



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด
ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Pain
Management Among Critically Ill Patients in Surgical Intensive Care
Unit, Chiangrai Prachanukroh Hospital

โดย

หัวหน้าโครงการวิจัย
วรารัตน์ อัครวิเชียร
ผู้ร่วมวิจัย
ปริศนา วะสี
พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน

งานวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนงานวิจัยจากงบประมาณงานวิจัย
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถสำเร็จสมบูรณ์ได้เนื่องด้วยได้รับความกรุณาช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงทุกท่าน ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความรู้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินงานได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ฉวีวรรณ ธงชัย สำหรับกำลังใจและแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้วิจัยมีแรงใจในการพัฒนาตนเองเสมอมา นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ที่ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้กำลังใจมาโดยตลอด รวมทั้งอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา สุดท้าย ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

วรางคณา อัครีเวียง
หัวหน้าโครงการวิจัย

บทสรุปผู้บริหาร

ความปวด เป็นความไม่สบายที่เกิดขึ้นได้บ่อยกับผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ สาเหตุของความปวดมีหลายประการ เช่น การผ่าตัด การได้รับการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกาย การพยาบาลบางอย่างที่ทำให้เกิดความปวด คือ การพลิกตัว การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ การทำความสะอาดบาดแผล เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยวิกฤตยังมีความเสี่ยงต่อการไม่ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม เนื่องจากมีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับยาที่ทำให้ง่วงซึม เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพัฒนาโดยคุณสภากรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) มาใช้ ซึ่งดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (non-randomized control group pretest posttest design) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทรวงอกและช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในช่วงเดือนมีนาคม 2556 – เดือนกุมภาพันธ์ 2557 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต สมมติฐานการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนระดับความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และ 2) ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนว

ปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 จะเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วย ซึ่งมีข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ ช่วยส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีความรู้ความเข้าใจถึงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีดังกล่าว

การวิจัยนี้ มีผลผลิตคือหน่วยงานมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่พิสูจน์และยืนยันได้ว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดี ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินความปวดและการบรรเทาความปวดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีการบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับระดับความปวดและการบรรเทาความปวดในบทบาทของพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถนำผลงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารระดับประเทศ หรือระดับชาติ รวมถึงการนำเสนอในการประชุมหรือสัมมนาทางวิชาการระดับประเทศต่อไป



บทคัดย่อ

ความปวด เป็นความไม่สบายที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤต การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (non-randomized control group pretest posttest design) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต สมมติฐานการวิจัย คือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนระดับความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และ 2) ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทรวงอกและช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนพฤษภาคม 2556 จำนวน 22 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกุมภาพันธ์ 2557 จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พัฒนาโดยสุภาภรณ์ บุณโยทยาน และคณะ (2552) และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการวิจัย ได้แก่ คะแนนความปวดและคะแนนความพึงพอใจ งานวิจัยนี้ดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) ข้อมูลคะแนนความปวดวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากรทั้ง 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired-samples T-test) และคะแนนความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่สัมพันธ์กัน (independent T-test)

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยนี้ ยืนยันว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตนั้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย จึงควรนำเสนอแก่ผู้บริหารเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป



ABSTRACT

Pain is an unpleasant sensory and contribute to adverse outcomes in critically ill patients. This quasi-experimental research design ; non-randomized control group pretest posttest research, aimed to determine the effectiveness of implementing clinical practice guidelines (CPGs) for pain management among critically ill patients in surgical intensive care unit (SICU), Chiangrai Prachanukroh hospital. The purposes of this research were 1) To compare difference of pain score between subjects with non-using CPGs group and using CPGs group and 2) To compare satisfaction score between subjects with non-using CPGs group and using CPGs group. The hypothesizes of this research were 1) Subjects with using CPGs group had difference of pain score more than subjects with non-using CPGs and 2) Subjects with using CPGs group had satisfaction score more than subjects with non-using CPGs. Subjects included 44 critically ill patients who were managed with thoracic and abdominal surgery and admitted in SICU for 72 hours after surgery. They consisted of two groups ; 22 subjects who were non-using CPGs group from March to May, 2013 and 22 subjects who were using CPGs group from June, 2013 to February, 2014. The instruments used in this research were 1) the CPGs for pain management among critically ill patients in SICU, developed by Punyotayana, et al (2009) and 2) the outcomes evaluation form, which included pain and satisfaction score. This research was based on a framework of implementing clinical practice guidelines of the Australian National Health and Medical research Council (NHMRC, 2000). Data were analyzed using paired T-test in pain score and independent T-test in satisfaction score.

The results of this research that :

1. Subjects with using CPGs group had significant decreased score of pain level more than subjects with non-using CPGs group. ($p < .05$)
2. Subjects with using CPGs group had significant increased score of satisfaction more than subjects with non-using CPGs group. ($p < .05$)

The results of this research confirm the implementation of CPGs for pain management among critically ill patients is able to achieve good outcomes. Therefore, this CPGs should be presented to the administrative in order to improve quality of nursing care.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 สมมติฐานของการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	
2.1.1 ความหมายของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	5
2.1.2 สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	6
2.1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	7
2.1.4 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	8
2.2 การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	
2.2.1 การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	8
2.2.2 การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	13
2.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	14
2.4 กรอบแนวคิดของการวิจัย	20
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 สถานที่ทำการทดลองและเก็บข้อมูล	22
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23
3.4 การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	31
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	
5.1 สรุปผลการวิจัย	36
5.2 การอภิปรายผล	37
5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	39
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	39
บรรณานุกรม	40
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบรวบรวมข้อมูล	43
ภาคผนวก ข หนังสือยินยอมให้ใช้งานวิจัย	45
ภาคผนวก ค หนังสือแจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์	47
ภาคผนวก ง หนังสือเรียนเชิญบุคลากรในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นผู้ร่วมโครงการวิจัย	49
ภาคผนวก จ หนังสือชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	51
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสถิติ	54
ประวัติคณะผู้วิจัย	57

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4-1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัด และเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด	32
ตารางที่ 4-2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดที่ลดลงหลังการบรรเทาความปวดในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยการใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired-samples T-test)	33
ตารางที่ 4-3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยการใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่สัมพันธ์กัน (Independent T-test)	34

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 2-1	มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS])	9
ภาพที่ 2-2	มาตรวัดประมาณด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS])	9
ภาพที่ 2-3	กรอบแนวคิดการวิจัย	21
ภาพที่ 4-1	มาตรวัดคะแนนความพึงพอใจ	25
ภาพที่ 4-2	การดำเนินงานวิจัย	30



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความปวด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก และขนาดรูม่านตาเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นและการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Dale et al, 2011 ; Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011 ; Bena, Dumpe, Katz, & Klein, 2010) การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้แผลหายช้า มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น (Dale et al, 2011 ; Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011 ; Fowler, & Marmo, 2010 ; Li, Miaskowski, Burkhardt, & Puntillo, 2009) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งระดับน้ำตาลที่สูงขึ้น จะรบกวนการทำงานของเม็ดเลือดขาว ทำให้แผลเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011 ; Fowler, & Marmo, 2010) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ทำให้เกิดความกลัว เครียดและวิตกกังวล เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง รบกวนแบบแผนการนอนหลับ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ (Dale et al, 2011) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลลัพท์ต่อผู้ป่วยในทางลบมากขึ้น คือ อัตราการตายเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น ต้นทุนการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Dale et al, 2011 ; Carr et al, 2010 ; Fowler, & Marmo, 2010 ; Bosson, Chanques, Labarere, Mantz, & Payen, 2009) ดังนั้น ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนัก เพื่อให้การจัดการความปวดที่เหมาะสม

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Arif-Rahu, & Grab, 2010 ; Dziadulewicz, Hanson, Leske, Maidl, & Paulson-Conger, 2010) มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม (Carr et al, 2010) ในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 24 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไปมีความปวดระดับ 5 คะแนน (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ร้อยละ 81.2 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรก มีความปวดระดับมาก (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ศศิธร พุ่มดวง และอรพรรณ ไชยชาติ, 2549) ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีความปวดระดับปานกลางถึงมาก (Bourgault, Gelinas, Tanguay, & Tousignant-Lafimme, 2011 ; Bosson, Chanques, Labarere, Mantz, & Payen, 2009) ที่สำคัญคือผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงต่อการไม่ได้รับการบรรเทาความปวด เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารได้จากหลายปัจจัย เช่น การใช้

เครื่องช่วยหายใจ การได้รับยาที่ทำให้เกิดการวังซิม เป็นต้น (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Fowler, & Marmo, 2010)

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีหลายประการ เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บ การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกายและการพยาบาล การพยาบาลที่ทำให้เกิดความปวด คือ การพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอน การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล การถอดสายระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผล การถอดสายน้ำเกลือ การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ เป็นต้น นอกจากนี้ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ป่วยที่เกิดจากความไม่รู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดที่จะเกิดขึ้น ยังเป็นสาเหตุของความทนต่อความปวดลดลงได้ จะเห็นได้ว่าจากหัตถการทางการแพทย์ กิจกรรมทางการพยาบาลต่าง ๆ และการขาดการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด เป็นสาเหตุสำคัญของความปวดและความทนต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตนั้นปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดหรือไม่สามารถสื่อสารได้จากสาเหตุดังกล่าว ดังนั้น จึงควรมีการประเมิน ติดตาม บันทึกและการจัดการปวดในผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (Bena, Dumpe, Katz, & Klein, 2010) เพื่อนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางทรวงอกและช่องท้อง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ก่อให้เกิดความปวดในระดับรุนแรง (สุริย์พร , 2550) นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านความปวดจากหลายสาเหตุ เช่น การผ่าตัด การใส่ท่อช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล การถอดสายระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผล การใส่และถอดสายน้ำเกลือ รวมถึงการเจาะเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากความปวดที่เกิดขึ้น จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า การประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีวิธีการที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล และการจัดการความปวดส่วนใหญ่จะเป็นการบรรเทาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ยังไม่ได้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยวิกฤตเป็นส่วนใหญ่

ในปัจจุบันมีงานวิจัยเกี่ยวกับจัดการความปวดที่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันถึงผลลัพธ์ที่พึงประสงค์โดยพัฒนาให้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) เพื่อช่วยการตัดสินใจของพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีความปวด เป็นสถานการณ์ที่ต้องมีการจัดการอย่างเหมาะสม ด้วยวิธีการที่ได้รับการยืนยันถึงผลลัพธ์แล้ว ซึ่งสุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ได้ทบทวนวรรณกรรมและข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันและหน่วยงานที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวดทั้งในประเทศและต่างประเทศ และพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตามมาตรฐานการจัดการความ

ปวตขององค์กรตรวจสอบคุณภาพการดูแลทางสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2001) ประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน คือ การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม การประเมินความปวต การบรรเทาความปวต การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวตและการบรรเทาความปวต การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่านและตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในผู้ป่วยวิกฤต พบว่าสามารถปฏิบัติได้ มีความสะดวกในการปฏิบัติ ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และผู้ใช้มีความพึงพอใจ เนื่องจากหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางทรวงอกและช่องท้อง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ทำให้เกิดความปวตในระดับรุนแรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวตในผู้ป่วยวิกฤต มาใช้เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวตในผู้ป่วยวิกฤต โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตด้านการจัดการความปวตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวตในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวตในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวตระหว่างผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวตในผู้ป่วยวิกฤต

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนระดับความปวตลดลงมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวตในผู้ป่วยวิกฤต
2. ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวตในผู้ป่วยวิกฤต

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-Experimental research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (non-randomized control group pretest posttest design) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวตในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดบริเวณทรวงอกและช่องท้องและพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง แนวทางที่ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งถูกพัฒนาโดยสุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ประกอบด้วย 6 หมวด ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ความรู้สึกหรือประสบการณ์ส่วนบุคคลที่รู้สึกถึงความไม่สบายจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย รวมถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ จิตวิทยา อารมณ์ และพฤติกรรม ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดของผู้ป่วยวิกฤต คือ มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถสื่อสารได้ และเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT]) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งจะประเมินความปวดเริ่มตั้งหลังออกจากห้องผ่าตัดจนครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

ความพึงพอใจในผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ความรู้สึกในทางที่ดีของผู้ป่วยวิกฤตต่อการได้รับการจัดการความปวด ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมิน visual analogue scale (VAS) ซึ่งจะประเมินความพึงพอใจเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007-2012 โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คือ Science direct, pub med, OVID, Thai thesis ตามลำดับ ดังนี้

1. ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.1 ความหมายของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.2 สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.4 ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
2. การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.1-การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 - 2.2 การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ความหมายของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

สมาคมพยาบาลอนุชาโร (RNAO, 2002) ได้ให้ความหมายของความปวดว่า ความปวดเป็นความรู้สึกที่มีลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ซึ่งควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ

