



• FACT SHEET No. 14

การใช้ผลการรักษาเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาอาการปวด ภายหลังการผ่าตัด: ในขณะที่ให้การรักษา ในระยะสั้น และระยะยาว

การประเมินคุณภาพของการรักษาอาการปวดประกอบด้วย การประเมินทางโครงสร้าง
กระบวนการและผลการรักษา [4] ซึ่งผลการรักษาจะเป็นส่วนสำคัญที่สะท้อนถึงกระบวนการและโครงสร้าง
โดย fact sheet

นี้จะมุ่งเน้นถึงการนำผลลัพธ์การรักษามาเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในผู้ป่วยแต่ละ
ราย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการรักษา และเพื่อประโยชน์ทางด้านการวิจัย

นอกจากนี้การวัดผลการรักษายังมีความจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ

โดยใช้เป็นตัววัดผลการปฏิบัติงานและการจ่ายค่าตอบแทนในระบบสาธารณสุขของบางประเทศ

การรักษาอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การบริการทางสาธารณสุขที่ให้แกผู้ป่วยและประชากร
ได้รับผลสัมฤทธิ์ตามที่ต้องการและเป็นไปตามหลักวิชาการที่ทันสมัย[9]

ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปว่าอะไรคือการระงับปวดระหว่างผ่าตัดอย่างมีคุณภาพ

ซึ่งสะท้อนถึงความไม่ลงตัวของ การประเมินว่าคุณภาพที่ต้องการคืออะไร

จะประเมินเมื่อไหร่และประเมินอย่างไร และมีระดับอ้างอิงอย่างไรที่จะบ่งบอกว่ามีคุณภาพ [10,12]

ผลของการให้ความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ปวดจากการผ่าตัดอาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับ
มุมมองของผู้สังเกตการณ์ (ผู้ป่วย หรือแพทย์ผู้รักษา หรือผู้จัดการ หรือผู้วิจัย) เวลา

(ระยะเวลาสั้นหรือยาวหลังผ่าตัด) และข้อมูลที่มีอยู่ รวมถึง บุคลากรและเทคโนโลยี ตัวอย่าง
ของผลการรักษา ได้แก่

- ผลการรักษาที่ประเมินโดยผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า Patient-reported outcomes (PROs) เช่น
ระดับความรุนแรงของอาการปวด ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผลข้างเคียง คุณภาพชีวิต
ความพึงพอใจ การฟื้นตัว และการเกิดอาการปวดเรื้อรัง

- ผลการรักษาทางคลินิก (Clinical outcomes) เช่น ภาวะแทรกซ้อน ปริมาณยาแก้ปวดที่ใช้ อัตราตาย
- ผลการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economic functions) เช่น ค่าใช้จ่ายการใช้ทรัพยากรและการทำหัตถการ (บุคลากร, เครื่องมือ, เวชภัณฑ์) โดยเปรียบเทียบในภาคการรักษาแบบผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน และการรักษาในสถานพยาบาลเอกชนกับรัฐบาล

การวัดผลการรักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ในการพิจารณาวิธีการที่จะช่วยเป็นแนวทางตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ควรใช้ผลการรักษาต่างๆ ที่ประเมินโดยผู้ป่วย เพื่อใช้ประเมินสภาวะอาการปวดของผู้ป่วย และปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อความปวด (เช่น ชนิดของหัตถการ พันธุกรรม พื้นฐานทางสังคม อารมณ์ ความเหนื่อยล้า ประวัติยาในอดีตและปัจจุบัน) โดยผลการรักษาเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นตัวที่รวดเร็ว ดังนั้นตัววัดผลการรักษาควรเป็นแบบง่าย ๆ ได้แก่

- ระดับความรุนแรงของอาการปวด
- ผลกระทบของอาการปวดต่อการดำเนินชีวิต (เช่น การเคลื่อนไหวขึ้นบนเตียง การเดิน และการนอนหลับ)
- ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรักษาที่ได้รับ (เช่น ความพึงพอใจ ความต้องการการรักษาอาการปวดที่ดีกว่านี้)

เป้าหมายการรักษา (ถ้าเป็นไปได้) คือ มีอาการปวดไม่เกินระดับปวดน้อย [9]

และมีผลกระทบจากอาการปวดและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด

เนื่องจากความปวดหลังผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ดังนั้นการให้การรักษาโดยพิจารณาจากความรุนแรงของอาการปวดเพียงครั้งเดียว (เช่น ปวดมากที่สุด หรือปวดน้อยที่สุด) ไม่ช่วยให้การรักษามีคุณภาพดีขึ้น [7]

แต่กลับมีความสัมพันธ์กับการให้ยาผู้ป่วยมากเกินไปและอาจได้รับผลข้างเคียงที่รุนแรงได้ [14]

แบบสอบถามการประเมินอาการปวดมีหลากหลายเครื่องมือ

แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาว่าเครื่องมือใดที่ดีที่สุดในการประเมินอาการปวด

หรือแม้แต่ความถี่ที่เหมาะสมในการประเมินความปวดหลังผ่าตัด[5]

