาก ส่วนใหญ่มักจะเรื้อรัง และมีอาการปวดเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (lancinating) แสบร้อน (burning) ปวดเข็นเหมือนถูกน้ำแข็ง รู้สึกยิบๆ ซ้ำๆ (tingling) แปลบแปลบ คล้ายเข็มตำ (pins and needles) คัน (itching) หรือชา (paresthesia) ความรู้สึกที่ผิดปกติเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเอง หรือเกิดภายหลังการกระตุ้นก็ได้ เป็นความปวดที่รักษายาก ตอบสนองไม่ค่อยดีต่อยาระงับปวดทั่วไปต้องใช้เวลาลำหรับปรับยานาน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2551)

2.4 ความรุนแรงของความปวด หมายถึง การประเมินที่เป็นนามธรรมอาศัยผู้ป่วยบอก ผู้ประเมินต้องถือว่าการประเมินระดับความรุนแรงความปวดมีประโยชน์ในการดูแลแนวโน้มของผลการรักษาพยาบาล โดยมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0-10 คือ ไม่ปวดเลย ถึง 10 คือ ปวดมากที่สุด

2.5 การจัดการความปวด หมายถึง การปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์ในการบรรเทาความปวด ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการจัดการความปวด เกิดความสุขสบาย ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยาตามความต้องการของผู้ป่วย และลดการเกิดผลข้างเคียงหรือได้รับอันตรายจากการบำบัดเพื่อระงับความปวดรวมทั้งสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

2.6 ประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวด หมายถึง ผลสำเร็จ (effectiveness) ของการบรรเทาความปวดภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการระงับความปวดด้วยวิธีการต่างๆ

ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) หมายถึง ความปวดลดลงปานกลาง (2) หรือหายปวด (3) หรือผู้ป่วยแสดงอาการสงบ พักได้ดี (2)

ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) และ อาการปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (neuropathic pain) หมายถึง ความปวดลดลงเล็กน้อย (1) ความปวดลดลงปานกลาง (2) หายปวด (3) หรือระดับความปวดที่ผู้ป่วยยอมรับได้โดยไม่รู้สึกรบกวน สามารถทำกิจกรรมได้ตามสมควร

หมายเหตุ ผู้ป่วยเด็กประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวด หมายถึง ความปวดลดลงเล็กน้อย (1) หรือความปวดลดลงปานกลาง (2) หรือหายปวด (3)

3. นโยบาย

1. ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการค้นหาสาเหตุของความปวดที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น และได้รับการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (level 4)

1.1 กรณีไม่มีความปวดให้เฝ้าระวังโดยประเมินอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง (recommend)

1.2 กรณีที่มีความปวดประเมินอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง และ /หรือประเมินซ้ำบ่อยขึ้น (level 4)

1.3 กรณีที่ให้ยาหรือกิจกรรม ให้ประเมินความปวดตามเวลาการออกฤทธิ์ของยาหรือผลของกิจกรรม

2. ผู้ป่วยทุกรายที่เกิดความปวดต้องได้รับการระงับความปวดด้วยวิธีการที่เหมาะสม และไม่เกิดอันตราย (level 4)

3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถบรรเทาความปวดได้โดยง่าย ผู้ให้การดูแลควรเป็นตัวแทนของผู้ป่วย (advocate) ในการปรึกษากับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความปวดที่เหมาะสม (level 4)

4. กำหนดให้การประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 จำเป็นต้องมีการประเมินและบันทึกนอกเหนือจากอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจและความดันโลหิต โดยบันทึกระดับความปวดในแบบบันทึกสัญญาณชีพ ตั้งแต่ 0-10 โดยใช้ปากกาแดงจุดและขีดเป็นเส้นกราฟ (recommend)

5. มีการบันทึกปัญหาทางการพยาบาล เรื่อง ความปวด การจัดการความปวด และผลลัพธ์การจัดการ ในแบบบันทึกทางการพยาบาลและสรุปปัญหาและผลการจัดการเมื่อจำหน่ายในแบบบันทึกสรุปปัญหา (recommend)

6. มีการวางแผนการจำหน่ายและดำเนินงานตามแผนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความปวดได้อย่างเหมาะสม (recommend)

7. ให้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่มีเทคโนโลยีการรักษาความปวด เช่น PCA pump, Intra-spinal infusions หรือ parenteral morphine pumps (recommend)

8. มีการประชุมพิเศษพยาบาลใหม่ทุกคนในการจัดการความปวด (recommend)

9. ทุกหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดต้องมีการประกันคุณภาพการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวดและกำหนดให้การจัดการความปวดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล (recommend)

4. ขั้นตอนการปฏิบัติการจัดการความปวด

4.1 การประเมินความปวด

4.1.1 ประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอตามช่วงเวลาอย่างน้อยทุก 4-8 ชั่วโมง หรือเมื่อคาดว่าผู้ป่วยจะเกิดความปวด (เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการแบบ major invasive procedure) จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น (level 3)

4.1.2 การประเมินความปวดควรครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ (level 4)

4.1.2.1 ความรุนแรงของความปวด (ระดับความปวด)

4.1.2.2 ตำแหน่งที่ปวด

4.1.2.3 ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง

4.1.2.4 ผลของความปวดที่มีต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน และสภาพจิตใจ

4.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลเลือกเครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงพัฒนาการ ความรู้คิด อารมณ์ และปัจจัยทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย (level 4) ดังนี้

4.1.3.1 ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถบอกความปวดได้เอง (self report) ใช้การบอกความปวดด้วยตัวเอง (level 3)

มาตรวัดที่แนะนำให้ใช้

ผู้ป่วยผู้ใหญ่

มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS]) ที่มีคะแนน 0-10 (Ahlers et al., 2008)

มาตรวัดที่ประมาณด้วยสายตา (Visual Analog Scale [VAS]) ที่มีความยาว 10 เซนติเมตร (ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, 2549)

ผู้ป่วยทารก

Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) ใช้ในทารกอายุ 0-1 ปี (level 4)

ผู้ป่วยเด็ก

Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) ใช้ในเด็กและทารกอายุ > 1-5 ปี (level 4)

มาตรวัดแบบตัวเลข (NRS) ใช้ในเด็กอายุ > 5 - 18 ปี (level 4)

4.1.3.2 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกความปวดได้เอง หรือผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกลดลงใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดความปวด (behavioral observation tool) (level 3) มาตรวัดที่แนะนำให้ใช้

ผู้ป่วยผู้ใหญ่

เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical-Care Pain Observation Tool [CPOT]) ที่มีคะแนน 0-8 (Gelinas et al อ้างใน สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2552) (ใช้ประเมินได้ทั้งผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)

4.2 การบันทึก

ความปวดที่ประเมินได้ให้บันทึกเป็นตัวเลขเพื่อสามารถบอกถึงความรุนแรงของความปวดได้อย่างชัดเจน (level 4)

มาตรวัดแบบตัวเลข แบ่งระดับความปวด ดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ไม่ปวด	(no pain)
คะแนน	1-3	หมายถึง	ปวดระดับเล็กน้อย	(mild pain)
คะแนน	4-6	หมายถึง	ปวดระดับปานกลาง	(moderate pain)
คะแนน	7-10	หมายถึง	ปวดระดับมาก	(severe pain)