ซิมป์สัน (2008) ได้ให้ความหมายของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ว่าเป็น ประสบการณ์การรับรู้หรือความรู้สึกส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งจะสัมพันธ์กับโรค การบาดเจ็บ การผ่าตัด การได้รับเหตุการณ์หรือการรักษาพยาบาลที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

Bhattacharya, Saleh, Samaraee, & Rhind, (2010) ได้ให้ความหมายของความปวด ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อน โดยบุคคลนั้นจะรับรู้และรู้สึกไม่สุขสบายจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

สมาคมการศึกษาความเจ็บปวดนานาชาติ (International Association for the study of Pain [IASP], 2010) ได้ให้ความหมายของความปวดว่า เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายและประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่สุขสบายที่มีส่วนร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย หรืออธิบายในลักษณะของเนื้อเยื่อในร่างกายถูกทำลาย

โดยสรุป ความหมายของความปวด คือ ความรู้สึกหรือประสบการณ์ส่วนบุคคลที่รู้สึกถึงความไม่สุขสบายจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย รวมถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ จิตวิทยา อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีดังนี้

1. ความปวดที่เกิดจากการการรักษารักษาและช่วยชีวิตจากหัตถการทางการแพทย์ ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ จึงเกิดความปวดเกิดขึ้น ดังนี้

1.1 การผ่าตัด (Arif-Rahu, & Grab, 2010 ; Bosson, Chanques, Labarere, Mantz, & Payen, 2009)

1.2 การใส่ท่อช่วยหายใจ (Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011 ; Arif-Rahu, & Grab, 2010)

1.3 การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011 ; Dziadulewicz, Hanson, Leske, Maidl, & Paulson-Conger, 2010)

2. ความปวดที่เกิดจากการการพยาบาล ที่ทำให้เกิดความปวด ดังนี้

2.1 การพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอน ทำให้มีการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อที่มีการบาดเจ็บอยู่แล้ว จึงเกิดความปวดเพิ่มขึ้น (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011)

2.2 การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ ซึ่งแรงดันจากการดูดเสมหะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เกิดความปวดขึ้น (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011)

2.3 การเปลี่ยนผ้าปิดแผล ทำให้มีการดึงผิวหนังชั้นนอก รวมถึงชน ทำให้เกิดความปวดได้ (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Dziadulewicz, Hanson, Leske, Maidl, & Paulson-Conger, 2010)

2.4 การทำความสะอาดแผล ทำให้เกิดการกระเทือนของเนื้อเยื่อที่มีการบาดเจ็บอยู่แล้ว ส่งผลให้เกิดความปวดขึ้น (Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Arif-Rahu, & Grab, 2010)

2.5 การถอดสายระบายสิ่งคัดหลั่งจากแผล การถอดสายน้ำเกลือ การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ (Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011)

3. การไม่มีความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดที่จะได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวต่อความปวด ทำให้ความทนต่อความปวดลดลง (สุภาภรณ์ คุณสิทธิ์, 2554)

จะเห็นได้ว่าจากหัตถการทางการแพทย์ กิจกรรมทางการพยาบาลต่างๆ และการขาดความรู้เกี่ยวกับความปวดนั้น เป็นสาเหตุสำคัญของความปวดและความทนต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีดังนี้

1. ประสบการณ์ความปวดในอดีต ผู้ที่เคยประสบความปวดและได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม จะเรียนรู้วิธีการจัดการความปวดดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวดมาก่อน (สุริยพร คุณสิทธิ์, 2550 ; Macintyre & Schug, 2007)
2. สภาวะอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเศร้า ความโกรธ เป็นต้น ความรู้สึกเหล่านี้จะกระตุ้นกล้ามเนื้อหดรัดตัวมากขึ้นและไปกระตุ้นระบบควบคุมส่วนกลางให้เปิดประตูความปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดรุนแรงขึ้น และความปวด ยังทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวเพิ่มขึ้น ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป (จรรยา หมั่นรังษี, 2554 ; สุริยพร คุณสิทธิ์, 2550 ; Macintyre & Schug, 2007)
3. ระดับความทนต่อความปวด เป็นระดับความรุนแรงของความปวดที่บุคคลนั้นสามารถทนได้ก่อนที่จะเกิดความปวด ซึ่งบุคคลจะแสดงออกโดยการตอบสนองออกมาให้รับรู้ (สุริยพร คุณสิทธิ์ , 2550; Macintyre & Schug, 2007)
4. ชนิดและตำแหน่งของการการผ่าตัดที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความปวดที่ต่างกัน โดยการผ่าตัดทรวงอกและกระดูกสันหลังจะปวดมากที่สุด การผ่าตัดช่องท้อง จะปวดรุนแรง การผ่าตัดตามแนวขวางของลำตัว จะทำให้ผู้ป่วยมีความปวดน้อยกว่าการผ่าตัดตามแนวเฉียงหรือแนวตั้งของลำตัว (สุริยพร คุณสิทธิ์ , 2550)
5. เพศ ความแตกต่างของเพศ ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดที่ต่างกัน เนื่องมาจากความแตกต่างของสารเคมีในร่างกาย โดยเพศชายจะมีระบบการทำงานของร่างกายในการยับยั้งความปวดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติได้ดีกว่าเพศหญิง และความแตกต่างของฮอร์โมนเพศ ที่มีผลต่อความรุนแรงของความปวดในเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงไปกับวงจรของประจำเดือน มีผลให้ระดับขีดกันของความปวดและความทนต่อความปวดมีการเปลี่ยนแปลงและต่ำกว่าเพศชาย นอกจากนี้การรับรู้ของสมองในเพศหญิงจะไวต่อสิ่งกระตุ้นความปวดและตอบสนองต่อความรุนแรงของความปวดเฉียบพลันมากกว่าเพศชาย (จรรยา หมั่นรังษี , 2554)
6. อายุ วัยผู้ใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น มีการเรียนรู้เกี่ยวกับความปวด ทำให้มีการทนต่อความปวดมากขึ้น สำหรับวัยผู้สูงอายุมักจะมีความปวดแบบเรื้อรัง ซึ่งไม่ใช่ความปวดวิกฤตที่ต้องได้รับการจัดการทันที (จรรยา หมั่นรังษี, 2554 ; Macintyre & Schug, 2007)
7. ระยะเวลาหลังการผ่าตัด ความปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีระดับความรุนแรงปานกลางถึงมากและระยะเวลาของความปวดอยู่ในช่วง 24-72 ชั่วโมง โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความปวดระดับรุนแรงมาก (Macintyre & Schug, 2007)

8. การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด มีผลต่อการรับรู้ต่อความปวดหลังผ่าตัด โดยฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อความปวดในระยะแรกหลังผ่าตัดลดลง คือ 12-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แต่เมื่อยาระงับความรู้สึกหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ส่งผลให้การรับรู้ต่อความปวดของผู้ป่วยมากขึ้น (จรรยา หมั่นรังษี, 2554)

ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีดังนี้

1. ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก และขนาดรูม่านตาเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นและการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง (Bena, Dumpe, Katz, & Klein, 2010 ; Chen, Chi, Lai, Liao, Shun, & Tsai, 2011 ; Dale et al, 2011 ; Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011)
2. การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้แผลหายช้า มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น (Dale et al, 2011 ; Fowler, & Marmo, 2010 ; Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011 ; Li, Miaskowski, Burkhardt, & Puntillo, 2009)
3. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากภาวะต้านอินซูลิน ซึ่งระดับน้ำตาลที่สูงขึ้น จะรบกวนการทำงานของเม็ดเลือดขาว ทำให้แผลเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Fowler, & Marmo, 2010 ; Lee, Oh, Seo, & Suh, 2011)
4. ความปวดทำให้เกิดความกลัว เครียดและวิตกกังวล เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง รบกวนแบบแผนการนอนหลับ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดได้ (Dale et al, 2011 ; Mistraretti et al., 2008)

จะเห็นได้ว่า ความปวดนั้น จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรุนแรงของความปวดและความปวดที่รบกวนการทํากิจกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวด ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการประเมินความปวดเพื่อให้งานจัดการบรรเทาความปวดได้อย่างเหมาะสม

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดของการจัดการความปวด และการประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัดควรประเมินทั้งในขณะผู้ป่วยพักและมีกิจกรรม และควรประเมินอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด หลังจากนั้นควรประเมินอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง และหากผู้ป่วยมีความปวดที่ต้อง

เปลี่ยนวิธีบรรเทาความปวด ต้องมีการประเมินความปวดบ่อยขึ้น (จรรยา หมั่นรังษี, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Dziadulewicz, Hanson, Leske, Maidl, & Paulson-Conger (2010) พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารได้ ทำให้การประเมินความปวดนั้นเป็นไปได้ยาก ดังนั้น จึงต้องมีการใช้เครื่องมือประเมินอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1. การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับความรู้สึกตัวดี การประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยวิกฤตบอกเองจึงเป็นข้อมูลที่มีความตรง (validity) มากที่สุด เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มนี้ เช่น

1.1 มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) ซึ่งมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-10 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)

เครื่องมือชนิดนี้เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่มีความตรงและความเชื่อมั่นสูง (Ahlers, et al., 2008)



ภาพที่ 1 แสดงมาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS])

แหล่งที่มา จาก Tools of assessment of pain in adult อ้างในแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (สุภาภรณ์ และคณะ, 2552)

1.2 มาตรวัดประมาณด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) โดยให้ผู้ป่วยวิกฤตประเมินความปวดด้วยสายตาและทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งด้านซ้ายสุดจะแทนความรู้สึกไม่ปวดและด้านขวาสุดแทนความรู้สึกปวดมากที่สุด



ภาพที่ 2 แสดงมาตรวัดประมาณด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS])

แหล่งที่มา จาก Tools of assessment of pain in adult อ้างในแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (สุภาภรณ์ และคณะ, 2552)

2. การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ทำให้การประเมินความปวดนั้นเป็นไปได้ยาก ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความปวด เช่น สีหน้า บ้าง ตึงเครียด การเคลื่อนไหวของแขนขา ความตึงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น (Rose, Haslam, Dale, Knechtel, Fraser, Pinto, et al., 2011 ; Duzel, Aytac, & Oztunc, 2010) และการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา (physiologic changes) ยังสามารถบ่งชี้ว่าผู้ป่วยวิกฤตมีความปวดเกิดขึ้น เช่น การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ เป็นต้น (Rose, Haslam, Dale, Knechtel, Fraser, Pinto, et al., 2011) ในขณะที่ Arbour, & Gelinas. (2010) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงความน่าเชื่อถือของการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหลังการผ่าตัดหัวใจ โดยมีตัวชี้วัดคือสัญญาณชีพ (mean arterial pressure [MAP], heart rate [HR], respiratory rate [RR], transcutaneous oxygen saturation [SpO₂], and end tidal CO₂) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 105 คน ในประเทศแคนาดา รูปแบบงานวิจัย เป็นแบบ repeated measure within subject โดยการสังเกตสัญญาณชีพดังกล่าวของผู้ป่วย ใน 3 ช่วง คือ 1) ช่วงที่ไม่รู้สึกตัวและใช้เครื่องช่วยหายใจ 2) ช่วงที่รู้สึกตัวและใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 3) หลังจากการถอดท่อช่วยหายใจ ในแต่ละช่วงจะมีการประเมินสัญญาณชีพด้วยการใช้เครื่องติดตามที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และจะวัดในขณะที่ผู้ป่วยพักขณะได้รับการทำหัตถการ และ 20 นาทีหลังการทำหัตถการ ผลการวิจัยพบว่า ค่า HR, RR, SpO₂ มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วยด้วย เช่น มีหรือไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่มีเครื่องช่วยหายใจ หรือไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถสื่อสารได้ ควรมีการประเมินพฤติกรรมที่แสดงถึงความปวดร่วมด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพดังกล่าวจะอยู่แค่เพียงระยะสั้นเท่านั้น

นอกจากนี้ Rahu, & Grab. (2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางสีหน้าที่บ่งบอกถึงความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ตั้งแต่ปี 1976 ถึง 2010 พบว่า การแสดงออกทางสีหน้า เป็นสิ่งสำคัญในการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดที่เกิดขึ้น และสามารถประเมินได้ง่ายที่สุด เนื่องจากการแสดงถึงอารมณ์ การรับรู้ และการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมสีหน้าที่แสดงออกถึงความปวดของผู้ป่วยวิกฤต

จะเห็นว่าการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ มีวิธีการที่หลากหลาย ดังนั้น Li, et al. (2008) จึงได้ทบทวนเครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่ามีเครื่องมือประเมินความปวดด้วยการสังเกตอยู่ 2 ชนิดที่มีความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือสูง คือ มาตรวัดพฤติกรรมความปวด (behavioral pain scale [BPS]) และเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical-care pain observation tool [CPOT]) ดังนี้

