

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ
ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
**Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for
Procedural Pain Management in Critically Ill Surgical Patients,
Songklanagarind Hospital**

ขนิษฐา แซ่มไล่
Khanittha Chaemlai

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2556
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ
 ความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้เขียน นางสาวนิษฐา แซ่มไถ่

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์)ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	
.....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)
กรรมการ (ดร.มาริสสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพล ศรีชนะ)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวชนิษฐา แซ่มไถ่)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวขนิษฐา แซ่มไถ่)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ผู้เขียน	นางสาวชนิษฐา แซ่มไฉ่
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

ความปวดจากหัตถการเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการทางการพยาบาลที่พบบ่อย ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1998) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (2) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ (3) การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ส่วน ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ .95 สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 1 และมีค่าอัลฟาครอนบาคเท่ากับ .78, .91, และ .97 ตามลำดับ ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 34 ราย และผู้ป่วย 32 ราย ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและวิธีการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ
2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ตามการรับรู้ของพยาบาล

โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.89$, $SD = 0.55$) อย่างไรก็ตามร้อยละ 67.6 ของพยาบาลเห็นว่าหากต้องใช้นโยบายปฏิบัตินี้ให้มีประสิทธิภาพพยาบาลควรมีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการ

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.47$) อย่างไรก็ตามร้อยละ 67.7 ของพยาบาลยังต้องการความร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการภายหลังใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56$, $SD = 0.50$) อย่างไรก็ตามร้อยละ 87.5 ของผู้ป่วยยังต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการบรรเทาปวดด้วยตนเอง

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่านโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ และควรมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการแก่พยาบาลอย่างทั่วถึง เน้นการมีส่วนร่วมของแพทย์ และส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการบรรเทาความปวดจากหัตถการเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

Thesis title	Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Procedural Pain Management in Critically Ill Surgical Patients, Songklanagarind Hospital
Author	Miss Khanittha Chaemlai
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2013

ABSTRACT

Critically ill patients often have experiences of procedural pain. This study aimed to develop and evaluate a clinical nursing practice guideline (CNPG) for procedural pain management of three common nursing procedures including endotracheal tube suctioning, positioning, and deep breathing and effective cough exercise among critically ill surgical patients in the Surgical Intensive Care Unit, Songklanagarind Hospital. The steps of developing this CNPG were guided by the clinical practice guideline of Australian National Health and Medical Research Council (1998). Three phases were conducted: (1) development of the CNPG, (2) implementation of the CNPG, and (3) evaluation of the CNPG. The four research instruments included (1) the CNPG, (2) the Feasibility of Applying CNPG Questionnaire, (3) the Satisfaction Questionnaire for Nurses, and (4) the Satisfaction Questionnaire for Patients. The scale content validity of these instruments was examined by three experts. The scale content validity average (S-CVI-Ave) of this CNPG was .95, and the three Questionnaires (No.2-4) yielded the S-CVI-Ave of 1. The three Questionnaires (No.2-4) yielded Cronbach's alpha coefficients of .78, .91 and .97, respectively. Thirty-four nurses implemented this CNPG with 32 critically ill surgical patients between April and May, 2013. Data were analyzed using descriptive statistics. The results were as followed:

1. The CNPG of procedural pain management comprised of three components: (1) providing information regarding procedures and procedural pain management, (2) managing patients' pain before, during, and after performing the procedures, and (3) documenting procedural pain management in the nursing records.

2. Nurses reported that the CNPG was feasible to be used with a high average score ($M = 3.89$, $SD = 0.55$). However, 67.6 % of nurses suggested that the education sessions regarding procedural pain management should be offered to increase its effective use.

3. Nurses reported a high level of satisfaction in using this CNPG ($M = 4.12$, $SD = 0.47$). However, 67.7% of nurses needed cooperation from physicians to manage procedural pain.

4. Patients reported their satisfaction at the highest level ($M = 4.56$, $SD = 0.50$). However, 87.5% of patients would like to have their own decision making about pain management options.

These findings showed that this CNPG could be applicable for implementation but needs further improvement. In order to improve quality of care for the critically ill surgical patients, knowledge about procedural pain management should be offered for staff nurses. The physicians should be invited formally to participate, and the patients' decision making about procedural pain management should be supported.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่างๆ ในการดำเนินการวิจัยและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ทั้งยังให้โอกาส กำลังใจและความหวังอันมีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ทำให้ฝ่าฟันอุปสรรคจนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ช่วยชี้แนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการอนุกรรมการจริยธรรมด้านวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการนำแนวคิดไปทดลองใช้ และตอบแบบสอบถามให้แก่ผู้วิจัย ผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และอนุญาตให้ผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคลมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนๆทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ กระตุ้นและคอยให้การสนับสนุน จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

ขนิษฐา แซ่มไล่

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตของการศึกษา.....	9
ความสำคัญของงานวิจัย.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
บริบทการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม	
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	10
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล.....	12
ความหมายและความสำคัญ.....	12
ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล.....	13
แนวคิดความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต.....	18
ทฤษฎีความปวดและกลไกที่เกี่ยวข้องกับความปวด.....	18
ความปวดจากหัตถการ.....	21
สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากหัตถการ.....	22
ผลกระทบของความปวดจากหัตถการ.....	25

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
การประเมินความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต.....	27
การบรรเทาความปวดจากหัตถการ.....	34
การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ.....	36
หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต ทางศัลยกรรม.....	36
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล.....	42
ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล.....	46
ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล.....	48
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	56
ผลการวิจัย.....	56
ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการใน ผู้ป่วยทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	57
ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความ ปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้.....	61
ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการ จัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม.....	64
ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจาก หัตถการ.....	67
การอภิปรายผลการวิจัย.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	83
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	84

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	85
เอกสารอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก.....	94
ก การวิเคราะห์งานวิจัย.....	95
ข ตัวอย่างคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการใน ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	119
ค แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ.....	127
ง แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ จัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ไปใช้.....	132
จ แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ ความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์.....	136
ฉ ภาพคำขวัญณรงค์และความลึกการใส่สายสะดนมหะไม่เกินความยาวท่อ ช่วยหายใจ.....	138
ช เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย.....	139
ซ ใบพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาล).....	140
ฌ ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย (สำหรับผู้ป่วย).....	141
ฎ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	142
ประวัติผู้เขียน.....	143

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (N=34).....	61
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอร์ไทล์ ของความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด จากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้เรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ (N=34).....	63
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอร์ไทล์ ของความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ ความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม เรียงลำดับจากคะแนนสูงไปต่ำ (N=34).....	65
4 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤต ทางศัลยกรรมที่ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการตามแนวปฏิบัติการ พยาบาล(N= 32).....	68
5 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลการบรรเทาปวดด้วยยาในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรมที่ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (N= 32).....	70
6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอร์ไทล์ ของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังมี การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วย วิกฤตทางศัลยกรรม เรียงลำดับจากคะแนนสูงไปต่ำ(N= 32).....	72

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.....	7
2	มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข.....	28
3	มาตรวัดความปวดด้วยสายตา.....	28
4	มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้าของเบอร์รี่, แคมป์เบียน, แออดิด โคค, และซิกเกอร์	29
5	ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์...	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม สาเหตุเกิดจากมีกรวดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008; Siffleet, Young, Nikoletti, & Shaw, 2007) นอกจากนี้ผู้ป่วยดังกล่าวยังต้องเผชิญกับความปวดโดยตรงจากการได้รับการทำหัตถการเพื่อการรักษาหรือการพยาบาล (procedural pain) ที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การถอดสายระบายจากแผล (Li & Puntillo, 2006; Siffleet et al., 2007) การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การหายใจลึกและไอ การทำแผล เป็นต้น (Puntillo et al., 2001; Siffleet et al.) ขณะเดียวกันการทำหัตถการหรือกิจกรรมดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อกระดูกสันหลังของผู้ป่วยปวดแผลเพิ่มขึ้น (referred pain) จากความปวดเดิมที่มีอยู่ขณะพัก (background pain) เนื่องจากมีการหดเกร็งหรือดึงรั้งของกล้ามเนื้อหากมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องวิธี

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากรายงานว่ามีความปวดจากหัตถการและประเมินความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ดังเช่น เจลินาส (Gélinas, 2007) ศึกษาประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยมีความปวดบ่งชี้ที่สุดเมื่อมีการเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 31.94) รองลงมาเป็นการฝึกหายใจ (ร้อยละ 11.11) และการถอดสายระบายทรวงอก (ร้อยละ 6.94) ยอร์ค วาลลิส และแมคคีน (Yorke, Wallis, & McLean, 2004) ศึกษาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจเช่นกัน พบว่าผู้ป่วยมีความปวดบ่งชี้ที่สุดเมื่อได้รับการทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 89.2) และรองลงมาเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองหรือกระทำโดยเจ้าหน้าที่พยาบาล (ร้อยละ 88.2) ซิฟฟลีต และคณะ (Siffleet et al., 2007) ศึกษาพบว่า การถอดสายระบายออกจากแผลทำให้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมและอายุรกรรมมีความปวดระดับมากถึงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การหายใจลึกและไอ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และการเปลี่ยนท่า มิลกรอม และคณะ (Milgrom et al., 2004) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจวันที่หนึ่ง รายงานความปวดระดับมากถึงมากที่สุดเมื่อไอ รองลงมาได้แก่ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึก

แม้ว่าความปวดจากหัตถการเป็นความปวดที่เกิดขึ้นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่ง แต่หากเกิดขึ้นบ่อยครั้งและไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

วิกฤตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนื่อยล้า เคลื่อนไหวได้น้อยลง (Carr & Goudas, as cited in Apfelbom, Chen, Mehta, & Gan, 2003) หายใจเร็วตื่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ปริมาตรปอด และอัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกหลังผ่าตัดต่ำกว่า ก่อนผ่าตัด (Sasseron et al., 2009) ทำให้ปอดแฟบ เกิดความบกพร่องของการแลกเปลี่ยนแก๊ส ซิฟรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Lome, 2005) ความไวของฮอร์โมนอินซูลินลดลงส่งผลให้มีการเผาผลาญน้ำตาลลดลง (Greisen et al., 2001) ระบบประสาทส่วนกลางได้รับการกระตุ้นมากเกินไป ไวต่อการกระตุ้น และกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ (Puntillo, 2007) นอกจากนี้ความปวดจากหัตถการยังมีผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย ทำให้เครียด (Granja et al., 2005) ทุกข์ทรมาน (Van de leur et al., 2004) โดยหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ (สุพิตรา, 2536) และการเปลี่ยนท่า (Puntillo et al., 2001) ซึ่งผู้ป่วยเล่าว่าการดูดเสมหะที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเหมือนใจจะขาด (ภัทรพร, 2543) ความปวดและความทุกข์ทรมานจากการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจส่งผลให้ผู้ป่วยบางราย กระสับกระส่าย หายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ ปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการดูดเสมหะ พยายามสะบัดหน้าแรงๆ เพื่อให้ท่อช่วยหายใจหลุด (เกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม และสุนน, 2548) หรือดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง (สิริรัตน์, 2550) ทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องผูกยึดท่อช่วยหายใจและร่างกายของผู้ป่วยยังทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น จากผลกระทบบดังกล่าว การจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตจึงเป็นบทบาทหนึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ความสำคัญ

หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์รับดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมหลอดเลือด และศัลยกรรมทั่วไป โดยปกติหอผู้ป่วยมีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับแนวทางการจัดการความปวดเฉียบพลันซึ่งจัดทำโดยพยาบาลระดับชำนาญการ (สุธิดา, 2554) ประกอบด้วย มาตรการประเมินความปวดแบบตัวเลข ความถี่การประเมินความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดประเมินทุก 4 ชั่วโมง การบรรเทาปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยา การติดตามภาวะแทรกซ้อนจากยาบรรเทาปวด โดยมีเป้าหมายให้ระดับความรุนแรงความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน ยาบรรเทาปวดที่นิยมใช้คือ มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) การบริหารยาบรรเทาปวดมีหลายรูปแบบแต่ที่ใช้บ่อยที่สุดได้แก่ การให้ยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำหรือทางเหนือเยื่อหุ้มดورا (epidural catheter) ร่วมกับเมื่อผู้ป่วยร้องขอในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ เช่น ศัลยกรรมหัวใจ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ รองลงมาเป็นการให้ยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยร้องขอที่มักใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท

สำหรับหัตถการทางการแพทย์ที่พบบ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่าการเปลี่ยนท่าผู้ป่วย พยาบาลมักกระทำอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง การกระตุ้นหายใจลึกและไออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง และการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ส่วนการถอดสายระบายจากแผลเป็นหัตถการที่พบได้น้อย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดจากหัตถการในช่วงเดือนมิถุนายน 2555 โดยผู้วิจัยได้สอบถามผู้ป่วยเข้ามารักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 5 ราย ผู้ป่วยรายงานว่ามีความรุนแรงของความปวดแผลขณะพักระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน) และเมื่อได้รับการกระตุ้นให้หายใจลึกและไอมีความปวดอยู่ในช่วง 7-8 คะแนน การเปลี่ยนท่าพลิกตะแคงตัวมีความปวดอยู่ในช่วง 5-6 คะแนน และการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจมีความปวดอยู่ในช่วง 3-8 คะแนน นอกจากนี้จากการสอบถามพยาบาลจำนวน 10 ราย พยาบาลทุกรายรับรู้ว่า การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ เป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยปวดแผลเพิ่มขึ้นจากความปวดที่มีอยู่เดิมขณะพัก อย่างไรก็ตามจากการสังเกตการจัดการความปวดจากการทำหัตถการทางการแพทย์และการบันทึกทางการแพทย์ พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินความปวดก่อนทำหัตถการ มักใช้การจัดการความปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การให้ข้อมูล การใช้น้ำเสียงที่สุภาพ การใช้หมอนประคองแผลผ่าตัด เป็นต้น สำหรับการบรรเทาปวดโดยวิธีการใช้ยาพบว่าส่วนใหญ่พยาบาลจัดการความปวดหลังเสร็จสิ้นการทำหัตถการทางการแพทย์หรือระหว่างการทำหัตถการเมื่อเห็นผู้ป่วยแสดงพฤติกรรม เกร็ง คิ้น กระสับกระส่าย สำหรับการติดตามผลการบรรเทาปวด พยาบาลบางรายใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยแทนการใช้มาตรวัดความปวด และมีการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่ชัดเจน การจัดการความปวดจากหัตถการดังกล่าวอาจมีประสิทธิภาพไม่พอเมื่อเทียบกับมาตรฐานซึ่งสมาคมอเมริกันสำหรับการพยาบาลการจัดการความปวด (The American Society for Pain Management Nursing) กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลที่ได้รับการทำหัตถการที่จะทำให้เกิดความปวดควรมีสติที่จะได้รับการจัดการความปวดอย่างเพียงพอทั้งก่อนระหว่างและหลังทำหัตถการ (Czarnecki et al., 2011) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเนื่องจากพยาบาลมีความรู้และประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน การมีคู่มือปฏิบัติงานแนวทางการจัดการความปวดเขียนพินที่ไม่ครอบคลุมถึงการจัดการความปวดจากหัตถการ ร่วมกับหอผู้ป่วยยังไม่มีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากหัตถการไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน จึงทำให้พยาบาลมีการตัดสินใจในการจัดการความปวดจากหัตถการที่หลากหลายซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดที่ได้รับ

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานในโรงพยาบาลได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นชุด

ข้อความระบุวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (ฉวีวรรณ, 2548) เป็นเครื่องมือในการกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัตถการทางการพยาบาลที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีระดับความปวดเพิ่มขึ้น ได้แก่ การหายใจลึกและไอ การเปลี่ยนท่า และการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพยาบาลและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
2. ประเมินระดับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้ตามการรับรู้ของพยาบาล
3. ประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
4. ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการภายหลังมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ระดับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้ตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับใด
3. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอยู่ในระดับใด

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) และชุดข้อเสนอแนะ (position statement) เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการของซซาร์เนคกีและคณะ (Czarnecki et al., 2011) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากหัตถการ เป็นกรอบการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีความปวดแผลเดิมขณะพัก (background pain) จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดและมีท่อสายระบายต่าง ๆ หรืออุบัติเหตุ (Siffleet et al., 2007; Li et al., 2008) เมื่อได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์ ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่อ และการหายใจลึกและไอ ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้นได้ โดยเมื่อมีการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บโดยตรงของเนื้อเยื่อหลอดลมเนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นจากการใส่สายดูดเสมหะที่ต่อกับเครื่องดูดเสมหะที่มีแรงดันลบไปทำให้เกิดระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อหลอดลม ผู้ป่วยจึงเกิดความปวดบริเวณดังกล่าวจากการทำหัตถการ (procedural pain) นอกจากนี้ระหว่างดูดเสมหะผู้ป่วยมักมีการไอจากการระคายเคืองร่วมด้วยทำให้เกิดแรงดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณขนาดแผลผ่าตัดหรือแผลใกล้เคียงของช่องอกและช่องท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้น (referred pain) เช่นเดียวกับการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่อหรือหายใจลึกและไอ ทำให้เกิดความปวดจากการหดเกร็งหรือดึงรั้งของกล้ามเนื้อบริเวณขนาดแผลผ่าตัดหรือแผลอุบัติเหตุบริเวณใกล้เคียง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลักสำคัญในการจัดการความปวดจากหัตถการต้องเป็นการจัดการเพื่อป้องกันและบรรเทาความปวดที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการ ซึ่งสมาคมอเมริกันสำหรับการพยาบาลในการจัดการความปวด (The American Society for Pain Management Nursing, as cited in Czarnecki et al., 2011) มีความเชื่อว่าบุคคลผู้ที่ได้รับการทำหัตถการที่จะทำให้เกิดความปวดควรมีสติที่จะได้รับการจัดการความปวดอย่างเพียงพอทั้งก่อน

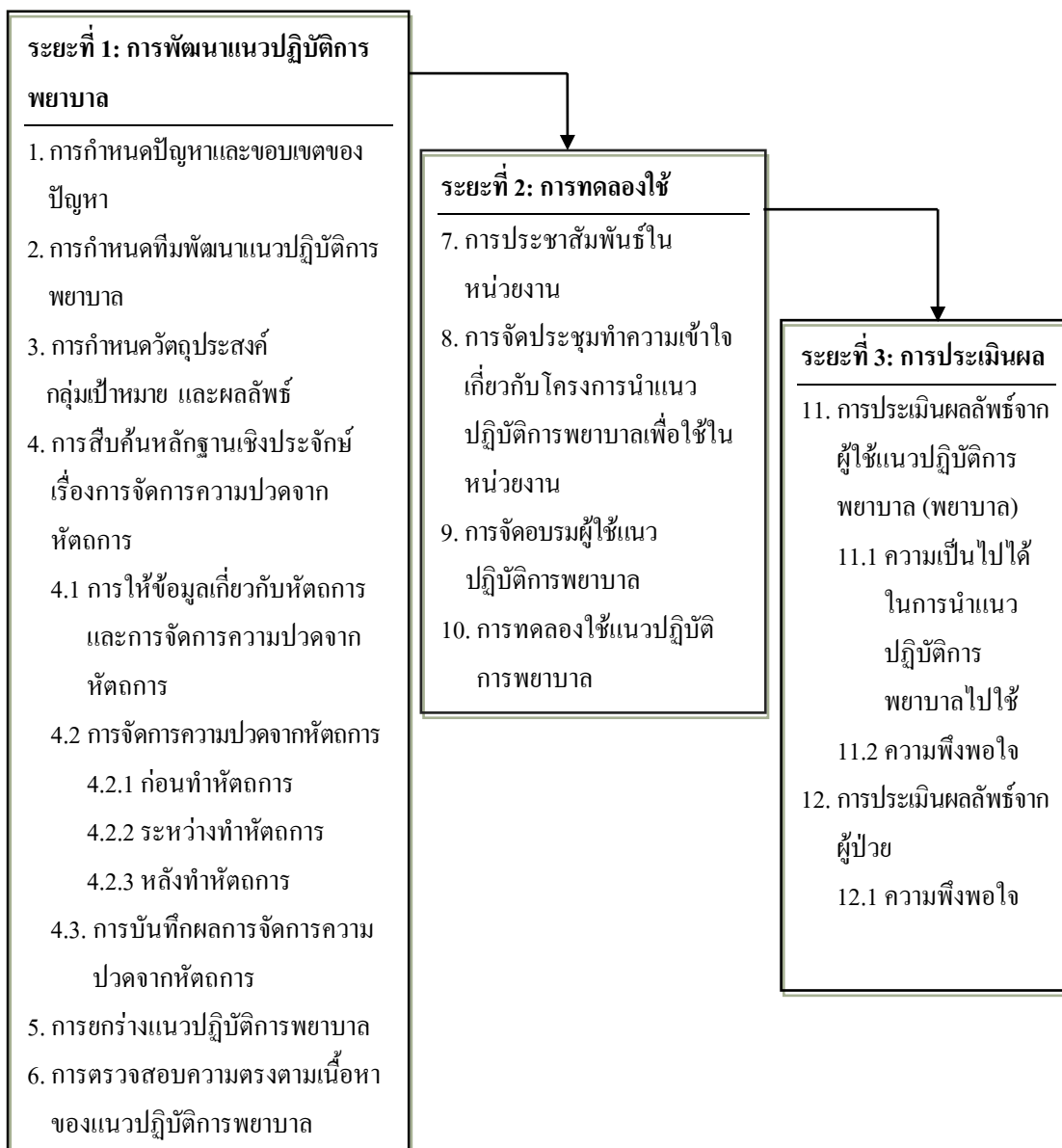
ระหว่างและหลังทำหัตถการ ชซาร์เนคกีและคณะ (Czarniecki et al., 2011) ได้นำหลักการนี้มาพัฒนาเป็นชุดข้อเสนอแนะโดยแบ่งการจัดการความปวดออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการ ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ประกอบด้วย (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการ และวิธีการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้ง ก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมโดยผู้วิจัยใช้หลักการและกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติคลินิก โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (17 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะทดลองใช้ และระยะประเมินผล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแนวทางการดำเนินการของ NHMRC เพื่อให้กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยแบ่งระยะเวลาการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ออกเป็น 3 ระยะ (12 ขั้นตอน) ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา (2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ (4) สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ (5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (6) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (7) การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน (8) การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน (9) การจัดอบรมผู้ใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (10) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 3 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ (11) การประเมินผลลัพธ์จากผู้ใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (12) การประเมินผลลัพธ์จากผู้ป่วย คือ ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ

กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แสดงในภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

นิยามศัพท์

ความปวดจากหัตถการ หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายแบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นชั่วคราวจากการทำกิจกรรมพยาบาลที่พบบ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมได้แก่ การดูแลใน

ท้อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ซึ่งความรู้สึกไม่สบายดังกล่าวอาจคงอยู่ ภายหลังทำหัตถการเสร็จสิ้น