แนวทางการบันทึกความปวด

1. การบันทึกแรกเริ่ม

1.1 บันทึกในใบฟอร์มปรอทด้านล่างสุดของตารางปรอท ซึ่งกำหนดค่าของ pain score (PS)

= 0 - 10

1.2 บันทึกในใบ nurse's note

2. ใช้ปากกาสีแดงทำเครื่องหมายจุดค่า PS และลากต่อเนื่องกันจนกระทั่งจำหน่าย

3. เขียนชื่อเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดในช่องด้านซ้ายด้วยปากกาสีน้ำเงิน

4. กรณีที่มีการเปลี่ยนแบบประเมินหลายชนิดให้เขียนลงในใบฟอร์มปรอทเฉพาะเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแรกเริ่ม สำหรับเครื่องมือที่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังให้เขียนไว้ใน nurse's note

4.3 การประเมินความปวดซ้ำ

1. มีการติดตามประเมินผลของการระงับความปวด ระดับความปวด และผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาระงับปวดภายใน 30-60 นาที ภายหลังได้รับการระงับความปวด (level 4) ดังนี้

ยาระงับปวดชนิดฉีด ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที

ยาระงับปวดชนิดรับประทาน ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 1 ชั่วโมง

การระงับความปวดที่ไม่ใช่ยา ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที

2. ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ ให้ประเมินผลของการระงับความปวด (effectiveness)

โดยการซักถามถึงผลของการระงับความปวดด้วยมาตรวัดแบบบรรยายการรับรู้ความปวดที่ลดลง มี 1 ข้อคำถาม คือ “หลังได้รับการระงับความปวด ความปวดของท่านบรรเทาลงอย่างไร” โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบตามความรู้สึกของตัวเอง ดังนี้ (ประยุกต์จาก Sloman, Wruble, Rosen, & Rom, 2006)

ความปวดไม่ลดลง	(no relief)	(0)
ความปวดลดลงเล็กน้อย	(minimal relief)	(1)
ความปวดลดลงปานกลาง	(moderate relief)	(2)
หายปวด	(complete relief)	(3)

3. ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือพร้อมความสามารถในการสื่อสาร ประเมินผลของการระงับความปวดจากการสังเกตคุณภาพการพักผ่อน (rest quality) แบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ คือ (Gelinas et al อ้างใน สุภภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2552)

พักไม่ได้ (0)	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ หนาวสั่น กระวนกระวายต่อต้าน เครื่องช่วยหายใจหรือกักท่อช่วยหายใจ และไม่สามารถหลับได้
พักได้เป็นช่วง (1)	หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ หนาวสั่น กระวนกระวายต่อต้าน เครื่องช่วยหายใจหรือกักท่อช่วยหายใจบ้าง แต่ยังสามารถหลับได้ในช่วงเวลานั้นๆ
สงบ พักได้ดี (2)	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ หนาวสั่น หรือกระวนกระวาย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ และสามารถหลับได้เป็นเวลานาน

4. เพื่าระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ และอาการคัน ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ส่วนอาการแทรกซ้อนที่พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงมาก เช่น กดการหายใจ (level 4)

4.4 การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก

1. มีการวางแผนการรักษาและกำหนดเป้าหมายการระงับความปวดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการจัดการความปวดที่สอดคล้องและต่อเนื่อง (level 4)
2. เมื่อจัดการความปวดแล้วความปวดไม่ลดลงหรือผลของการระงับความปวดไม่เป็นไปตามความคาดหมาย ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำเพื่อวินิจฉัยและวิเคราะห์สาเหตุของความปวด (level 4)
3. การจัดการความปวดจะสำเร็จผลได้ต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว (level 3)
4. มีระบบการบันทึกเกี่ยวกับความปวดอย่างชัดเจน โดยมีการบันทึกครอบคลุมทั้งการประเมินความปวด วิธีจัดการความปวด และการประเมินความปวดซ้ำ (level 4)

4.5 การระงับความปวด (รายละเอียดในภาคผนวก)

1. การระงับความปวดด้วยยา
2. การระงับความปวดโดยไม่ใช้ยา

5. กลุ่มเป้าหมาย : พยาบาลทุกหอผู้ป่วย/หน่วยงาน

6. ผู้รับผิดชอบ

- 6.1 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
- 6.2 หัวหน้างานการพยาบาล
- 6.3 ผู้ตรวจการพยาบาล
- 6.4 หัวหน้าหอผู้ป่วย
- 6.5 บุคลากรทางการพยาบาล
- 6.6 คณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพทางการพยาบาล
- 6.7 คณะอนุกรรมการทบทวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเรื่องการจัดการความปวด

7. ตัวชี้วัด

7.1 ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ เกณฑ์ > 80 %

- 7.1.1 อัตราการบันทึกการประเมินความปวด (ตำแหน่ง)
- 7.1.2 อัตราการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด เช่น NRS, VAS, CPOT, DN₄ เป็นต้น
- 7.1.3 อัตราการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ครั้ง/ 24 ชั่วโมง
- 7.1.4 อัตราการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด
- 7.1.5 อัตราการบันทึก intervention ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

7.2 ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ เกณฑ์ > 80 %

ประสิทธิผลในการบรรเทาความปวด

- 7.2.1 อัตราความปวดลดลงปานกลาง (2) หายปวด (3) หรืออัตราที่ผู้ป่วยแสดงอาการสงบ พักได้ดี (2) ภายหลังได้รับการจัดการความปวด (acute pain)
- 7.2.2 อัตราความปวดลดลงเล็กน้อย (1) ความปวดลดลงปานกลาง (2) หายปวด (3) หรือระดับความปวดที่ผู้ป่วยยอมรับได้โดยไม่รู้สึกรบกวน สามารถทำกิจกรรมได้ตามสมควร (chronic pain neuropathic pain)
- 7.2.3 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในระดับดี (3) และดีมาก (4)

8. วิธีการประเมิน ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบตรวจสอบปัจจุบัน โดย

- ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ สุ่มตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ยังคงพักรักษาในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ในแต่ละวันตามช่วงเวลาที่กำหนด และประเมินคุณภาพตามประเด็นการตรวจสอบ
- ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ โดยการสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่กำหนดเกี่ยวกับการช่วยเหลือ การพยาบาล การให้ข้อมูลและสุ่มตรวจสอบเวชระเบียนตามประเด็นประสิทธิผล

Inclusion criteria

ผู้ป่วยผู้ใหญ่

ความปวดเฉียบพลัน

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีขึ้นไป
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
3. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดจากการผ่าตัดหรือจากการทำหัตถการ
4. ได้รับการรักษาเรื่องความปวดครบ 24 - 48 ชั่วโมง
5. เข้าใจภาษาไทย

ความปวดเรื้อรัง

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีขึ้นไป
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 48 - 72 ชั่วโมง
3. เข้าใจภาษาไทย
4. มีประสบการณ์ความปวดจากโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยในหอตรวจฉุกเฉิน/ห้องพักฟื้น