2.1 มาตรวัดพฤติกรรมความปวด (behavioral pain scale [BPS]) เป็นเครื่องมือที่ประเมินความปวด โดยสังเกตพฤติกรรม 3 หมวด ซึ่งแต่ละหมวดมีคะแนน 1-4

คะแนนต่ำสุด คือ 3 และสูงสุด คือ 15 มีรายละเอียด ดังนี้ (Payen, et al อ้างในสุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554)

หมวดที่ 1 การแสดงสีหน้า (facial expression)

- | | |
|--|---------|
| 1.1 ผ่อนคลาย (relaxed) | คะแนน 1 |
| 1.2 คิ้วขมวดเล็กน้อย (partially tightened) | คะแนน 2 |
| 1.3 คิ้วขมวดมาก (fully tightened) | คะแนน 3 |
| 1.4 หน้ามึ่นิ้วคิ้วขมวด (grimacing) | คะแนน 4 |

หมวดที่ 2 การขยับแขน (upper limbs)

- | | |
|--|---------|
| 2.1 ไม่ขยับ (no movement) | คะแนน 1 |
| 2.2 งอแขน (partially bend) | คะแนน 2 |
| 2.3 งอแขนเต็มที่ (fully bend) | คะแนน 3 |
| 2.4 แกร่งแขนตลอด (permanently retracted) | คะแนน 4 |

หมวดที่ 3 การเปลี่ยนแปลงต่อการช่วยหายใจ (compliance with ventilator)

- | | |
|--|---------|
| 3.1 ทนได้ (tolerating movement) | คะแนน 1 |
| 3.2 ไอและขยับ (coughing with movement) | คะแนน 2 |
| 3.3 ต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting ventilator) | คะแนน 3 |
| 3.4 ไม่สามารถควบคุมการหายใจได้
(unable to control ventilator) | คะแนน 4 |

2.2 เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical-care pain observation tool [CPOT]) พัฒนาโดย Gelinas, Fillion, Puntillo, Veins, & Fortier. (2006) และทำการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีความตรงและความเชื่อมั่นสูง เครื่องมือนี้เป็นการสังเกตพฤติกรรม 4 หมวด แต่ละหมวดมีคะแนน 0-2 คะแนนต่ำสุดคือ 0 และสูงสุดคือ 8 มีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression)

- | | |
|--|---------|
| 1.1 ผ่อนคลาย หน้าเรียบเฉย (relaxed, neutral) | คะแนน 0 |
| 1.2 หน้าตึงเครียด (tense) | คะแนน 1 |
| 1.3 หน้ามึ่นิ้วคิ้วขมวด (grimacing) | คะแนน 2 |

หมวดที่ 2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement)

- | | |
|---|---------|
| 2.1 ไม่มีการเคลื่อนไหว (absence of movements) | คะแนน 0 |
| 2.2 ปกป้องบริเวณที่ปวด (protection) | คะแนน 1 |

2.3 พักไม่ได้ (restlessness) คะแนน 2
 หมวดที่ 3 การเกร็งของกล้ามเนื้อ (muscle tension) ประเมินจากการ
 เขี่ยดและงอ แขน

- 3.1 ผ่อนคลาย (relaxed) คะแนน 0
 3.2 ตึงแข็ง (tense, rigid) คะแนน 1
 3.3 ตึงแข็งเป็นอย่างมาก (very tense or rigid) คะแนน 2
 หมวดที่ 4 แบ่งได้ดังนี้

- 4.1 การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (compliance with the ventilator) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
 4.1.1 หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (tolerating ventilator) คะแนน 0
 4.1.2 มีอาการไอ แต่สามารถหายใจพร้อมเครื่องช่วยหายใจได้ (coughing but tolerating) คะแนน 1
 4.1.3 มีการต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting ventilator) คะแนน 2
 4.2 การเปล่งเสียง (vocalization) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ
 4.2.1 พูดด้วยน้ำเสียงปกติ (normal tone) คะแนน 0
 4.2.2 ถอนหายใจ ร้องคราง (sighing, moaning) คะแนน 1
 4.2.3 ร้องไห้ สะอื้น (crying out, sobbing) คะแนน 2

มาตรวัด CPOT มีช่วงคะแนน 0-8 ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่ปวด (no pain)
คะแนน 1-2	หมายถึง	ปวดระดับเล็กน้อย (mild pain)
คะแนน 3-5	หมายถึง	ปวดระดับปานกลาง (moderate pain)
คะแนน 6-8	หมายถึง	ปวดระดับมาก (severe pain)

Gelinas, Arbour, Michaud, Vaillant, & Desjardins, (2011) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT]) ในการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้และใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาล จำนวน 60 คนในประเทศแคนาดา ที่ผ่านการฝึกฝนการใช้เครื่องมือ CPOT มาแล้ว รูปแบบงานวิจัยเป็นแบบ before and after study โดย

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการใช้เครื่องมือ เป็นระยะของการสำรวจการปฏิบัติการพยาบาลประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงการเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับ CPOT แก่กลุ่มตัวอย่าง 2) ระยะการใช้เครื่องมือ เป็นระยะที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการฝึกฝนการใช้ CPOT ในการประเมินความปวด และ 3) ระยะหลังการใช้เครื่องมือ โดยประเมินในเดือนที่ 3 และ 12 จากงานวิจัยนี้ พบว่า พยาบาลมากกว่า 87% เห็นด้วยกับคะแนนความปวดของผู้ป่วยเมื่อใช้ CPOT ในขณะเดียวกัน พยาบาลมีการตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความปวด โดยพบว่ามีรายงานและบันทึกความปวดในระยะหลังการใช้เครื่องมือบ่อยกว่าระยะก่อนการใช้เครื่องมือ

การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต คือการจัดการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งหลักสำคัญในการบรรเทาปวดในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นการใช้ยา แต่จำเป็นต้องมีการบรรเทาด้วยวิธีการไม่ใช้ยาร่วมด้วยจึงจะสามารถลดปวดได้ดีและลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554 ; Dale et al , 2011) การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีดังนี้

1. การบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยา

1.1 ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ออกฤทธิ์อ่อน (weak opioid) เช่น tramadol เป็นต้น และออกฤทธิ์มาก (strong opioid) เช่น morphine, fentanyl เป็นต้น จากการศึกษาของ Payen, et al. (2007) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตจำนวน 1,381 คน พบว่ามีการใช้ fentanyl บรรเทาปวดคิดเป็นร้อยละ 30-35 และ morphine คิดเป็นร้อยละ 15-20 โดยขนาดที่ให้คือ fentanyl ครั้งละ 1-2 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม หรือหยดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ในขณะที่ morphine ใช้ขนาดครั้งละ 3 มิลลิกรัมทุก 4 ชั่วโมง หรือหยดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ 0.5-1 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง การออกฤทธิ์ของ fentanyl สามารถบรรเทาปวดได้มากกว่า morphine 75-100 เท่า และไม่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต แต่ fentanyl ความคงตัวในการออกฤทธิ์จะอยู่สั้นกว่า morphine คือ fentanyl ออกฤทธิ์นาน 0.5-2 ชั่วโมง ในขณะที่ morphine 4 ชั่วโมง

ยาในกลุ่มนี้ มีผลข้างเคียงหลายประการ เช่น กดศูนย์ควบคุมการหายใจ ง่วงซึม กล้ามเนื้อเกร็ง ความดันโลหิตต่ำ ท้องอืด ถ่ายอุจจาระลำบาก คลื่นไส้อาเจียน คันตามร่างกาย และควรใช้อย่างระมัดระวังในผู้ป่วยโรคตับและไตบกพร่อง เนื่องจากยาส่วนใหญ่ถูกทำลายและขับออกจากร่างกายทางอวัยวะดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการติดตามผลข้างเคียงหลังการได้รับยากลุ่มนี้ทุกครั้ง (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554)

1.2 ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid analgesics) เช่น acetaminophen หรือ paracetamol และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) ยาในกลุ่มนี้ใช้ในการบรรเทาปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554)

2. การบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช่ยา

การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยานั้น จะช่วยลดความไม่สบายที่เกิดจากความปวดได้ เช่น การจัดท่า การพูดคุยให้กำลังใจ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด เป็นต้น การบรรเทาปวดด้วยวิธีนี้จะช่วยให้การบรรเทาปวดด้วยยามีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถลดปวดได้ดีกว่าการบรรเทาปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียว (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554 ; Dale et al , 2011) มีวิธีการ ดังนี้

2.1 การจัดท่า (positioning) จะช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อและลดความตึงบริเวณแผลผ่าตัด ทำให้ลดความปวดได้

2.2 การสัมผัส (touch) เป็นการกระตุ้น A-beta fibers ทำให้ substantia gelatinosa ซึ่งเป็นตัวยับยั้งการส่งสัญญาณความปวดของเซลล์ประสาทส่งต่อทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ไม่มีการส่งสัญญาณความปวดยังสมอง นอกจากนี้การสัมผัสยังทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้ลดการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญในร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความปวด สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ความปวดลดลงได้

2.3 การสอนหรือการให้ข้อมูล ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวได้ ส่งผลให้เพิ่มขีดความทนต่อความปวดได้

2.4 การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นการให้สิ่งกระตุ้นเข้าสู่ medullary reticular formation) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ตอบสนองต่อความปวดโดยอัตโนมัติ ทำให้ผู้ป่วยสนใจความปวดลดลง

2.5 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาวิธีอื่น ๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ ปลอดภัย และให้กำลังใจ เป็นวิธีการบรรเทาปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นต่อการบรรเทาความปวด ทำให้ลดความเครียด วิตกกังวล และความปวดได้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต คัลกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ถูกพัฒนาขึ้นโดยคุณสุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ซึ่งพัฒนาใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือระดับมาก โดยดำเนินการตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) มีการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of

evidence) โดยอิงของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และจัดระดับข้อเสนอแนะ (grades of recommendation) ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ตามการจัดระดับข้อเสนอแนะของสถาบันโจแนนาบิกส์ (Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) ดังนี้

ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence)

level I หลักฐานอ้างอิงที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยทุกงานมาจากการวิจัยทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials [RCTs])

level II หลักฐานอ้างอิงที่ได้มาจากการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุมอย่างน้อย 1 เรื่อง

level III-1 หลักฐานอ้างอิงที่ได้มาจากการวิจัยทดลองที่ออกแบบมาเป็นอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (pseudo randomized control trail)

level III-2 หลักฐานอ้างอิงที่ได้มาจากการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหรือเป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าโดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (cohort study) หรือเป็นการศึกษาตามช่วงเวลาโดยมีกลุ่มควบคุม

level III-3 หลักฐานอ้างอิงที่ได้มาจากการศึกษาเปรียบเทียบย้อนหลังหรือเป็นการศึกษาตามช่วงเวลาโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

level IV หลักฐานอ้างอิงที่ได้มาจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเดียว (case series) หรือเป็นการศึกษาเปรียบเทียบก่อนหลังในกลุ่มตัวอย่างเดียว (pre-test, post-test)

recommend หลักฐานอ้างอิงที่เป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion) หรือข้อตกลงร่วมกัน (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ระดับข้อเสนอแนะ (grades of recommendations)

ระดับ A ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนดีมาก สามารถแสดงผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน นำไปปฏิบัติได้เลยโดยเป็นที่ยอมรับเชิงจริยธรรม ซึ่งควรนำไปปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง

ระดับ B ข้อเสนอแนะที่แสดงผลลัพธ์ไม่ชัดเจนมากนัก เมื่อนำไปปฏิบัติควรพิจารณาความเหมาะสมหรือปรับใช้

ระดับ C ข้อเสนอแนะที่ไม่สนับสนุนให้นำไปปฏิบัติ

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป มีสาระสำคัญ 6 หมวด ดังนี้ (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2552)

หมวดที่ 1 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

1.1 ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายต้องได้รับการหาสาเหตุของความปวดที่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น และได้รับการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (recommend)

1.2 ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายต้องได้รับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นและได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม (recommend)

1.3 ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายต้องได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสมขณะทำหัตถการหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความปวด (level III-1A)

1.4 ผู้ป่วยวิกฤตที่มีความปวดและไม่สามารถจัดการความปวดได้โดยง่าย เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลควรเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการปรึกษากับแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม (recommend)

1.5 การจัดการความปวด ควรคำนึงถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ประสบการณ์ความปวดในอดีต ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถในการเผชิญความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย (recommend)

หมวดที่ 2 การประเมินความปวด

2.1 ประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้มาตรวัดความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายและมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ (recommend)

2.2 ผู้ป่วยวิกฤตทุกราย ควรได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง (level IV A)

2.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแล เลือกเครื่องมือประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตแต่ละราย โดยคำนึงถึงพัฒนาการ ความรู้คิด อารมณ์ และปัจจัยทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยร่วมด้วย (level IV A)