การใช้กราฟแสดงระดับความปวดของผู้ป่วยตามช่วงเวลาจะช่วยให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการปวดได้ดียิ่งขึ้นเมื่อเทียบกับการประเมินระดับความปวดเพียงครั้งเดียว ซึ่งกราฟนี้จะช่วยประเมินความรวดเร็วในการให้ยาแก้ปวด ระดับอาการปวดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และความปวดที่ลดลงทั้งหมดหลังจากให้ยาแก้ปวด [2,5]

ในสถานที่ปฏิบัติที่มีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมออยู่แล้วนั้น

สามารถนำข้อมูลไปแสดงเป็นกราฟได้เลย ดังนั้นความรู้ในเรื่องการแปลผลของกราฟเป็นสิ่งที่จำเป็นตามมา

การวัดผลการรักษาเพื่อใช้ในงานพัฒนาคุณภาพ [6]

การริเริ่มงานพัฒนาคุณภาพจะต้องคำนึงถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่กลุ่มบุคลากรที่พร้อมในเวลาที่เหมาะสม โดยใช้ข้อมูลจาก clinical data registry

ที่แสดงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นที่หอผู้ป่วย โรงพยาบาล ในระดับประเทศหรือระดับนานาชาติ โดยผู้ให้การรักษานำข้อมูลไปใช้เพื่อ

- ประเมินประสิทธิภาพและผลกระทบของการรักษา เพื่อหาจุดอ่อนและจุดแข็ง และนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงการทำงานให้ดียิ่งขึ้น
- เปรียบเทียบประสิทธิภาพของตนเองกับสถาบันอื่น (benchmark)

ข้อมูลจาก clinical data registry สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับคนไข้ทั่วไปได้ เนื่องจากข้อมูลนี้เก็บรวบรวมจากผู้ป่วยทุกรายรวมถึงในรายที่มีโรคซับซ้อนด้วย ตัวอย่างของ clinical data registry ที่มี ได้แก่

- PAIN OUT (www.pain-out.eu) เป็นข้อมูลทะเบียนนานาชาติของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการปวดระหว่างผ่าตัด [13,15] และได้รับการรับรองจาก IASP
- ข้อมูลจาก The Collaborative Health Outcomes Information Registry (CHOIR) (www.choir.stanford.edu) ซึ่งอยู่ในระหว่างการจัดทำเครื่องมือการประเมินคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดระหว่างผ่าตัดในสหรัฐอเมริกา

การวัดผลการรักษาเพื่องานวิจัย

โดยใช้ผลการรักษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดผลต้องมีมาตรฐานและเชื่อถือได้ [1]

- The Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) group ได้กำหนดตัววัดผลการรักษาหลักๆ ที่ต้องมีในงานวิจัยที่เป็น randomized controlled [3,11]
- ข้อมูลทะเบียนขนาดใหญ่ จะนำไปสู่งานวิจัยทางระบาดวิทยาและการวิจัยทางคลินิกต่อไป

การวัดผลการรักษาเพื่อพันธกิจต่อสังคม: การประเมินประสิทธิภาพทางด้านสาธารณสุข

ผลการปฏิบัติงานจะต้องถูกเปิดเผยแก่องค์กรหรือหน่วยงานที่ซื้อบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงผู้รับบริการ และเป็นตัวกำหนดตลาดทางสาธารณสุข

ในปัจจุบันตัววัดประสิทธิภาพด้านความปวดยังมีน้อย ตัวอย่างข้อมูลที่มีตัววัดด้านความปวด ได้แก่ The U.S. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) (www.hcahponline.org) และ the Picker Institute inpatient surveys in the UK (www.pickereurope.org/)

การประเมินประสิทธิภาพทางสาธารณสุข

ควรพิจารณาจากอาการปวดภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยเนื่องจาก การมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น อาจเพิ่มความเสี่ยงของอาการปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น (เช่น อาการปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด)

ซึ่งอาจประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

REFERENCES

- [1] Boney O, Moonesinghe S, Myles PS, Grocott MPW. Standardizing endpoints in perioperative research. *Can J Anaesth* 2016;63:159–68.
- [2] Chapman CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain* 2011;12:257–62.
- [3] Cooper SA, Desjardins PJ, Turk DC, Dworkin RH, Katz NP, Kehlet H, Ballantyne JC, Burke LB, Carragee E, Cowan P, Croll S, Dionne RA, Farrar JT, Gilron I, Gordon DB, Iyengar S, Jay GW, Kalso EA, Kerns RD, McDermott MP, Raja SN, Rappaport BA, Rauschkolb C, Royal MA, Segerdahl M, Stauffer JW, Todd KH, Vanhove GF, Wallace MS, West C, White RE, Wu C. Research



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

design considerations for single-dose analgesic clinical trials in acute pain: IMMPACT recommendations. *Pain* 2016;157:288–301.

[4] Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743–8.

[5] Gordon DB, DeLeon-Casasola OA, Wu CL, Sluka K, Brennan T, Chou R. Research gaps on practice guidelines for acute perioperative pain management in adults: findings from a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. *J Pain* 2016;17:158–66.