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรม หมายถึง ชุดข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการความปวดจากกิจกรรมทางการพยาบาลที่พบ บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ การดูแลเสมหะในท้อช่วย หายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ มีสาระประกอบด้วย (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ หัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลัง ทำหัตถการ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากกรอบแนวคิด การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ ออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ชุดข้อเสนอแนะการจัดการความปวดจากหัตถการของซซาร์เนคกี และคณะ (Czarniecki et al., 2011) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจาก หัตถการไปใช้ หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการ จัดการความปวดจากหัตถการในด้านความยากง่ายในการปฏิบัติ ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง และประโยชน์และความปลอดภัยของผู้รับบริการ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความ ปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไปใช้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สูง ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้ต่ำ

ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง ระดับความรู้สึกยินดี ความรู้สึกทางบวกของ พยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจใน การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ระดับความรู้สึกยินดี ความรู้สึกทางบวกของ ผู้ป่วยเมื่อได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการจากพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความ พึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม ค่าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง มี ระดับความพึงพอใจน้อย

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2555 เดือน พฤษภาคม 2556

ความสำคัญของงานวิจัย

1. หอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง
2. พยาบาลมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้
3. ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. บริบทการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
 - 2.1 ความหมายและความสำคัญ
 - 2.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
3. แนวคิดความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.1 ทฤษฎีความปวดและกลไกที่เกี่ยวข้องกับความปวด
 - 3.2 ความปวดจากหัตถการ
 - 3.3 สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากหัตถการ
 - 3.4 ผลกระทบของความปวดจากหัตถการ
 - 3.5 การประเมินความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต
 - 3.6 การบรรเทาความปวดจากหัตถการ
 - 3.7 การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ
4. หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
5. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

บริบทการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รับผิดชอบผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมทุกระบบ ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมหลอดเลือด และศัลยกรรมทั่วไป มีจำนวนเตียงทั้งหมด 10 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 100 รายต่อเดือน อัตราการครองเตียงเฉลี่ย

ร้อยละ 92.08 มีพยาบาลวิชาชีพ 42 ราย ซึ่งมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมตั้งแต่ 1 ถึง 20 ปี ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 5 รายและพนักงานช่วยการพยาบาล 4 ราย ในแต่ละผลัดเวรมีอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วยเท่ากับ 1:1-2 ราย ผู้ป่วยแต่ละรายมีศัลยแพทย์เจ้าของไข้ ในเวลา ราชการมีวิสัญญีแพทย์ 1 รายและหรือแพทย์ใช้ทุนทางศัลยกรรม 1 รายประจำอยู่ที่หอผู้ป่วยและหมอนเวียนทุก 1 เดือน สำหรับนอกเวลาราชการมีแพทย์ใช้ทุนทางศัลยกรรม 1 รายหมอนเวียนทุกวัน

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ประกาศนโยบายกำหนดให้ความสำคัญเป็นสัญญาณชีพที่ห้าและฝ่ายบริการพยาบาลได้ประกาศแนวปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลัน โดยมีเป้าหมายให้ระดับความรุนแรงความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมโดยสุธิดา (2554) ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติงานเรื่องการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเพื่อนำมาเป็นแนวทางการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประกอบด้วย (1) การประเมินความปวด มาตรการความปวดที่ใช้ในผู้ป่วยรู้สึกตัวดี คือ มาตรการแบบตัวเลขโดยการบอก (Oral Numeric Rating Scale [NRS-O]) มาตรการความปวดด้วยวาจา (Verbal Descriptor Scale [VDS] หรือ Verbal Rating Scale [VRS]) สำหรับการประเมินความปวดในผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวใช้แบบสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical-Care Pain Observation Tool [CPOOT]) สำหรับความถี่การประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือได้รับอุบัติเหตุ ใน 24 ชั่วโมงแรกประเมินทุก 2 ชั่วโมง ใน 24-48 ชั่วโมงประเมินทุก 4 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงขึ้นไปประเมินทุก 6-8 ชั่วโมง (2) การบรรเทาความปวด มีการบรรเทาความปวดเมื่อระดับความรุนแรงความปวดเท่ากับหรือมากกว่า 3 คะแนน หรือปวดปานกลางถึงมากที่สุด วิธีการบรรเทาปวดใช้วิธีการให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน หรือ เฟนทานิล ซึ่งรูปแบบการบริหารยามีสามรูปแบบคือ การให้ยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำหรือเหนือเยื่อหุ้มดورا การให้ยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำตามเวลา หรือการให้ยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยต้องการหรือร้องขอ และมีวิธีการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การหายใจเข้าออกลึกซ้ำ การใช้หมอนประคองแผล การจัดทำ เป็นต้น (3) การติดตามผลลัพธ์ มีการประเมินผลการจัดการความปวดหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำ 15-30 นาที โดยใช้มาตรวัดเดียวกับการประเมินครั้งแรกหรือสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย

สำหรับการจัดการความปวดจากหัตถการทางการพยาบาล ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นระยะเวลา 10 ปี ได้สังเกตและสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการทางการพยาบาลพบข้อ (การดูแลแผลในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ) และการบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ พบว่าส่วนใหญ่พยาบาลไม่ได้มีการประเมินความปวดก่อนทำหัตถการ แต่มีการให้ข้อมูลสั้นๆและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับหัตถการ และการใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัด สำหรับ

การให้ยาบรรเทาปวดก่อนเริ่มทำหัตถการมีน้อยมากและหากมีการให้ยาบรรเทาปวดแล้วก็พบว่าไม่ได้รื้อเวลาให้ยาออกฤทธิ์สูงสุดก่อนเริ่มทำหัตถการ พยาบาลบางรายมีการจัดการความปวดจากหัตถการภายหลังจากสังเกตเห็นพฤติกรรมผู้ป่วยแสดงออก เช่น เกร็ง คืบ กระสับกระส่าย ไม่ให้ความร่วมมือ หรือสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ภายหลังทำหัตถการ ส่วนใหญ่พยาบาลไม่ได้มีการติดตามประเมินระดับความรุนแรงของความปวดและบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการไม่เป็นระบบ การที่พยาบาลมีการจัดการความปวดจากหัตถการยังไม่เป็นขั้นตอนหรือไปในทิศทางเดียวกัน อาจเกิดจากปัจจัยทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ และประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล การมีคู่มือปฏิบัติงานด้านการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันที่ยังไม่ครอบคลุมสาระสำคัญของการจัดการความปวดจากหัตถการ และการไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลมีการตัดสินใจและการจัดการความปวดจากหัตถการแตกต่างกันซึ่งอาจมีผลต่อความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนในการดำเนินการเพื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือมาปรับใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาทางการพยาบาล หรือพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้เพื่อปรับให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน

ความหมายและความสำคัญ

แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline [CNPGL]) หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ใช้บริการ เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะใดภาวะหนึ่ง (ฉวีวรรณ, 2548)

แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ เป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยทำให้รูปแบบการดูแลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจ และการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้น

ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม มีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นและซับซ้อน ค่าใช้จ่ายต่ำ และผลลัพธ์ที่ทุกฝ่ายปรารถนาสูงสุด คือ ตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการดีขึ้น (NHMRC อ้างตาม จิวีวรรณ, 2548)

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการและกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติคลินิก โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ (17 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะเผยแพร่และนำไปใช้ และระยะประเมินผล การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยคัดแปลงแนวทางในการดำเนินการของ NHMRC เพื่อให้กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยแบ่งระยะเวลาในการดำเนินการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ออกเป็น 3 ระยะ มี 12 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา (2) การกำหนดทีมพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล (3) การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ (4) การสืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ (5) การยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (6) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ (7) การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน (8) การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน (9) การจัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ (10) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และระยะที่ 3 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ (11) การประเมินผลจากผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานใน หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม และ (12) การประเมินผลจากผู้ป่วย มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

การกำหนดปัญหาต้องเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ และมีความเห็นพ้องต้องกัน โดยกลยุทธ์ในการกำหนดประเด็นปัญหาอาจทำได้โดยการระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงาน หรือกำหนดจากประเด็นตัวชี้วัดที่ยังไม่ถึงเกณฑ์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทีมพัฒนา

การกำหนดทีมพัฒนา ควรมาจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น วิทยุแพทย์ พยาบาล เกษัชกร เป็นต้น โดยทีมงานต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องที่จะทำ สามารถสืบค้น อ่าน ประเมินผลและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ โดยจำนวนสมาชิก ควรอยู่ระหว่าง 5-10 คน เพื่อความสะดวกในการนัดหมายประชุม

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องให้ชัดเจนสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และต้องมีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) สำหรับกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ หรือหน่วยงานและองค์กร อาจเป็น ได้ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว

ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้นและการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องทำการสืบค้นอย่างเป็นระบบ และทั่วทุกแหล่งของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่มาจากหลักฐานความรู้ที่ดีที่สุดเท่าที่จะสืบค้นได้ และต้องเป็นการปฏิบัติที่นำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลที่ดีไว้ โดยการสืบค้นต้องมีการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น แหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้น ฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นงานวิจัยได้ สำหรับการคัดเลือกและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น การคัดเลือกต้องให้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิกที่ต้องการพัฒนามีผลลัพธ์ที่กำหนดในหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจน สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เมื่อได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว การประเมินคุณค่าของหลักฐานที่สืบค้นได้ต้องทำอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ต้องมีหลักการประเมินที่ชัดเจนสำหรับงานวิจัยแต่ละประเภท มีการจัดระดับของหลักฐานและจัดกลุ่มข้อเสนอแนะตามความสามารถของการนำไปประยุกต์ใช้ โดยมีหลักการประเมินที่สำคัญ ดังนี้

4.1 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มีรายละเอียดดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยงานวิจัยทุกเรื่องมีการออกแบบการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (randomize control trial: RCT)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยทบทวนงานวิจัยเป็นการทดลองและต้องมียุทธวิธีอย่างน้อย 1 เรื่องที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง

ระดับ 3 มี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่

ระดับ 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยที่ออกแบบการวิจัยอย่างดี และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ (well-design pseudo-randomized controlled trials)

ระดับ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการศึกษาเปรียบเทียบ (comparative study) ไม่มีการสุ่ม (non-randomized) ที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) และเป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยและการเกิดโรค (case controlled study)

ระดับ 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการศึกษาติดตามระยะยาว ไม่มีการทดลอง ศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้ประวัติควบคุม (historical control) หรือศึกษาหลายช่วงเวลา (time series)

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณานงานวิจัยที่วัดผลหลังการทดลอง (post-test) งานวิจัยที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pre-test/post-test outcomes) หรือได้มาจากการความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้านประสบการณ์ทางคลินิก (expert opinion)

4.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก ใช้แบบประเมิน The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Collaboration [AGREE collaboration] ของคณะกรรมการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเซนต์จอร์จ (St. George's hospital) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยฉวีวรรณ (2547) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .91 โดยมีการประเมินทั้งหมด 6 ด้านประกอบด้วย (1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (4) ความชัดเจนและการนำเสนอ (5) การประยุกต์ใช้ และ (6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

4.3 การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้โดยการจัดแบ่งระดับของข้อเสนอแนะ (grade of recommendation) เพื่อบอกถึงระดับของความเชื่อมั่นในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นไปใช้ในการปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้ใช้การจัดระดับข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2008) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับ A มีความเชื่อมั่นในระดับสูง ซึ่งประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าระดับสูงของการนำไปใช้

ระดับ B มีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการรับรองว่ามีประโยชน์ในการนำไปใช้

ระดับ C ขาดความเชื่อมั่นไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน ไม่แนะนำให้นำไปใช้

ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนการยกร่างแนวปฏิบัติประกอบด้วย การสรุปสาระสำคัญ โดยรวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกประเมินและคัดเลือกมาแล้ว จัดทำแผนการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินผลให้ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ วางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล และจัดทำรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ

รูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนา และอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 7 การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน

การประชาสัมพันธ์เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบถึงโครงการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยวิธีการต่างๆ เช่น การทำป้ายประกาศ การแจ้งเป็นรายบุคคล เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 8 การจัดประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อใช้ในหน่วยงาน

การจัดประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีความเข้าใจถึง ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมาย

คุณภาพการพยาบาลที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง และขอความร่วมมือเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 9 การจัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การจัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะต่างๆ ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 10 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ตามระยะเวลาที่กำหนด หรือตามจำนวนที่ต้องการ เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ จากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์เพื่อนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ระยะการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ประเมินผลลัพธ์จากผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 11 การประเมินผลลัพธ์จากกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

เป็นการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติจากผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ คุณภาพด้านการนำไปใช้ ให้ครอบคลุมขอบเขตของการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ (1) ความง่ายในการปฏิบัติ (2) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (3) ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง และ (4) ประโยชน์และความปลอดภัยของผู้รับบริการ และการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 12 การประเมินผลจากผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่ต้องการมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีระดับความปวดจากหัตถการที่ลดลง ภายหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แต่เนื่องจากความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่อง ผู้วิจัยจึงประเมินเป็นความพึงพอใจโดยภาพรวมของผู้ป่วยที่มีต่อการจัดการความปวดจากหัตถการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม เป็นผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอย่างรุนแรงซึ่งคุกคามต่ออวัยวะสำคัญที่ต้องได้รับการผ่าตัดและเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด (Stanik อ้างตามสิริรัตน์, 2550) ด้วยการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมและทันสมัย เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและหรือคาสายสวนหลอดเลือดแดงส่วนปลาย การใส่ท่อระบาย เป็นต้น นอกจากนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยเร็ว ผู้ป่วยจึงมักได้รับการทำกิจกรรมทางการพยาบาล เช่น การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ แม้ว่าหัตถการเพื่อการรักษาและหัตถการทางพยาบาลดังกล่าวเหล่านี้มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่อาจเป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีความปวดเพิ่มขึ้น

ทฤษฎีความปวดและกลไกที่เกี่ยวข้องกับความปวด

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมเป็นความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นได้ทันทีหลังจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดหรือจากอุบัติเหตุ (Li et al., 2008; Siffleet et al., 2007) ซึ่งกลไกการรับรู้ความปวดเกิดจาก 2 กลไกหลัก คือ (1) ความปวดจากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึก และ (2) ความปวดจากกระบวนการอักเสบ (จิรวรรณ, 2541; Arroyo-Novoa et al., 2009)

1. ความปวดจากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึก เมื่อมีตัวกระตุ้นที่รุนแรง (noxious stimuli) ได้แก่ แรงกด ความร้อน ความเย็นหรือสารเคมี ไปสัมผัสกับเนื้อเยื่อและมีผลให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อส่งผลให้มีการกระตุ้นหน่วยรับความรู้สึกปวด (nociceptor) ที่ปลายประสาทอิสระบริเวณเนื้อเยื่อให้สร้างสัญญาณความปวดและนำส่งไปสู่สมองจนเกิดการรับรู้ความปวดขึ้น โดยใยประสาทมี 2 ชนิด คือ ชนิดที่มีไมอีลิน (myelin) หุ้มบางๆ คือ เอ เดลต้า ไฟเบอร์ (A-delta fiber) ซึ่งนำสัญญาณความปวดชนิดเร็ว (fast) เกิดขึ้นทันที ชัดเจน บอกตำแหน่งได้ และใยประสาทชนิดซี ไฟเบอร์ (C-fiber) ไม่มีไมอีลินหุ้ม นำความปวดชนิดช้า (slow) เกิดขึ้นภายหลังมีลักษณะปวดตื้อบอกตำแหน่งไม่ได้และอยู่นานกว่า

2. ความปวดเกิดจากกระบวนการอักเสบ เมื่อมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จะมีการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) ฮีสตามีน (histamine) แบริคติน (bradykinin) อะซิติลโคลีน (acetylcholine) โพแทสเซียม (potassium) และซีโรโทนิน (serotonin) เป็นต้น จากเซลล์บริเวณดังกล่าวและจากมาสต์ เซลล์ (mast cell) แมคโครฟาจ (macrophage) และ

ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ซึ่งสารเคมีเหล่านี้มีผลไปกระตุ้นหน่วยรับความรู้สึกปวดส่วนปลายประสาทโดยตรงหรือไปทำให้หน่วยรับความรู้สึกที่ปลายประสาทมีความไวต่อการกระตุ้นภายนอกได้ง่าย อาจเกิดความรู้สึกปวดเมื่อมีการสัมผัสหรือกดเบาๆ บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ (allodymia) เพิ่มการตอบสนองและระยะเวลาในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ (primary hyperalgesia) และบริเวณข้างเคียง (secondary hyperalgesia) เรียกว่า การเพิ่มหรือขยายการรับความรู้สึกของปลายประสาท (peripheral sensitization) ทำให้เกิดกระบวนการถ่ายทอดสัญญาณบาดเจ็บไปยังระบบประสาทส่วนกลางได้อย่างต่อเนื่องทำให้การส่งสัญญาณความปวดที่ไขสันหลังเปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้เซลล์ในไขสันหลังส่งพลังประสาทได้มากขึ้นและนานขึ้น (“wind-up” phenomenon) เรียกว่า การเพิ่มหรือขยายความรุนแรงของสัญญาณประสาทโดยระบบประสาทส่วนกลาง (central sensitization)

ความปวดจากกลไกการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกและกระบวนการอักเสบดังกล่าวข้างต้น ส่งผ่านสัญญาณความปวดไปสู่สมองทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความปวดโดยผ่าน 5 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการแปลสัญญาณความปวด (transduction) กระบวนการส่งกระแสความปวด (transmission) กระบวนการรับรู้ความปวด (perception) กระบวนการปรับเปลี่ยนความปวด (modulation) และกระบวนการตอบสนองความปวด (reaction) (วงจันทร์, 2547; Gelinis, 2008)

1. กระบวนการแปลสัญญาณความปวด เป็นการเปลี่ยนแปลงพลังงานของตัวกระตุ้นให้กลายเป็นสัญญาณประสาท ซึ่งเกิดขึ้นในบริเวณเนื้อเยื่อหลังจากได้รับการบาดเจ็บ ทำให้มีการหลั่งของสารเคมี ซึ่งเป็นสารก่อให้เกิดความปวด สารเคมีเหล่านี้ ได้แก่ โปแตสเซียม ซัสแตน พี (substance P) แบริคติน โพรสตาแกลนดิน ซีโรโทนิน ฮีสตามีน และอื่นๆ จะกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวด จนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความต่างศักย์ไฟฟ้าของผนังเซลล์ประสาทรับความรู้สึก จนทำให้ศักย์ไฟฟ้า (action potential) กลายเป็นกระแสประสาทความรู้สึกปวด ส่งต่อไปตามใยประสาทต่อไป

2. กระบวนการส่งกระแสความปวด แบ่งระดับการส่งสัญญาณประสาทได้เป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 จากเซลล์ประสาทส่วนปลายไปยังเซลล์ประสาทในไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn of the spinal cord) เป็นการนำกระแสประสาทจากใยประสาทนำเข้าทั้ง 2 ชนิดไปที่ไขสันหลังส่วนหลังและมีการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น ซัสแตน พี กลูตาเมต (glutamate) กระตุ้นให้มีการส่งสัญญาณประสาทความปวดไปสู่สมอง โดยสารสื่อประสาทที่สำคัญในระดับไขสันหลัง คือ ซัสแตน พี ตอนที่ 2 จากเซลล์ประสาทในไขสันหลังส่วนหลังไปยังสมองกลาง (midbrain) และทาลามัส (thalamus) หากกระแสประสาทความปวดไม่ถูกยับยั้งในไขสันหลังจะถูกส่งต่อไปยังสมองบริเวณสมองกลางและทาลามัส ผ่านทางใยประสาทนำขึ้น (spinothalamic tract) ซึ่งที่สำคัญมี

2 ทาง ได้แก่ โยประสาทนำขึ้นด้านข้าง (lateral ascending pathways) ไปยัง ทาลามัสส่วนหลัง (dorsal thalamus) และ สมองส่วนรับความรู้สึก (sensory cortex) ซึ่งทำหน้าที่ในการรับรู้และ แยกแยะความรุนแรง ลักษณะและตำแหน่งความปวด และ โยประสาทนำขึ้นส่วนกลาง (medial ascending pathways) ไปยังทาลามัสส่วนกลาง (medial thalamus) เรติคิวลาร์ฟอร์เมชัน (reticular formation) ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ระบบลิมบิก (limbic system) และ ฟรอนทัล คอร์เทกซ์ (frontal cortex) ทำหน้าที่ในการกระตุ้นความคิดและเร้าความรู้สึกทางอารมณ์ ตอนที่ 3 จาก ทาลามัสไปยังส่วนอื่นๆ ของสมอง ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ และกระบวนการควบคุมความปวด ภายใน

3. กระบวนการรับรู้ความปวด (perception) เป็นกระบวนการเกิดต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุด การนำกระแสประสาทเข้าสู่สมองแล้ว เป็นการทำงานร่วมกันของสมองหลายๆส่วน โดยเฉพาะสมอง ส่วนการรู้คิด (cognitive-evaluative) การเร้าทางอารมณ์ (motivational-affective) และการแยกแยะ ความรู้สึก (sensory-discriminative) ซึ่งการทำงานของสมองส่วนต่างๆ นี้จะเชื่อมโยงกับสมองใน ส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงสัญญาณประสาทด้วย โดยมีเส้น โยประสาทนำลง (descending pathway) ไปขัดขวางหรือยับยั้งสารสื่อประสาท ทำให้ปวดลดลง

4. กระบวนการปรับเปลี่ยนความปวด เป็นกระบวนการควบคุม ขัดขวางหรือปรับเปลี่ยน ความปวดภายในร่างกายเอง โดยมีการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินผ่านทางเส้น โยประสาทนำลง (descending pathway) ยับยั้งการส่งต่อสัญญาณประสาทที่บริเวณไขสันหลัง มีผลให้ ความปวดลดลงได้ โดยสารเหล่านี้ ได้แก่ สารที่ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน (endogenous opioids) คือ ไดนอร์ ฟินส์ (dynorphins) เบต้า เอนคอร์ฟินส์ (β -endorphins) และ เอนเคฟาลินส์ (enkephalins) และสาร กลุ่มอื่น เช่น ซีโรโทนิน นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrin) กรดแกมมาอะมิโนบิวไทริก (Gamma Aminobutyric Acid[GABA]) และ นิวโรเทนซิน (neurotensin) จับกับ โอปิเอท รีเซปเตอร์ (opiate receptor) ทำให้ยับยั้งการหลั่งสาร ชับสแตน พี ทำให้ยับยั้งการส่งสัญญาณความปวดได้

5. กระบวนการตอบสนอง เป็นกระบวนการสุดท้ายของการที่ร่างกายเกิดการรับรู้ ปรับเปลี่ยนความรู้สึก แล้วจึงเกิดการตอบสนองในด้านสรีระ พฤติกรรม และอารมณ์

ความปวดจากหัตถการ

ความปวดจากหัตถการ (procedural pain) เป็นความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดร่วมกับการบาดเจ็บหรืออาจมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากผลการทำหัตถการทางพยาบาลและหรือหัตถการเพื่อการรักษา (Puntillo et al., 2001)

ความปวดจากการหัตถการพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต โดยพบว่ามี ความรุนแรงของ ความปวดในระดับปานกลางถึงมาก (Milgrom et al., 2004; Puntillo et al., 2001; Siffleet et al., 2007) เช่น พันทิลโลและคณะ (Puntillo et al., 2001) ศึกษา ระดับความปวดจากการทำหัตถการเพื่อ การรักษาและหัตถการทางการพยาบาล 6 ประเภท ได้แก่ การทำแผล การถอดสายระบายจากแผล การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การถอดสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบ และการใส่ สายสวนหลอดเลือดดำ ในหอผู้ป่วยวิกฤต-กึ่งวิกฤตทางศัลยกรรมและอายุรกรรมจำนวน 399 หน่วยงาน ผลพบว่า การเปลี่ยนท่าทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดสูงสุดซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.93 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน รองลงมา คือ การถอดสายระบายออกจากแผลคะแนน ความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 การทำแผลมีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 และการดูดเสมหะ ในท่อช่วยหายใจมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของซิฟฟลีท และคณะ (Siffleet et al.) พบว่า การถอดสายระบายออกจากแผลทำให้ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดระดับ คะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 รองลงมาได้แก่ การไอและการหายใจลึก การดูดเสมหะในท่อช่วย หายใจ และการพลิกตะแคงตัวโดยมีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 4.13 ตามลำดับ และมิลกรอม และคณะ (Milgrom et al.) ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดวันที่หนึ่งพบว่าปวดมากที่สุดขณะ ไอมีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 6.65 รองลงมาคือ การขยับตัวและเปลี่ยนท่ามีระดับคะแนน ความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.88 และการหายใจลึกมีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.26

การทำหัตถการทางการพยาบาลอาจส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีความ ปวดได้จากการทำให้เนื้อเยื่อได้รับการระคายเคืองหรือบาดเจ็บโดยตรง หากปฏิบัติได้ไม่ถูกหลักวิธี เช่น การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลอดลมเนื่องจากมีสิ่ง กระตุ้นจากการใส่สายดูดเสมหะที่ต่อกับเครื่องดูดเสมหะที่มีแรงดันลบทำให้เกิดระคายเคืองเนื้อเยื่อ หลอดลมโดยตรง หรือการจัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยโดยไม่ได้มีการจัดท่อสายระบายให้ดีจะทำให้มีการ ดึงรั้งของสายระบายทำให้มีการเคลื่อนของสายระบายต่างๆ เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อรอบๆ สายระบาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพรดา (2550) ศึกษาประสบการณ์การได้รับการใส่สาย ระบายทรวงอกในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก พบว่าผู้ป่วยมีความปวดรอบๆ ปากแผลที่ใส่สายและปวด

มากขึ้นเมื่อมีการขยับ เปลี่ยนท่า การหายใจลึกและไอ นอกจากนี้การทำหัตถการพยาบาลดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่มีความปวดแผลเดิมขณะพัก (background pain) มีความปวดเพิ่มขึ้น เนื่องจาก การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ทำให้เกิดแรงดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น และมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณบาดแผลผ่าตัดและหรือแผลอุบัติเหตุ ทำให้ระดับความปวดที่ตำแหน่งบาดแผลเพิ่มขึ้น (referred pain)

สาเหตุของและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากหัตถการ

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากหัตถการ มีดังนี้

1. สาเหตุของความปวดจากหัตถการ

1.1 การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการทำหัตถการ ได้แก่ การดูดเสมหะ มีการศึกษา ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจพบว่า การดูดเสมหะทำให้เกิดความระคายเคือง และเจ็บปวด (วรรณภรณ์, 2544) สาเหตุจากมีการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหลอดลมระหว่างการดูดเสมหะ ทั้งนี้ การบาดเจ็บมากหรือน้อยขึ้นกับแรงดันลบที่ใช้ในการดูดเสมหะ การใส่สายดูดเสมหะที่แรงและลึก (สายสมร, 2545; สุพัตรา, 2536) และความถี่ในการดูดเสมหะ (สายสมร)

1.2 กระบวนการอักเสบของแผลผ่าตัดหรือเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ เนื่องจากผู้ป่วย วิกฤตทางศัลยกรรมส่วนใหญ่มีบาดแผลจากการผ่าตัด และหรืออุบัติเหตุ โดยกระบวนการอักเสบ จะเริ่มใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการบาดเจ็บ ทำให้มีการหลั่งเมดิเอเตอร์ (mediator) ต่างๆ ออกมา ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดตลอดเวลา มีผลทำให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดมีความไวต่อการกระตุ้น ทำให้หน่วยรับความรู้สึกปวดมีความทนต่อการกระตุ้นลดลง ดังการศึกษา ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของความปวดสูงสุดในวันแรกหลัง ผ่าตัด หลังจากนั้นค่อยๆลดลง โดยวันแรกมีระดับความปวดเฉลี่ย 8.32 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน[VAS]) หลังจากนั้นลดลงในวันที่ 3 และ 5 หลังจากผ่าตัด (Sasseron et al., 2009) ซึ่งจากการอักเสบของเนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณการบาดเจ็บทำให้เพิ่มความไวต่อการกระตุ้นเมื่อมีแรงดัน หรือ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณใกล้เคียง ทำให้ระดับความปวดเพิ่มขึ้นได้

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากหัตถการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากหัตถการ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย

2.1.1 สภาพทางอารมณ์ เช่น ความกังวล ความกลัว ทำให้ความรู้สึกเริ่มปวด และความทนต่อความปวดลดลง (pain threshold & pain tolerance) (Hey & Reveeves, 2003)

2.1.2 ประสบการณ์ในอดีต หากมีประสบการณ์เจ็บปวด ผู้ป่วยก็ถูกคุกคามด้วยความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บปวดครั้งใหม่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประสบการณ์ (วงจันทร์, 2547) เช่น ผู้ป่วยที่ผ่าตัดครั้งแรกที่ไม่เคยถูกใส่ท่อช่วยหายใจ และดูดเสมหะ เป็นต้น

2.1.3 อายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ถึงความปวดน้อยกว่าความเป็นจริง (Heye & Reeves, 2003) แต่มีการศึกษาเปรียบเทียบความปวดระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การทำแผล การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การจัดทำ เป็นต้น และเปรียบคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มอายุน้อย 18-64 ปี กับกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี พบว่าระดับคะแนนความปวดในระหว่างมีกิจกรรมไม่ต่างกัน ($p < .01$) (Stotts et al., 2007)

2.1.4 ความเชื่อและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อการประเมินและการจัดการความปวด โดยมีการศึกษาพบว่า การรายงานระดับความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการดูดเสมหะพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผิวดำรายงานระดับความปวดสูงกว่าผู้ป่วยผิวดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Arroyo-Novoa et al., 2008)

2.1.5 ตำแหน่งของแผลและชนิดของการผ่าตัด การผ่าตัดตามแนวเฉียงหรือแนวตั้งทำให้ผู้ป่วยปวดมากกว่าแผลผ่าตัดตามแนวขวางลำตัว เนื่องจากมีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านมาก และตำแหน่งแผลที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก ได้แก่ บริเวณทรวงอก หน้าท้อง นอกจากนี้การมีท่อหรือสายระบายต่างๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วย มีผลให้ผู้ป่วยมีความปวดเพิ่มขึ้นเมื่อทำกิจกรรม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีสายระบายทรวงอก จากการศึกษาของ ทิพรดา (2550) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวงอก พบว่ามีอาการปวด โดยจะปวดมากที่สุด คือ รอบๆ ปากแผล และจะเจ็บปวดมากขึ้นเวลาที่ลุก ขยับตัว เคลื่อนไหวร่างกาย ทำกิจกรรม พลิกตะแคงตัว หายใจเข้าออกถี่ๆ และไอ จะทำให้เจ็บเสียดไปถึงหัวใจ เวลาหายใจแต่ละครั้งจะรู้สึกระบมไปหมด ซึ่งรวมถึงการถ่วง ดึงรั้งของสายทำให้ปวดมากยิ่งขึ้นปวดมากในวันแรก กับวันที่สองและทุเลาลงในวันที่สาม

2.1.6 การใส่ท่อช่วยหายใจ ทำผู้ป่วยวิตกกฤตมีความลำบากในการสื่อสารเพื่อรายงานความปวดด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประเมินความปวดไม่ตรงกับความเป็นจริง (Cade, 2008; Li et al., 2008) และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ

2.2.1 การขาดความรู้และความเข้าใจของพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาล และปัญหาอุปสรรคในการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 16 โรงพยาบาลในไต้หวันจากพยาบาลจำนวน 370 คน

พบว่าความรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับต่ำ โดยพยาบาลเพียงร้อยละ 53.4 ที่ตอบหมวดความรู้ในการจัดการความปวดได้ถูกต้อง (Wang & Tsai, 2010)

2.2.2 บุคลากรทางสุขภาพไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของความปวดระหว่างทำหัตถการ (Puntillo, 2007)

2.2.3 ความยากในการประเมินความปวด เนื่องจากในผู้ป่วยวิกฤตมีความลำบากในการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการรู้คิดจากความรุนแรงของความเจ็บป่วยทำให้บุคลากรทางสุขภาพประเมินความปวดได้อย่างลำบาก (Cade, 2008; Li et al., 2008)

2.2.4 การปฏิบัติหัตถการด้วยความเร่งรีบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การดูดเสมหะทันทีในขณะที่ผู้ป่วยไอและมีเสมหะในท่อทางเดินหายใจ โดยไม่ได้มีการเตรียมผู้ป่วย การประเมินและการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพก่อนทำหัตถการ (Puntillo et al., 2002)

2.2.5 ความแตกต่างในการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการความปวดของบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาของสุปีตา วงจันทร์ และวิภา (2551) เรื่องการตัดสินใจและการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจและการจัดการความปวด มีดังนี้ (1) ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวดพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการกับความปวดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการกับความปวด และ (2) ประสบการณ์การทำงาน พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่า เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจทางคลินิก จำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดในระยะ 15-20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดในระยะเวลาน้อยกว่า 8 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

การไม่มีแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ทำให้มีการบรรเทาปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการทำหัตถการไม่มีประสิทธิภาพพอ และส่งผลให้เกิดความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม (Pasero et al., 2009) ดังเห็นได้จากงานวิจัยของพันทิลโล และคณะ (Puntillo et al., 2002) พบว่ามีเพียงร้อยละ 19.7 ของผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดก่อน และ

ระหว่างทำหัตถการ สำหรับหัตถการที่ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้รับยาบรรเทาปวดทั้งก่อนและระหว่างทำหัตถการ ได้แก่ ร้อยละ 98 ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหัตถการ ร้อยละ 83 ของการพลิกตะแคงตัว และ ร้อยละ 76.5 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำแผล และอีกการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดก่อนการทำหัตถการอยู่ในช่วงร้อยละ 12.5 ถึงร้อยละ 50 โดยมีผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดจากการถอดสายระบายจากแผลร้อยละ 50 การทำแผลมีร้อยละ 25 และการดูแลหัตถการมีร้อยละ 12.5 (Siffleet et al., 2007)

ผลกระทบของความปวดจากหัตถการ

การเกิดความปวดจากหัตถการส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและระบบบริการทางสุขภาพ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

1.1.1 ภาวะแทรกซ้อนระบบหายใจและระบบหัวใจ ได้แก่ ปอดแฟบ การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เพิ่มความต้องการการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เป็นต้น จากการศึกษาความสัมพันธ์ของความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดกับประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1, 3 และ 5 พบว่าระดับความปวดมีผลทำให้ปริมาณออกซิเจนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และอัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกต่ำกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sasseron et al., 2009) ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น เกิดความบกพร่องของการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และปอดแฟบ นอกจากนี้ความปวดเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Charlton; Cousin, & Power อ้างตาม วัชรารักษ์, 2548; Lome, 2005)

1.1.2 ระบบประสาทส่วนกลางได้รับการกระตุ้นมากเกินไป ความปวดที่เกิดขึ้นซ้ำๆและได้รับการบรรเทาปวดไม่เพียงพอทำให้ระบบประสาทส่วนกลางได้รับการกระตุ้นมากเกินไป กลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ (Puntillo, 2007)

1.1.3 ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ความไวของฮอร์โมนอินซูลินลดลงส่งผลให้มีการเผาผลาญน้ำตาลลดลง (Greisen et al., 2001)

1.1.4 การขัดขวางการฟื้นฟูของโรค ระบบกวนการฟื้นฟูของแผล (Brefvik, as cited in Idvall & Ehrenberg, 2002)

1.1.5 การรบกวนการนอนหลับ จากการศึกษาของวอร์ด, สุนุดตรา, พัชรียา, และศิวศักดิ์ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่าปัจจัยรบกวนการนอนหลับมากที่สุดคือ การดูดเสมหะ รองลงมาคือ เจ็บในปากและมุมปากจากการคาท่อช่วยหายใจปากและคอแห้ง

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ และสังคม

1.2.1 ความเครียดและความทุกข์ทรมาน จากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าร้อยละ 29 ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการรายงานว่ามีความปวดและร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่มีความปวดบอกว่ารู้สึกทุกข์ทรมาน (Van de leur et al., 2004) และหัตถการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ การพลิกตะแคงตัวมีระดับคะแนนความทุกข์ทรมานเฉลี่ย 3.47 (คะแนนเต็ม 10) และการดูดเสมหะมีระดับคะแนนความทุกข์ทรมานเฉลี่ย 3.15 (คะแนนเต็ม 10) (Puntillo et al., 2001) การดูดเสมหะยังเป็นสาเหตุของความเครียด (Granja et al., 2005) เกิดความทุกข์ทรมานในระดับมาก (สุพัตรา, 2536) นอกจากนี้ภัทรพร (2543) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า การดูดเสมหะที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเหมือนใจจะขาด

1.2.2 การปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูดเสมหะและผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ บางรายสะบัดหน้าแรงๆ เพื่อให้ท่อช่วยหายใจหลุด (เกศินี และคณะ, 2548) มีการศึกษาพบว่า การดูดเสมหะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ (สิริรัตน์, 2550) ทำให้ต้องผูกยึดท่อช่วยหายใจและต้องผูกยึดร่างกายผู้ป่วย

1.2.3 ความไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการบริการด้านการจัดการความปวด จากการศึกษาของอรพรรณ, วงจันทร์, และศศิธร (2549) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของความปวด และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดของแพทย์และพยาบาลร่วมกัน ทำนายระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 20

2. ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่มีความปวดหากไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของปวดอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในวันแรกหลังผ่าตัดมีผลทำให้ประสิทธิภาพปอดการทำงานของปอดลดลง (Sasseron et al., 2009) ประสิทธิภาพในการหายใจลดลง เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

การประเมินความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการจัดการความปวด เนื่องจากผลที่ได้จากการประเมินความปวดนำไปสู่การบรรเทาปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (Breivik et al., 2008) สำหรับการประเมินความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ควรประเมินทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมีความปวดเดิมจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด การคาสายท่อระบาย หรือการได้รับอุบัติเหตุ

อย่างไรก็ตาม การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอาจทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดของการสื่อสารจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหรือมีข้อจำกัดด้านการคิดและตัดสินใจจากการใช้ยา เช่น ยาแก้ปวดประสาท ยาคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง (Cade, 2008) ดังนั้น การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ (1) ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี และ (2) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว

การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวดี

วิธีการที่ได้รับความนิยมมากที่สุดเพราะได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริง คือ การประเมินจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (self report) ซึ่งมาตรวัดที่ใช้ในการประเมินความปวดควรสั้น ง่าย เชื่อถือได้ และประเมินความปวดได้ชัดเจน (ซัชชัย, 2551) มาตรวัดประเมินความปวด แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบด้วยกัน คือ (1) มาตรวัดความปวดแบบมิติเดียว (unidimensional tool) และ (2) มาตรวัดความปวดหลายมิติ (multidimensional tool) ซึ่งมีความง่ายและความซับซ้อนในการประเมินแตกต่างกัน

1. มาตรวัดวัดความปวดมิติเดียว (unidimensional tool) เป็นมาตรวัดที่ใช้วัดเฉพาะส่วนที่เป็น ความรุนแรงของความปวด เรียกโดยรวม ว่า มาตรวัดระดับความปวด (pain rating scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อน มีขอบเขตชัดเจน ซึ่งที่นิยมใช้มีดังต่อไปนี้

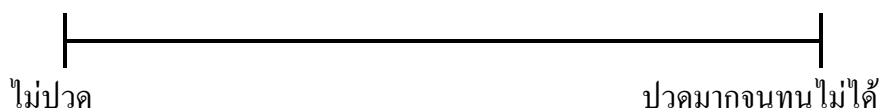
1.1 มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (verbal descriptor scale[VDS] หรือ verbal rating scale[VRS]) เป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยรายงานความปวด ตั้งแต่ไม่ปวดจนถึงปวดมาก ซึ่งคำที่ใช้แสดงความปวดอยู่ระหว่าง 4 ถึง 8 คำ โดยใช้คำในการบอกความปวด เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก เป็นต้น มีข้อดี คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน

1.2 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale [NRS]) มี 2 แบบ คือ แบบที่ต้องอ่านและใช้สายตา (visual numerical rating scale [NRS-V]) ประกอบด้วยตัวเลข 0, 1, 2 ถึง 10 โดยตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยผู้ป่วยสามารถชี้ที่ตัวเลขได้หรือให้ผู้ป่วยบอกตัวเลข (oral/verbal numerical rating scale [NRS-O]) (ภาพ 2)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

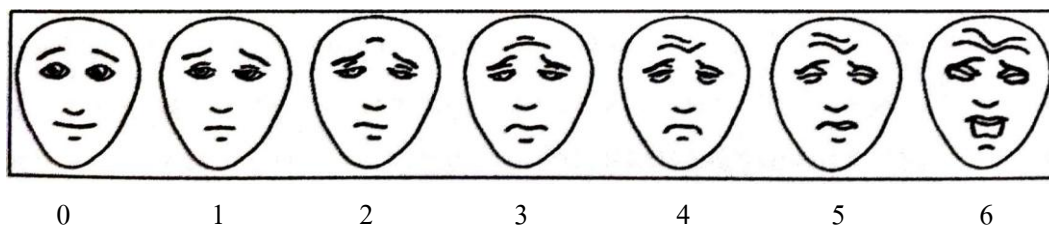
ภาพ 2. มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข

1.3 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (visual analog scale [VAS]) ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุดเขียนว่า ไม่ปวด และด้านขวาสุดเขียนว่า ปวดมากจนทนไม่ได้ โดยให้ผู้ป่วยชี้หรือกากบาทลงบนเส้นตรงและผู้ประเมินวัดคะแนนความปวดด้วยไม้บรรทัด ข้อดี ใช้ง่าย ให้คะแนนมากกว่า NRS ซึ่งเป็นตัวเลขที่ลงตัว มีการพัฒนาใช้ในผู้ป่วยทางวัฒนธรรมที่มีการเขียนและอ่านตัวอักษรในแนวตั้ง (VAS-Vertical [VAS-V]) แต่โดยทั่วไปจะเป็นแบบแนวนอน (VAS-Horizontal [VAS-H]) (ภาพ 3)



ภาพ 3. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา

1.4 มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Face pain scale [FPS]) ของ เบอรี แชมเปียน แอดค็อคและซิกเกอร์ (Bieri, Champion, Addicoat, & Ziegler อ้างตามสุภาพ, วงจันทร์, และลัพณา, 2552) เป็นการประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยชี้จากรูปภาพใบหน้า จากภาพคนยิ้ม ถึง ภาพคนร้องไห้ นิยมใช้ในการวัดความปวดในผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อาจให้ผู้ป่วยประเมินเองหรือผู้ประเมินความปวดเป็นผู้ประเมินก็ได้ (ภาพ 4)



ภาพ 4. มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้าของเบอร์รี แชมเปียน แอดคิโคด และซิกเกอร์

การพิจารณาเลือกใช้มาตรวัดความปวดสำหรับผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ต้องคำนึงถึงคุณภาพของมาตรวัดในด้านความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ จากการทบทวนวรรณกรรมของวิลเลียมสันและฮอกการ์ท (Williamson & Hoggart, 2005) เรื่องมาตรวัดความปวดที่มีการนำมาใช้บ่อยๆ 3 ชนิด คือ VAS, VDS, และ NRS พบว่าเครื่องมือทั้ง 3 ชนิดมีความตรง ความเที่ยงและเหมาะสมสำหรับการใช้ในคลินิก แต่ VAS มีความยากในการนำไปใช้มากกว่า VDS และ NRS นอกจากนี้ NRS เป็นเครื่องมือที่มีความไวและนำข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานต่างๆ ได้ และเครื่องมือที่ใช้ง่ายที่สุดคือ VDS แต่มีความไวในการประเมินความปวดต่ำ อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยเหล่านั้นมีความบกพร่องในการรับรู้ การคิดและตัดสินใจ (cognitive impairment)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา (สุภาพ และคณะ, 2552; Zhou, Petpichetchian, & Kittrungrote, 2011) เกี่ยวกับการใช้มาตรวัดความปวดในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เริ่มมีความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจเพียงเล็กน้อย (วัดด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง - Mental Status Examination) มาตรวัด NRS มีความเที่ยงและความตรงสูงสุด สำหรับกลุ่มตัวอย่างคนไทยวัยผู้ใหญ่ แต่ผู้สูงอายุที่ไม่มีและเริ่มมีความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจ มาตรวัด FPS ดีที่สุด (สุภาพ และคณะ) สำหรับกลุ่มตัวอย่างชาวจีน มาตรวัด FPS และ NRS มีทั้งความเที่ยงและความตรงดีพอๆกัน ทุกกลุ่มอายุ (ผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุ) แต่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามาตรวัด FPS ใช้ง่าย ใช้สะดวกและมีความพึงพอใจในการใช้มากกว่ามาตรวัดอื่นๆ (Zhou et al., 2011) อย่างไรก็ตามงานวิจัยทั้งสองเรื่องนี้ไม่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

ซางแควส และคณะ (Chanques et al., 2010) ได้รายงานผลการศึกษาล่าสุดในการเปรียบเทียบคุณสมบัติของมาตรวัดความปวดที่ผู้ป่วยต้องรายงานความปวดด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยศึกษาเปรียบเทียบความเป็นไปได้ ความตรงและความสามารถในการนำไปใช้งาน โดยพิจารณาจากความถูกต้องของคำตอบ (success/ failure) มาตรวัด 5 ชนิด คือ VAS-H, VAS-V, VDS, NRS-O และ NRS-V ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมและอายุรกรรม สำหรับมาตรวัด NRS-V ผู้วิจัยออกแบบให้มีขนาดใหญ่ คือ 3.9 x 11.8 นิ้ว

ผลการศึกษาพบว่ามาตรวัด NRS มีอัตราการตอบได้ถูกต้องสูงสุดทั้ง NRS-V (ร้อยละ 91) และ NRS-O (ร้อยละ 83) NRS-V มีความไว (sensitivity) สูงสุด (ร้อยละ 96.6) และมีความตรงแบบจำแนก (discriminate validity) สูงสุดร้อยละ 89.6 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แม้ว่าผู้วิจัยทำการศึกษาเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ (จากการวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ต้องการกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 500 คน) แต่ในการศึกษาจริงมีจำนวนตัวอย่างที่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้เพียง 110 คน ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