2.4 ใช้การบอกความปวดด้วยตัวเองในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวและสื่อสารได้ โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) เป็นเครื่องมือประเมินความปวด (level III-2A)

2.5 ใช้การสังเกตพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิดความปวดสำหรับการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่สื่อสารไม่ได้ (level III-2A)

2.6 เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT]) เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่สามารถบ่งชี้ระดับความปวดได้สอดคล้องกับระดับความปวดที่ผู้ป่วยบอกเอง (level III-3A)

2.7 ประเมินความปวดซ้ำภายหลังผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวด ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยปฏิบัติดังนี้ (recommend)

2.7.1 การบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดชนิดฉีด ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที หลังได้รับยา

2.7.2 การบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดชนิดรับประทาน ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 60 นาที หลังได้รับยา

2.7.3 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที หลังได้รับการบรรเทาปวด

หมวดที่ 3 การบรรเทาความปวด

3.1 การบรรเทาปวดด้วยยา

3.1.1 เลือกใช้ยาระงับปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากชนิดของความปวด ระดับความปวด ผลข้างเคียงของยาระงับปวด ข้อควรระวังในการใช้ยา สภาพการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่าย (level 1A)

3.1.2 เลือกใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เช่น morphine, fentanyl เป็นยาระงับปวดในผู้ป่วยวิกฤต (recommend)

3.1.3 เลือกใช้ยาระงับปวดให้เหมาะสมกับระดับความปวดที่ประเมินได้ ดังนี้

3.1.3.1 ปวดระดับเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3 ประเมินจาก NRS และคะแนน 1-2 ประเมินจาก CPOT) ใช้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เช่น paracetamol หรือ acetaminophen (recommend)

3.1.3.1.1 paracetamol มีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดเฉียบพลันได้ดี (recommend)

3.1.3.1.2 ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการใช้ยาพาราเซตามอล ควรพิจารณาให้ยาระงับในกลุ่มโอปิออยด์ (recommend)

3.1.3.2 ปวดระดับปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6 ประเมินจาก NRS และคะแนน 3-5 ประเมินจาก CPOT) ใช้ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์อ่อน เช่น tramadol หรือยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์มาก เช่น morphine, fentanyl (recommend)

3.1.3.3 ปวดระดับมาก (คะแนนความปวด 7-10 ประเมินจาก NRS และคะแนน 6-8 ประเมินจาก CPOT) ใช้ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์มาก เช่น morphine, fentanyl (level III-1A)

3.1.4 เฟนทานิล เป็นยาระงับปวดที่ออกฤทธิ์เร็ว เหมาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่มีความปวดอย่างรุนแรง (recommend)

3.1.5 เฟนทานิล เป็นยาระงับปวดที่นิยมใช้ในผู้ป่วยวิกฤตที่การไหลเวียนโลหิตไม่คงที่หรือในผู้ป่วยที่ไตพร่องการทำงาน (recommend)

3.1.6 การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ควรให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ การให้ยาด้วยวิธีทางอื่นต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพในการดูดซึมของยาร่วมด้วย (recommend)

3.1.7 การให้ยาระงับปวดแบบฉีดเป็นครั้งคราว หรือให้แบบหยดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ ควรพิจารณาจากความถี่ของการเกิดความปวดและระดับความปวดที่ประเมินได้ (recommend)

3.1.8 การให้ยาระงับปวดโอปิออยด์ ควรให้ตามระยะเวลาในรอบ 24 ชั่วโมง (around the clock) หรือให้แบบหยดอย่างต่อเนื่อง (continuous infusion) มากกว่าการให้เมื่อผู้ป่วยต้องการ (as needed) (recommend)

3.1.9 ให้การบรรเทาความปวดด้วยวิธีการต่างๆ ภายใน 15 นาที ภายหลังการประเมินความปวด (level III-1A)

3.1.10 ใช้การประเมินระดับง่วงซึม (sedative level) เป็นตัวบ่งบอกภาวะระบบทางเดินหายใจถูกกด เมื่อผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ (level III-3A)

3.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

3.2.1 ใช้การบรรเทาความปวดด้วยยา ร่วมกับการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (level IA)

3.2.2 เมื่อใช้การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณา ดังนี้ (recommend)

3.2.2.1 ใช้การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เมื่อผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาระงับปวดอย่างเพียงพอ

3.2.2.2 การเลือกวิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณาจากความชอบของผู้ป่วยแต่ละรายและเป้าหมายในการบรรเทาความปวด

3.2.2.3 การใช้วิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณาข้อห้ามในการใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย

3.2.3 การบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช้การให้ยาจะช่วยลดระดับความปวดลงได้ (level III-1A)

3.2.4 กลยุทธ์การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

3.2.4.1 วิธีที่การกระทำโดยตรงต่อร่างกาย

- การจัดทำ (level III-2A)
- การสัมผัส เช่น การจับมือ จับแขน หรือลูบเบาๆ ที่มือและแขนของผู้ป่วย (level III-1A)

3.2.4.2 วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ

- การสร้างสัมพันธภาพ โดยการดูแลอย่างใกล้ชิด แสดงความเห็นใจ เข้าใจ และปลอบโยนให้กำลังใจขณะที่ผู้ป่วยมีความปวด (recommend)

- การสอนหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด (level IIA)

- การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้สึกแก่ผู้ป่วยในขณะทำหัตถการ หรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความปวด ร่วมกับการบรรเทาความปวดด้วยยา มีผลในการลดความปวด และความเครียดลงได้ (level IIA)

- การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟัง ดนตรีหรือเรื่องที่ชอบ เป็นต้น (level IIA)

หมวดที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด

4.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จะทำให้การจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้วิธีบรรเทาความปวด เพียงอย่างเดียว (level III-3A)

4.2 ผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัว ควรได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ได้แก่ สาเหตุ ของการเกิดความปวด การประเมินความปวด วิธีการจัดการความปวดและการมีส่วนร่วมในการ บรรเทาความปวด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและสามารถควบคุมความปวดได้ดีขึ้น (level IIA)

4.3 บุคลากรผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ควรมีความรู้เกี่ยวกับความปวดและการใช้ แนวปฏิบัติการจัดการความปวด เพื่อช่วยให้มีการพัฒนาการประเมินความปวด การจัดการความ ปวด และการใช้ยาระงับปวด (level III-3A)

หมวดที่ 5 การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก

5.1 มีการวางแผนการรักษาและกำหนดเป้าหมายการบรรเทาความปวดสำหรับผู้ป่วย แต่ละราย และมีการสื่อสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการจัดการความปวดที่สอดคล้องและ ต่อเนื่อง (recommend)

5.2 มีการติดตามประเมินผลของการบรรเทาความปวดและผลข้างเคียงที่เกิดจากการ ใช้ยาระงับปวด ภายใน 30-60 นาที (level IIB)

5.3 เมื่อจัดการความปวดไม่สำเร็จหรือผลของการบรรเทาความปวดไม่เป็นไปตาม ความคาดหวัง ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำเพื่อวินิจฉัยและวิเคราะห์สาเหตุของความปวด (recommend)

5.4 การจัดการความปวดเฉียบพลันจะสำเร็จผลได้ต้องมีกระบวนการร่วมมือ ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย (level III-3A)

5.5 มีระบบบันทึกเกี่ยวกับความปวดอย่างชัดเจน โดยมีการบันทึกครอบคลุมทั้งการ ประเมินความปวด วิธีการจัดการความปวด และการประเมินความปวดซ้ำ (recommend)

หมวดที่ 6 การพัฒนาคุณภาพบริการ

6.1 มีระบบติดตามกำกับเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวด สำหรับผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง (recommend)

6.2 มีการติดตามประเมินผลลัพธ์และรวบรวมตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวดอย่างสม่ำเสมอ โดยทำการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพเกี่ยวกับความปวดเป็นประจำทุกเดือน (recommend)

6.3 มีระบบบันทึกและตรวจสอบข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง (recommend)

6.4 มีการติดตามประเมินความคิดเห็นและความต้องการของบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะ (level III-3B)

6.5 มีการศึกษาผลการวิจัยหรือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกตลอดจนถึงการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการจัดการความปวดและแบบบันทึกการจัดการความปวด (level III-3A)

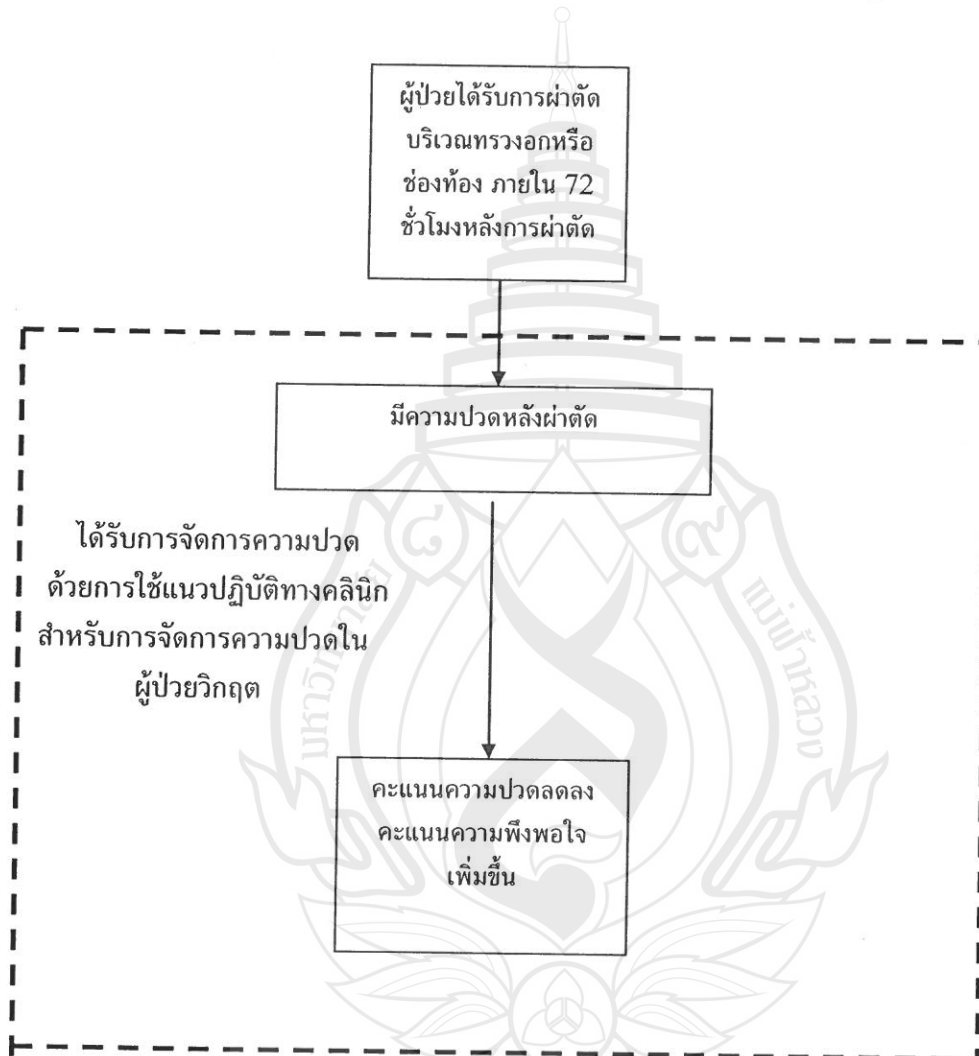
สุภาภรณ์ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า ร้อยละของการได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีแนวทางชัดเจน จนทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติดีขึ้น

โดยสรุป ผู้ป่วยวิกฤตจะมีความปวดเกิดขึ้นตลอดเวลา พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินความปวดด้วยการใช้เครื่องมืออย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้การมีแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือแนวทางการจัดการความปวด จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมต่อไป

ทฤษฎี สมมติฐาน และหรือกรอบแนวความคิด (Conceptual Framework) ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ที่พัฒนาโดยคุณสุภาภรณ์ และคณะ (2552) ได้พัฒนาตามกระบวนการและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย ประกอบด้วย 11 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติ 4) ระบุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถวัดได้จริง โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม 5) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติ 7) การจัดทำแผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 8) การจัดทำแผนการประเมินผลและแผนปรับปรุงแนวปฏิบัติ 9) การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 10) การปรึกษาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้ร่วมในทีมพัฒนา และ 11) การให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้พัฒนาดังกล่าว นำมาศึกษาวิจัยโดยดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และการ

เผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย ประกอบด้วย ขั้นตอนการจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 2000) ซึ่งภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงาน ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดและคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต



ภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่ทำการทดลองและเก็บข้อมูล

สถานที่ทำการทดลองและเก็บข้อมูล คือ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทรวงอกและช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทรวงอกและช่อง ท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ โดยผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. อายุ > 18 ปีขึ้นไป
 2. เข้าใจภาษาไทย
 3. ไม่ได้รับการระงับปวดทางไขสันหลัง (epidural or spinal anesthesia)
- เกณฑ์ในการพิจารณาหยุดกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย (exclusion

criteria) คือ

1. ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mm.Hg
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สึกตัว Stupor , Semicoma หรือ Coma ร่วมกับไม่มีญาติหรือผู้ปกครอง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทำนาย (power) ที่ 0.8 และขนาดอิทธิพล ระดับกลาง (medium effect size) ที่ 0.6 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 18 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา (attrition rate) จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง (Polit, & Hungler, 1999) จึงได้ กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกกลุ่มละ 4 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน ดังนั้น จึงได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน และกำหนดเกณฑ์การจับคู่เข้ากลุ่ม (match pair group) เพื่อให้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (control extraneous systematic variance) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1. เพศเดียวกัน
2. ช่วงอายุเดียวกัน คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 18-35 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 36 ถึง 60 ปี และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงผู้สูงอายุ อายุ 61 ปีขึ้นไป
3. ได้รับการผ่าตัดในตำแหน่งเดียวกัน คือ ผ่าตัดช่องท้อง หรือผ่าตัดทรวงอก
4. อยู่ในระยะเวลาหลังผ่าตัดในวันเดียวกัน
5. ใช้เครื่องมือประเมินระดับความปวดชนิดเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พัฒนาโดยสุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง และการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ความสามารถในการสื่อสาร การวินิจฉัยโรค ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การผ่าตัด จำนวนชั่วโมงหลังการผ่าตัดจนถึงเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

- 2.2 ส่วนที่ 2 คือ แบบประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย

- 2.2.1 แบบประเมินความปวดของผู้ป่วยวิกฤต ดังนี้

- 2.2.1.1 กลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกตัวและสื่อสารได้ ให้ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) ประเมินความปวดโดยนำมาตรวัดแบบตัวเลขไปให้ผู้ปวดดูและอธิบายความหมายของตัวเลข หลังจากนั้น สอบถามผู้ป่วย แล้วให้ผู้ปวดบอกหรือใช้มือชี้ที่ตัวเลข ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-10 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)

2.2.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารไม่ได้ เช่น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT]) ประเมินความปวดโดยพยาบาลสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยตามเครื่องมือ ซึ่งมีอยู่ 4 หมวด แต่ละหมวดมีคะแนน 0-2 คะแนนต่ำสุดคือ 0 และสูงสุดคือ 8 มีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression)

1.1 ผ่อนคลาย หน้าเรียบเฉย (relaxed, neutral)

คะแนน 0

1.2 หน้าตึงเครียด (tense)

คะแนน 1

1.3 หน้าบิดเบี้ยว (grimacing)

คะแนน 2

หมวดที่ 2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement)

2.1 ไม่มีการเคลื่อนไหว (absence of movements)

คะแนน 0

2.2 ปกป้องบริเวณที่ปวด (protection)

คะแนน 1

2.3 พักไม่ได้ (restlessness)

คะแนน 2

หมวดที่ 3 การเกร็งของกล้ามเนื้อ (muscle tension) ประเมินจากการ

เหยียดและงอ แขน

3.1 ผ่อนคลาย (relaxed)

คะแนน 0

3.2 ตึงแข็ง (tense, rigid)

คะแนน 1

3.3 ตึงแข็งเป็นอย่างมาก (very tense or rigid) คะแนน 2

หมวดที่ 4 แบ่งได้ดังนี้

4.3 การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (compliance with the ventilator) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

4.3.1 หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ

(tolerating ventilator)

คะแนน 0

4.3.2 มีอาการไอ แต่สามารถหายใจพร้อมเครื่องช่วย

หายใจได้ (coughing but tolerating) คะแนน 1

4.3.3 มีการต้านเครื่องช่วยหายใจ (fighting

ventilator)

คะแนน 2

4.4 การเปล่งเสียง (vocalization) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ

4.2.1 พุดด้วยน้ำเสียงปกติ (normal tone) คะแนน 0

4.2.2 ถอนหายใจ ร้องคราง (sighing, moaning)

คะแนน 1

4.2.3 ร้องไห้ สะอื้น (crying out, sobbing)

คะแนน 2

มาตรวัด CPOT มีช่วงคะแนน 0-8 ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ไม่ปวด (no pain)
คะแนน 1-2	หมายถึง	ปวดระดับเล็กน้อย (mild pain)
คะแนน 3-5	หมายถึง	ปวดระดับปานกลาง (moderate pain)
คะแนน 6-8	หมายถึง	ปวดระดับมาก (severe pain)

2.2.2 คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้เครื่องมือประเมิน visual analogue scale (VAS) เป็นเส้นตรงแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร (Lovatsis et al., 2007) ซึ่งให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายขีด (|) ลงบนเส้นที่บ่งชี้ตำแหน่งความพึงพอใจของตนเองต่อการจัดการความปวดที่ได้รับโดยภาพรวมในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม



ภาพที่ 4 แสดงมาตรวัดคะแนนความพึงพอใจ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาสาระการปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดเฉียบพลัน 2 ท่าน และแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ผ่านการทดลองใช้ในคลินิก เพื่อสำรวจความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ พบว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมากร้อยละ 100 การจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยได้ผลดี อยู่ในระดับมากร้อยละ 100 และพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากร้อยละ 100 สำหรับความสะดวกในการใช้ ใช้งานไม่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล พบว่ามีผลการประเมินอยู่ในระดับมากร้อยละ 89.47 (สุภาภรณ์ และคณะ, 2552)

แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ถูกพัฒนาขึ้น อาจไม่เหมาะสมกับบางหน่วยงานหรือองค์กร ดังนั้น การนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้จึงต้องได้รับการประเมินคุณภาพเพื่อช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ ผู้วิจัยจึงทำการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติคลินิกตามแบบประเมินคุณภาพทางคลินิก (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation [AGREE]) ซึ่งพัฒนาโดย The AGREE Collaboration (2001) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาสาระ การปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดเฉียบพลัน 1 ท่าน พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิก มีคะแนนความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ มีคะแนนร้อยละ 88.89 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง มีคะแนนร้อยละ 80.55 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีคะแนนร้อยละ 88.89 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ มีคะแนนร้อยละ 97.22 5) การประยุกต์ใช้ มีคะแนนร้อยละ 70.37 และ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ มีคะแนนร้อยละ 72.22 ดังนั้นจากคะแนนดังกล่าวถือว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ เนื่องจากมีคะแนนความน่าเชื่อถือมากกว่าร้อยละ 60 (AGREE Collaboration, 2001)

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต การรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย เพื่อชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ รวมถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

4. จัดประชุมให้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ดังนี้

4.1 จัดประชุมครั้งที่ 1 ในวันที่ 30 มกราคม 2556 ทีมผู้วิจัยนำเสนอการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตตามแนวปฏิบัติทางคลินิกแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย จำนวน 26 คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในฐานะที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จากนั้นมีการปรึกษาหารือเพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม

4.2 จัดประชุมครั้งที่ 2 ในวันที่ 28 มิถุนายน 2556 ทีมผู้วิจัยนำเสนอสาระของแนวปฏิบัติทางคลินิกแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย จำนวน 26 คน ร่วมกับการชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง

5. การดำเนินการวิจัย

5.1 กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

5.1.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดช่องอกหรือช่องท้อง ระยะเวลาหลังการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างย้ายจากห้องผ่าตัดมายังหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเลย (ไม่ผ่านห้องพักฟื้น) ให้พยาบาลประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังออกจากห้องผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ก่อนการดำเนินการวิจัยและขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ alert (ระดับที่ตื่นและมีสติ) หรือ drowsiness (ระดับที่มีความรู้สึกตัวลดลงเล็กน้อย มีอาการง่วง แต่ถ้าปลุกจะตื่นเป็นปกติ) กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วยตนเอง แต่กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกตัว stupor (ระดับที่มีความรู้สึกตัวลดลง เกือบหมดสติ มีลักษณะหลับ แต่กระตุ้นให้เจ็บปวด อาจบิดสิ่งกระตุ้นออกไปได้) semicoma (กึ่งหมดสติ แต่ถ้ากระตุ้นแรง อาจมีการขยับแขนขาอย่างไม่มีจุดหมายได้บ้าง) และ coma (หมดสติ นอนนิ่ง ไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นใดๆ)ญาติสายตรงหรือผู้ปกครอง จะเป็นผู้ให้ความยินยอม

5.1.2 พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนจัดการความปวดตามปกติของหน่วยงาน คือ ประเมินความปวดทุก 4-6 ชั่วโมงและมีการบันทึกคะแนนความปวดรวมถึงการจัดการความปวดในผู้ป่วยบางราย

5.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการความปวดตามปกติของหน่วยงาน คือ การบรรเทาปวดด้วยการให้ยาเพียงอย่างเดียว เมื่อผู้ป่วยมีความปวดเกิดขึ้น หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

5.1.4 พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดทุกครั้งหลังจัดการความปวด และประเมินคะแนนความพึงพอใจเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ตามแบบประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

5.2 กลุ่มทดลองหรือกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

5.2.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกันกับกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การจับคู่เข้ากลุ่ม หลังจากนั้นประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างย้ายจากห้องผ่าตัดมายังหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเลย (ไม่ผ่านห้องพักฟื้น) ให้พยาบาลประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังออกจากห้องผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ก่อนการดำเนินการวิจัยและขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกตัวอยู่ในระดับ alert (ระดับที่ตื่นและมีสติ) หรือ drowsiness (ระดับที่มีความรู้สึกตัวลดลงเล็กน้อย มีอาการง่วง แต่ถ้าปลุกจะตื่นเป็นปกติ) กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วยตนเอง แต่กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกตัว stupor (ระดับที่มีความรู้สึกตัวลดลง เกือบหมดสติ มีลักษณะหลับแต่กระตุ้นให้เจ็บปวด อาจปัดสิ่งกระตุ้นออกไปได้) semicoma (กึ่งหมดสติ แต่ถ้ากระตุ้นแรงอาจมีการขยับแขนขาอย่างไม่มีจุดหมายได้บ้าง) และ coma (หมดสติ นอนนิ่ง ไม่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นใดๆ)ญาติสายตรงหรือผู้ปกครอง จะเป็นผู้ให้ความยินยอม

5.2.2 พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม คือ ใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale [NRS]) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ และใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT]) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ การประเมินความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ต้องประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

5.2.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต คือ

5.2.3.1 การบรรเทาปวดโดยใช้ยา ปฏิบัติดังนี้

5.2.3.1.1 หากกลุ่มตัวอย่างมีความปวดระดับเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1-3 โดยประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข และคะแนนความปวด 1-2 ประเมินจากเครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต) ใช้ยาระงับปวดที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ (non-opioid analgesic) เช่น paracetamol หรือ acetaminophen

5.2.3.1.2 หากกลุ่มตัวอย่างมีความปวดระดับปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6 โดยประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข และคะแนนความปวด 3-5 ประเมินจากเครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต) ใช้ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดอ่อน (weak opioid analgesics) เช่น tramadol หรือยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์มาก (strong opioid analgesics) เช่น morphine, fentanyl

5.2.3.1.3 หากกลุ่มตัวอย่างมีความปวดระดับมาก (คะแนนความปวด 7-10 โดยประเมินจากมาตรวัดแบบตัวเลข และคะแนนความปวด 6-8 ประเมินจากเครื่องมือสังเกตความปวดในผู้ป่วยวิกฤต) ใช้ยาระงับปวดในกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์มาก (strong opioid analgesics) เช่น morphine, fentanyl

5.2.3.2 การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ปฏิบัติดังนี้

5.2.3.2.1 ใช้การบรรเทาความปวดด้วยยา ร่วมกับการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

5.2.3.2.2 ใช้การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเมื่อผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาอย่างเพียงพอ

5.2.3.2.3 การเลือกวิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ควรพิจารณาจากความชอบของกลุ่มตัวอย่างและเป้าหมายในการบรรเทาความปวด

5.2.3.2.4 กลยุทธ์การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

- การจัดทำ
 - การสัมผัส
 - การสร้างสัมพันธภาพ โดยการดูแลอย่างใกล้ชิด
- แสดงความเห็นใจ เข้าใจ และปลอบโยนให้กำลังใจขณะที่กลุ่มตัวอย่างปวด
- การสอนหรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด
 - การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้สึกแก่ผู้ป่วยในขณะทำหัตถการหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความปวดร่วมกับการบรรเทาความปวดด้วยยา มีผลในการลดความปวดและความเครียดลงได้
 - การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือเรื่องที่ชอบ เป็นต้น

5.2.4 พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดทุกครั้งหลังจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและประเมินคะแนนความพึงพอใจเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ซึ่งการประเมินและบันทึกคะแนนความปวดหลังการจัดการความปวด ปฏิบัติดังนี้

- หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการระงับปวดด้วยยาชนิดฉีด ให้ประเมินภายใน 30 นาที หลังได้รับยา หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง
- หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการระงับปวดด้วยยาชนิดรับประทาน ให้ประเมินภายใน 60 นาที หลังได้รับยา หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง
- หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการระงับปวดโดยไม่ใช้ยา ให้

ประเมินภายใน 30-60 นาที หลังจากให้การบรรเทาความปวด หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง

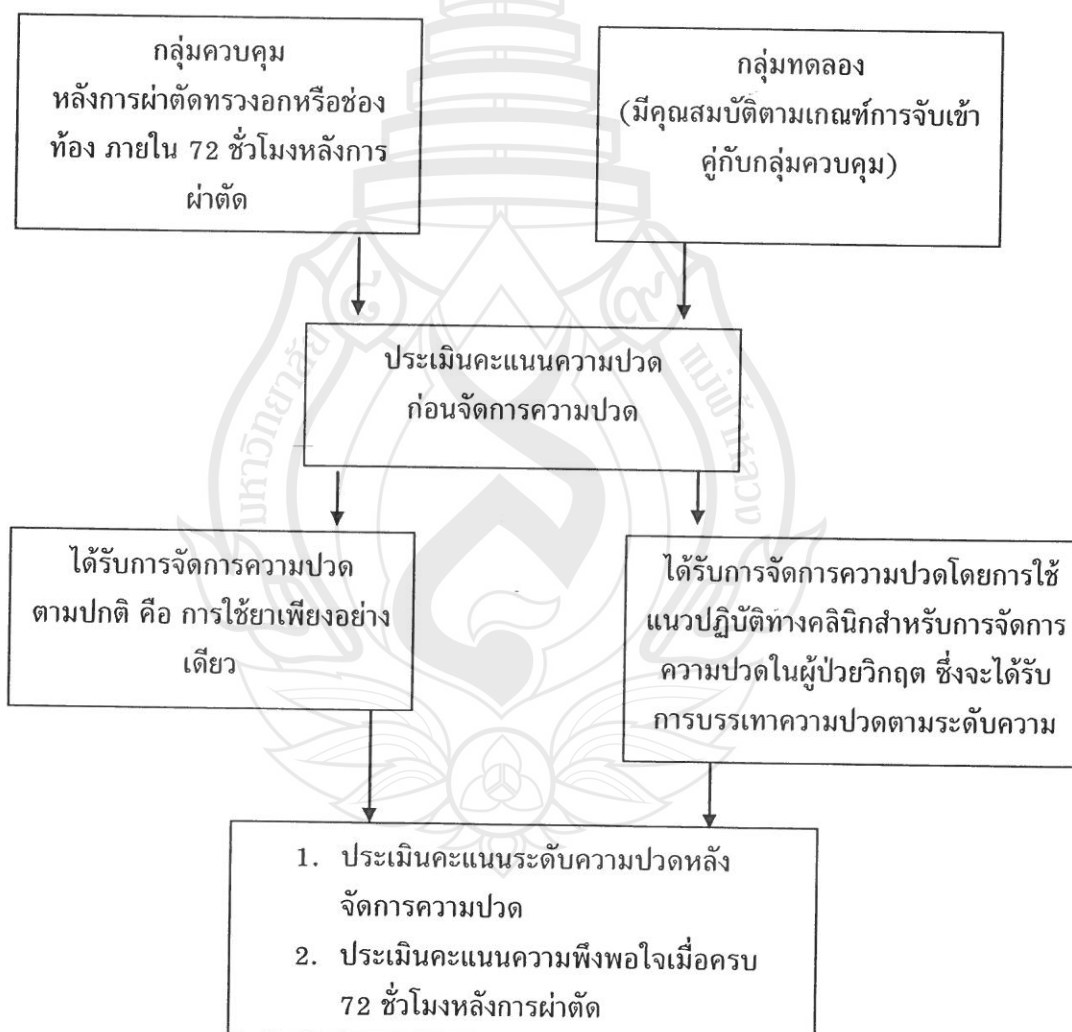
6. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 ข้อมูลผลลัพธ์จากการจัดการความปวด

6.2.1 คะแนนระดับความปวด นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ paired-sample T-test

6.2.2 คะแนนความพึงพอใจ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ independent T- test



ภาพที่ 5 แสดงการดำเนินงานวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Non-randomized control group pretest posttest design) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย ประกอบด้วย ขั้นตอนการจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผล การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 2000) ซึ่งทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนพฤษภาคม 2556 จำนวน 22 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกุมภาพันธ์ 2557 จำนวน 22 คน ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทรวงอกและช่องท้อง ภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 22 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 22 คน

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามเพศ อายุ ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัด และเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=22)		กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	59.09	13	59.09
หญิง	9	40.91	9	40.91
อายุ				
18-35 ปี	1	2.30	1	2.30
36-60 ปี	15	34.10	15	34.10
> 60 ปี	6	13.00	6	13.00
ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด				
ช่องท้อง	5	22.73	5	22.73
ทรวงอก	17	77.27	17	77.27
ระยะเวลาหลังการผ่าตัด				
ภายใน 24 ชั่วโมง	14	63.64	14	63.64
24-48 ชั่วโมง	8	36.36	8	36.36
เครื่องมือประเมินความปวด				
NRS	16	72.73	16	72.73
CPOT	6	27.27	6	27.27

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีคุณสมบัติที่มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 59.09 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 40.91 มีช่วงอายุ 18-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.30 อายุ 36-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.10 อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 13 สำหรับตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด บริเวณช่องท้อง คิดเป็นร้อยละ 22.73 บริเวณทรวงอก คิดเป็นร้อยละ 77.27 ระยะเวลาหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 63.64 และอยู่ในช่วง 24-48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 36.36 สำหรับการใช้เครื่องมือประเมินความปวด มีการใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating

scale [NRS]) คิดเป็นร้อยละ 72.73 และใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT คิดเป็นร้อยละ 27.27 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดที่ลดลงหลังการบรรเทาความปวดในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยการใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (paired-samples T-test)

	กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=22)			กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=22)			สถิติที่ทดสอบ	
	range	$\bar{x}$	SD	range	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
คะแนนระดับความปวดที่ลดลงหลังการบรรเทาความปวด	0-4.75	2.12	1.06	2.25-3.86	3.05	0.41	-3.925	.002*

* ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนระดับความปวดที่ลดลงหลังการบรรเทาความปวดในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ยอยู่ที่ 2.12 (SD = 1.06) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ยอยู่ที่ 3.05 (SD = 0.41) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired-samples T-test ($t = -3.925$, p-value .002) และได้ทดสอบคะแนนความปวดก่อนได้รับการบรรเทาความปวดของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างด้วยโดยใช้สถิติ paired-samples T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -2.296$, p-value .064)

ตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยการใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่ไม่สัมพันธ์กัน (Independent T-test)

	กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิก (n=22)			กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิก (n=22)			สถิติที่ทดสอบ	
	range	$\bar{x}$	SD	range	$\bar{x}$	SD	t	p-value
คะแนน ความพึงพอใจ	4.5- 10	7.53	1.77	7.8-10	9.22	0.79	-4.118	.000*

* ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ยอยู่ที่ 7.53 (SD = 1.77) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ยอยู่ที่ 9.22 (SD = 0.79) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = -4.118$, $p\text{-value} = .000$)

ผลการวิจัยที่เกิดขึ้น เกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมาใช้ โดยผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการของการปฏิบัติตามแนวคิดการใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้ยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการพัฒนามาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีข้อเสนอแนะอยู่ในระดับดี มีความน่าเชื่อถือสูง และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในหน่วยงานนั้น จะไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี หากหน่วยงานและบุคลากรไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ทีมผู้วิจัยจึงได้ใช้กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้ การทำความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์ และก่อนนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ได้มีการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยการประชุมภายในหน่วยงาน จัดทำแผนผังแนวทางการจัดการความปวด เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ง่ายและเป็นการย้ำเตือนความจำเกี่ยวกับการปฏิบัติทางตามแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับในช่วงที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ทีมวิจัยได้มีการติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก รวมถึงการบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากรภายในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากหน่วยงานมีความพร้อมและมีบรรยากาศของการเรียนรู้ รวมถึงบุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจในการทำงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (on-randomized control group pretest posttest design) โดยดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการใช้และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดระหว่างผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนระดับความปวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และ 2) ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทรวงอกและช่องท้องภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและกำหนดเกณฑ์การจับคู่เข้ากลุ่ม (match pair group) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (control extraneous systematic variance) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างเดือนมีนาคม-เดือนพฤษภาคม 2556 จำนวน 22 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกุมภาพันธ์ 2557 จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พัฒนาโดยสุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) ผ่านการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติคลินิกตามแบบประเมินคุณภาพทางคลินิก

พบว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ เนื่องจากมีคะแนนความน่าเชื่อถือมากกว่าร้อยละ 60 (AGREE Collaboration, 2001)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลผลลัพธ์การจัดการความปวด ผ่านการประเมินค่าความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) ได้เท่ากับ 1

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า คะแนนระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตารางที่ 2) โดยมีคะแนนความปวดก่อนได้รับการบรรเทาความปวดไม่แตกต่างกัน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired-samples T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับคะแนนความพึงพอใจ พบว่าคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ยอยู่ที่ 7.53 (SD = 1.77) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ยอยู่ที่ 9.22 (SD = 0.79) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ตารางที่ 3) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เกิดจากการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางทรวงอกและช่องท้องเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งเป็นความปวดในระดับที่ปานกลางถึงรุนแรง ผู้วิจัยและทีมจึงสนใจการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพัฒนาโดยคุณสุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ (2552) โดยสามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ดังตารางที่ 2 และ 3 ได้นั้น เกิดจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งได้พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตในระดับที่น่าเชื่อถือและสามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ได้นอกจากนี้เมื่อมีการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติคลินิกตามแบบประเมินคุณภาพทางคลินิก (The Appraisal of Guideline for Research &

Evaluation [AGREE]) ซึ่งพัฒนาโดย The AGREE Collaboration (2001) พบว่าเป็นแนวปฏิบัติมีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ เนื่องจากมีคะแนนความน่าเชื่อถือมากกว่าร้อยละ 60 (AGREE Collaboration, 2001)

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและติดตามความปวดจากพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นเป็นผลให้มีการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลยุทธ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ของ Ista, Dijk, and Achterberg (2012) ว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ทำให้พยาบาลมีการประเมินและติดตามระดับความปวดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการบรรเทาความปวดนั้น ยังคงมีการบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยาอยู่บ้าง ขึ้นอยู่ระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้จากการใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต แต่ในขณะเดียวกันพบว่าพยาบาลมีการบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสัมผัส หรือการให้ข้อมูลพูดคุยแก่ผู้ป่วยที่สามารถรับรู้ข้อมูลได้ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ของ Gelinas, Arbour, Michaud, Vaillant, and Desjardins (2011) พบว่า การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ได้ข้อมูลระดับความปวดที่น่าเชื่อถือ นำไปสู่การจัดการความปวดที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ ยังพบว่ามีงานที่รายงานเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น ทั้งข้อมูลคะแนนหรือระดับความปวด การบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วย รวมถึงการติดตามคะแนนหรือระดับความปวด ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับสื่อสารกับทีมสุขภาพหรือสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันต่อไปได้ อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับการประเมินความปวด บรรเทาความปวด และติดตามความปวดหลังได้รับการบรรเทาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (CPOT) ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ของ Gelinas, Arbour, Michaud, Vaillant, and Desjardins (2011) พบว่า การใช้เครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดรวมถึงการบันทึกรายงานเกี่ยวกับความปวดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการใช้เครื่องมือประเมินความปวด

ความพึงพอใจในผู้ป่วยวิกฤตเมื่อได้รับการจัดการความปวดโดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 3) เนื่องจากการบรรเทาความปวดที่เหมาะสมกับระดับความปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ลดความตึงเครียด กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดการกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกปวด ส่งผลให้ความปวดลดลงและสามารถพักผ่อนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

เกี่ยวกับความพึงพอใจกับการจัดการความปวด ของ Darawad, Al-Hussami, saleh, and Al-Sutari (2014) ว่า ผู้ป่วยที่มีความปวดเกิดขึ้นและไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ทำให้มีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรม การนอนหลับ อารมณ์ รวมถึงการฟื้นฟูของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมแล้ว จะทำให้เกิดความพึงพอใจอย่างมากต่อการจัดการความปวดนั้น ๆ และยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ของคุณศุภภรณ์ บุญโยทยาน (2554) พบว่าคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการทบทวนวรรณกรรมหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่อยู่เสมอ เพื่อนำมาพัฒนาหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความทันสมัย เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน
2. ควรมีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้แก่บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ รวมถึงการสร้างบรรยากาศในหน่วยงานให้มีการเรียนรู้อยู่เสมอ จะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์อื่นที่เกี่ยวข้องในระยะยาวต่อไป
2. ควรมีการนำไปศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากการผ่าตัด

บรรณานุกรม

- จรรยา หมั่นรังษี. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, ศศิธร พุ่มดวง และอรพรรณ ไชยชาติ. (2549). ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร. 24(2). 101-109.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ ครบ 60 ปี. (พิมพ์ครั้งที่ 1). 1-25.
- สุภาภรณ์ บุญโยทยาน. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วย วิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. **Thai Journal of Nursing Council**. 26(4). 82-94.
- สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, กานดา อิ่มสงวน, พงษ์ศักดิ์ มูลกันทา. นงนุช ดวงสร้อย. นันทิยา คงเพ็ง. เกศินี เฉียวกุล, และคณะ. (2552). แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (**Clinical Guidance for Acute Pain Management**). 1(1). pp 1. ISBN 978-974-8285-72-6
- สุรีย์พร คุณสิทธิ์. (2550). การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว. จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- AGREE Collaboration. (2001). **Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument**. Retrieve December 20,2011, from <http://www.agreecollaboration.org>.
- 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. **Journal of Critical Care**, 12, 1-8.
- Arif-Rahu, M., & Grab, M. J. (2010). Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: State of science review. **Intensive and Critical Care Nursing**. 26. 343-352.