1. กลุ่ม trauma ทุกประเภท
 - ระบบโครงกระดูกเนื้อ และ orthopedic
 - ไม่มีบาดเจ็บทางระบบประสาทชนิดรุนแรงร่วม หรือ Glasgow Coma Scale (GCS) มากกว่า 14
 - การทำหัตถการ ที่มีการ invasive เช่น skeleton traction
2. กลุ่ม non-trauma ทุกประเภท
 - Abdominal pain ที่สามารถให้ยาบรรเทาปวดที่ไม่มีข้อห้ามในการบดบังอาการและการวินิจฉัย เช่น appendicitis, bowel ischemia
 - Cancer or tumor pain ที่มาด้วยอาการปวดแบบเฉียบพลัน
 - ระบบโครงกระดูกเนื้อ และ orthopedic
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอพักฟื้น

ผู้ป่วยเด็ก

ความปวดเฉียบพลัน

1. ผู้ป่วยทารกและเด็ก อายุ 0 - 15 ปีที่ไม่มีความพิการทางสมอง
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
3. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดจากการผ่าตัดหรือจากการทำหัตถการ
4. ได้รับการรักษาเรื่องความปวดครบ 24 - 48 ชั่วโมง

ความปวดเรื้อรัง

1. ผู้ป่วยทารกและเด็ก อายุ 0 – 15 ปี ที่ไม่มีความพิการทางสมอง
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 48-72 ชั่วโมง
3. มีประสบการณ์ความปวดจากโรคมะเร็ง

9. วิธีการคำนวณ

ตัวชี้วัด	สูตร
อัตราการบันทึกการประเมินความปวด (ตำแหน่ง)	$\frac{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวด ที่มีการบันทึกการประเมินความปวด (ตำแหน่ง) X 100}}{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมดที่นำมาประเมิน}}$
อัตราการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด (เช่น NRS, VAS, CPOT, DN, เป็นต้น)	$\frac{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วย ที่มีการบันทึกชื่อเครื่องมือมาตรฐาน ในการประเมินความปวด X 100}}{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมดที่นำมาประเมิน}}$
อัตราการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ครั้ง/ 24 ชั่วโมง	$\frac{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการบันทึก Pain score 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง X 100}}{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาประเมิน}}$
อัตราการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด	$\frac{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวด ที่มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด X 100}}{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมดที่นำมาประเมิน}}$
อัตราการบันทึก intervention ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา	$\frac{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดที่มีการบันทึก intervention ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา X 100}}{\text{จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมดที่นำมาประเมิน}}$
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีความปวดต่อการจัดการความปวดในระดับดี (3)และดีมาก(4)	$\frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ป่วยตอบระดับดี (3)และ ระดับดีมาก(4) ด้านความพึงพอใจในการจัดการความปวด X 100}}{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ป่วยตอบทั้งหมด ด้านความพึงพอใจในการจัดการความปวด}}$

ตัวชี้วัด	สูตร
<p>อัตราความปวดลดลงปานกลาง(2 หรือ หายปวด(3) (ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว) และผู้ป่วยแสดงอาการสงบ พักได้ดี (2) (ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือพร้อมความสามารถในการสื่อสาร) (acute pain) (วัดประสิทธิผล)</p>	<p>จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดลดลงปานกลาง(2)หรือหายปวด (3)X 100</p> <hr/> <p>จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมดที่นำมาประเมิน</p> <p>จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดที่ผู้ป่วยแสดงอาการสงบ พักได้ดี (2) X 100</p> <hr/> <p>จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมดที่นำมาประเมิน</p>
<p>อัตราความปวดที่ลดลงในระดับความปวดลดลงเล็กน้อย (1)หรือ ความปวดลดลงปานกลาง (2)หรือ หายปวด (3) หรือ ระดับความปวดที่ผู้ป่วยยอมรับได้ โดยไม่รู้สึกรบกวน สามารถทำกิจกรรมได้ตามสมควร (chronic & neuropathic pain) (วัดประสิทธิผล)</p>	<p>จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวด มีระดับความปวดลดลงเล็กน้อย (1) หรือ ความปวดลดลงปานกลาง (2) หรือ หายปวด (3) หรือระดับความปวดที่ผู้ป่วยยอมรับได้ โดยไม่รู้สึกรบกวน สามารถทำกิจกรรมได้ตามสมควร X 100</p> <hr/> <p>จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมดที่นำมาประเมิน</p>

นโยบายและแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล

เรื่อง “การจัดการความปวด”

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาตรฐานฉบับนี้			เหตุผลในการปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงมาตรฐาน						เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ	
มาตรฐานใหม่	ปรับรูปแบบ Re-formatted	ปรับปรุงใหม่ Revised	แก้ไข/เพิ่มเติม ข้อความที่ จำเป็น	แก้ไขให้ สอดคล้องกับ มาตรฐาน	ปรับเปลี่ยน กฎ-ระเบียบ	มีความ เสี่ยง	เป็นความรู้/ วิชาการ ใหม่	เพิ่ม ประสิทธิภาพ	Yes	No
	✓						✓	✓	✓	
การปรับปรุงแก้ไข : มาตรฐานค่านโยบายฉบับนี้ จะปรับเปลี่ยน/ปรับปรุงแก้ไขทุก 3-5 ปี หรือเมื่อมีความจำเป็น										
วัน / เดือน / ปี ที่สร้างครั้งแรก : กรกฎาคม 2547										
วัน / เดือน / ปี ที่ปรับปรุงแก้ไข : กรกฎาคม 2554										
วัน / เดือน / ปี ที่เผยแพร่ : ตุลาคม 2555										
File Name :										

ภาคผนวก

1. การระงับความปวดด้วยยา

1.1 เลือกใช้ยาระงับปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจาก ชนิดของความปวด ระดับความปวด ผลข้างเคียงของยาระงับปวด ข้อควรระวังในการใช้ยา สภาพการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่าย (level 1)

1.2 เลือกใช้ยาระงับปวดให้เหมาะสมกับระดับความปวดที่ประเมินได้ (level 4)

1.2.1 ปวดระดับเล็กน้อย ให้ยาบรรเทาปวดพาราเซตามอล หรือให้ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs])

1.2.2 ปวดระดับปานกลาง ให้ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid analgesics) หรือให้ร่วมกับยาบรรเทาปวดพาราเซตามอล หรือให้ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

1.2.3 ปวดระดับมาก ให้ยาบรรเทาปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์มาก (strong opioid analgesics) หรือให้ร่วมกับยาบรรเทาปวดพาราเซตามอล หรือให้ร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

2. การระงับความปวดโดยไม่ใช้ยา

2.1 ควรให้การระงับความปวดด้วยยา ร่วมกับการระงับความปวดโดยไม่ใช้ยา (level 1)

2.2 เมื่อใช้วิธีการระงับความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณา ดังนี้ (level 4)

2.2.1 ใช้การระงับความปวดโดยไม่ใช้ยาเมื่อผู้ป่วยได้รับการระงับความปวดด้วยยาระงับปวดอย่างเพียงพอ

2.2.2 การเลือกวิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณาจากความชอบของผู้ป่วยแต่ละราย และข้อควรระวังหรือข้อห้ามในการใช้