เกอร์เบอร์ชาเกิน โรตัก และมิสส์เนอร์ (Gerbershagen, Rothaug, & Meissner, 2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดจุดแบ่งระดับคะแนนความปวดจากเล็กน้อยและปานกลางจากการใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (NRS 0-10) ในผู้ป่วยจำนวน 435 รายที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไป อุบัติเหตุ หรือการผ่าตัดใบหน้าและริมฝีปาก โดยสอบถามผู้ป่วย ดังนี้ (1) ก่อนผ่าตัดให้ผู้ป่วยบอกระดับคะแนนของความทนต่อความปวดหลังผ่าตัด (2) กำหนดระดับคะแนนความปวดที่ต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด และ (4) มีการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) เพื่อคำนวณระดับค่าที่เหมาะสมของคะแนนความปวดที่เกี่ยวข้องกับความปวดมีผลต่อรบกวนการเคลื่อนไหว การหายใจ การนอนหลับและอารมณ์ ผลพบว่า ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยบอกระดับความทนต่อความปวดโดยมีค่ามัธยฐาน NRS = 4 (ช่วงคะแนน 1-10) ให้ค่าคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่ม เมื่อมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวดเท่ากับ 5 (ช่วงคะแนน 0-9) อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการยาบรรเทาปวด (ค่ามัธยฐาน = 3) (ช่วงคะแนน 0-8) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการจัดการความปวดเมื่อมีคะแนนความปวดมีค่ามัธยฐาน = 3 (ช่วงคะแนน 0-8) ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจน้อยเมื่อมีค่ามัธยฐานคะแนนความปวดเท่ากับ 5 (ช่วงคะแนน 2-9) นอกจากนี้ภายหลังจากวิเคราะห์จุดแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดหลังผ่าตัดที่รบกวนการทำกิจกรรมและอารมณ์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 หมวด คือ NRS 0-2 หมายถึง ปวดระดับเล็กน้อย, 3-4 หมายถึงปวดระดับปานกลาง และ 5-10 หมายถึงปวดระดับมาก

โดยสรุปจากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 5 เรื่อง ได้แก่ วิลเลียมสัน และคณะ (Williamson & Hoggart, 2005) สุภาพ และคณะ (2552) และ โชและคณะ (Zhou et al., 2011) ชางเควส และคณะ (Chanques et al., 2010) และเกอร์เบอร์ชาเกินและคณะ (Gerbershagen et al., 2011) เห็นได้ว่ามาตรวัดความปวดที่มีความเที่ยงและความไวในการวัดความปวดในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มคนไทยและในภูมิภาคเอเชีย คือ NRS และนอกจากนี้มาตรวัด NRS สามารถนำไปใช้ได้และเป็นผลไปในทางเดียวกันในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวดี และการแบ่งระดับ

ความรุนแรงความปวดที่รบกวนต่อการทำกิจกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อใช้ NRS แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 0-2 ระดับเล็กน้อย 3-4 ระดับปานกลาง และ 5-10 ระดับมาก

2. มาตรวัดความปวดหลายมิติ (multidimensional tool) เพื่อประเมินมิติด้านอื่นๆ ของความปวด เช่น อารมณ์ ความรู้สึกต่อความปวด การแก้ปัญหาในด้านต่างๆของผู้ป่วย

2.1 แบบสอบถามความปวดแมกกิลล์ (McGill Pain Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความปวดชนิดหลายมิติที่นิยมมากที่สุด มีทั้งรูปแบบยาว (long form) และรูปแบบสั้น (short form)

2.1.1 แบบสอบถามความปวดแมกกิลล์แบบยาว (Long - Form McGill Pain Questionnaire) ประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ (1) Pain Rating index มีคำศัพท์ที่แสดงทั้งหมด 78 คำศัพท์ และแบ่งออกเป็น 20 ชุดคำ โดยชุดที่ 1-10 แสดงอาการหรือลักษณะของความปวดและ ชุดที่ 11-15 แสดงถึงอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ปวด ชุดที่ 16 แสดงความปวดที่เกิดขึ้น และชุดที่ 17-20 แสดงลักษณะอื่น โดยคะแนนรวมทั้งหมด คือ 20 คะแนน (2) Number of word chosen เป็นจำนวนคำที่ผู้ป่วยเลือกใน 20 ชุดคำ (3) Present Pain Intensity (PPI) ประเมินความรุนแรงของความปวด ตั้งแต่ไม่มีความปวด จนถึงปวดมากจนทนไม่ได้ เป็นการประเมินในขณะที่ทำแบบสอบถาม

2.1.2 แบบสอบถามความปวดแมกกิลล์แบบสั้น (Short-Form McGill Pain Questionnaire) พัฒนาเพื่อให้ใช้เวลาลดลงในการทำแบบสอบถาม ประกอบด้วยการรายงานผลของความปวด 11 ข้อและความรู้สึกด้านอารมณ์ 4 ข้อ รวมเป็น 15 ข้อ โดยแต่ละข้อผู้ป่วยรายงานความปวดเป็นระดับ คือ ไม่ปวดหรือไม่รู้สึก จนถึงปวดมากหรือรู้สึกมากจนทนไม่ได้ และบอกอาการปวดโดยรวมโดยใช้ VAS และรายงาน PPI เช่นเดียวกับแบบสอบถามความปวดแมกกิลล์แบบยาว

2.2 มาตรวัดความปวดแบบเฉียบพลันสำหรับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งพัฒนาโดย บุปผา (2549) โดยเครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบประเมินความปวด ประกอบด้วย ลักษณะความปวด ความถี่ ความรุนแรงแยกตามพฤติกรรมต่างๆ เช่น การอยู่นิ่งๆ การเปลี่ยนท่า การหายใจเข้าออกแบบลึก และการดูดเสมหะ เป็นต้น มาตรวัดความปวดใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (11-NRS) ผลกระทบจากความปวดได้แก่ วิตกกังวล ทรมาน และนอนไม่หลับ และส่วนที่ 3 ประกอบด้วย แบบบันทึกกระบวนการพยาบาล

สำหรับมาตรวัดความปวดแบบหลายมิติอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ประเมินความปวดจากเหตุการณ์เนื่องจากการทำหัตถการ ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ เนื่องจากการทำหัตถการดังกล่าวใช้ระยะเวลาสั้น บางครั้งต้องทำ

หัตถการด้วยความเร่งด่วนทำให้ไม่มีเวลาสำหรับประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือวัดความปวดหลายมิติ

การประเมินความปวดผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวหรือไม่ รู้สึกตัว

มีวิธีการประเมินดังนี้

1. การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (motor movement) เช่น นอนบิดไปมา กำมือแน่น การแสดงออกทางสีหน้า เช่น การขมวดคิ้ว การกั๊กฟัน พฤติกรรมด้านเสียง เช่น ร้องครวญคราง ร้องไห้ สะอื้น หรือพฤติกรรมทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด ได้แก่

1.1 มาตรวัดความปวดพฤติกรรม (Behavior Pain Scale -[BPS]) พายนและคณะ (Payen et al., 2001) สร้างขึ้นเพื่อประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง และใช้เครื่องช่วยหายใจทำการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยทางศัลยกรรม พบว่าเป็นมาตรวัดที่มีความตรงและความเชื่อมั่นสูง โดยมีการสังเกตพฤติกรรม 3 หมวด คือ การแสดงสีหน้า (facial expression) การขยับแขน (upper limbs) และการเปลี่ยนแปลงต่อการช่วยหายใจ (compliance with ventilation) โดยแต่ละพฤติกรรมมี 4 ระดับของพฤติกรรม และคะแนนรวมต่ำสุด 3 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด และคะแนนรวมสูงสุด 12 คะแนนหมายถึงปวดมากที่สุด

1.2 เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Observation Tool(CPOT)) พัฒนาโดย เจโนลาส ฟิลเลียน ฟันทิลโล เวียนส์ และฟอร์เทียร์ (Gelinas, Fillion, Puntillo, Viens, & Fortier, 2006) สร้างขึ้นเพื่อประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่สื่อสารไม่ได้ มาตรวัดนี้แบ่งการสังเกตพฤติกรรมออกเป็น 4 หมวด คือ การแสดงออกทางสีหน้า (facial expression) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement) การเกร็งของกล้ามเนื้อ (muscle tension) สำหรับหมวดสุดท้ายแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ การหายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ (compliance with the ventilator) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือ การเปล่งเสียง (vocalization) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยในแต่ละหมวดมีระดับคะแนน 0-2 คะแนน ซึ่งทำคะแนนรวมต่ำสุด คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด และคะแนนสูงสุด คือ 8 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด

2. การประเมินโดยการวัดและสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากเมื่อมีการบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลางผู้ป่วยจะมีการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก ได้แก่ เหงื่อออกมาก ม่านตาขยาย ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และหากมีความปวด

อยู่ในระดับรุนแรง จะมีการตอบสนองของระบบพาราซิมพาเทติก ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ในการประเมินความปวดโดยใช้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจำเป็นต้องคำนึงไว้เสมอว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากภาวะของโรคหรือความเจ็บป่วย ดังนั้นต้องประเมินข้อมูลด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

ในระหว่างการทำหัตถการ การประเมินความปวดโดยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรม และหรือการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพมีประโยชน์เนื่องจากผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีความลำบากในการสื่อสารจากการไม่สามารถพูดบอกความปวดได้ นอกจากนี้มีผู้นำมาตรวัด CPOT ไปประเมินความปวดระหว่างการเปลี่ยนท่าในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในสเปน โดยสังเกตพฤติกรรมก่อน ระหว่าง และหลังเปลี่ยนท่า 10 นาที พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเพิ่มขึ้นระหว่างการเปลี่ยนท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Vázquez et al., 2011) โดยพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ สีหน้า รongลงมาคือ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงต่อการช่วยหายใจ และการดึงตัวของกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับชุดข้อเสนอแนะของ ซซาร์เนคกีและคณะ (Czarnecki et al., 2011) มีข้อเสนอแนะให้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างทำหัตถการ เช่น ต่อด้านไม่ให้ความร่วมมือ ต้องการการผูกยึด เป็นต้น และจำเป็นต้องพิจารณาหยุดการทำหัตถการเพื่อจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้น

โดยสรุป การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวดี วิธีการประเมินความปวดที่ดีที่สุดคือ ให้ผู้ป่วยรายงานความปวดด้วยตนเอง และใช้มาตรวัด NRS มีความตรงและมีความไวสูงการประเมินความปวด สำหรับการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมโดยมีมาตรวัดที่ใช้ได้แก่ BPS, CPOT เป็นต้น และการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ สำหรับการประเมินความปวดจากหัตถการควรกระทำทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ โดยการประเมินความปวดก่อนทำหัตถการเพื่อให้ทราบความปวดที่มีอยู่เดิมด้วยการใช้มาตรวัด NRS ส่วนการประเมินระหว่างการทำหัตถการโดยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมร่วมกับการประเมินโดยใช้มาตรวัด NRS เพื่อติดตามความรุนแรงของความปวดจากหัตถการ ประเมินความเพียงพอของการบรรเทาความปวดก่อนการทำหัตถการ และความต้องการการจัดการความปวดเพิ่มเติมระหว่างทำหัตถการ สำหรับประเมินความปวดภายหลังทำหัตถการโดยใช้มาตรวัด NRS เพื่อติดตามระดับความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังทำหัตถการเสร็จสิ้น การแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดจากหัตถการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-2 ระดับเล็กน้อย 3-4 ระดับปานกลาง และ 5-10 ระดับมาก โดยมีเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการอย่างมีประสิทธิภาพ

การบรรเทาความปวดจากหัตถการ

การบรรเทาความปวดจากหัตถการจำแนกได้เป็น 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดโดยการให้ยา และไม่ให้ยา

1. การบรรเทาความปวดโดยการให้ยา ยาบรรเทาปวดที่นิยมใช้กับผู้ป่วยวิกฤต คือ กลุ่มโอปิออยด์ (รัตนภรณ์, 2553; Erstad et al., 2009) ซึ่งมีฤทธิ์ระงับประสาท (sedation) ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้บ่อย ได้แก่ มอร์ฟิน และเฟนทานิล

1.1 มอร์ฟิน เป็นยาโอปิออยด์ที่ละลายในไขมันได้น้อย ทำให้ผ่านตัวกั้นระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) ได้ช้า ขนาดยาที่ใช้ 0.05-0.1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม นิดเข้าสู่เส้นเลือด หรือหยดต่อเนื่องในขนาด 10-40 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เมื่อฉีดเข้าหลอดเลือดดำ จะออกฤทธิ์ภายใน 5-10 นาที และมีฤทธิ์เต็มที่ใน 30 นาที ระยะเวลาออกฤทธิ์ประมาณ 4 ชั่วโมง ยาจะถูกเมตาบอไลต์ที่ตับได้ morphine-6-glucuronide (M-6-G) และ morphine-3-glucuronide (M-3-G) จะขับออกทางไต โดย M-6-G มีคุณสมบัติเหมือนมอร์ฟินแต่ออกฤทธิ์นานกว่า ดังนั้นในผู้ป่วยไตวาย อาจมีการสะสมทำให้มีฤทธิ์ระงับประสาทอย่างรุนแรงและกดการหายใจ และ M-3-G ยังมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการกระตุกซ้ำของกล้ามเนื้อ (myoclonus) และชักได้ มอร์ฟินมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดดำ และกระตุ้นการหลั่งฮีสตามีน ทำให้ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว และหลอดลมหดเกร็ง

1.2 เฟนทานิล มีฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟิน ประมาณ 100 เท่า ออกฤทธิ์เร็วเนื่องจากละลายได้ดีในไขมัน มีฤทธิ์เต็มที่ใน 3-5 นาที แต่ระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้นประมาณ 0.5-1 ชั่วโมง จากการกระจายยาไปสู่เนื้อเยื่อส่วนปลาย ยามีผลต่อการไหลเวียนของเลือดน้อย อาจทำให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจช้า ไม่มีการหลั่งฮีสตามีน และไม่มียาเมตาบอไลต์ (active metabolite) จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคตับและไต แต่ถ้าให้ยาในขนาดสูงหรือฉีดเข้าเส้นเลือดเร็วๆ อาจทำให้เกิดการเกร็งของผนังทรวงอก ขนาดของยาที่ใช้ 50-100 ไมโครกรัม นิดเข้าสู่เส้นเลือดจนได้ผลตามต้องการ หรือเริ่มจาก 0.5-1 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมแล้วหยดต่อเนื่อง 1-2 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง

วิธีการบริหารยาบรรเทาปวด รูปแบบการบริหารยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่เหมาะสม คือ การให้ยาทางหลอดเลือดดำเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความบกพร่องของการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด อาจมีการล้มเหลวของอวัยวะอื่นร่วมด้วย เช่น ตับ ไต เป็นต้น การบริหารยาโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และการรับประทาน อาจมีการดูดซึมยาที่ไม่แน่นอน (รัตนภรณ์, 2553; Erstad et al., 2009) การให้ยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ (continuous infusion) (พงศักรดี, 2547) เป็นการให้ยาในปริมาณน้อยแต่ให้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทำให้มีระดับยาใน

พลาสติกที่ วิธีการนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขณะนอนพักบนเตียง (Breivik et al., 2008) นอกจากนี้ควรให้ยาบรรเทาปวดเสริมเมื่อมีการทำหัตถการทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความปวด เพื่อป้องกันและบรรเทาความปวดที่จะเกิดขึ้นขณะทำหัตถการ โดยหากมีการให้ยาบรรเทาปวดก่อนทำหัตถการต้องรอให้ยาออกฤทธิ์สูงสุดก่อนเริ่มทำหัตถการ (Czarnecki et al., 2011; Pasero et al., 2009)

2. การบรรเทาความปวดด้วยวิธีไม่ใช่ยา ประกอบด้วย (1) การปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior pain relief techniques) และ (2) การบรรเทาความปวดทางกายภาพ (physical pain relief techniques) (Given, 2010)

2.1 การปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม ได้แก่

1) การสร้างสัมพันธภาพ ความสัมพันธ์ที่ดีช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อมั่นในวิธีการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยความเต็มใจช่วยให้ลดความวิตกกังวล ความเครียดและความปวดได้

2) การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการให้ผู้ใช้บริการทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดเป็นการเน้นความสำคัญไปยังสิ่งกระตุ้นอื่นมากกว่าที่จะสนใจเพียงความปวดที่ได้รับจากการทำหัตถการ

3) การให้ข้อมูล ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการในการทำหัตถการ ข้อมูลความรู้สึที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำหัตถการ ทำให้ลดความวิตกกังวลและความกลัวที่จะเกิดขึ้นในผู้ใช้บริการระหว่างการทำหัตถการ เกศินี และคณะ (2548) ทำการศึกษาการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิริพร (2551) ซึ่งทดลองในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้ผลเช่นเดียวกัน และจากการทบทวนวรรณกรรมของกิฟเวน (Given, 2010) เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วย ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างทำหัตถการ และวิธีการที่ใช้ในการจัดการความปวด

2.2 การบรรเทาความปวดทางกายภาพ เช่น

1) การประคบด้วยความเย็น สามารถลดปวดได้จากความเย็นไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกเย็นที่ผิวหนังและส่งสัญญาณไปในไขสันหลังโดยเส้นประสาทขนาดใหญ่ (large fiber) ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวด

2) การประคบไม่ให้ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยที่สุด (Given, 2010)

3) การควบคุมแรงดันในการดูดเสมหะ ใช้แรงดันที่น้อยที่สุดเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของหลอดลมในขณะที่เดียวกันก็ต้องเพียงพอที่จะใช้ในการดูดเสมหะได้ โดยแรงดันลบที่น้อยที่สุดอยู่ระหว่าง 80-120 มิลลิเมตรปรอทแต่สามารถปรับเพิ่มได้ถึง 200 มิลลิเมตรปรอทหากเลือกขนาดสายดูดเสมหะที่เหมาะสม (Pedersen et al., 2009)

4) การควบคุมความขนาดสายดูดเสมหะและความลึกในการใส่สายดูดเสมหะ โดยขนาดของสายดูดเสมหะต้องให้เส้นผ่านศูนย์กลางภายนอกของสายดูดเสมหะไม่เกินครึ่งของเส้นผ่านศูนย์กลางภายในของท่อช่วยหายใจ (Pedersen et al., 2009) เนื่องจากการใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดใหญ่ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแรงดันลบที่กระทำต่อปอด โดยมีสูตรคำนวณขนาดของสายดูดเสมหะที่เหมาะสม ดังนี้ ขนาดสายดูดเสมหะ (Fr) เท่ากับ $[\text{ขนาดท่อช่วยหายใจ (มิลลิเมตร)} - 2] \times 2$ สำหรับความลึกในการใส่สายดูดเสมหะไม่ควรเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ

5) การเปลี่ยนท่า การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมเปลี่ยนท่า ต้องจัดทำให้อ่อนคลาย ไม่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ไม่มีการดึงรั้งของสายระบายต่างๆ (Timby, 2009) สำหรับท่าทางในการฝึกหายใจลึกและไอ ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 45-90 องศา (Chailier et al., 2010)

การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ

การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ ควรบันทึกเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความปวด การตอบสนองของผู้ป่วยต่อความปวด การจัดการความปวดจากหัตถการ และข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับทำหัตถการครั้งต่อไป (Czanecki et al., 2011)

หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

จากการคัดเลือกและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมจากตำรา หนังสือ เอกสารและวารสารของฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2554 ได้งานวิจัยและบทความที่นำมาในการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งหมด 10 เรื่อง (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย งานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง (Given, 2010: ระดับ 4 เกรด A; Pedersen et al., 2009: ระดับ 2 เกรด A) งานวิจัยเชิงทดลอง 4 เรื่อง (กรรตัน, 2552: ระดับ 3.2

เกรด A; เกศินี, เพชรไสว, พรรณงาม, และสุมน, 2548: ระดับ 3.2 เกรด A; Chanques et al., 2010: ระดับ 3.2 เกรดA; Gerbershagen et al., 2011: ระดับ 3.3 เกรด A) งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาข้อเสนอแนะ 2 เรื่อง (Czarnecki et al., 2011; Pasero et al., 2009: ระดับ 4 เกรด A) งานวิจัยเชิงพรรณนา 1 เรื่อง (Faigeles et al., 2010: ระดับ 4 เกรด A) และบทความวิชาการในตำรา 1 เรื่อง (Timby, 2009: ระดับ 4 เกรดA) ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ สังเคราะห์และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากหัตถการ ได้แก่ การดูแลประคบในท่อน้ำไขสันหลัง การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ประกอบด้วย (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ มีรายละเอียด ดังนี้

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ

ก่อนทำหัตถการ พยาบาลต้องประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย (Czarnecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A) และมีการให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยควรรู้ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการขั้นตอนต่าง ๆ ของการทำหัตถการ วัตถุประสงค์ (2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ได้แก่ ความรู้สึกระหว่างการทำหัตถการ เช่น อึดอัด หายใจไม่ออก ปวด เป็นต้น และ (3) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ (เกศินี และคณะ, 2548: ระดับ 3.2เกรด A) ได้แก่ วิธีการจัดการความปวดระหว่างทำหัตถการ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น วิธีการสื่อสาร(สีหน้า, ยกมือ, พุด) กับพยาบาลหากรู้สึกว่าการจัดการความปวดไม่เพียงพอระหว่างการทำหัตถการ (Czarnecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A) ซึ่งการให้ข้อมูลทำให้เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมสถานการณ์ ส่งผลให้ความกังวลลดลง (Given, 2010: ระดับ 4 เกรด A)

การจัดการความปวดจากหัตถการ

การจัดการความปวดจากหัตถการแบ่งตามช่วงระยะเวลาในการทำหัตถการ คือ ก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ

1.ก่อนทำหัตถการ

1.1 การประเมินความปวด การประเมินความปวดต้องประเมินความปวดที่มีอยู่เดิมก่อนการทำหัตถการ เนื่องจากความปวดจากหัตถการอาจส่งผลให้ความปวดที่มีอยู่เดิมเพิ่มมากขึ้น (Pasero et al., 2009: ระดับ 4 เกรด A) โดยใช้มาตรวัดความปวด มาตรวัด NRS-V (ปรับขนาด

ของมาตรวัดให้มีขนาดใหญ่ คือ 3.9×11 นิ้ว) หรือมาตรวัด NRS-O ในการประเมินความปวด (Chanques et al., 2010: ระดับ 3.2 เกรด A)

1.2 การบรรเทาความปวด เมื่อได้ข้อมูลระดับความรุนแรงความปวดก่อนทำหัตถการ แบ่งความรุนแรงของความปวดออกเป็น 3 ระดับ คือ ปวดเล็กน้อย (0-2 คะแนน) ปวดปานกลาง (3-4 คะแนน) และปวดมาก (5-10 คะแนน) (Gerbershagen et al., 2011: ระดับ 3.2 เกรด A) เริ่มทำหัตถการเมื่อความปวดของผู้ป่วยอยู่ในระดับเล็กน้อย