[6] Gordon DB, Polomono R, Pellino, TA, Turk DC, McCracken L, Sherwood G, Farrar J, Paice J, Wallace M, Strassels S. Psychometrics of the Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ) for Quality Improvement of Acute and Cancer Pain Management. *J Pain* 2010;11:1172–86.

[7] Hadjistavropoulos T, MacNab Y, Lints-Martindale A, Martin R, Hadjistavropoulos H. Does routine pain assessment result in better care? *Pain Res Manag* 2009;14:211–6.

[8] Kannampallil T, Galanter WL, Falck S, Gaunt MJ, Gibbons RD, McNutt R, Odwazny R, Schiff G, Vaida AJ, Wilkie DJ, Lambert BL. Characterizing the pain score trajectories of hospitalized adult medical and surgical patients: a retrospective cohort study. *Pain* 2016;157:2739–46.

[9] Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

[10] Malhotra A, Mackey S. Outcomes in pain medicine: a brief review. *Pain Ther* 2012;1:5.

[11] McGrath PJ, Walco GA, Turk DC, Dworkin RH, Brown MT, Davidson K, Eccleston C, Finley GA, Goldschneider K, Haverkos L, Hertz SH, Ljungman G, Palermo T, Rappaport BA, Rhodes T, Schechter N, Scott J, Sethna N, Svensson OK, Stinson J, von Baeyer CL, Walker L, Weisman S, White RE, Zajicek A, Zeltzer L; PedIMMPACT. Core outcome domains and measures for pediatric acute and chronic/recurrent pain clinical trials: PedIMMPACT recommendations. *J Pain* 2008;9:771–83.

[12] Moore RA, Straube S, Aldington D. Pain measures and cut-offs—'no worse than mild pain' as a simple, universal outcome. *Anaesthesia* 2013;68:400–12.

[13] Rothaug J, Zaslansky R, Schwenkglens M, Korman M, Alvin A, Backstrom, R, Brill S, Buchholz IM, Engle C, Fletcher D, Foror L, Funk P, Gerbershagen HJ, Gordon DB, Konrad C, Kopf A, Leykin Y, Pogatzki-Zahn E, Puig M, Rawal N, Taylor RS, Ullrich K, Volk T, Yahiaoui-Doktor M, Meissner W. Patients' perceptions of post-operative pain management: validation of the International Pain Outcomes questionnaire (IPO). *J Pain* 2013;14:1361–70.

[14] Vila H Jr, Smith RA, Augustyniak MJ, Nagi PA, Soto RG, Ross TW, Cantor AB, Strickland JM, Miguel RV, The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? *Anesth Analg* 2005;101:474–80.

[15] Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR, Bäckström R, Brill S, Fletcher D, Fodor L, Gordon DB, Komann M, Konrad C, Leykin Y, Pogatzki-Zahn E, Puig MM, Rawal N, Ullrich K, Volk T, Meissner W. PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. *Eur J Pain* 2015;19:490–502.

AUTHOR

Deb Gordon RN, DNP, FAAN
Departments of Anesthesiology & Pain Medicine
Co-Director, Harborview Integrated Pain Care Program
University of Washington



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

Seattle, Wash., USA

Winfried Meissner, MD
Project Coordinator, PAIN-OUT/QUIPS
Dep. of Anesthesiology and Intensive Care
University Hospital FSU Jena
Jena, Germany

Ruth Zaslansky, DSc
Scientific Manager, PAIN-OUT
Jena University Hospital
Dept. of Anesthesiology and Intensive Care
Jena, Germany

REVIEWERS

Jane Quinlan, MB, BS, FRCA, FFPMRCA
Consultant in Anaesthetics and Pain Management
Nuffield Division of Anaesthetics
Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust
Oxford, United Kingdom

Narinder Rawal, MD, Ph.D., FRCA (Hon), EDRA
Professor, Department of Anaesthesiology and Intensive Care
Örebro University
Örebro, Sweden

ผู้แปล
ปราโมทย์ เอื้อโสภณ พ.บ.ว.ว.(สาขาวิสัญญีวิทยา)
ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เกี่ยวกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain®)

IASP
เป็นแหล่งชั้นนำที่มีบุคคลหลายอาชีพเพื่อเสนองานวิชาการวิทยาศาสตร์ การปฏิบัติ และการศึกษาในวิชาการด้านความปวด [เปิดรับสมาชิกสำหรับทุกอาชีพ](#) ที่เกี่ยวข้องในการวิจัย การวินิจฉัย หรือรักษาความปวด IASP มีสมาชิกมากกว่า 7,000 คนใน 133 ประเทศ 90 สมาคมแห่งประเทศ และ 20

ในฐานะของปีสากลแห่งการต่อต้านความปวดหลังการผ่าตัด IASP มีชุดของเอกสารข้อเท็จจริง (Fact Sheets) ครอบคลุมหัวข้อที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

เอกสารเหล่านี้ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆและสามารถดาวน์โหลดได้ฟรี เยี่ยมชม www.iasp-pain.org/globalyear สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.