2.3 กลยุทธ์การระงับความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

2.3.1 วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย

2.3.2 วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ

2.4 ให้การระงับความปวดด้วยวิธีการต่างๆ ภายใน 15 นาที ภายหลังจากประเมินความปวด และพบว่าผู้ป่วยมีความปวด (level 2)

การระงับความปวดเฉียบพลัน ผู้ป่วยผู้ใหญ่
รายละเอียดการระงับความปวดแบบใช้ยา (acute pain)

ชื่อยา	ข้อบ่งชี้	ขนาดที่ใช้/การออกฤทธิ์	ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์
<p>Paracetamol: เป็นยาบรรเทาความปวดที่ใช้ได้ผลดีใน acute pain การใช้ยาอย่างถูกต้องและใช้เพียงชั่วคราวจะมีผลต่อระบบทางเดินอาหารน้อยและไม่มีผลต่อการทำงานของเกร็ดเลือดจึงใช้ได้อย่างปลอดภัยในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด</p>			
พาราเซตามอล (paracetamol) (Wiffen, 2008)	ใช้ระงับความปวดในระดับเล็กน้อย และยังใช้เป็นยาเสริมกับยาในกลุ่ม opioid ทำให้ลดขนาดการใช้ยา opioid ลง	<p>ขนาดยาสูงสุด</p> <p>ไม่เกิน 4000 mg/วัน</p> <p>ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ</p> <p>ห้ามฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำ</p> <p>ขนาดฉีดทางกล้ามเนื้อ</p> <p>300 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง</p> <p>ขนาดรับประทาน</p> <p>500-1000 mg ทุก 4-6 ชั่วโมง</p> <p>การออกฤทธิ์</p> <p>ภายใน 30-60 นาที โดยยาจะออกฤทธิ์ในการระงับปวดได้นาน 4-6 ชั่วโมง</p>	<p>-ขนาดยาปกติไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียง ยาจะถูกทำลายที่ตับ สำหรับผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่อง ควรลดขนาดของยาลงโดยใช้ไม่เกิน 2000 mg/วัน และไม่ควรรีใช้ยาคิดต่อกันนานเกิน 5 วัน</p>
<p>ยาในกลุ่ม NSAIDs : ใช้สำหรับระงับความปวดระดับไม่รุนแรง หรือใช้ร่วมกับยาระงับความปวดพาราเซตามอลและยาในกลุ่ม opioid จะทำให้เกิด dose sparing effects (การได้ผลระงับความปวดเท่าเดิมแต่มีการใช้ opioid ขนาดลดลงทำให้ลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา) ยาในกลุ่ม NSAIDs มีคุณสมบัติในการลดระดับ inflammatory mediators ที่ถูกสร้างบริเวณที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ โดยจะยับยั้ง enzyme cyclooxygenase (COX) ซึ่งเป็นตัวกลางในการเปลี่ยน arachidonic acid เป็น prostaglandins และ leukotrienes โดย mediators เหล่านี้จะทำให้ปลายประสาทไวต่อการกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความปวด ยาอาจมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้ด้วยแต่ไม่มีผลกระตุ้น opioid receptors</p> <p><u>ข้อบ่งชี้ในการใช้ NSAIDs</u> เพื่อระงับปวดระดับปานกลางและลดการอักเสบ และใช้ในกรณีที่มีอาการปวดกระดูก (bone pain) หรือลดความปวดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังกระดูกและ soft tissue</p> <p><u>ข้อควรระวังในการใช้ยา NSAIDs</u> ไม่ควรใช้ยาหลายตัวร่วมกันเพื่อหวังผลในการเสริมฤทธิ์ยาซึ่งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาให้เปลี่ยนชนิดของยาและอาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม opioid ร่วมด้วย การให้ยา NSAIDs พร้อมกับการรับประทานอาหาร หรือให้ร่วมกับยาในกลุ่ม H₂- blocker เช่น ranitidine หรือ ยาในกลุ่ม proton pump inhibitor (PPI) เช่น omeprazole จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร</p>			

ชื่อยา	ข้อบ่งชี้	ขนาดที่ใช้/การออกฤทธิ์	ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์
ไดโคลฟีแนค (diclofenac) (voltaren [®]) (สมบูรณ์ เทียน ทอง, 2548)	ใช้บรรเทาอาการอักเสบ และบวม ระวังอาการปวด จากการได้รับบาดเจ็บ หรือจากการผ่าตัด	ขนาดยาสูงสุด 150 mg/วัน ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ 75-150 mg/วัน ขนาดฉีดทางกล้ามเนื้อ 75-150 mg/วัน ขนาดรับประทาน 75-150 mg/วัน โดยแบ่งให้ 2-3 มื้อ หลังอาหารทันที การออกฤทธิ์ ภายใน 20 นาที เมื่อฉีดเข้าทาง หลอดเลือดดำหรือทางกล้ามเนื้อ ชนิดรับประทาน ระยะเวลาในการ ออกฤทธิ์ขึ้นอยู่กับรูปแบบของยา คือ รูปแบบที่ออกฤทธิ์เร็ว (immediate release) ภายใน 1 ชั่วโมง รูปแบบที่ออกฤทธิ์ช้า (enteric coated/ delayed release) ภายใน 2 ชั่วโมง และรูปแบบที่ ออกฤทธิ์ได้นาน (extended release) ภายใน 5.25 ชั่วโมง	ห้ามใช้ร่วมกับยา fluconazole, warfarin, lithium ACE- inhibitor, antacids, thiazide, loop diuretic - การฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อจะทำให้ ปวดบริเวณที่ฉีดมาก - การฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำควร เจือจางด้วยสารละลายที่มีฤทธิ์เป็น ด่างเนื่องจากยาจะระคายเคืองต่อ หลอดเลือดมาก
Parecoxib (Dynastat [®]) (สมบูรณ์ เทียนทอง, 2548)	ใช้ระงับความปวดหลัง การผ่าตัด	ขนาดยาสูงสุด ไม่เกิน 80 mg/วัน ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ 40 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง ขนาดฉีดทางกล้ามเนื้อ 40 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง ขนาดรับประทาน ไม่มี การออกฤทธิ์	- อาจทำให้เกิดอาการแพ้ในผู้ป่วยที่มี ประวัติแพ้ยา sulfonamide - คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ - ความดันโลหิตต่ำ - เหงื่อออก - ผื่นคัน - ไข้ - ท้องอืด