1.2.1 การบรรเทาความปวดจากหัตถการแบ่งเป็น 2 วิธี คือ การบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ควรใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดจากหัตถการ (Faigles et al., 2010: ระดับ 4 เกรด A)

1) การบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยา การให้ยาบรรเทาปวดก่อนทำหัตถการ อาจทำให้ระดับความปวดจากหัตถการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดจากระดับความปวดขณะพัก (Pasero et al., 2009: ระดับ 4 เกรด A) ชนิดยาบรรเทาปวดที่ให้มีผลลดอาการปวดได้จริง และระยะเวลาในการออกฤทธิ์สูงสุดพอดีกับเวลาที่ทำหัตถการ (Czamecki et al. 2011: ระดับ 4 เกรด A; Pasero et al., 2009: ระดับ 4 เกรด A) ควรเป็นยาบรรเทาปวดที่ออกฤทธิ์เร็วเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการรักษา และระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้นเพื่อให้ระยะเวลาที่อาจเกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด ยาบรรเทาปวดที่แนะนำ ได้แก่ ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ เช่น เฟนทานิล เนื่องจากออกฤทธิ์เร็ว และระยะเวลาออกฤทธิ์สั้น โดยเมื่อให้ทางหลอดเลือดดำ เริ่มออกฤทธิ์ภายใน 1-2 นาที และออกฤทธิ์เต็มที่ภายใน 3-5 นาที ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 0.5-1 ชั่วโมง สำหรับมอร์ฟีนให้ได้แต่ออกฤทธิ์นานทำให้ระยะเวลาในการติดตามอาการข้างเคียงของยานานกว่าเฟนทานิล (Given, 2010: ระดับ 2 เกรด A) มอร์ฟีนฉีดเข้าหลอดเลือดดำออกฤทธิ์ภายใน 5 นาที และออกฤทธิ์เต็มที่ภายใน 10-20 นาที และมีระยะเวลาในการออกฤทธิ์นานถึง 3-4 ชั่วโมง (รัตนภรณ์, 2553) หลังจากผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดต้องติดตามอาการข้างเคียง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยมีดังนี้ ง่วงนอน กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน คัน และท้องผูก บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องมีทักษะในการประเมินและจัดการกับอาการข้างเคียงดังกล่าว (Given, 2010: ระดับ 2 เกรด A)

2) การบรรเทาความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ต้องเป็นเทคนิคที่ปฏิบัติง่าย ไม่ต้องใช้การฝึกฝนหรือใช้อุปกรณ์เพิ่มเติม (Faigles et al., 2010: ระดับ 4 เกรด A) ได้แก่

2.1) การป้องกันหรือลดความปวดจากการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ เช่น การเลือกใช้อุปกรณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อหลอดลมน้อยที่สุด (Czamecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A) ขนาดของสายดูดเสมหะต้องให้เส้นผ่านศูนย์กลางภายนอกของสายดูดเสมหะ

ไม่เกินครึ่งของเส้นผ่านศูนย์กลางภายในของท่อช่วยหายใจ (Pedersen et al., 2009: ระดับ 2 เกรด A) ขนาดสายดูดเสมหะที่เหมาะสมมีดังนี้ ท่อช่วยหายใจ No.7 และ No. 6.5 ใช้สายดูดเสมหะขนาด 10 Fr และท่อช่วยหายใจ No.7.5 - 8 ใช้สายดูดเสมหะขนาด 12 Fr

2.2) การป้องกันหรือลดความปวดจากการเคลื่อนไหวของแผลผ่าตัด เช่น การใช้หมอนประคองแผลผ่าตัดไว้ขณะทำหัตถการ Given, 2010: ระดับ 2 เกรด A)

2. ระหว่างทำหัตถการ

2.1 การประเมินความปวด ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดโดยใช้มาตรวัด NRS-V หรือ NRS-O (Chanques et al., 2010: ระดับ 3.2 เกรด A) หรือสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยตามที่ได้ตกลงไว้ก่อนเริ่มทำหัตถการ ได้แก่ ยกมือ คืบ สายหน้าไปมา หน้าตาเหี่ยเอ (Czamecki et al. 2011: ระดับ 4 เกรด A) ระหว่างทำหัตถการระดับความปวดต้องน้อยกว่า 5 คะแนน

2.2. การบรรเทาความปวด การปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือบรรเทาความปวดระหว่างทำหัตถการมีดังนี้

2.2.1. ระหว่างทำหัตถการ พยายามต้องปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และเชื่องมัน ไม่เร่งรีบ พุดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสงบและไว้วางใจ (Czamecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A)

2.2.2 การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ข้อบ่งชี้ในการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ผู้ป่วยไอมีเสมหะ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงเสมหะหรือฟังไม่ได้ยินเสียงหายใจ แรงดันในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น หรืออย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ (กรรรัตน์, 2552: ระดับ 3.3 เกรด A)

2) ผู้ดูดเสมหะต้องมีทักษะและดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล (กรรรัตน์, 2552)

3) ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงก่อนและหลังดูดเสมหะอย่างน้อย 30 วินาที

4) แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะให้น้อยที่สุดที่เพียงพอในการดูดเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ระหว่าง 80-120 มิลลิเมตรปรอท และสามารถปรับเพิ่มแรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะได้สูงสุดถึง 200 มิลลิเมตรปรอท หากใช้ขนาดสายดูดเสมหะที่มีขนาดเหมาะสมกับขนาดของท่อช่วยหายใจ (กรรรัตน์, 2552; Pedersen et al., 2009: ระดับ 2 เกรด A)

5) ความลึกในการใส่สายดูดเสมหะไม่ควรเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ โดยวัดความยาวของสายดูดเสมหะกับความยาวของท่อช่วยหายใจ หรือใส่สายดูดเสมหะไป

ถึงตำแหน่งคาร์รินา (carina) จากนั้นถอยสายคาดเข็มหะออกมาประมาณ 1-2 เซนติเมตรก่อนการดูด
 เสมหะ (กรรต์น, 2552; Pedersen et al., 2009)

6) ทำการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 รอบการดูดเสมหะ (กรรต์น,
 2552)

7) ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที (กรรต์น,
 2552; Pedersen et al., 2009)

2.2.3 การเปลี่ยนท่า เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยมีผู้ช่วยเหลือใน
 การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน ตรวจสอบสายระบายต่าง ๆ ไม่ให้มีการคั้งรั้ง ใช้ผ้าเลื่อนช่วยใน
 การเลื่อนตัวผู้ป่วยขึ้นหัวเตียง ระหว่างเปลี่ยนท่าให้กระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวตรงไม่บิดเบี้ยว
 จัดทำให้ข้อต่อ อยู่ในลักษณะงอเล็กน้อย ยกแขนขาสูงเพื่อลดการบวมหรือให้สุขสบายถ้าไม่มีข้อ
 ห้าม (Timby, 2009: ระดับ 4 เกรด A)

2.2.4 การหายใจลึกและไอ จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 45-90 องศา ใช้หมอน
 ประคองแผ่นผ้าตัด และ ให้ผู้ป่วยหายใจลึก 3 ครั้ง หลังจากนั้นให้ออกมาแรง ๆ ทำทั้งหมด 3 รอบ
 โดยระหว่างรอบให้ผู้ป่วยพักหายใจตามปกติจนกว่าจะปฏิบัติรอบถัดไป (Chailier et al., 2010: ระดับ
 3.1 เกรด A)

2.2.5 พิจารณาหยุดทำหัตถการชั่วคราวเพื่อประเมินความต้องการการบรรเทา
 ความปวดเพิ่มเติม เมื่อผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับมาก 5-10 คะแนน (Gerbershagen et al., 2011:
 ระดับ 3.2 เกรด A) หรือเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกว่ามีปวดตามที่ได้ตกลงไว้ เช่น ยก
 มือขึ้นระหว่างการทำหัตถการ หรือ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมความปวดที่แสดงว่าหัตถการนั้นไม่
 สามารถดำเนินต่อไปได้ (Czarnecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A)

3. หลังทำหัตถการ

3.1. ประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินเดียวกับก่อนทำหัตถการ
 (Czarnecki et al.: ระดับ 4 เกรด A)

3.2. บรรเทาความปวดหากระดับความปวดมากกว่า 2 คะแนน

การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ

การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ ประกอบด้วย ความปวดจาก
 หัตถการและการตอบสนองต่อความปวดจากหัตถการของผู้ป่วย การจัดการความปวดทั้งก่อน

ระหว่าง และหลังทำหัตถการ (Czarnecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A) อาการข้างเคียง และการจัดการอาการข้างเคียงจากการให้ยาบรรเทาปวด และข้อเสนอแนะของการทำหัตถการครั้งต่อไป

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

หัตถการทางการแพทย์เพื่อฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังจากผ่าตัดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ อย่างไรก็ตามหัตถการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีความปวดเพิ่มขึ้น จากเดิมได้หากได้รับการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องวิธีและมีการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์มีความปวดในระดับปานกลางถึงมากที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสังคม และระบบบริการสุขภาพ จึงจำเป็นที่พยาบาลควรให้ความสำคัญในการบรรเทาปวดจากหัตถการอย่างมีคุณภาพ จากการสำรวจข้อมูลการจัดการความปวดจากหัตถการของผู้ป่วยวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่าพยาบาลมีการจัดการความปวดจากหัตถการที่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน อาจเป็นเนื่องจากพยาบาลมีความรู้และประสบการณ์ทำงานที่ต่างกัน การมีแนวทางการจัดการความปวดเฉียบพลันที่ไม่ครอบคลุมการจัดการความปวดจากหัตถการ และการไม่มีแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน การปฏิบัติพยาบาลที่ผ่านมาจึงอาจสะท้อนถึงการจัดการความปวดจากหัตถการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพพอในขณะที่ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมควรมีสิทธิที่จะได้รับการจัดการความปวดอย่างเพียงพอทั้งก่อน ระหว่างและหลังทำหัตถการ (The American Society for Pain Management Nursing as cited in Czarnecki et al., 2011) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์อย่างเป็นขั้นตอนภายใต้การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ชุดข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการของซซาร์เนคกีและคณะ (Czarnecki et al., 2011) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากหัตถการ เพื่อให้พยาบาลได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างถูกต้องหลักวิชาการมีความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมและเกิดความพึงพอใจแก่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยผู้วิจัยดัดแปลงขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เพื่อให้กระชับและนำไปปฏิบัติได้จริงโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ มี 12 ขั้นตอนดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 6 ขั้นตอน ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล มี 4 ขั้นตอน และระยะที่ 3 การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ มี 2 ขั้นตอน การดำเนินการแต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

จากข้อมูลที่กล่าวไว้ในบทที่ 2 ถึงบริบทการจัดการความปวดจากหัตถการทางการพยาบาลของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าหัตถการทางการพยาบาลที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยดังกล่าว ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่าและการหายใจลึกและไอ ซึ่งเป็นหัตถการหรือกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามหัตถการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยซึ่งมีความปวดเดิมอยู่ในระดับไม่ปวดถึงปวดระดับน้อยเพิ่มขึ้นเป็นระดับน้อยถึงมาก (3-8 คะแนน) แม้ว่าความปวดดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงชั่วระยะหนึ่ง แต่เป็นเหตุการณ์ที่เกิดบ่อยครั้งย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจรวมทั้งความต้องการหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลได้ ทั้งนี้อาจมาจากการที่พยาบาลมีการจัดการความปวดจากหัตถการยังไม่มีประสิทธิภาพพอต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และการไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด

จากเหตุการณ์ที่เป็นเครื่องมือการตัดสินใจในการพยาบาลได้อย่างถูกต้องวิธี ในขณะที่ผู้วิจัยได้มีการ ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการจัดการความปลอดภัยอย่างเพียงพอทั้ง ก่อน ระหว่างและหลังทำเหตุการณ์ ดังนั้น หากมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจัดการความปลอดภัย จากเหตุการณ์ภายใต้การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้กับ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมในการช่วยป้องกันหรือบรรเทาปวดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอข้อมูลดังกล่าวและขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งได้ให้ ความเห็นชอบในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการความปลอดภัยจากเหตุการณ์

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพิจารณาจากคุณสมบัติและ ความสนใจ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 5 ราย (รวมผู้วิจัย) โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เป็นที่ปรึกษาของทีมพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

3.1 วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการ จัดการความปลอดภัยจากเหตุการณ์ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

3.2 กลุ่มเป้าหมายหรือผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย

3.2.1 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ยินดีเข้ามามีส่วนร่วมในนำแนว ปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ซึ่งในช่วงเวลาดำเนินการวิจัยพบว่ามีพยาบาลทั้งหมดจำนวน 34 รายยินดี เข้าร่วมในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ (ไม่นับรวมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 5 ราย หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ราย และพยาบาลลาคลอด 2 ราย)

3.2.2 กลุ่มผู้ให้บริการ คือ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษาใน หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป รู้สึกตัวดี

สามารถรายงานความปวดด้วยตนเองและได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีจำนวน 34 ราย

3.3 ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ และผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

3.3.1 ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ การประเมินการความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

3.3.2 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้นและการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ บทความและงานวิจัยจากวารสาร ตำรา และจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Scopus, CINAHL, Science Direct, The Cochrane library, ProQuest และจากเว็บไซต์ ได้แก่ www.aacn.org, www.guideline.gov, วิทยานิพนธ์ฉบับเต็ม และเอกสารฉบับเต็มของเครือข่ายห้องสมุดมหาวิทยาลัย (ThaiLIS) โดยมีการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ “procedural pain”, “tracheal suction”, “suctioning”, “turning”, “positioning”, “deep breathing”, “cough”, “pain management” “guideline” หรือ “protocol” และเพิ่มคำร่วมคือ “critically ill pateint” โดยสืบค้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2554 หลังจากได้หลักฐานเชิงประจักษ์มาแล้วจึงนำมา วิเคราะห์และประเมินคุณค่า จัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และจัดระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2008) (ภาคผนวก ก) หลังจากนั้นคัดเลือกข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ได้ในงานแล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมนำเสนอต่อทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อหาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำ “ร่าง” แนวปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่างซึ่งประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ คำนำ สารบัญ ราชานามทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ความเป็นมาและ

ความสำคัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ขอบเขตของการพัฒนา นิยามศัพท์ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ ขั้นตอนการพัฒนา แผนภูมิแสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติ พร้อมระบุระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารอ้างอิงและภาคผนวก (ภาคผนวก ข)

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนนี้เป็นการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล (ฉบับร่าง) โดยผู้ทรงคุณวุฒิต่างกัน ประกอบด้วย วิทยุณีแพทย์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและความปวดในผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม(ภาคผนวก ญ) เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในด้านความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่สำคัญในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมแต่ละข้อ ใช้เกณฑ์การตัดสิน 4 ระดับ (คะแนน 1-4) คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากข้อเสนอนั้นข้อใด มีการให้คะแนนระดับ 1 หรือ 2 ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงต่อไป

ผลจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่าน และคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคิดเห็นด้านเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยคำนวณความสอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ (Scale-CVI-Average [S-CVI Ave]) และเป็นรายข้อ (item-CVI [I-CVI]) ทั้งนี้จะต้องได้ค่า S-CVI-Ave มากกว่าหรือเท่ากับ .90 และค่า I-CVI เท่ากับ 1 (Polit & Beck, 2008) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสำหรับการนำไปใช้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีค่า S-CVI Ave เท่ากับ .95 และเมื่อคำนวณเป็นรายข้อได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1 ทุกข้อเสนอนั้น ยกเว้นหนึ่งข้อ คือ เรื่องการประคบแผลผ่าตัดด้วยความเย็นก่อนการฝีกหายใจลึกและไอ มีค่า I-CVI เท่ากับ .67 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิหนึ่งท่านให้ข้อคิดเห็นว่าการประคบแผลผ่าตัดด้วยความเย็นอาจทำให้แผลผ่าตัดเปื่อยขึ้นเนื่องจากผ้าห่อหุ้มความเย็นไม่สามารถกั้นน้ำได้ ผู้วิจัยจึงตัดข้อเสนอนั้นออกไป และคำนวณค่า S-CVI Ave อีกครั้งพบว่า มีค่าเท่ากับ 1

ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหน่วยงาน ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัยในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการศึกษาได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 7 การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน

ประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยสังเขป โดยแจ้งให้ทราบเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลจนครบทุกราย และทำแผ่นป้ายติดประกาศบนบอร์ดประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ขั้นตอนที่ 8 การจัดประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงในที่ประชุมบุคลากรประจำเดือนของหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2556 โดยมีพยาบาลเข้าร่วมประชุมทั้งหมด 20 ราย สำหรับบางรายที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมในวันดังกล่าว ผู้วิจัยได้นัดหมายเพื่อชี้แจงให้พยาบาลทราบเป็นกลุ่มย่อยหรือเป็นรายบุคคลจนครบทั้งหมดภายในสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ เพื่อขอความร่วมมือเป็นผู้ร่วมวิจัยในฐานะพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้ และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในหน่วยงาน ทั้งนี้การเข้าร่วมการศึกษาเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกรับหรือปฏิเสธได้โดยปราศจากเงื่อนไขใดๆ หากพยาบาลตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาแล้วแต่ต่อมาต้องการถอนตัวก็สามารถทำได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้มาจะถูกปกปิดเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลผู้สนใจเข้าร่วมโครงการลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ซ)

ขั้นตอนที่ 9 การจัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

จากเดิมที่ผู้วิจัยวางแผนจัดอบรมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นรายกลุ่ม เพื่อแนะนำรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการนำไปใช้ แต่เนื่องจากขาดอัตรากำลังทำให้พยาบาลหลายรายติดภารกิจต้องปฏิบัติงานหลายผลัดเวร ผู้วิจัยจึงปรับแผนการจัดอบรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มกลุ่มละประมาณ 3-5 ราย ระหว่างการอบรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสอบถามข้อสงสัย เช่น การแบ่งระยะเวลาการจัดการความปวดเป็นก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ วิธีการประเมินความปวดระหว่างการทำหัตถการ ระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาก่อนเริ่มทำหัตถการ เป็นต้น ผู้วิจัยได้อธิบายเหตุผลแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นที่มาของข้อเสนอแนะ นอกจากนี้ได้ชี้แจงขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยขอความร่วมมือผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลตอบแบบสอบถามในสัปดาห์สุดท้ายของการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 10 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการไปทดลองใช้กับพยาบาลทุกรายที่ผ่านการอบรมเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีผู้วิจัยและทีมพัฒนาเป็นที่ปรึกษา เมื่อพบปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยนำมาปรึกษากับทีมพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่รู้สึกตัวซึ่งเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นระยะเวลา 2 เดือน คือ เดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม 2556 ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติหากผู้ใช้แนวปฏิบัติมีข้อสงสัยสามารถขอคำแนะนำจากผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้สนับสนุนเพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัตินำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างถูกต้อง มีการมีความคล่องตัวและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดเบิกสายดูดเสมหะขนาด 12 Fr. เท่านั้น เพื่อให้มีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด No. 7.5 และ No.8 การจัดทำคำขวัญณรงค์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคิดว่าที่เพิ่มบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย การทำภาพแสดงความยาวของสายดูดเสมหะและความลึกของการใส่สายดูดเสมหะให้ไม่เกินความยาวของท่อช่วยหายใจ (ภาคผนวก ฉ) และการติดตามกระตุ้น ตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับการปฏิบัติตามพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินผลจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และการประเมินผลจากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 11 การประเมินผลลัพธ์จากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์จากผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนประกอบด้วยความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้และความพึงพอใจของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยรายละเอียดของขั้นตอนนี้กล่าวครอบคลุมไปถึงการสร้างแบบสอบถาม การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

11.1 การสร้างแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

11.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต และประสบการณ์อบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด

11.1.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้ (ภาคผนวก ง) เป็นแบบสอบถามปลายปิดจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นคำถามทางบวก 10 ข้อและคำถามทางลบ 5 ข้อ เพื่อสอบถามความเป็นไปได้ โดยข้อคำถามครอบคลุมขอบเขตของการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ (1) ความยากง่ายในการปฏิบัติ (2) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (3) ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง และ (4) ประโยชน์และความปลอดภัยของผู้รับบริการ แต่ละข้อควมมีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ (1-5) คำถามทางบวก คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) สำหรับคำถามทางลบ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ (ประคอง, 2530)

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สูงมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สูง

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 1.50-2.49 หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ต่ำมาก

11.1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม (ภาคผนวก จ) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) จนถึงระดับพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) โดยเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ (ประคอง, 2530)

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 4.50-5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 3.50-4.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 2.50-3.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 1.50-2.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00-1.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

11.1.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาล (ภาคผนวก ง) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ให้พยาบาลแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะจำนวน 4 ข้อ โดยแบ่งเป็นแต่ละหัตถการและภาพรวมของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

11.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

11.2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเป็นไปได้และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามท่านซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล และนำมาคำนวณความตรงเชิงเนื้อหาโดยคำนวณดัชนีความสอดคล้อง S-CVI-Ave และ I-CVI พบว่ามีค่าเท่ากับ 1

11.2.2 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความเป็นไปได้และแบบสอบถามความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ของกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยทำการทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์คอรีนบาค (Cronbach's coefficient) ภายหลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว โดยแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้มีค่าสัมประสิทธิ์คอรีนบาค เท่ากับ .78 และแบบสอบถามความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ของพยาบาลผู้ใช้แนว

ปฏิบัติ มีค่าสัมประสิทธิ์คอร์นบาคเท่ากับ .91 ค่าที่ได้สูงกว่า .70 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือใหม่ (Polit & Beck, 2008) แสดงว่าแบบสอบถามทั้งสองชุดมีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้สูง

11.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ แบบสอบถามปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ให้กับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในสัปดาห์สุดท้ายของการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 12 การประเมินผลลัพธ์จากผู้ป่วย

การประเมินผลลัพธ์จากผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในขั้นตอนนี้มีรายละเอียดที่กล่าวถึงการสร้างแบบสอบถามการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

12.1 การสร้างแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม (ภาคผนวก ก)

12.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา กลุ่มโรค ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนเข้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวนและตำแหน่งแผลผ่าตัด การมีท่อช่วยหายใจทางปาก ระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ประสบการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ ประสบการณ์การผ่าตัด ชนิดของยาบรรเทาปวด วิธีการบริหารยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำ/เหนือเยื่อหุ้ม dura ระดับความรุนแรงของความปวดจากหัตถการ (นับตามจำนวนครั้งของการทำหัตถการ) จำนวนครั้งของการได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยร้องขอขณะอยู่ที่หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและทะเบียนผู้ป่วย)

12.1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบทั้งหมด 5 ระดับ คือ พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) จนถึงพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการที่ได้รับจากพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอยู่ในระดับสูง โดยเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้ (ประคอง, 2530)