- Bena, J., Dumpe, M., Katz, E., & Klein, D. G. (2010). Pain assessment in the intensive care unit: Development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. **Journal of Heart & Lung**. 39(6). 521-528.
- Bhattacharya, V., Saleh, U., Samaraee, A. A., & Rhind, G. (2010). Factors contributing to poor post-operative abdominal pain management in adult patients : A review. **The Surgeon, Journal of The Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland**. 151-158.
- Bourgault, P., Gelinas, C., Tanguay, A., & Tousignant-Laflamme, Y. (2011). Exploring the validity of the bispectral index, the critical-care pain observation tool and vital signs for the detection of pain in sedated and mechanically ventilated critically ill adults: A pilot study. **Intensive and Critical Care Nursing**. 27. 46-52.
- Bosson, J. L., Chanques, G., Labarere, J., Mantz, J., & Payen, J. F. (2009). Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit : A post hoc analysis of the DOLOREA study. **Journal of Anesthesiology**. 111(6). 1308-1316.
- Carr, J., Chanques, G., Cisse, M., Constantin, J. M., Jaber, S., et al. (2010). The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. International Association for The Study of Pain. 711-721. Published by Elsevier B.V.
- Chen, Y. Y., Chi, N. H., Lai, Y. H., Liao, Y. M., Shun, S. C., & Tsai, P. S. (2011). The chinese behavior pain scale for critically ill patients: Translation and psychometric testing. **International Journal of Nursing Studies**. 48. 438-448.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Darawad, M. W., Al-Hussami, M., Saleh, A. M., & Al-Sutari, M. (2014). Jordanian patients' satisfaction with pain management. **Journal of Pain Management Nursing**. 15(1). 116-125.
- Dale, C., Fraser, M., Haslam, L., Knechtel, L., McGillion, Met al. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. **Journal of Intensive and Critical Care Nursing**. 27. 121-128.
- Duzel, V., Aytac, N., & Oztunc, G. (2010). A study on the correlation between the nurses' and patients' postoperative pain assessments. **Journal of Pain Management Nursing**. 1-7. Doi : 10.1016/j.pmn.2010.07.009
- Dziadulewicz, L., Hanson, A., Leske, J., Maidl, C., & Paulson-Conger, M. (2010). Comparison of two pain assessment tools in nonverbal critical care patients. **The American Society of Pain Management Nursing**. 12(4). 218-224.
- Fowler, L., & Marmo, S. (2010). Pain assessment tool in the critically ill post open heart surgery patient population. **The American Society of Pain Management Nursing**. 11(3). 134-140.
- Gelinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of critical care pain observation toll in adult patients. **American journal of critical care**, 15, 420-427.
- International Association for the Study of Pain. (2010). Pain terminology. Retrieved April 15, 2012, from <http://www.iasp-pain.org>

- Ista, E., Dijk, M. V., & Achterberg, T. V. (2012). Do implementation strategies increase adherence to pain assessment in hospital? A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.003
- Lee, K., Oh, H., Seo, W., & Suh, Y. (2011). Patterns and clinical correlates of pain among brain injury patients in critical care assessed with the critical care pain observation tool. **The American Society of Pain Management Nursing**. 1-9.
- Li, D., Miaskowski, C., Burkhardt, D., & Puntillo, K. (2009). Evaluations of physiologic reactivity and reflexive behaviors during noxious procedure in sedated critically ill patients. **Journal of Critical Care**, 24(3), 472.e9-472.e13.
- Li, D., Puntillo, K., & Maiskowsky, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self report. **The journal of pain**, 19(1), 2-10.
- Macintyre, P. E., & Schug, S. A. (2007). Acute pain management (3rd ed.). Edinburgh: Saunders
- Mistraletti, G., Carlon, E., Cigada, M., Zambrelli, E., Taverna, M., Sabbatici, G., et al. (2008). Sleep and delirium in the intensive care unit. **Minerava Anestesiological**, 74(6), 329-333.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrived December 2, 2011, from <http://www.nhmrc.gov>
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (2000). How to put the evidence into practice : Implementation and dissemination strategies. Retrived December 2, 2011, from <http://www.nhmrc.gov>
- Registered Nurse Association of Ontario. (2002). Nursing best practice guideline shaping the future of nursing: Assessment & management of pain supplement. Retrieved April 15, 2012, from [http:// www.rnao.org](http://www.rnao.org)
- Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., et al. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. **Journal of Intensive and Critical Care Nursing**. 27. 121-128. Doi :10.1016/j.iccn.2011.02.001
- Simpson, R. S. (2008). Acute pain management in the intensive care unit. In P. E. Macintyre, S.M. Walker & D. J. Rowbotham (Eds.), **Clinical Pain Management: Acute Pain** (2 ed., pp. 343-359): Hodder Arnold



ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมให้ใช้เครื่องมือวิจัย





ที่ ศธ ๒๓๔๓(๒๓)/๕๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๔ ถนนห้วยแก้ว อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๕ มกราคม ๒๕๕๕

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
0206
๕/๕ ส.ค. ๒๕๕๕ เวลา ๑๖.๑๗ น.

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๕๔๗๖(๔๓/๕๓) ลงวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๔

ตามที่ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มีความประสงค์จะขออนุญาต
ให้ อาจารย์วรังกนา อัครเวียง อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ นำเครื่องมือวิจัยใน
วิทยานิพนธ์ของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดียินยอมอนุญาตให้
นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน คณบดี

เพื่อแจ้งให้ทราบ

พทอ ๕๓๕-๕๕๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.สวดศักดิ์ สิริวัฒนา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติภาพแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐๕๓-๔๔๒๕๐๓

โทรสาร ๐๕๓-๔๔๒๕๐๔

ภาคผนวก ค

หนังสือแจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัย
ทางชีวเวชศาสตร์



ที่ ขร ๐๐๓๒.๑๐๒/ ๒๕๕๖



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงราย
ประชานุเคราะห์ ขอรับรองว่า

โครงการวิจัย : ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต
หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
(Effectiveness of Implementing Clinical Practic Guidelines for Pain
Management Among Critically Ill Patients in Surgical Intensive Care
Unit, Chiangrai Prachanukroh Hospital)

ผู้วิจัย : นางสาวรวงคนา อัครีเวียง
นางสาวพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดคน
นางปริศนา ะสี

สังกัด : สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับการพิจารณาแล้ว เห็นว่า ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่
อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตามขอบข่ายของ
โครงการวิจัย ที่เสนอได้ รับรอง ระหว่างวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ ถึง วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

ออกให้ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๖

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล)
ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรม
ในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์

ลงนาม.....

(นายไชยเวช ธนไพศาล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ภาคผนวก ง

หนังสือเรียนเชิญบุคลากรในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
เป็นผู้ร่วมโครงการวิจัย



ที่ ศธ ๕๙๐๐/๑๐๕๖๒



ขอเป็นวิทยากรบรรยายพิเศษ
192/3
18 S.ค. 2555
10.40 น.

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

๓๓๓ หมู่ ๑ ต.ท่าสูด

อ.เมือง จ.เชียงราย ๕๗๑๐๐

๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕

กลุ่มการพยาบาล

เลขที่รับ 1804

วันที่ 24 S.ค. 2555

เวลา 10.00 น.

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
เลขที่รับ 3581
วันที่ 19 ธ.ค.
เวลา 14.30

เรื่อง ขออนุญาตเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ด้วยอาจารย์วรางคณา อัครีเวียง อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ได้รับอนุมัติทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ให้ทำการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์” ระยะเวลาในการทำวิจัยทั้งหมด ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๕ ถึง ๓ ธันวาคม ๒๕๕๖ นั้น

ในการนี้ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญคุณปริศนา เวสสิ ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม บุคลากรในสังกัดของท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เป็นผู้ร่วมวิจัยโครงการดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อกับคุณปริศนา เวสสิ เป็นการภายในไว้หนึ่งแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง ทั้งนี้หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ กรุณาติดต่ออาจารย์วรางคณา อัครีเวียง หัวหน้าโครงการวิจัย โทรศัพท์ ๐๕๓ ๙๑๖ ๘๗๔ มือถือ ๐๘๕ ๐๓๗ ๐๖๗๐

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เนติคุณเรศวิ วรรณกุล

ขอแสดงความนับถือ

สุวิทย์ อัครี

(รองศาสตราจารย์สุปราณี อัครีเสรี)
คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

19/12/55

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐๕๓-๙๑๖๘๖๙-๗๐

โทรสาร ๐๕๓-๙๑๖๘๖๗

20 S.ค. 2555

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

333 หมู่ 1 ต.ท่าสูด อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

โทรศัพท์ (053) 910000 โทรสาร (053) 916034

Mae Fah Luang University

333 Moo 1 Muang District, Chiangrai, Thailand 5710

Tel : (053) 916000 Fax : (053) 916034 www.mfu.ac.th

ภาคผนวก จ

หนังสือชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และ
หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



โครงการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด
ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์”

หนังสือชี้แจงการเข้าร่วมโครงการวิจัย

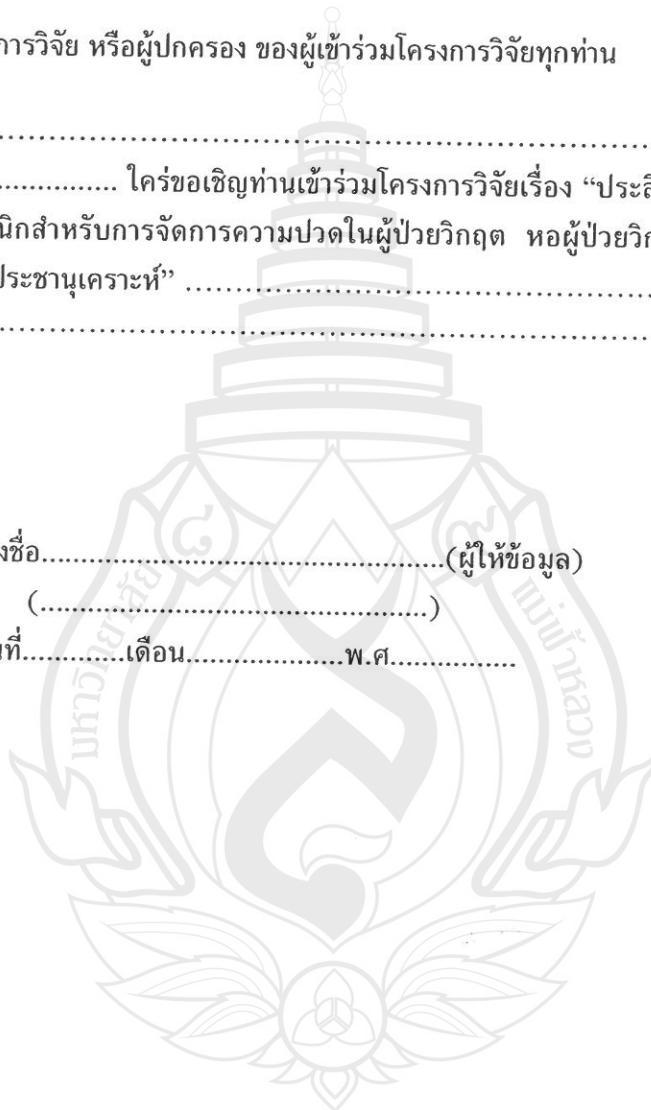
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย หรือผู้ปกครอง ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
..... ใครขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการ
ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์”

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ข้อมูล)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัยครั้งนี้ตามที่ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้
ทราบดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