ชื่อยา	ข้อบ่งชี้	ขนาดที่ใช้/การออกฤทธิ์	ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์
		ภายใน 30 นาที เมื่อฉีดทางหลอดเลือดดำ และภายใน 60 นาที เมื่อฉีดทางกล้ามเนื้อ	
<p>ยาในกลุ่ม opioid: เป็นยาระงับปวดหลักที่นำมาใช้ในการระงับความปวดระดับปานกลาง-มาก แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ weak opioid และ strong opioid ยาระงับปวดในกลุ่ม opioids มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาก่อนข้างมาก และควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยที่ตับและไตบกพร่องการทำงาน เนื่องจากยาส่วนใหญ่จะถูกทำลายและขับออกจากร่างกายทางตับและไต ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาจึงต้องมีการติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและให้การรักษาตามอาการอย่างเหมาะสม (Abrams, Pennington, & Lammon 2009; Sessler & Varney, 2008)</p>			
<p>ทรามาดอล (tramadol) (tramol[®]) (Macintyre & Schung, 2007)</p>	<p>อยู่ในกลุ่ม weak opioid ใช้ระงับความปวดในระดับปานกลาง โดยยาจะออกฤทธิ์ในการระงับความปวดน้อยกว่ามอร์ฟีนประมาณ 10 เท่า ยาจะมีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด และระบบทางเดินอาหารเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ใช้เป็นยาระงับปวดแล้วหากผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นหลังผ่าตัดอาจใช้ยา tramadol ขนาด 1 mg/กิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ (ไม่เกิน 100 mg) เพื่อแก้ไขอาการ</p>	<p>ขนาดยาสูงสุด ไม่เกิน 400 mg/วัน</p> <p>ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ 50-100 mg ฉีดซ้ำๆ หรือผสมให้เจือจาง ทุก 4-6 ชั่วโมง</p> <p>ขนาดฉีดทางกล้ามเนื้อ 50-100 mg ไม่ต้องทำให้เจือจาง</p> <p>ขนาดรับประทาน 50 mg วันละ 3-4 ครั้ง</p> <p>การออกฤทธิ์ ภายใน 30-60 นาที และระงับความปวดได้นานประมาณ 4-6 ชั่วโมง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คลื่นไส้ อาเจียน - วิงเวียนศีรษะ - มึนงง - ปากแห้งคอแห้ง - ห้ามรับประทานยาร่วมกับยา Carbamazepine (CBZ), Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI's), tricyclic antidepressants, quinidine, cimetidine
<p>โคดีอีน (codeine)</p>	<p>เป็นยาในกลุ่ม weak opioid ใช้ระงับความปวดในระดับปานกลาง ปัจจุบันมีการใช้พาราเซตามอล ผสม codeine ในเม็ด</p>	<p>ขนาดยาสูงสุด เกิน 120 mg/วัน</p> <p>ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ -</p> <p>ขนาดฉีดทางกล้ามเนื้อ -</p>	<ul style="list-style-type: none"> - คลื่นไส้ อาเจียน - ง่วงซึม - สับสน เอะอะ วิงเวียน - ท้องผูก

ชื่อยา	ข้อบ่งชี้	ขนาดที่ใช้/การออกฤทธิ์	ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์
		<p>100-150 mg ไม่ต้องผสมให้เจือจาง ทุก 3-4 ชั่วโมง</p> <p>ขนาดรับประทาน</p> <p>-</p> <p>การออกฤทธิ์</p> <p>ภายใน 5-10 นาที หลังการให้ทางหลอดเลือดดำ ยาจะออกฤทธิ์นานประมาณ 4 ชั่วโมง นอกจากฤทธิ์ในการระงับปวดแล้วยาจะลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยหลับได้</p>	<p>ซึมและมีอาการปากแห้งคอแห้ง ยาจะถูกทำลายที่ตับได้ "norpethidine" ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย มือสั่น กล้ามเนื้อกระตุกและชัก</p>
<p>เฟนทานิล (fentanyl) (วรรณวิมล แสงโชติ, 2552)</p>	<p>อยู่ในกลุ่ม strong opioid ใช้ระงับความปวดในระดับปานมาก โดยเป็นยาระงับปวดที่นิยมใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตเนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็วและไม่มีผลกระตุ้นการหลั่ง histamine ยาออกฤทธิ์ในการระงับความปวดได้มากกว่ามอร์ฟีนประมาณ 100 เท่า ยาจะถูกทำลายที่ตับได้เป็นสาร metabolite ที่ไม่มีผลต่อร่างกายจึงมีความปลอดภัยในการใช้</p>	<p>ขนาดยาสูงสุด 200-800 mcg</p> <p>ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ 1-2 mcg /kg ทุก 30-60 นาที หรือหอบคอตต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ 20 mcg/kg/hr</p> <p>ขนาดฉีดทางกล้ามเนื้อ</p> <p>-</p> <p>ขนาดรับประทาน</p> <p>-</p> <p>การออกฤทธิ์</p> <p>ภายใน 1-2 นาที และคงฤทธิ์อยู่นาน 0.5 - 2 ชั่วโมง</p> <p>ข้อดี: เฟนทานิล มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดน้อย จึงนิยมใช้ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีระบบหัวใจและหลอดเลือดผิดปกติและผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ยาในขนาดสูงและรวดเร็วจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (muscle rigidity) และทำให้หัวใจเต้นช้าลง - ยาจะถูกทำลายที่ตับการให้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้มีการสะสมของยา ดังนั้นจึงควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุและ ผู้ป่วยโรคตับ - อาจทำให้หัวใจเต้นช้าเนื่องจากยากระตุ้น vagus nerve

การระงับความปวดเฉียบพลัน ผู้ป่วยเด็ก
รายละเอียดการระงับความปวดแบบใช้ยา (acute pain)

ชื่อยา	ข้อบ่งชี้	การออกฤทธิ์	ผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์
พาราเซตามอล (paracetamol)	ใช้ระงับความปวดระดับ เล็กน้อย	ขนาดยาสูงสุด Neonate 60 mg/กิโลกรัม/วัน Infant 90 mg/กิโลกรัม/วัน Child 90 mg/กิโลกรัม/วัน ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ - ห้ามฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดฉีดทางกล้ามเนื้อ 10-20 mg/กิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง ขนาดรับประทาน 15-20 mg/กิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง การออกฤทธิ์ ภายใน 30-60 นาที โดยยาจะ ออกฤทธิ์ในการระงับปวดได้ นาน 4-6 ชั่วโมง	ดูการระงับความปวดเฉียบพลัน ผู้ป่วยผู้ใหญ่
มอร์ฟีน (morphine)	ใช้ระงับความปวดระดับ ปานกลาง-มาก	ขนาดยาสูงสุด คำนวณตามน้ำหนักตัว ขนาดฉีดทางหลอดเลือดดำ หรือ ทางชั้นใต้ผิวหนัง เด็กน้ำหนัก < 50 กิโลกรัม 0.1 mg/กิโลกรัม ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือหยดอย่างต่อเนื่อง 0.03 mg/กิโลกรัม/ชั่วโมง เด็กน้ำหนัก > 50 กิโลกรัม	- กดการหายใจ - คลื่นไส้ อาเจียน - ความดันในกะโหลกศีรษะ เพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ -ท้องผูก - รุ่มนตาเล็กลง - ปัสสาวะไม่ออก - อาการเป็นพิษจากการใช้ยาเกิน ขนาด เช่น ไม้รู้สึกตัว ม่านตาเท่า รูเข็ม หายใจช้ามาก ในที่สุดเป็น Cheyne Stoke เกิดอาการตัว เขียว ผิวหนังเย็น ความดันโลหิต ต่ำ หมดสติ เป็นต้น บางรายมี