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 4.50-5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 3.50-4.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 2.50-3.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 1.50-2.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ยช่วง 1.00-1.49 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

12.2 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการสำหรับผู้ป่วย สำหรับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิสามท่านเช่นเดียวกับที่กล่าวมาข้างต้น หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง โดยได้ค่า S-CVI-Ave และ I-CVI เท่ากับ 1 และสำหรับการตรวจสอบความเที่ยงผู้วิจัยนำแบบสอบถามวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 12 ราย และนำมาตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์คอรีนบาค (Cronbach's coefficient) ได้เท่ากับ .93 และเมื่อใช้กับผู้ป่วยจริงจำนวน 32 รายพบว่ามีความเที่ยงเท่ากับ .97 ซึ่งมีค่ามากกว่า .70 ที่เป็นเกณฑ์ต่ำสุดที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือใหม่ (Polit & Beck, 2008) แสดงว่าแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการสำหรับผู้ป่วยมีความตรงและความเที่ยงในการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ

12.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมีรายละเอียดและขั้นตอนดังนี้

1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ

- 1.1) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 1.2) รู้สึกตัวดี (GCS เท่ากับ E3-4V5M6 หรือ E3-4VTM6)
- 1.3) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย
- 1.4) บอกระดับความปวดโดยใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข

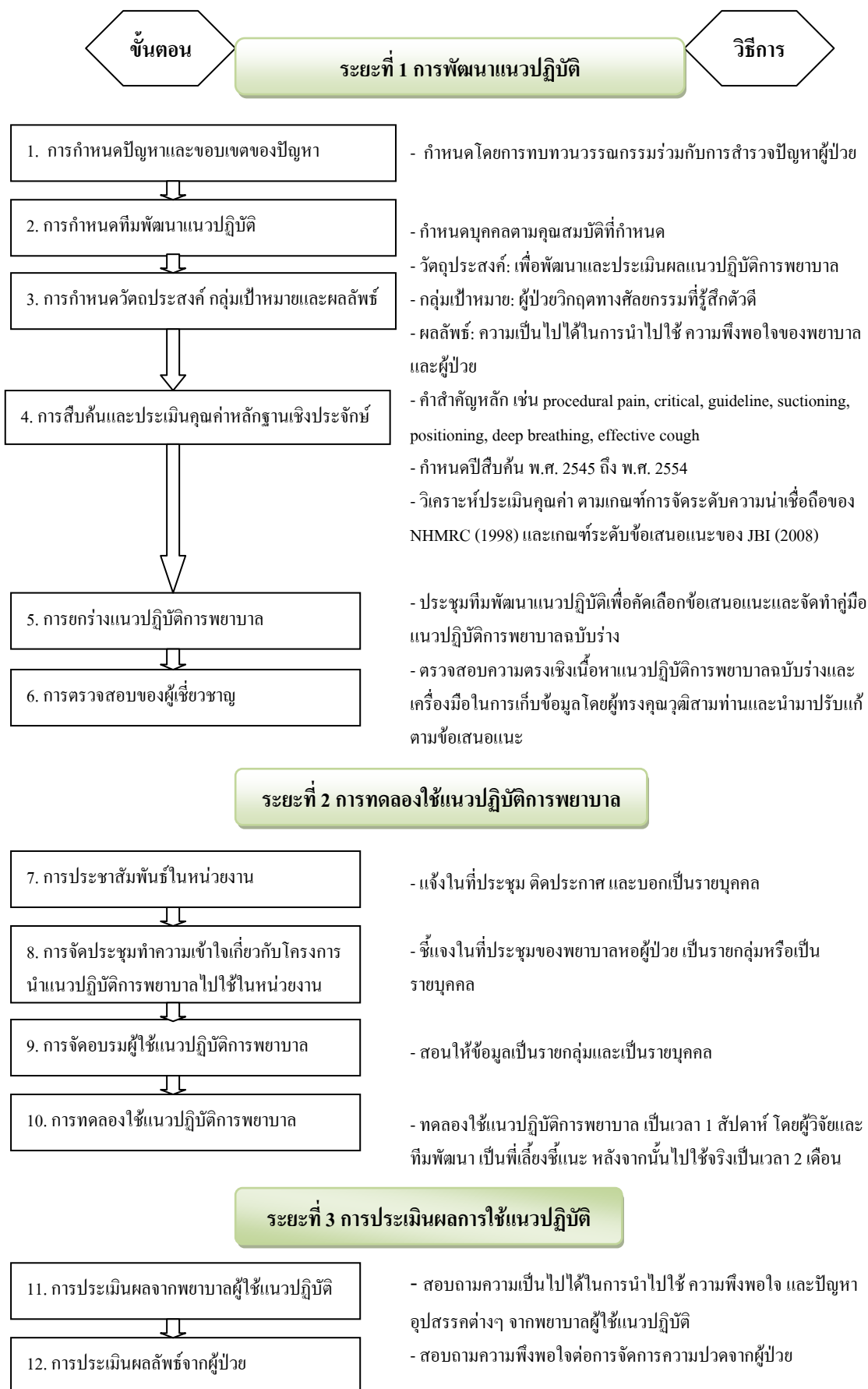
12.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และสอบถามความสนใจเข้าร่วมการศึกษา โดยการขออนุญาตเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ความเป็นมาและความสำคัญของการทำวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการใดๆ ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ เมื่อยินยอมเข้าร่วมผู้วิจัยจะให้ตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมการ

เข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ฉ) และหากกลุ่มตัวอย่างใดไม่ต้องการลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ยินยอมตอบแบบสอบถามให้จัดว่าเป็นการยินยอมด้วยวาจา

การแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหรือภายใน 24 ชั่วโมงหลังย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (กรณีย้ายออกในผลัดเวรตึก) เพื่อให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง หากผู้ป่วยไม่สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยอ่านข้อความตามแบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการความปวดจากหัตถการให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบ

12.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

โดยสรุป ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปรากฏดังภาพ 5



ภาพ 5. ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุมัติการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จากคณะกรรมการอนุกรรมการจริยธรรมด้านวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ภาคผนวก ข) หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภายหลังจากได้รับอนุมัติ ได้เข้าพบหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

นอกจากนี้ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยโดยชี้แจงเกี่ยวกับ ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธ และตอบรับการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษได้หากต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมของหอผู้ป่วย หากมีข้อสงสัยในการใช้แนวปฏิบัติสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และขณะทำการศึกษากลุ่มพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยมีอิสระในการเสนอความคิดเห็นได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติและผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข และภาคผนวก ฉ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์และแจกแจงในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาอย่างง่าย (simple content analysis)
3. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจาก

หัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ไปใช้ นำมาวิเคราะห์และแจกแจงในรูปความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ นำมาวิเคราะห์และแจกแจงในรูปความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ประกอบด้วย การดูแลประคบในท่อน้ำเหลือง การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม แนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวได้นำไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลา 2 เดือน คือ เดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2556 ผลการวิจัยและการอภิปรายผลมีดังนี้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม (ฉบับขกร่าง) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้โดยพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พร้อมปรับปรุงแก้ไขและได้สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ การดูแลผสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ

ก่อนทำหัตถการประเมินความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการ (Czamecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A) และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการทำหัตถการ (2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก ได้แก่ ความรู้สึกระหว่างได้รับการทำหัตถการ เช่น อึดอัด หายใจไม่ออก ปวด เป็นต้น และ (3) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติระหว่างได้รับการทำหัตถการ ได้แก่ วิธีการบรรเทาความปวด วิธีการสื่อสาร (การแสดงสีหน้า ยกมือ) กับพยาบาลหากรู้สึกว่าการบรรเทาความปวดไม่เพียงพอ (เกศินี และคณะ, 2548: ระดับ 3.2 เกรด A; Czamecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A)

2. การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ

การจัดการความปวดจากหัตถการ แบ่งตามระยะเวลาของการทำหัตถการออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ การจัดการความปวดก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ

2.1 ก่อนทำหัตถการ

2.1.1 การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด การประเมินความปวดก่อนทำหัตถการเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความปวดที่มีอยู่เดิม ณ ขณะนั้น (Pasero et al., 2009: ระดับ 4 เกรด A) ด้วยการใช้มาตรวัดความปวด NRS-O (Chanques et al., 2010: ระดับ 3.2 เกรด A) หรือมาตรวัดความปวด VDS โดยแบ่งระดับความรุนแรงความปวดเป็น 3 ระดับ คือ 0-2

คะแนน (ระดับเล็กน้อย) 3-4 คะแนน (ระดับปานกลาง) และ 5-10 คะแนน (ระดับมาก) (Gerbershagen et al., 2011: ระดับ 3.2 เกรด A)

2.1.2 การบรรเทาปวด การบรรเทาความปวดมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ควรใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดจากหัตถการ (Faigleles et al., 2010: ระดับ 4 เกรด A) การบรรเทาปวดแบ่งเป็นสองกลุ่มตามระดับความรุนแรงของความปวด คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความปวด ≤ 2 คะแนน(ระดับเล็กน้อย)และกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความปวด > 2 คะแนน (ระดับปานกลางถึงมาก)

1) กลุ่มผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของความปวด ≤ 2 คะแนน (ระดับเล็กน้อย) บรรเทาความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ดังนี้

1.1) ก่อนทำหัตถการต่าง ๆ ควรตรวจสอบไม่ให้เกิดการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจและสายระบาย และมีการประคองแผล (Given, 2010: ระดับ 2 เกรด A)

1.2) เลือกขนาดสายดูดเสมหะที่เหมาะสมกับเส้นผ่านศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ (Pedersen et al., 2009: ระดับ 2 เกรด A) โดยมีสูตรคำนวณขนาดของสายดูดเสมหะ ดังนี้ ขนาดสายดูดเสมหะ (Fr) เท่ากับ [ขนาดท่อช่วยหายใจ (มิลลิเมตร) - 2] x 2 ได้แก่ ท่อช่วยหายใจ No. 6.5-7 ใช้สายดูดเสมหะขนาด 10 Fr สำหรับท่อช่วยหายใจ No.7.5 - 8 ใช้สายดูดเสมหะขนาด 12 Fr

1.3) ควรเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง (กรณีไม่มีข้อห้าม) โดยมีผู้ช่วยเหลืออย่างน้อย 2 คน (Timby, 2009: ระดับ 4 เกรด 4)

1.4) ควรจัดทำให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง 45-90 องศา ก่อนกระตุ้นการหายใจลึกและไอ

นอกจากนี้ ควรมีการสอบถามความต้องการยาบรรเทาปวดก่อนการทำหัตถการจากผู้ป่วยด้วย หากผู้ป่วยต้องการยาบรรเทาปวด สามารถให้ยาบรรเทาปวด (preemptive analgesia) (Pasero et al., 2009: ระดับ 4 เกรด A) โดยต้องรอเวลาให้ยาออกออกฤทธิ์สูงสุด (Czarnecki et al. 2011: ระดับ 4 เกรด A; Pasero et al., 2009: ระดับ 4 เกรด A) เช่น เฟนทานิล เมื่อนัดเข้าหลอดเลือดดำเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 1-2 นาที และออกฤทธิ์เต็มที่ภายใน 3-5 นาที และมอร์ฟีน เมื่อนัดเข้าหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายใน 5 นาที และออกฤทธิ์เต็มที่ภายใน 10-20 นาที

2) ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของความปวด > 2 คะแนน (ระดับปานกลางถึงมาก) บรรเทาปวดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ร่วมกัน สำหรับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ดำเนินการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความปวด ≤ 2 คะแนน หลังให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาควรรอเวลาออกฤทธิ์สูงสุดแล้วประเมินความรุนแรงของความปวดซ้ำ

หากระดับความรุนแรงของความปวด ≤ 2 ให้เริ่มทำหัตถการได้ แต่ถ้าระดับความรุนแรงของความปวดยังคง > 2 ควรให้ยาบรรเทาปวดซ้ำตามแผนการรักษาหรือรายงานแพทย์

กรณีที่มีหัตถการเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยมีไอและเสมหะจำนวนมากจำเป็นต้องดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจโดยเร็ว ไม่ต้องประเมินความรุนแรงของความปวดก่อนดูดเสมหะสามารถดูดเสมหะได้ทันทีโดยใช้การบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาตามที่กล่าวไว้ข้างต้นและอาจให้ยาบรรเทาปวดร่วมด้วยโดยไม่ต้องรอให้ยาออกฤทธิ์สูงสุด

2.2 ระหว่างทำหัตถการ

2.2.1 การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดโดยใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ยกมือขึ้น ดิ้น สายหน้าไปมา หน้าตาเหยเก

2.2.2 การบรรเทาปวด

1) ต้องกระทำหัตถการต่าง ๆ ด้วยความนุ่มนวลและเชื่องช้า ไม่เร่งรีบ มีการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ (Czamecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A)

2) การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ มีข้อเสนอนี้ ดังนี้

2.1) ข้อบ่งชี้การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ผู้ป่วยไอมีเสมหะ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงเสมหะหรือฟังไม่ได้ยินเสียงหายใจ แรงดันในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น หรืออย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ (กรรติน์, 2552: ระดับ 3.3 เกรด A)

2.2) ผู้ดูดเสมหะต้องมีทักษะและดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล (กรรติน์, 2552)

2.3) ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงก่อนและหลังดูดเสมหะอย่างน้อย 30 วินาที

2.4) ใช้แรงดันในการดูดเสมหะให้น้อยที่สุดที่เพียงพอในการดูดเสมหะ โดยทั่วไปมีค่าอยู่ระหว่าง 80-120 มิลลิเมตรปรอท และสามารถปรับเพิ่มแรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะได้สูงสุดถึง 200 มิลลิเมตรปรอท หากใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดเหมาะสมกับขนาดของท่อช่วยหายใจ (กรรติน์, 2552; Pedersen et al., 2009: ระดับ 2 เกรด A)

2.5) ความลึกในการใส่สายดูดเสมหะไม่ควรเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ โดยใส่สายดูดเสมหะไปถึงตำแหน่งคาร์ินา จากนั้นถอยสายดูดเสมหะออกมาประมาณ 1-2 เซนติเมตร ก่อนการดูดเสมหะหรือวัดความยาวของสายดูดเสมหะกับความยาวของท่อช่วยหายใจ

(กรรตันน์, 2552; Pedersen et al., 2009) โดยใส่สายดูดเสมหะลึกไม่เกิน 2 ใน 3 ของความยาวสายดูดเสมหะ

2.6) ทำการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 รอบการดูดเสมหะ (กรรตันน์, 2552)

2.7) ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที (กรรตันน์, 2552; Pedersen et al., 2009)

3) การเปลี่ยนท่า ใช้ผ้าเลื่อนช่วยในการเลื่อนตัวผู้ป่วยขึ้นหัวเตียง ระหว่างเปลี่ยนท่าให้กระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวตรงไม่บิดเบี้ยว จัดทำให้ข้อต่อต่างๆ อยู่ในลักษณะองเล็กน้อย ยกแขนขาสูงเพื่อลดการบวมหรือให้สุขสบาย (ถ้าไม่มีข้อห้าม) (Timby, 2009)

4) การหายใจลึกและไอ ภายหลังจัดทำผู้ป่วยแล้ว ให้ผู้ป่วยหายใจลึก 3 ครั้ง หลังจากนั้นไอออกมาแรง ๆ ทำทั้งหมด 3 รอบโดยระหว่างรอบให้ผู้ป่วยพักหายใจตามปกติจนกว่าจะปฏิบัติรอบถัดไป (Chailier et al., 2010: ระดับ 3.1 เกรด A)

5) หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมความปวดระหว่างทำหัตถการ ให้ยุติการทำกิจกรรมนั้นชั่วคราว แล้วประเมินระดับความรุนแรงของความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวด NRS-O หรือมาตรวัด VDS หากความรุนแรงของความปวด < 5 คะแนน (ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) ให้บรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาและทำกิจกรรมต่อไปด้วยความนุ่มนวล แต่ถ้าระดับความรุนแรงของความปวด ≥ 5 คะแนน (ปวดมาก) ให้ยุติการทำหัตถการ (หากไม่เร่งด่วน) และให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

2.3 หลังทำหัตถการ

2.3.1 การประเมินระดับความรุนแรงของความปวด ประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวด NRS-O (Czamecki et al.: ระดับ 4 เกรด A) หรือมาตรวัด VDS ภายหลังจากให้ผู้ป่วยพักหลังสิ้นสุดหัตถการ 10 นาที

2.3.2 การบรรเทาความปวด หากระดับความรุนแรงความปวด ≤ 2 (ระดับเล็กน้อย) ถือว่าสิ้นสุดการจัดการความปวดจากหัตถการ แต่ถ้าระดับความปวดยังคง > 2 คะแนน (ระดับปานกลางถึงมาก) ให้ผู้ป่วยพักและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาหรือรายงานแพทย์

2.3.3 การติดตามภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด เช่น ง่วงนอน กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน คัน และท้องผูก (Given, 2010: ระดับ 2 เกรด A)

3. การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ

การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ ประกอบด้วย ความปวดจากกิจกรรมและการตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วย การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่างและหลังทำกิจกรรม (Czarnecki et al., 2011: ระดับ 4 เกรด A) อาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด (ถ้ามี) และข้อเสนอแนะของการทำหัตถการครั้งต่อไป

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้

การศึกษานี้มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 34 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.1 มีอายุช่วง 21-47 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 91.18 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 82.4 และเคยผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดร้อยละ 82.4 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (N = 34)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	1(2.9)
หญิง	33(97.1)
อายุ (ปี) <i>Min</i> = 21, <i>Max</i> = 47	
21-25	6(17.6)
26-30	15(44.3)
31-35	5(14.6)
36-40	7(20.6)
> 40	1(2.9)
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	31(91.18)
ปริญญาโท	3(8.82)

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ปี)	
< 5	6(17.6)
5-10	19(55.9)
> 10	9(26.5)
การเข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด	
เคย (เช่น เรื่อง ความปวดสัญญาณชีพที่ห้า, การจัดการความปวดในผู้ป่วยศัลยกรรม, การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ, มติความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการจัดการความปวด เป็นต้น)	28(82.4)
ไม่เคย	6(17.6)

ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นระยะเวลา 2 เดือน พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูง ($M = 3.89, SD = 0.55$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูงถึงสูงมากเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดจากหัตถการได้ประโยชน์ ($M = 4.53, SD = 0.81$) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหน่วยงานไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มมากขึ้น ($M = 4.35, SD = 0.81$) อย่างไรก็ตามมีข้อความที่พยาบาลจำนวนร้อยละ 67.6 ให้ความคิดเห็นด้วยมากถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าหากต้องการให้การใช้แนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิภาพหน่วยงานต้องส่งบุคลากรไปอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดนอกสถานที่เพิ่มเติม ($M = 2.21, SD = 0.81$) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของ
ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วย
วิกฤตศัลยกรรมไปใช้ เรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ (N=34)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					M (SD)	Med(IQR)
	ไม่เห็น	เห็น	เห็นด้วย	เห็น	เห็นด้วย		
	ด้วย	ด้วย	ปาน	ด้วย	เห็นด้วย		
	อย่างยิ่ง	น้อย	กลาง	มาก	อย่างยิ่ง		
จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
1. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดจาก การทำหัตถการได้ประโยชน์				16	18	4.53	5 (1)
			(47.1)	(52.9)	(0.51)		
2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ หน่วยงานไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์ เพิ่มมากขึ้น		2	1	14	17	4.35	4.5 (0.25)
		(5.9)	(2.9)	(41.2)	(50)	(0.81)	
3. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ช่วยป้องกันความปวดที่เกิด จากการทำหัตถการได้			1	22	11	4.29	4 (1)
			(2.9)	(64.7)	(32.4)	(0.52)	
4. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้หน่วยงานต้องสิ้นเปลือง อุปกรณ์	10	21	2	1		4.18	4 (1)
	(29.4)	(61.8)	(5.9)	(2.9)		(0.67)	
5. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ ยาบรรเทาปวดเพิ่มมากขึ้น	8	23	2	1		4.12	4 (0.25)
	(23.5)	(67.7)	(5.9)	(2.9)		(0.64)	
6. บุคลากรในหน่วยงาน สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตาม แนวปฏิบัตินี้ได้			2	27	5	4.09	4 (0)
			(5.9)	(79.4)	(14.7)	(0.45)	
7. แพทย์ให้ความร่วมมือเมื่อ ฉันรายงานเพื่อขอยาบรรเทา ปวดเพิ่ม			5	21	8	4.09	4 (0.25)
			(14.7)	(61.8)	(23.5)	(0.62)	
8. ฉันอ่านและเข้าใจ ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัตินี้			3	27	4	4.03	4 (0)
			(8.8)	(79.4)	(11.8)	(0.46)	

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					<i>M (SD)</i>	<i>Med(IQR)</i>
	ไม่เห็น	เห็น	เห็นด้วย	เห็น	เห็นด้วย		
	ด้วย	ด้วย	ปาน	ด้วย	เห็นด้วย		
	อย่างยิ่ง	น้อย	กลาง	มาก	อย่างยิ่ง		
จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)			
9.ฉันสามารถให้การพยาบาลตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัตินี้ได้ทันที			8 (23.5)	21 (61.8)	5 (14.7)	3.91 (0.62)	4 (0.25)
10. แผนภูมิการตัดสินใจช่วยให้ฉันตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็วขึ้น			8 (23.5)	22 (64.7)	4 (11.8)	3.88 (0.59)	4 (0.25)
11. ฉันพร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติต่อไป		1 (2.9)	7 (20.6)	22 (64.7)	4 (11.8)	3.85 (0.66)	4 (0.25)
12. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้เพิ่มภาระงานให้ผู้ร่วมงานของฉัน	5 (14.7)	20 (58.8)	5 (14.7)	4 (11.8)		3.76 (0.85)	4 (1)
13. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ไม่เป็นการระสำหรับฉัน	1 (2.9)	1 (2.9)	7 (20.7)	19 (55.9)	6 (17.6)	3.68 (0.87)	4 (1)
14. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น	2 (5.9)	15 (44.1)	11 (32.4)	5 (14.7)	1 (2.9)	3.35 (0.92)	3.5 (1)
15. หากต้องการให้การใช้แนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิภาพหน่วยงานต้องส่งบุคลากรไปอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดนอกสถานที่เพิ่มเติม		2 (5.9)	9 (26.5)	17 (50)	6 (17.6)	2.21 (0.81)	2 (1)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ผู้วิจัยประเมินความความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.47$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพยาบาล

ประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยลำดับสูงสุด ได้แก่ การได้แสดงบทบาทอิสระในการจัดการความปวดจากหัตถการ ($M = 4.18, SD = 0.52$) รองลงมา คือ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการอย่างเหมาะสม ($M = 4.1, SD = 0.50$) ในขณะที่ข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจลำดับน้อยที่สุด คือ การได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการ ($M = 3.71, SD = 0.63$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม เรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ ($N=34$)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					$M(SD)$	$Med(IQR)$
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
1. การได้แสดงบทบาทอิสระในการจัดการความปวดจากหัตถการ			2 (5.9)	24 (70.6)	8 (23.5)	4.18 (0.52)	4(0.25)
2. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการอย่างเหมาะสม			2 (5.9)	25 (73.5)	7 (20.6)	4.15 (0.50)	4(0)
3. การได้แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ			3 (8.8)	26 (76.5)	5 (14.7)	4.06 (0.49)	4(0)
4. การเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความปวดโดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้			4 (11.8)	24 (70.6)	6 (17.6)	4.06 (0.55)	4(0)
5. การได้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความปวดจากหัตถการ			1 (2.9)	30 (88.2)	3 (8.9)	4.06 (0.34)	4(0)
6. ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ		1 (2.9)	3 (8.8)	24 (70.6)	6 (17.7)	4.03 (0.63)	4(0)

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					M(SD)	Med(IQR)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
7. การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปลอดภัยจากหัตถการ			3 (8.8)	27 (79.4)	4 (11.8)	4.03 (0.46)	4(0)
8. การบรรเทาความปลอดภัยโดยวิธีการไม่ใช่ยา ได้แก่ การให้ข้อมูล การประคบแผลผ่าตัด เป็นต้น			10 (29.4)	22 (64.7)	2 (5.9)	3.76 (0.55)	4(1)
9. การได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปลอดภัยจากหัตถการ		1 (2.9)	10 (29.4)	21 (61.8)	2 (5.9)	3.71 (0.63)	4(1)
10. ความพึงพอใจโดยภาพรวม			2 (5.9)	26 (76.5)	6 (17.6)	4.12 (0.47)	4(0)

สำหรับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ จากคำถามปลายเปิด สรุปได้ดังนี้

1. การประเมินความปลอดภัยจากหัตถการ พบว่าร้อยละ 5.89 ของพยาบาลรายงานว่า การใช้มาตรวัด NRS-O เพียงอย่างเดียวอาจไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เพิ่งกลับจากห้องผ่าตัดซึ่งยังมีภาวะสลิ้มสลือ จึงอาจไม่สามารถประเมินความปลอดภัยของตนเองและบอกคะแนนเป็นตัวเลขได้ตามจริง และในระหว่างทำหัตถการโดยเฉพาะการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจผู้ป่วยบางรายไม่สามารถบอกระดับความปลอดภัยเป็นตัวเลขได้ จึงเสนอแนะว่า ควรเลือกใช้เครื่องมือวัดความปลอดภัยอื่นร่วมด้วย เช่น มาตรวัด VDS นอกจากนี้ ร้อยละ 2.94 ของพยาบาลรายงานว่ามีการประเมินติดตามความปลอดภัยบ่อยเกินไป ควรประเมินความปลอดภัยตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา

2. การประเมินและบรรเทาความปลอดภัยก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ (กรณีเร่งด่วน) พบว่าร้อยละ 44.1 ของพยาบาลรายงานว่าเมื่อผู้ป่วยไอมีเสมหะในท่อช่วยหายใจจำนวนมากอาจทำให้ปริมาตรการหายใจออก (tidal volume) ต่ำ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง มีผลกระทบต่อสัญญาณชีพ ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอในการประเมินความปลอดภัยและจัดการความปลอดภัยก่อนดูดเสมหะได้ และร้อยละ 5.88 ของพยาบาลรายงานว่าแม้ว่าผู้ป่วยบางรายได้รับยาบรรเทาปวดก่อนดูดเสมหะแต่อาจไม่สามารถรอให้ยาออกฤทธิ์ได้เนื่องจากต้องเร่งทำการดูดเสมหะ

ออกจากท่อช่วยหายใจโดยเร็ว จึงเสนอแนะว่าควรเพิ่มเนื้อหาการจัดการความปวดจากการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจกรณีเร่งด่วน

3. การบริหารยาบรรเทาปวดระหว่างทำหัตถการ ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยาบรรเทาปวดก่อนทำหัตถการแล้ว ต่อมาระหว่างทำหัตถการพยาบาลประเมินความปวดผู้ป่วยแล้วพบว่ามีความปวดในระดับมาก แต่พยาบาลไม่สามารถให้ยาบรรเทาปวดได้ก่อนเวลาที่แพทย์กำหนดไว้ในแผนการรักษา เช่น แพทย์สั่งให้ยาแก้ปวดทุก 30 นาทีหรือ 1 ชั่วโมงเมื่อผู้ป่วยร้องขอ จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้มีการใช้วิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาาร่วมด้วย และรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา

4. อื่น ๆ ได้แก่ การเพิ่มความตระหนักแก่พยาบาลในการประเมินความปวดก่อนทำหัตถการ และการส่งเสริมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยเสนอผลด้านข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ป่วย และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการตามลำดับ ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจำนวน 34 ราย แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย และข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ 1 ราย ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพียง 32 ราย ผลพบว่า ร้อยละ 56.2 เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 27-76 ปี โดยร้อยละ 37.4 อายุ 46-60 ปี และร้อยละ 34.4 อายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 43.8 ของผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.9 เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ตำแหน่งแผลอยู่บริเวณทรวงอกอย่างเดียวร้อยละ 46.9 ร้อยละ 90.6 ของผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากที่ห้องผ่าตัด ร้อยละ 75.8 ของผู้ป่วยใช้เวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่า 24 ชั่วโมง และร้อยละ 71.9 ไม่มีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่
ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (N=32)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	14 (43.8)
หญิง	18 (56.2)
อายุ (ปี) Min = 27, Max = 76	
≤ 30	3 (9.4)
31-45	6 (18.8)
46-60	12 (37.4)
> 60	11 (34.4)
ศาสนา	
พุทธ	25 (78.1)
อิสลาม	7 (21.9)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	1 (3.1)
ประถมศึกษา	14 (43.8)
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร	9 (28.1)
ปริญญาตรี	7 (21.9)
ปริญญาโท/เอก	1 (3.1)
ระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล	
ก่อนเข้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (วัน) (Min = 0, Max = 14)	
ฉุกเฉิน	4 (12.5)
< 1	2 (6.2)
1-2	17 (53.2)
≥ 3	9 (28.1)

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่นอนในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (วัน)	
< 1	13 (40.6)
1-2	11 (34.4)
≥ 3	8 (25.0)
จำนวนและตำแหน่งแผลผ่าตัด	
1 ตำแหน่ง	
- ศีรษะ	1 (3.1)
- ทรวงอก	15 (46.9)
- ช่องท้อง	5 (15.7)
- แขน/ขา	1 (3.1)
2 ตำแหน่ง	
- ทรวงอกและขา	8 (25.0)
- ทรวงอกและท้อง	1 (3.1)
- ลำคอและท้อง	1 (3.1)
ท่อช่วยหายใจทางปาก	
ไม่มี	3 (9.4)
มี (ใส่ท่อช่วยหายใจ ณ ห้องผ่าตัด)	29 (90.6)
ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ (ชั่วโมง) (N =29)	
< 24	22 (75.8)
24-48	4 (11.9)
> 48	3 (10.3)
ประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ	
ไม่มี	29 (100)
ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด	
มี	9 (28.1)
ไม่มี	23 (71.9)

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและระดับความรุนแรงของความปวดจากเหตุการณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ คือ มอร์ฟิน (ร้อยละ 53.1) และเฟนทานิล (ร้อยละ 46.9) และส่วนใหญ่ร้อยละ 81.3 ได้รับยาบรรเทาปวดแบบต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำร่วมกับเมื่อผู้ป่วยร้องขอจากพยาบาล ซึ่งความถี่ที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดเพิ่มเติมเมื่อร้องขอจากพยาบาลขณะที่พักรักษาตัวหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมในช่วงเวลา 3 วันหลังผ่าตัดโดยเฉลี่ย 8.39 ครั้งต่อคน นอกจากนี้ผู้ป่วยรายงานความรุนแรงของความปวดจากเหตุการณ์ก่อนทำหัตถการมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.91$, $SD = 2.27$, $Min-Max = 0-10$) ระหว่างทำหัตถการมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.63$, $SD = 3.14$, $Min-Max = 0-10$) และหลังทำหัตถการมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.14$, $SD = 2.00$, $Min-Max = 0-10$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละของข้อมูลการบรรเทาปวดด้วยยาในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่ได้รับการจัดการความปวดจากเหตุการณ์ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ($N=32$)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดของยาบรรเทาปวด	
เฟนทานิล	15 (46.9)
มอร์ฟิน	17 (53.1)
วิธีการบริหารยาทางหลอดเลือดดำหรือเหนือเยื่อหุ้มคูรา (epidura)	
การให้ยาแบบต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับเมื่อผู้ป่วยร้องขอ	26 (81.3)
การให้ตามเวลาที่กำหนดทางหลอดเลือดดำร่วมกับเมื่อผู้ป่วยร้องขอ	1 (3.1)
การให้ทางเหนือเยื่อหุ้มคูรา ร่วมกับเมื่อผู้ป่วยร้องขอ	1 (3.1)
การให้เมื่อผู้ป่วยร้องขอ [†]	3 (9.4)
การให้แบบผู้ป่วยควบคุมยาบรรเทาปวดด้วยตนเอง (PCA) [†]	1 (3.1)
ความถี่การให้ยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยร้องขอจากพยาบาลขณะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด (ครั้ง)	
วันที่ 1 ($N = 31$) [†] $M = 3.00$, $SD = 2.33$, $Min = 0$, $Max = 10$	
วันที่ 2 ($N = 31$) [†] $M = 4.13$, $SD = 3.45$, $Min = 1$, $Max = 14$	
วันที่ 3 ($N = 13$) [†] $M = 3.23$, $SD = 3.21$, $Min = 1$, $Max = 13$	
รวมทั้ง 3 วัน $M = 8.39$, $SD = 6.30$, $Min = 2$, $Max = 33$	

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ความรุนแรงของความปวดจากหัตถการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ($N = 149$ ครั้งของการทำหัตถการ)	
ก่อนทำหัตถการ (คะแนน) ($M = 1.91, SD = 2.27, Min-Max = 0-10$)	
0-2	98(65.8)
3-4	27(18.1)
5-10	24(16.1)
ระหว่างทำหัตถการ (คะแนน) ($M = 3.63, SD = 3.14, Min-Max = 0-10$)	
0-2	67(45.0)
3-4	26(17.4)
5-10	56(37.6)
หลังทำหัตถการ(คะแนน) ($M = 1.14, SD = 2.00, Min-Max = 0-10$)	
0-2	121(81.2)
3-4	15(10.1)
5-10	13(8.7)

หมายเหตุ. ^๑ เมื่อผู้ป่วยร้องขอโดยบริหารยาทางหลอดเลือดดำ, ^๒ Patient Controlled-Analgesia เป็นการบริหารยาทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยควบคุมยาบรรเทาปวดตามความต้องการด้วยตนเอง, ^๓ ผู้ป่วยควบคุมยาบรรเทาปวดด้วยตนเอง (PCA) 1 ราย, ^๔ ผู้ป่วย 18 รายย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

สำหรับด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการภายหลังมีการใช้แนวปฏิบัติพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.53, SD = 0.50$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจมากที่สุดเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ($M = 4.56, SD = 0.56$) พยาบาลยอมรับว่าฉันปวดจริง เมื่อฉันบอกว่าปวด ($M = 4.53, SD = 0.57$) และพยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่สุภาพและเข้าใจง่าย ($M = 4.53, SD = 0.57$) ในขณะที่ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจต่ำสุดท้าย คือ พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด ($M = 4.25, SD = 0.67$) (ตาราง 6)

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ของ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังจากมีการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม เรียงตามลำดับจาก คะแนนสูงไปต่ำ (N= 32)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					M (SD)	Med (IQR)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
1. พยาบาลให้ยาบรรเทาปวด ฉันทันทีเมื่อฉันบอกว่าปวด			1 (3.1)	12 (37.5)	19 (59.4)	4.56 (0.56)	5 (1)
2. พยาบาลยอมรับว่าฉันปวด จริง เมื่อฉันบอกว่าปวด			1 (3.1)	13 (40.6)	18 (56.3)	4.53 (0.57)	5 (1)
3. พยาบาลสื่อสารกับฉันด้วย ภาษาที่สุภาพ และเข้าใจง่าย			1 (3.1)	13 (40.6)	18 (56.3)	4.53 (0.57)	5 (1)
4. พยาบาลบอกฉันเกี่ยวกับ วิธีการจัดการความปวดที่ฉัน จะได้รับ		1 (3.1)		14 (43.8)	17 (53.1)	4.47 (0.67)	5 (1)
5. พยาบาลบอกฉันว่าฉันควร ปฏิบัติตัวอย่างใดในระหว่าง การดมยาสลบ การเปลี่ยนท่า การหายใจลึกและไอ			1 (3.1)	15 (46.9)	16 (50.0)	4.47 (0.57)	4.5 (1)
6. พยาบาลมีความสม่ำเสมอ และความเอาใจใส่ในการ บอกให้ฉันทราบทุกครั้งก่อน การดมยาสลบ การเปลี่ยนท่า หรือการหายใจลึกและไอ			1 (3.1)	16 (50.0)	15 (46.9)	4.44 (0.56)	4 (1)
7. พยาบาลติดตามสอบถาม ความปวดของฉันเป็นระยะ ระหว่างการดมยาสลบ การ เปลี่ยนท่า หรือ การฝึกหายใจ ลึกและไอ			1 (3.1)	16 (50.0)	15 (46.9)	4.44 (0.56)	4 (1)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Med</i> (<i>IQR</i>)
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)		
8. พยาบาลสอบถามความ ปวดภายหลังจากดูดเสมหะ							
การเปลี่ยนท่า หรือการ หายใจลึกและไอ			1 (3.1)	16 (50.0)	15 (46.9)	4.44 (0.56)	4 (1)
9. พยาบาลแสดงออกถึง ความพยายามในการจัดการ ความปวด จากการดูดเสมหะ							
การเปลี่ยนท่า หรือการ หายใจลึกและไอ			1 (3.1)	16 (50.0)	15 (46.9)	4.44 (0.56)	4 (1)
10. พยาบาลมีความสม่ำเสมอ และความเอาใจใส่ในการ สอบถามความปวดทุกครั้ง							
ก่อนการดูดเสมหะ เปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ			1 (3.1)	17 (53.1)	14 (43.8)	4.41 (0.56)	4 (1)
11. พยาบาลให้ฉันทยุดพัก ชั่วคราวจากการดูดเสมหะ หรือ การหายใจลึกและไอ						4.31	
เมื่อฉันทยุดกว่าปวดมาก			3 (3.1)	16(50.0)	13 (40.6)	(0.64)	4 (1)
12. พยาบาลแนะนำวิธีการ สื่อสารกับพยาบาลให้ทราบ เมื่อฉันทยุดอาการปวด			3 (9.4)	17 (53.1)	12 (37.5)	4.28 (0.63)	4 (1)
13. พยาบาลเปิดโอกาสให้ ฉันทัดสนใจเลือกวิธีการ จัดการความปวด			4 (12.5)	16(50.0)	12 (37.5)	4.25 (0.67)	4 (1)
14. ความพึงพอใจโดย ภาพรวม				15 (46.9)	17 (53.1)	4.53 (0.50)	5 (1)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย มีดังนี้

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนภายใต้การประยุกต์การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และการมีทีมพัฒนาที่มีความรู้ในการพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์และการพัฒนาแนวปฏิบัติเนื่องจากสมาชิกในทีมเป็นผู้ที่จบการศึกษาปริญญาโท (2 ราย) และกำลังศึกษาระดับปริญญาโท (3 ราย รวมผู้วิจัย) รวมทั้งการมีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมากกว่า 10 ปี โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นที่ปรึกษาทีมพัฒนา เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้จากการรวบรวมข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือและตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2554 ซึ่งผ่านการพิจารณาคัดเลือกว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมโดยทีมพัฒนาและอาจารย์ที่ปรึกษานอกจากนี้แนวปฏิบัติได้ผ่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ (S-CVI Ave) ได้ค่าเท่ากับ .95 และเมื่อคำนวณเป็นรายข้อได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1 ทุกข้อเสนอแนะ ยกเว้นข้อการประคบแผลผ่าตัดด้วยความเย็นก่อนการฟีกหายใจลึกและไอมีค่า I-CVI เท่ากับ .67 (โดยค่า I-CVI ที่ยอมรับได้ต้องเท่ากับ 1) จากการที่ผู้ทรงคุณวุฒิหนึ่งท่านให้ข้อคิดเห็นว่าในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมมีผ้าที่ใช้ห่อหุ้มความเย็นและผ้าปิดแผลผ่าตัดเป็นวัสดุไม่สามารถกันน้ำ การใช้ผ้าห่อหุ้มความเย็นมาประคบที่แผลผ่าตัดโดยตรงอาจทำให้แผลเปื่อยขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงตัดข้อเสนอแนะดังกล่าวออกหนึ่งข้อ และนำมาคำนวณค่า S-CVI- Ave อีกครั้งมีค่าเท่ากับ 1 ซึ่งค่าที่ได้นี้มีค่ามากกว่า .90 (Polit & Beck, 2008) ถือได้ว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมในการจัดการความปวดจากหัตถการ โดยมีความถูกต้องด้านภาษา ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำไปทดลองใช้ในบริบทหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม (ฟองคำ, 2549)

นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ก่อนนำไปดำเนินการวิจัยในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังนั้น แนว

ปฏิบัติดังกล่าวจึงถือว่ามีมาตรฐานและความปลอดภัยเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามหลังจากที่พยาบาล 34 ราย ได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 32 ราย พบว่ามีบางประเด็นที่ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ดังนี้

1. การประเมินความปวดจากเหตุการณ์กับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม จากเดิมที่ทีมพัฒนาได้กำหนดให้มีการใช้การรายงานความปวดด้วยตนเอง (self report) เป็นมาตรวัดความปวดแบบตัวเลขที่ผู้ป่วยบอก (NRS-O) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือและนิยมใช้กันในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวดี อย่างไรก็ตามเครื่องมือดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประเมินความปวดจากเหตุการณ์สำหรับผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 71.9) หลังผ่าตัดในระยะ 8 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยมักมีสภาพสับสน อ่อนเพลียจากการผ่าตัดที่ใช้เวลายาวนาน ในขณะที่ความปวดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวมักอยู่ในระดับปานกลางถึงมากซึ่งผู้ป่วยต้องการการบรรเทาปวด การให้ผู้ผู้ป่วยบอกค่าเป็นตัวเลขคะแนนนั้นต้องใช้เวลาในการคิดและประเมินค่าความปวดมากกว่าการบอกเป็นความปวดด้วยคำพูดอย่างง่าย (VDS) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มทางเลือกการใช้เครื่องมือการประเมินความปวดให้ผู้ผู้ป่วยสามารถรายงานในรูปแบบของมาตรวัดความปวดด้วยคำพูดอย่างง่าย ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ซึ่งง่ายและสะดวกสำหรับการประเมินความปวดในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดใหญ่หรือผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของวัชรภรณ์ (2548) และสมจิตต์ (2555) สำหรับความถี่ของการประเมินความปวดผู้วิจัยยังคงไว้เช่นเดิม คือ ประเมินความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการเพราะต้องนำผลการประเมินไปใช้ในบรรเทาความปวดอย่างถูกต้องหลักวิธีและสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (Czarnecki et al., 2011)

2. การประเมินและบรรเทาความปวดก่อนดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ (กรณีเร่งด่วน) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.7 เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ที่ตำแหน่งบริเวณทรวงอกและหรือช่องท้องทำให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตนเองได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายภายหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรกร่วมกับผู้ป่วยบางรายอาจมีพยาธิสภาพของปอดเดิมก่อนผ่าตัด ดังนั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 90.6 จึงต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาจากห้องผ่าตัด อย่างไรก็ตามการมีท่อช่วยหายใจทำให้สิ่งแวดล้อมการทำงานและหน้าที่ของทางเดินหายใจส่วนบนทั้งหมด อากาศที่หายใจเข้าจึงมีความชื้นลดลงเสมหะเหนียวขึ้น ต่อมาเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตื่นตัวดีก็จะพยายามไอเพื่อขับเอาเสมหะออกมาด้วยตนเองแต่อาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เจ็บในลำคอ การไอที่ไม่มีแรงขับมากพอทำให้มีเสมหะคั่งค้างมากอยู่ในท่อช่วยหายใจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยอึดอัด หายใจไม่ออกจากมีการปิดกั้นการนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและการขับคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายลดลง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์

ทรมานจากการหายใจไม่ออก(อมรรัตน์, 2549) กรณีเช่นนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลและ
 ทันทิ ทำให้ไม่สามารถประเมินและหรือบรรเทาความปวดก่อนเริ่มทำหัตถการได้ตามขั้นตอนเดิม
 กำหนดไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มเติมเนื้อหาการประเมินและบรรเทาความปวดก่อนทำการดูแล
 เสมหะในท่อช่วยหายใจ (กรณีเร่งด่วน)

3. การบริหารยาบรรเทาปวดระหว่างทำหัตถการ กรณีที่ผู้ป่วยมีความปวดระดับ
 มากระหว่างทำหัตถการแม้ว่าได้รับยาบรรเทาปวดก่อนหัตถการแล้วก็ตาม แต่ไม่สามารถให้ยา
 บรรเทาปวดซ้ำได้เนื่องจากยังไม่ถึงกำหนดรอบเวลาของการให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา
 ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มเติมเนื้อหาไว้ว่า พยาบาลสามารถใช้ทางเลือกการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาาร่วมด้วย
 เช่น การยุติกิจกรรมดังกล่าวชั่วคราว (หากไม่เร่งด่วนหรือจำเป็น) เพื่อหยุดการกระตุ้นที่ทำให้เกิด
 ความปวดจากหัตถการ (procedural pain) หรือจากการเพิ่มแรงดันและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
 บริเวณบาดแผลผ่าตัดเมื่อดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการไอ (referred
 pain) (Arroyo-Novoa et al., 2008; Arroyo-Novoa et al., 2009) รวมถึงควรได้มีการรายงานแพทย์
 เพื่อพิจารณาการปรับยาบรรเทาปวดให้เหมาะสมแต่ละรายต่อไป

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการใน ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ
 จัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในระดับสูง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติที่
 พัฒนาขึ้นมาครั้งนี้มีขั้นตอนการปฏิบัติที่มีรูปแบบสอดคล้องกับแนวทางการจัดการความปวดใน
 ผู้ป่วยแบบเฉียบพลันที่สุริศา (2554) ได้เคยจัดทำไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โดยแนวปฏิบัติ
 ครั้งนี้มีสาระสำคัญเพิ่มเติม คือการจัดการความปวด ก่อน ระหว่าง และหลังทำกิจกรรมพยาบาลที่
 พบบ่อยได้แก่ การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ทำให้
 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้เร็ว อีกทั้งการปฏิบัติตาม
 ขั้นตอนนี้ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ เพิ่มเติม และพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าได้เพิ่มภาระงาน
 มากเกินไป นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้มีการชี้แจงและอธิบายให้พยาบาลในรูปการ
 ประชุมกลุ่มย่อยและการสอนเป็นรายบุคคลเพื่อให้เข้าใจการปฏิบัติตามแผนภูมิขั้นตอนการ
 ปฏิบัติการพยาบาล และระหว่างที่พยาบาลได้นำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยได้มีการประสานเจ้าหน้าที่
 พัสตูประจำหอผู้ป่วยเพื่อเบิกสายดูแลเสมหะที่มีขนาดเหมาะสมกับท่อช่วยหายใจ การจัดทำคำขวัญ
 วรรณรงค์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การจัดทำรูปภาพประกอบ รวมถึงการติดตามและกระตุ้น การให้