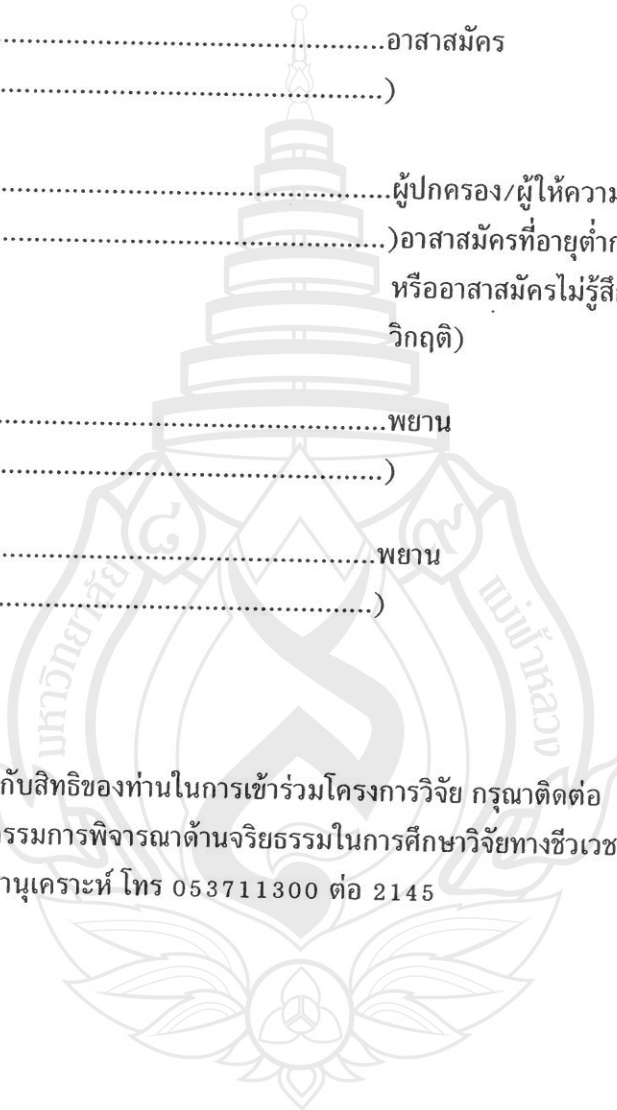
.....อาสาสมัคร
(.....)

.....ผู้ปกครอง/ผู้ให้ความยินยอม(กรณี
(.....)อาสาสมัครที่อายุต่ำกว่า 20 ปี
หรืออาสาสมัครไม่รู้สีกตัวหรืออยู่ในภาวะ
วิกฤติ)

.....พยาน
(.....)

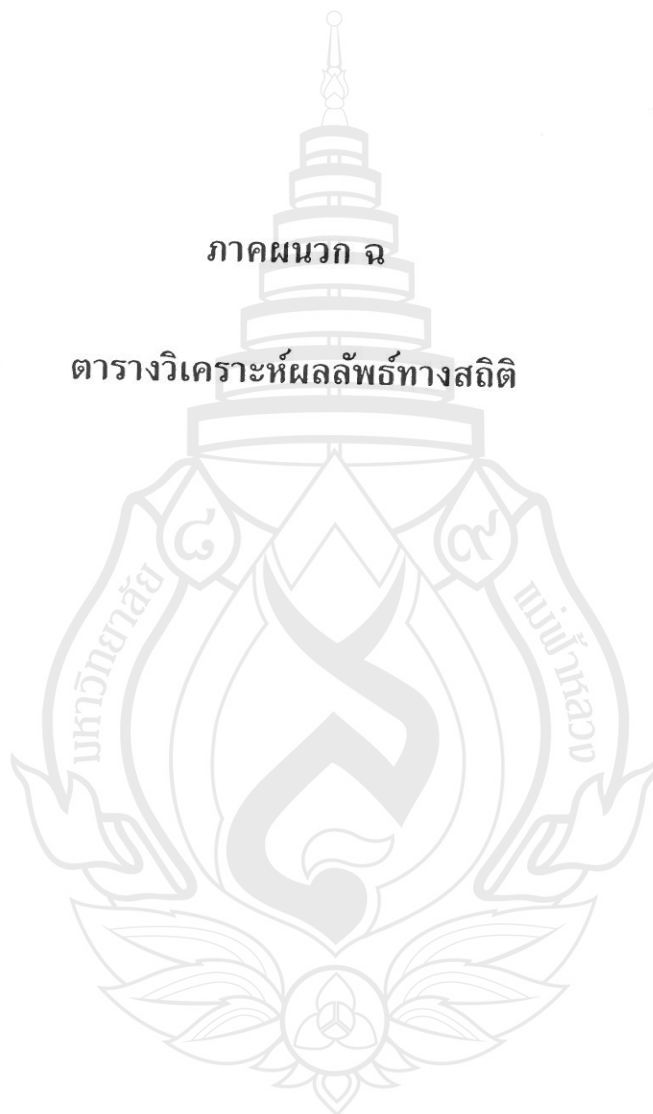
.....พยาน
(.....)

กรณีที่ท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านในการเข้าร่วมโครงการวิจัย กรุณาติดต่อ
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โทร 053711300 ต่อ 2145



ภาคผนวก จ

ตารางวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสถิติ



T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 ปวดลดลงกลุ่ม 1	2.1241	22	1.06208	.22644
ปวดลดลงกลุ่ม 2	3.0473	22	.42027	.08960

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 ปวดลดลงกลุ่ม 1 & ปวดลดลงกลุ่ม 2	22	.098	.665

Paired Samples Test

	Paired Differences				
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	Upper
Pair 1 ปวดลดลงกลุ่ม 1 - ปวดลดลงกลุ่ม 2	-.92318	1.10335	.23523	-1.41238	-.43399

Paired Samples Test

	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 ปวดลดลงกลุ่ม 1 - ปวดลดลงกลุ่ม 2	-3.925	21	.001

T-Test

Group Statistics

กลุ่มที่	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ความพึงพอใจ ก่อนใช้ CPG	22	7.5273	1.77017	.37740
ความพึงพอใจ หลังใช้ CPG	22	9.2273	.78509	.16738

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
ความพึงพอใจ	Equal variances assumed	10.934	.002	-4.118	42	.000
	Equal variances not assumed			-4.118	28.954	.000

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
				Lower	Upper
ความพึงพอใจ	Equal variances assumed	-1.70000	.41285	-2.53317	-.86683
	Equal variances not assumed	-1.70000	.41285	-2.54444	-.85556

ประวัติคณะผู้วิจัย

1. ชื่อ - สกุล

นางสาวรวงคณา อ่ำศรีเวียง

Miss Warangkana Umsriwaing

2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ (ถ้ามี) หรือ รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

3679900032496

3. ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail address

อาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

333 หมู่ 1 ต.ท่าสุด อ.เมือง จ.เชียงราย

เบอร์โทรศัพท์ 081-0370670

E-mail : toonny_nurse@hotmail.com

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ปีการศึกษา 2546)

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ปีการศึกษา 2552)

5. ประวัติการทำงาน

ปี 2546-2547 พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปี 2547-2554 พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ปี 2554 (เดือนพฤษภาคม) – ปัจจุบัน

อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ (วิกฤต)

7. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่องของผลงาน ชื่อการประชุม สถานที่ วัน เวลา ตามระบบสากล

7.1 ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ : งานประชุมวิชาการพยาบาล ณ โรงแรมเชียงใหม่รินคำ จ.เชียงใหม่ เมื่อเดือนเมษายน 2553

7.2 ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ : งานวันพยาบาลแห่งชาติ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ เมื่อเดือนตุลาคม 2553

8. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่อง ผลงาน ชื่อวารสาร ตามระบบสากล

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : Proceeding 2553

9. ผลงานวิจัยที่ได้รับการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา หรือผลงานวิจัยที่อยู่ระหว่างการยื่นขอจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา

ไม่มี

10. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ โดยระบุตำแหน่งหน้าที่ในการทำการวิจัย ว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย และระบุสถานภาพของงานวิจัยด้วย

ไม่มี

ประวัติผู้ร่วมวิจัยท่านที่ 1

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย/ ภาษาอังกฤษ)

นางปริศนา วะสี

Mrs.Prisana Wasee

2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ (ถ้ามี) หรือ รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

3579900068572

3. ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail address

ที่อยู่ ICU ศัลยกรรม รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์
1039 ถ.สถานพยาบาล ต.รอบเวียง อ.เมือง จ.เชียงราย 57000

โทรศัพท์ 0-5391-0624

โทรสาร 0-5371-3044

Mobile 0-8673-1749-5

E-mail address prisana.wasee@gmail.com

4. ประวัติการศึกษา

-ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง ปี 2525 วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

-อบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ ปี 2534 วิทยาลัยบรมราชชนนีพุทธ- ชินราช

-อบรมผู้บริหารระดับกลางหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข ปี 2533 วิทยาลัยบรมราชชนนีลำปาง

5. ประวัติการทำงาน

- พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยหนักรวม ปี 2525 – 2533

- รองหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักรวม ปี 2533 – 2540

- รองหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ปี 2540 – 2548

- หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

7. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่องของผลงาน
ชื่อการประชุม สถานที่ วัน เวลา ตามระบบสากล

แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยหนัก
ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี 2548 จัดโดยสภาการพยาบาล โรงแรม
เอติสัน กรุงเทพฯ

8. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่องผลงาน ชื่อ
วารสาร ตามระบบสากล

ปริศนา วะสี, ฉวีวรรณ ธงชัย, พิชัย พงศ์มันจิต, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน และ สุวิมล สุข
เกษม. (2549). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้
เชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสภาการ
พยาบาล 21(3) : 75-86.

9. ผลงานวิจัยที่ได้รับการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา หรือผลงานวิจัยที่อยู่ระหว่างการยื่นขอ
จดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา

ไม่มี

10. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ โดยระบุตำแหน่ง
หน้าที่ในการทำการวิจัย ว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่
ละข้อเสนอการวิจัย และระบุสถานภาพของงานวิจัยด้วย

ไม่มี

10.1 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัย
และสถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน การเผยแพร่ผลงานวิจัย

ปริศนา วะสี, ฉวีวรรณ ธงชัย, พิชัย พงศ์มันจิต, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน และ สุวิมล สุข
เกษม. (2549). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้
เชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสภาการ
พยาบาล 21(3) : 75-86.

10.2 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัยและ
สถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน และสถานภาพของงานวิจัย

ไม่มี

ประวัติผู้ร่วมวิจัยท่านที่ 2

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย/ ภาษาอังกฤษ)

Miss Phomsawan Chuajedton / นางสาวพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน

2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ (ถ้ามี) หรือ รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน 3 5799 00363 03 5

3. ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail address

อาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ที่อยู่ 333 หมู่ 1 ตำบลท่าสุต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
57100

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ 716/4 ถนนศรีเกิด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
57000

หมายเลขโทรศัพท์ (053) 916871
(081) 6027318

4. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2533 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลำปาง

พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง
(สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต)
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

พ.ศ. 2544 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

5. ประวัติการทำงาน

พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 2 เมษายน พ.ศ. 2533 – 2548

ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 พ.ศ. 2548 – 2549

อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พะเยา
16 มิถุนายน พ.ศ. 2549 - 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553

อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 – ปัจจุบัน

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

การพยาบาลศัลยศาสตร์

7. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่องของผลงาน ชื่อการประชุม สถานที่ วัน เวลา ตามระบบสากล

8. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่องผลงาน ชื่อวารสาร ตามระบบสากล

1. ฉวีวรรณ ธงชัย, ชัยวัฒน์ บำรุงกิจ, กวีศักดิ์ จิตวัฒนรัตน์, กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2550). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์ในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม : การศึกษาหลายสถาบัน. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 11 (1) : 35-48.

2. ปรีศนา วะสี, ฉวีวรรณ ธงชัย, พิชัย พงศ์มันจิต, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน และ สุวิมล สุขเกษม. (2549). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีพื้นฐานบนความรู้เชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสภาการพยาบาล 21(3) : 75-86.

9. ผลงานวิจัยที่ได้รับการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา หรือผลงานวิจัยที่อยู่ระหว่างการยื่นขอจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา

ไม่มี

10. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ โดยระบุตำแหน่งหน้าที่ในการทำการวิจัย ว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย และระบุสถานภาพของงานวิจัยด้วย

ไม่มี

10.1 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัย และสถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน การเผยแพร่ผลงานวิจัย

ไม่มี

10.2 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัยและสถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน และสถานภาพของงานวิจัย

1. ปัจจัยการทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สัดส่วนผลงานวิจัย 30 %

หัวหน้าโครงการ นางสาวทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ

แหล่งทุน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ปี พ.ศ. 2554

สถานภาพของงานวิจัย กำลังดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภาวะสมองเริ่มเสื่อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย สัดส่วนงานวิจัย
40%

หัวหน้าโครงการ นางสาวปิยะภร .ไพโรจน์
แหล่งทุน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ปี พ.ศ. 2555
สถานภาพของงานวิจัย กำลังดำเนินการ