มีการใช้การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

6. มีการใช้การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- การใช้สื่้อารมณ์ขัน การเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดทำ
 เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดเฉพาะที่ การนวดกดจุด
 การใช้ดนตรีบำบัด การใช้สมาธิ การประคบความร้อน/เย็น
 การประคบประครองด้านจิตใจ อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน/แบบสอบถามการจัดการความปวดจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้

ข้อคำถาม	ไม่ลดลง (0)	ลดลงเล็กน้อย (1)	ลดลงปานกลาง (2)	ลดลงทั้งหมด (3)
หลังได้รับการระงับความปวด ความปวดของท่านบรรเทาลงอย่างไร	7 - 10	4 - 6	1 - 3	0

ผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือพร้อมความสามารถในการสื่อสาร

คะแนน	รายละเอียด
<input type="checkbox"/> พักไม่ได้ (0)	ผู้ป่วยมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ หนาวสั่น กระวนกระวายต่อต้านเครื่องช่วยหายใจหรือกีดท่าช่วยหายใจ และไม่สามารถหลับได้
<input type="checkbox"/> พักได้บ้าง (1)	ผู้ป่วยมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ หนาวสั่น กระวนกระวายต่อต้านเครื่องช่วยหายใจหรือกีดท่าช่วยหายใจบ้าง แต่ยังสามารถหลับได้ในช่วงเวลาสั้นๆ
<input type="checkbox"/> สงบ พักได้ดี (2)	ผู้ป่วยไม่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ หนาวสั่น หรือกระวนกระวาย หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ และสามารถหลับได้เป็นเวลานาน

ท่านพึงพอใจในการจัดการความปวดที่ได้รับมากน้อยเพียงใด

	ไม่พอใจ (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)
1. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด	()	()	()	()	()
2. การพยาบาลอย่างนุ่มนวลเมื่อมีอาการปวด	()	()	()	()	()
3. การประเมิน สอบถามอาการปวดภายหลังได้รับยาบรรเทาปวด	()	()	()	()	()
4. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับแพทย์และพยาบาล	()	()	()	()	()
5. การให้ข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกระดับความปวด	()	()	()	()	()
6. การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด	()	()	()	()	()
7. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา	()	()	()	()	()
8. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด	()	()	()	()	()

Inclusion criteria

ผู้ป่วยผู้ใหญ่

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีขึ้นไปรับไว้รักษาในโรงพยาบาล
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดจากการผ่าตัด
3. ได้รับการรักษาเรื่องความปวดครบ 24 - 48 ชั่วโมง
4. มีสติสัมปชัญญะดี
5. เข้าใจภาษาไทย

ผู้ป่วยเด็ก

1. ผู้ป่วยทารกและเด็ก อายุ 0 - 15 ปีที่ไม่มีความพิการทางสมอง
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
3. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความปวดจากการผ่าตัดหรือจากการทำหัตถการ
4. ได้รับการรักษาเรื่องความปวดครบ 24 - 48 ชั่วโมง

แบบเก็บตัวชี้วัดการจัดการความปวด(มะเร็ง)

ID No.

วันที่เก็บข้อมูล.....

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

 ความปวดเรื้อรัง (เก็บข้อมูลหลังรับไว้รักษาภายใน 48 -72 ชั่วโมง) มะเร็ง ความปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท

หอผู้ป่วย.....งานการพยาบาล.....

อายุ.....ปี

เพศ ชาย หญิงสถานภาพ โสด คู่ หม้าย หย่า/แยกระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรีอาชีพ รับราชการ รับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว นิสิต/นักศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม อื่นๆ.....

โรค(แยกตามกลุ่มโรคตามสาขา)

 สูติศาสตร์/นรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ โสต คอ นาสสิก อื่นๆ

การวินิจฉัยโรค.....

สิทธิการรักษา ดันตังกัด ชำระเงินเอง ประกันสุขภาพ ประกันสังคม อื่นๆ.....การรักษาปัจจุบัน Concurrent RT and chemotherapy เคมีบำบัด รังสีรักษา Palliative Care อื่นๆ.....ได้รับการรักษาความปวดจากมะเร็งโดย หน่วย Pain Clinic ใช่ ไม่ใช่

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1 แบบประเมินกระบวนการจัดการความปวด (พยาบาลเป็นผู้กรอก)

1. มีการบันทึกความรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง

มี ไม่มี

2. มีการบันทึกตำแหน่งที่ปวดในบันทึกทางการพยาบาล

มี ไม่มี

3. มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวดในกรณีที่มี breakthrough pain score ≥ 7

(N/A = ในกรณีที่ไม่มี breakthrough pain/ pain score ≥ 7)

มี ไม่มี

4. มีการบันทึก interventions ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา

มี ไม่มี

ถ้าตอบว่ามี กรุณาเลือกในข้อต่อไปนี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. การใช้สื่ออารมณ์ขัน | <input type="checkbox"/> 2. การเบี่ยงเบนความสนใจ |
| <input type="checkbox"/> 3. การจัดทำ | <input type="checkbox"/> 4. การนวดเฉพาะที่ |
| <input type="checkbox"/> 5. การนวดกดจุด | <input type="checkbox"/> 6. การใช้ดนตรีบำบัด |
| <input type="checkbox"/> 7. ให้คำแนะนำการใช้สมาธิ | <input type="checkbox"/> 8. การประคบร้อน / เย็น |
| <input type="checkbox"/> 9. การประคับประคองด้านจิตใจ | <input type="checkbox"/> 10. การลูบบริเวณที่ปวดเบาๆ |
| <input type="checkbox"/> 11. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย / หายใจช้าๆลึก | |
| <input type="checkbox"/> 12. การให้ข้อมูล | |
| <input type="checkbox"/> 13. อื่นๆ ระบุ..... | |

5. มีคำสั่งการรักษาเรื่องยาบรรเทาปวดหรือไม่

มี ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการความปวด (ผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นผู้กรอก)

ผู้ป่วย ครอบครัว (เฉพาะในผู้ป่วยเด็ก)

หมายเหตุ* สำหรับผู้ป่วยหนักที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือพร้อมความสามารถในการสื่อสารไม่ต้องตอบ
ส่วนที่ 2

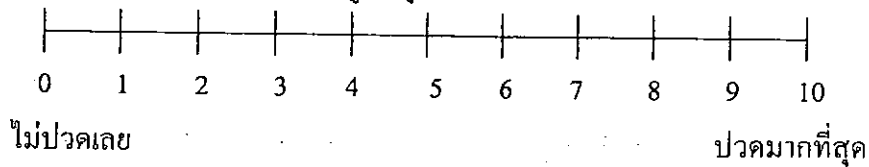
โปรดทำเครื่องหมาย X ลงในข้อ หรือตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

6. ท่านมีวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช่ยาอย่างไรบ้าง

ไม่มี

มี โปรดระบุ.....

7. ระดับความปวดที่ท่านยอมรับได้โดยไม่รู้สึกรบกวน



8. ท่านพึงพอใจในการจัดการความปวดที่ได้รับมาน้อยเพียงใด

หัวข้อ	ไม่พอใจ (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)
1. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วจากพยาบาลเมื่อมีอาการปวด					
2. การประเมินและสอบถามอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ					
3. การให้ข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกระดับความปวด					
4. การให้ข้อมูลเรื่องวิธีจัดการความปวด					
5. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา					
6. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด					

เอกสารแนบ 1

Inclusion criteria

ผู้ป่วยผู้ใหญ่

1. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปีขึ้นไป
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 48-72 ชั่วโมง
3. เข้าใจภาษาไทย
4. มีประสบการณ์ความปวดจากโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยเด็ก

1. ผู้ป่วยทารกและเด็ก อายุ 0 – 15 ปีที่ไม่มีความพิการทางสมอง
2. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 48-72 ชั่วโมง
3. มีประสบการณ์ความปวดจากโรคมะเร็ง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. เริ่มเก็บในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 48-72 ชั่วโมง
2. ความปวดจากโรคมะเร็ง หมายถึง ความปวดจากกระบวนการดำเนินของโรค เช่น
 - มะเร็งกดหรือเบียดเส้นประสาท
 - มะเร็งกระจายหรือลุกลามไปที่กระดูก หรือเป็นมะเร็งกระดูก
 - มะเร็งลุกลามเข้าสู่หลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง
 - มะเร็งทำให้เกิดการอุดตันของอวัยวะที่เป็นท่อกลาง เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น
 - มะเร็งกดหรือเบียดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลให้อวัยวะบวม ตึงหรือปวด
 - มะเร็งขยายขนาดอย่างรวดเร็ว ทำให้เบียดคั่นอวัยวะต่างๆ
 - การตายของเนื้อเยื่อมะเร็ง ทำให้เกิดการอักเสบหรือติดเชื้อ

วิธีการเก็บ

1. ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเริ่มทบทวนวันที่ 2 ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยบันทึกส่วนของข้อมูลทั่วไป
2. ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทบทวนในส่วนที่ 1 แบบประเมินกระบวนการจัดการความปวด ดังนี้
 - 2.1 ในส่วนของการบันทึกความรุนแรงของความปวดอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง ให้ประเมินความต่อเนื่องเรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) โดยจะต้องมีการบันทึกเรื่องความปวดทุกเวอร์โดยใช้ numerical rating pain scale บอกความรุนแรงของความปวด
 - 2.2 ในส่วนของการบันทึกตำแหน่งที่ปวดในบันทึกทางการพยาบาล ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทบทวนว่ามีการบันทึกเรื่องตำแหน่งที่ปวดของผู้ป่วยหรือไม่ เช่น ปวดบริเวณ.....

- 2.3 ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทบทวนว่ามีกรณีบันทึกเรื่องการประเมินความปวดซ้ำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ทั้งจากยาและวิธีการที่ไม่ใช่ยา
3. ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทบทวนคำสั่งการรักษาเรื่องยาบรรเทาปวด
4. ส่วนแบบสอบถามการจัดการความปวด ผู้ป่วย/ครอบครัวเป็นผู้กรอกให้เริ่มแจกให้ผู้ป่วย/ญาติช่วยประเมิน กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด ไม่สามารถทำเองได้ หรือผู้ช่วยเก็บข้อมูลอ่านแล้วให้ผู้ป่วยตอบ โดยให้เก็บวันที่ครบ 48 -72 ชั่วโมง

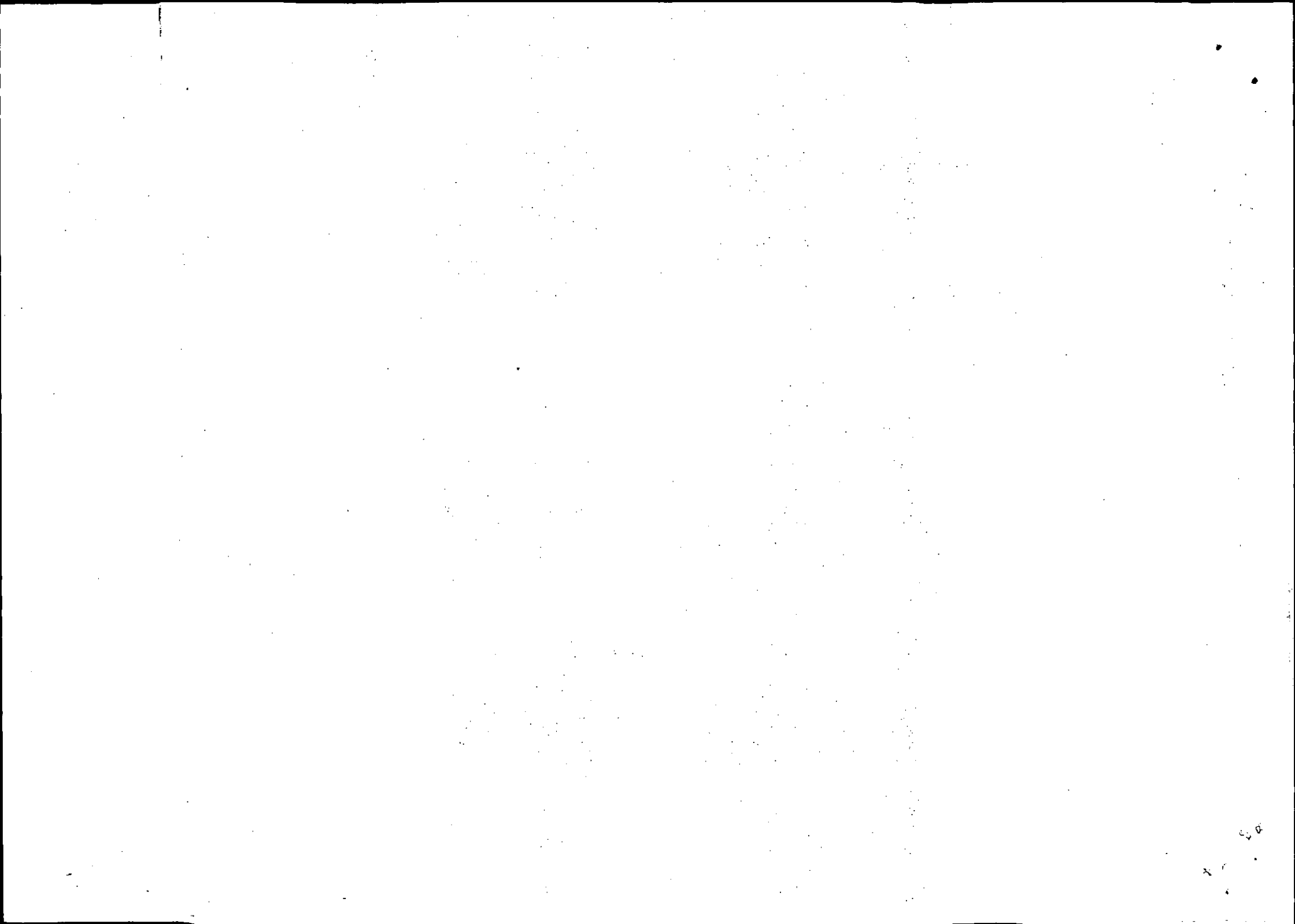
เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม. (2554). *โครงการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวัฒนธรรมการนวดแผนไทย*. ได้รับจาก <http://folklore.culture.go.th/> เมื่อ 10 ตุลาคม 2554
- จุฑามณี สุทธิสีสังข์. (2549). พยาธิกำเนิดและยาที่ใช้สำหรับรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน. *Advances in pharmacotherapeutics and pharmacy practice*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ประชาชน. กรุงเทพฯ. หน้า 67-75
- จურიพร อุ่นบุญเรือง จันทราพร ลุนลุด และอุบล จ้วงพานิช. (2554). โครงการการใช้ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด ได้รับจาก www.gotoknow.org/blog/nueducation/107358 เมื่อ 30 สิงหาคม 2554
- ชมชื่น สิริวิเวช. (2548). *โยคะเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สายรุ้งกิจ.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). *การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาถฤดี พรหมเดาว์. (2545). *ผลของคนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นินยา สออารีย์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด*. สงขลา: แม็กซ์ มีเดีย วาย พู เคเพรส.
- ประภาศรี จีระยิ่งมงคล. (2536). *ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็ง. ใน เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*, (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 182-187). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- พงศภักรดี เจาทะเกษตริน, และ คณะ. (2547). *ความปวด ชุดตำราพื้นฐานความปวด* (เล่มที่ 2). กรุงเทพฯ: เมดิมีเดีย (ประเทศไทย) จำกัด.
- วรรณวิมล แสงโชติ. (2552). Sedation and pain control in ICU. ใน เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ). *Critical care: Towards optimal perfection*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า 711-722). กรุงเทพฯ: บ.บีคอน เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

- ศศิگانต์ นิมมานรัชต์. (2549). Pain physiology and pharmacology in clinical practice:
An update ใน ศศิگانต์ นิมมานรัชต์ และ ชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ). *ความปวดและการระงับปวด*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า 1-25). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2537). แผนการรักษาและบำบัดเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งก่อนส่งคลินิกระงับปวด. (พิมพ์ครั้งที่ 2). น.ป.ท
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2540). *Durogesic (Fentanyl Transdermal System)* ทางเลือกใหม่สำหรับบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง. (พิมพ์ครั้งที่ 1). น.ป.ท
- สมบูรณ์ เทียนทอง. (2548). *การระงับความปวดหลังผ่าตัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท*. กรุงเทพฯ: บริษัทสไตลครีเอทีฟเฮ้าส์จำกัด.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทสไตลครีเอทีฟเฮ้าส์จำกัด.
- สุดกัญญา พัทวี. (2541). *ประสบการณ์ความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และทรวงอกชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก*. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุธิดา ตั้งดิเรกดำรงชัย. (2554). ชื่อเรื่อง: การบริหารความปวดในเด็กโรคมะเร็ง (2) แหล่งขององค์ความรู้: ชุมชน
- สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, กานดา อิมสงวน, พงศ์ศักดิ์ มูลกันทา, นงนุช ดวงสร้อย, นันทิยา คงเพ็ง, เกศินี เกียวกุล และคณะ. (2552). *แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม*. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. จังหวัดเชียงใหม่.
- สุภาภรณ์ บุญโยทยาน. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และ ประณีต ส่งวัฒนา. (2550). *การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ). ความปวดและการจัดการความปวด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ (พิมพ์ครั้งที่ 1) (หน้า 31-41). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*

- Abrams, A. C., Pennington, S. S., & Lammon, C. B. (2009). Clinical drug therapy: Rationales for nursing practice. In (9th ed., pp. 79-99). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ahlers, S. J., Gulik, L. v., Veen, A. M. v. d., Dongen, H. P. v., Bruins, P., Belitser, S. V., et al. (2008). Comparison of different pain score systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, 12, 1-8.
- Erdek, M. A., & Pronovost, P. J. (2004). Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(1), 59-64.
- Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J., et al. (2009). Pain management principles in the critically ill. *Chest*, 135, 1075-1086.
- Health Information. (2011). *Neuropathic Pain*. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.uwhealth.org/healthfacts/>
- Lacy, F.C., Armstrong, L.L., Goldman, P.M., & Lance, L.L. (2009-2010). *Drug information handbook with international trade names index* (18th ed). Lexi-Comp Inc.
- LeMoine, P., & Burke, K. M. (2000). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*. California: Addison-Wesley.
- Macintyre, P. E., & Schug, S. A. (2007). *Acute pain management: A practical guide* (3th ed.). Toronto: Saunders Elsevier.
- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2002). *Clinical nursing skills & techniques* (5th ed.). St. Louis : Mosby.
- Puntillo, K. A., Morris, A. B., Thompson, C. L., Stanik-Hutt, J., White, C. A., & Wild, L. R. (2004). Pain behaviors during six common procedure: Result from thunder project II *Critical Care Medicine*, 32(2), 421-427.
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., A.Mulaski, R., Grap, M. J., L.Erstad, B., et al. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Chest*, 135, 1069-1074.
- Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. (2007). Assessment and management of pain. Retrieved April 25, 2009, from <http://www.mao.org>
- Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. (2002). *Nursing best practice guideline: Assessment and management of pain*. Retrieved April 25, 2009, from <http://www.mao.org>
- Sessler, C. N., & Varney, K. (2008). Patient focused sedation and analgesia in ICU. *Chest*, 133, 552-565.

- Sloman, R., Wruble, A. W., Rosen, G., & Rom, M. (2006). Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 7(4), 153-158.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner and Suddarth's text book of medical-surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Swenson, C. J. (1997). Pain management In S. E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (3rd ed., pp. 746-791). St. Louis: Mosby-Yer.
- The Northern California Chapter of the Neuropathy Association. (2008). *Complementary and alternative treatments for neuropathy*. Retrieved October 1, 2011, from www.pnhelp.org/pdf/pubs/Alternative_Treatments.pdf
- Wiffen, P. (2008). Clinical pharmacology: Paracetamol and compound analgesics. In P. E. macintyre, S. M. Walker & D. J. Rowbotham (Eds.), *Clinical pain management* (2nd ed., pp.84-95). London: Hodder Arnold



คณะกรรมการทบทวนนโยบายและแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล

เรื่อง "การจัดการความปวด"

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

1. นางสาวเอื้องทิพย์ คำปัน กรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพทางการพยาบาล
2. นางสาวพุทธชาติ สมณา งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์
3. นางสาวสุภาพร บุญกองรัตน์ งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์
4. นางสาวรัชนีกร วินิจกุล งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
5. นางขจีพรรณ มะลิวัลย์ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
6. นางสาวเรไร พงศ์สถาพร งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
7. นางเยาวเรศ ตาอินทร์ งานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป
8. นางสาวจันทร์เรือง เตปิน งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น
9. นายณัฐภูมิ นุชพงษ์ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน
10. นางสาวสุคนธา คุณาพันธ์ กรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพทางการพยาบาล
11. นางกรรณิการ์ เจริญศุภวงศ์ กรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพทางการพยาบาล
12. นางวัชรีย์ ดุ้ยคำภีร์ กรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพทางการพยาบาล
13. นางสาวสุภาภรณ์ บุญโยทยาน งานการพยาบาลผู้ป่วยตลยศาสตร์