คำแนะนำแก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นระยะ (ฉวีวรรณ, 2548) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ รวมถึงมีการรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและนำมาปรับปรุง ทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเกิดความรู้สึกร่วมในการมุ่งสู่เป้าหมายร่วมกัน คือ การให้ผู้ป่วยเกิดความปวดน้อยที่สุด ซึ่งเป็นหลักสำคัญของบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรม (Idvall, Hamrin, Sjostrom, & Unosson, 2002) สอดคล้องกับที่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติครั้งนี้ให้ความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้สูงมากในข้อความที่กล่าวไว้ว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับประโยชน์ ($M = 4.53, SD = 0.51$) และหน่วยงานไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มมากขึ้น ($M = 4.53, SD = 0.81$)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 67.6 ของพยาบาลเห็นด้วยมากถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความที่ระบุว่า “หากต้องการให้การใช้นี้ให้มีประสิทธิภาพหน่วยงานต้องส่งบุคลากรไปอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดนอกสถานที่เพิ่มเติม” ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าแม้ว่าส่วนใหญ่พยาบาลได้ผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดมาแล้วก็ตาม แต่เป็นความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ ในขณะที่สาระสำคัญของการจัดการความปวดจากหัตถการมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับหัตถการนั้นๆ และพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ยังมีการเผยแพร่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับงานวิจัยการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยทารกและเด็ก (Given, 2010) ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยผู้ใหญ่ก็มีประสบการณ์ความปวดจากหัตถการเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการทำหัตถการทางการพยาบาลบ่อยครั้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การทำกิจกรรมพยาบาลเป็นประจำ (routine nursing care) อาจทำให้พยาบาลมองข้ามไปว่ามีหัตถการบางอย่างก่อให้เกิดความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างมาก หัตถการบางอย่างแม้ไม่ก่อให้เกิดความปวดแก่ผู้ป่วยมากนัก แต่ส่งผลให้เกิดความไม่สบายและอาจกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาวได้ ดังนั้น การประเมินความปวดก่อนทำหัตถการและการบรรเทาความปวดจากหัตถการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมจึงเป็นบทบาทอิสระสำคัญที่พยาบาลพึงกระทำเพื่อการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Czamecki et al., 2011) ภายใต้งานมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย (Brown & McCormack, 2005) จากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้ให้ความคิดเห็นว่าการอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายการจัดการความปวดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และฝ่ายบริการพยาบาล

ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจาก หัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.47$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์พร (2550) ทั้งนี้อาจเป็นจากการที่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ได้พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีผู้ได้ศึกษาและให้คำแนะนำว่าเป็นผลดีกับผู้ป่วย อีกทั้งไม่มีความซับซ้อนยุ่งยากหรือต้องฝึกใช้อุปกรณ์ใด ๆ เมื่อนำมาปฏิบัติก็ทำให้เกิดประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ประจำทุกวัน (Lumby, 2000) ซึ่งถือว่าพยาบาลได้ใช้ความรู้ความสามารถของวิชาชีพโดยอิสระ ดังเช่น การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเป็นรายบุคคล พยาบาลสามารถประเมินและพิจารณาปัญหาความปวดและความต้องการพร้อมมีการตัดสินใจให้การพยาบาลตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้และสอดคล้องกับแผนการรักษา (พวงรัตน์, 2536) จึงสะท้อนให้พยาบาลผู้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดังกล่าวนี้รู้สึกว่าการจัดการความปวดจากหัตถการทางพยาบาล (ร้อยละ 94.5) และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการอย่างเหมาะสม (ร้อยละ 94.1)

อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้พบว่าระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการเท่ากับ 3.71 ($SD = 0.63$) ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจากพยาบาลต้องประสานความร่วมมือกับแพทย์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตามคำสั่งการรักษาเพื่อให้ยาบรรเทาปวด สำหรับหอพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมมีแพทย์ใช้ทุนทางศัลยกรรมหมุนเวียนทุกเดือนซึ่งมีความรู้และประสบการณ์การจัดการความปวดที่แตกต่างกันที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจเพื่อการรักษาไม่เหมือนกัน ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤต แพทย์จึงมุ่งเน้นการรักษาเพื่อหวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเป็นอันดับแรก จึงอาจไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่เกิดจากกิจกรรมพยาบาลเมื่อพยาบาลรายงาน (Puntillo, 2007) ทำให้พยาบาลซึ่งอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมงรับรู้ถึงความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากความปวดจากหัตถการของผู้ป่วยและเกิดความรู้สึกขัดแย้งกับการที่ตนเองไม่สามารถช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้เนื่องจากการสั่งยาบรรเทาปวดต้องอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ซึ่งพยาบาลต้องรายงานหรือปรึกษาเพื่อให้แพทย์ตัดสินใจ นอกจากนี้การที่

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไม่ได้เชิญศัลยแพทย์เข้าร่วมในทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดเมื่อต้องมีการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา ดังนั้น จึงอาจเป็นเหตุผลพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้จึงประเมินการได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการมีคะแนนเฉลี่ยลำดับสุดท้าย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.53$, $SD = 0.50$) อาจอธิบายได้ว่าในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.9 ของผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัดใหญ่และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยมาก่อน จึงมีความคาดหวังว่าแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยบรรเทาความปวดจากหัตถการได้ ซึ่งโดยทั่วไปในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ศัลยแพทย์/วิสัญญีแพทย์มักมีคำสั่งการรักษาการบรรเทาปวดด้วยยาหลังผ่าตัด โดยยาที่นิยมใช้ คือ เฟนทานิล และมอร์ฟีน ซึ่งเป็นยากลุ่มโอปิออยด์ที่มีการออกฤทธิ์ระงับปวดรุนแรง มีการบริหารยาอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องควบคุมปริมาตรยาทางหลอดเลือดดำและเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (intravenous syringe pump/ infusion pump and p.r.n.) (ร้อยละ 81.3) ทำให้มีความเข้มข้นของยาบรรเทาปวดในพลาสมาคงที่ที่สามารถบรรเทาปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับส่วนใหญ่พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมนี้ เคยผ่านการอบรมความรู้เรื่องการจัดการความปวดมาก่อน (ร้อยละ 82.4) ทำให้พยาบาลมีความรู้ เข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าปวด (self report) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยร้องขอ พยาบาลก็สามารถดูดปุ้ม (purge) ปล่อยาบรรเทาปวดจากเครื่องควบคุมปริมาตรยาทางหลอดเลือดดำซึ่งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อต้องการ โดยไม่ต้องรอนาน

นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยและทีมพยาบาลได้ส่งเสริมให้พยาบาลให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดจากหัตถการ ซึ่งพัฒนามาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้พยาบาลจัดการความปวดจากหัตถการไปในทิศทางเดียวกัน มีการประเมินความปวดด้วยการใช้เครื่องมือมาตรฐานเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความปวดที่รู้สึกได้ขณะนั้น อีกทั้งแนวปฏิบัตินี้ได้กำหนดให้พยาบาลได้มีการให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการจัดการความปวดจากหัตถการ มีจุดมุ่งหมายและเป็นขั้นตอน (พองคำ, 2549) การปฏิบัติดังกล่าวนี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการจัดการความปวด

จากหัตถการ โดยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้ แม้ว่าผลจากการสอบถามผู้ป่วยพบว่ายังคงมีระดับความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ โดยก่อนและหลังการทำหัตถการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดในระดับน้อย และระหว่างได้รับหัตถการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดในระดับปานกลาง ($M = 3.63, SD = 3.14$) การที่ไม่สามารถบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดบริเวณทรวงอกและช่องท้อง ซึ่งมีความยาวของแผลผ่าตัดย่อมทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด จึงคาดหวังต่อการได้รับการดูแลจากพยาบาล ซึ่งพบว่าพยาบาลสามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที ดังเห็นได้จากที่ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจในรายชื่อที่มีระดับมากที่สุดซึ่งมีข้อความว่า “ พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดฉันทันทีเมื่อฉันบอกว่าปวด ($M = 4.56, SD = 0.56$) ” “ พยาบาลยอมรับว่าฉันปวดจริง เมื่อฉันบอกว่าปวด ($M = 4.56, SD = 0.57$) ” และ “ พยาบาลสื่อสารกับฉันด้วยภาษาที่สุภาพและเข้าใจง่าย ($M = 4.53, SD = 0.57$) ” สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมา ดังเช่น การศึกษาของกรรณิการ์ (2552) พบว่า ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดที่พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดทันทีที่บอกว่ามีความปวด การศึกษาของวอร์ดและกอร์ดอน (Ward & Gordon, 1994) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเฉียบพลันจากสาเหตุอื่น ๆ ที่มีระดับความเจ็บปวดรุนแรง แต่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับสูง ระดับความปวดของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อกับระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด บุคบินเดอร์และคณะ (Bookbinder et al., 1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับความปวดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการบรรเทาปวด และประเมินความปวดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการดูแลจากพยาบาล สำหรับภาพรวมของความไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวดเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องรอนานกว่าจะได้รับยาบรรเทาปวด

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ แม้ว่าผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ($M = 4.25, SD = 0.67$) แต่เป็นข้อที่มีลำดับคะแนนต่ำสุด คือ พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ปวดตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากหลังผ่าตัดใหญ่ในช่วงระยะ 8 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยหลายรายยังมีอาการอ่อนเพลียจากการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลานาน ทำให้มีผลต่อความจำ การแปลความและกระบวนการคิดตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดจากหัตถการ พยาบาลผู้ดูแลจึงอาจไม่ต้องการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นในช่วงดังกล่าว นอกจากนี้การให้โอกาสแก่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา หากผู้ป่วยที่ไม่เคยมีทักษะและประสบการณ์มาก่อน พยาบาล

ต้องใช้เวลามากในการอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจ และปฏิบัติได้ (McCaffery, 2002) ในขณะที่พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยมีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยระวังสัญญาณชีพและจัดการปัญหาสำคัญให้กับผู้ป่วยวิกฤตรายอื่นที่มีภาวะคุกคามชีวิตอย่างใกล้ชิด การให้เวลาเพื่ออธิบายรายละเอียดและโอกาสแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดจากหัตถการอาจกระทำไม่ได้ไม่เต็มที่ภายใต้เวลาจำกัดที่มีภาระงานอื่นที่เร่งด่วนที่ต้องปฏิบัติก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ (2555) ที่พบว่า การจัดการความปวดในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมยังมีข้อจำกัดเนื่องจากภาระงานของพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามกับชีวิตผู้ป่วยอื่นก่อน

โดยสรุป แนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พัฒนาขึ้นมาภายใต้การประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ชูดข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการของซซาร์เนคกีและคณะ (Czarnecki et al., 2011) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากหัตถการ แนวปฏิบัติดังกล่าวมีสาระสำคัญ 3 หมวด ประกอบด้วย (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังจากที่พยาบาลจำนวน 34 รายได้นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 32 ราย ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นระยะเวลา 2 เดือน และมีการประเมินผลลัพธ์ พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยพยาบาลให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดจากหัตถการได้ประโยชน์ หน่วยงานไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยพยาบาลประเมินว่าตนเองได้แสดงบทบาทอิสระและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการจัดการความปวดจากหัตถการ สำหรับผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการของพยาบาลภายหลังมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากที่สุดจากการที่พยาบาลได้ให้ยาบรรเทาปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด การยอมรับว่าผู้ป่วยปวดจริงเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด และการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่สุภาพและเข้าใจง่าย

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นพยาบาลควรคำนึงเพื่อนำสู่การพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดจากหัตถการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเกิดความยั่งยืนในการนำไปใช้ โดยการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล การจัดให้มีการร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการ และการให้โอกาสผู้ป่วยตัดสินใจเลือก

วิธีการจัดการความปวดจากหัตถการ รวมทั้งมีระบบสนับสนุนการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ใน
หน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยหัตถการเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พบบ่อยและมีผลให้ผู้ป่วยมีความปวดประกอบด้วย การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การจัดทำ และการหายใจลึกและไอ ณ หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีระยะในการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และระยะที่ 3 การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลได้นำมาทดลองใช้ในหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 เดือน คือ เมษายน ถึง พฤษภาคม 2556 โดยมีพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 34 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ

ผลการศึกษาพบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้ง ก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ และ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.89, SD = 0.55$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นว่าการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับประโยชน์ ($M = 4.53, SD = 0.81$) และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้หน่วยงานไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มมากขึ้น ($M = 4.35, SD = 0.81$) อย่างไรก็ตามร้อยละ 67.6 ของพยาบาลเห็นด้วยว่าหากต้องการใช้แนวปฏิบัตินี้ให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานควรส่งบุคลากรไปอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดเพิ่มเติม

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12, SD = 0.47$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพยาบาลพึงพอใจต่อการได้แสดงบทบาทอิสระในการจัดการความปวดจากหัตถการ ($M = 4.18, SD = 0.52$) และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการอย่างเหมาะสม ($M = 4.15, SD = 0.50$) แต่พบว่าร้อยละ 71.7 ของพยาบาลมีความต้องการการได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.56, SD = 0.50$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ พยาบาลให้ยาบรรเทาปวดผู้ป่วยทันทีเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ($M = 4.56, SD = 0.56$) พยาบาลยอมรับว่าผู้ป่วยปวดจริงเมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ($M = 4.53, SD = 0.57$) และพยาบาลสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่สุภาพและเข้าใจง่าย ($M = 4.53, SD = 0.57$) อย่างไรก็ตามพบว่าร้อยละ 87.75 ของผู้ป่วยมีความต้องการให้พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทของหน่วยงานเดียว และมีการประเมินผลในช่วงเวลาระยะสั้น อาจทำให้มีข้อจำกัดการนำไปใช้ในหน่วยงานอื่นและไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของความยั่งยืนในการใช้แนวปฏิบัติ

2. การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ซึ่งทำให้อาจไม่ครอบคลุมผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมทั้งหมด

3. การไม่ได้มีศัลยแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์เข้ามาเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ อาจเป็นข้อจำกัดสำหรับพยาบาลในการบรรเทาปวดโดยการให้ยาให้เหมาะสมกับความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. การพัฒนาบุคลากรสุขภาพทุกระดับในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเกี่ยวกับความรู้การจัดการความปวดจากหัตถการ การสร้างความตระหนักในการจัดการความปวดจากหัตถการ การสนับสนุนการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด
2. หน่วยงานกำหนดนโยบายในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมไปใช้อย่างเป็นระบบ
3. การจัดให้มีการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความคล่องตัวต่อการปฏิบัติพยาบาลที่นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีความปลอดภัยกับผู้ป่วย

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

1. การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
2. การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติโดยออกแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเพิ่มระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์
3. การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากหัตถการให้ครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมหรือผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่รู้สติตัว

เอกสารอ้างอิง

- กรรณัน สุวรรณฉาย. (2552). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- กรรณิการ์ จันตระ. (2552). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกศินี สมศรี, เพชรไสว ลีมิตรระกูล, พรรณงาม พรรณเชษฐ์, และสุมน ปิ่นเจริญ. (2548). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5, 122-134.
- จิรวรรณ บุญบรรจง. (2541). ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด: กลไกและการรักษา. *เวชสารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 5, 115-120.
- จิรพร อินนอก. (2551). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2547). *แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ค้นจาก http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Thai.pdf
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63-76.
- ชัชชัย ปรีชาไว. (2551). การระงับปวดและการระงับประสาทในผู้ป่วยวิกฤต. ใน บดินทร์ ขวัญนิมิตร (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤตสงขลานครินทร์: Critical care Songklanagarind* (หน้า 195-228). สงขลา: สำนักพิมพ์.
- ชุดิมา อรุโณทยานันท์. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก. ใน คณะกรรมการจัดทำหนังสือ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2* (หน้า 373-386). กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลีฟวิง.

- ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์. (2550). *ประสบการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวงอก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- บุปผา โคตะนิวงษ์. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดแบบليبปล้น สำหรับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- ประคอง กรณสูต. (2530). *สถิติการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. ปทุมธานี: ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า.
- พงศ์การดี เจาพะเกษตริน. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยหนักที่มีอาการปวด. ใน คณะกรรมการจัดทำหนังสือ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2* (หน้า 571-586). กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- พวงรัตน์ บุญญารักษ์. (2536). *50 ปีชีวิตและงาน: อาจารย์พวงรัตน์ บุญญารักษ์*. กรุงเทพมหานคร: วังใหม่ บลูพริ้นต์.
- ภัทรพร จันทร์ประดิษฐ์. (2543). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัตนภรณ์ บุริมสิทธิชัย. (2553). Medication in sedation and paralysis. ใน เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และ ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), *Critical care: At difficult time* (หน้า 597-612). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (พฤษภาคม 2547). *ความปวด: ประสบการณ์ที่ซับซ้อนและหลากหลายมิติ*. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดแบบลิปปล้น: “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ”, สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรดี รักอ้อม, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, พัชรียา ไชยลังกา, และศิวศักดิ์ จุทอง. (2549). คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24, 289-298.
- วรรณภรณ์ โล่สกุล. (2544). *ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).

- วัชรภรณ์ หอมดอก. (2548). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- สมจิตต์ แสงศรี. (2555). *การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อาสาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สายสมร โกสาเสนา. (2545). *ผลของการดูแลห้ต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านจิตใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- ลิตธา ปิยะวินิจวงศ์ (2547). *Anatomy and physiology of respiratory system*. ในคณะกรรมการจัดทำหนังสือฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (บรรณาธิการ) *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 1 (หน้า 91-110)*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ่ง.
- สิริรัตน์ เหมือนขวัญ. (2550). *อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- สุธิดา พรหมช้าง. (2554). *คู่มือปฏิบัติงาน การจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม*, ฝ่ายบริหารพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- สุปีดา สงคง, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และวิภา แซ่เขี้ย. (2551). *การตัดสินใจและการจัดการความปวดของพยาบาล*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 459-468.
- สุพัตรา อยู่สุข. (2536). *ระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจากโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- สุภาพ สมะบุบ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2552). *เปรียบเทียบคุณสมบัติของมาตรวัดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีและเริ่มมีภาวะความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจ*. *การประชุมวิชาการเพื่อนำเสนอผลงานวิจัย (หน้า 1-18)*. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สุริย์พร คุณสิทธิ์. (2550). ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และ ศศิธร พุ่มดวง. (2549). ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24, 101-109.
- อมรรัตน์ สุวรรณมิตสระ. (2549). *ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจในโรงพยาบาลมะเร็ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLis-Thai Library Integrated System).
- Abdalrahim, M. S., Majali, S. A., Stomberg, M. W., & Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 11, 250-255.
- Apfelbaum, J. L., Chen, C. Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). Postoperative pain experience: Results from a national surgery postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*, 97, 534-540.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa, R. M. I, Miaskowski, C., Padilla, G., Stotts, N., & Puntillo, K. A. (2009). Acute wound pain: Gaining a better understanding. *Advances in Skin & Wound Care*, 22, 373-380.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figuegroa, R. M. I., Puntillo, K. A., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., & Wild, L. R. (2008). Pain related to tracheal suctioning in awake acutely and critically ill adult: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 20-27.
- Bookdinder, M., Coyle, N., Kiss, M., Layman, G. M., Holritz, K., Thaler, H.,...& Portenoy, R. H. (1996). Implementing of national standards for cancer pain management: Program model and evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12, 334-347.
- Breivik, H., Borchgreuink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundsted, L., Breivik Hals, E. K.,...Stubhaug, A., (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anesthesia*, 101, 17-24.
- Brown, D., & McCormack, B. (2005). Developing postoperative pain management: Utilising the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 2, 131-141.

- Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *British Association of Critical Care Nurses*, 13, 288-297.
- Chailier, M., Ellis, J., Stolarik, A., & Woodend, K. (2010). Cold therapy of the management of pain associated with deep breathing and coughing post-cardiac surgery. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 18-24.
- Chanques, G., Viel, E., Constantin, J. M., Jung, B., de Lattre, S., Carr, J.,...Jaber, S. (2010). The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*, 151, 711-721.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: A Position statement with clinical practice. *Pain Management Nursing*, 12, 95-111.
- Erstad, B. L., Puntillo, K., Gilbert, H. C., Grap, M. J., Li, D., Medina, J.,...Sessler, C. N., (2009). Pain management principles in the critically ill. *Chest*, 135, 1075-1086.
- Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowskw, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C.,... Puntillo, K. (2010). Predictors and use of non pharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*. 1-9. published online 05 July 2010. Doi; 10.1016/j.pmn.2010.02.004
- Gélinas, C. (2007). Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 298-303.
- Gélinas, C. (2008). Pain and pain management. In L. D. Urden, K. M. Stacy, & M. E. Lough (Eds.), *Priorities in Critical Care Nursing* (5th ed.) (pp.82-98). St. Louis, MO: Mosby.
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of critical care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15, 420-427.
- Gerbershagen, H. J., Rothaug, J., Kalkman, C. J., & Meissner, W. (2011). Determination of moderate-to-severe postoperative pain on the numeric rating scale: A cut-off point analysis applying four different methods. *British Journal of Anaesthesia*, assess published June 30, 1-8. doi: 10.1093/bja/aer195
- Given, J. (2010). Management of procedural pain in adult patients. *Nursing Standard*, 25, 35-40.

- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., Carneiro, A., & for the JMIP study group. (2005). Patients's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9, R96-R109.
- Greisen, J., Juhl, C. B., Grofte, T., Vilstrup, H., Jensen, T. S., & Schmitz, O. (2001). Acute pain induces insulin resistance in humans. *Anesthesiology*, 95, 578-584.
- Hey, M. L. &Reeves, M. L. (2003). Pain management. In A. D. Linton & N. K Maebius (Eds.). *Introduction to medical-surgical nursing* (3rd ed.) (pp.168-187). Philadelphia, PA: Elsevier Science.
- Idvall, E., & Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 734-742.
- Idvall, E., Hamrin, E., Sjostrom, B., & Unosson, M. (2002). Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 327-334.
- Li, D., Pentillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9, 2-10.
- Li, D.T., & Puntillo, K. (2006). A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*, 19, 216-219.
- Lome, B. (2005). Acute pain and the critically ill trauma patient. *Critical Care Nurse*, 28, 200-207.
- Lumby, J. (2000). Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 140-145.
- McCaffery, M. (2002). What is the role of nondrug methods in the nursing care of patient with acute pain? *Pain Management Nursing*, 3(3), 77-80.
- Milgrom, L. B., Brooks, J. A., Qi R., Bunnell, K., Wuestefeld, S., & Beckman, D. (2004). Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*, 13, 116-125.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). A guide to development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. Retrieved from http://www.health.qld.gov.au/cpre/pdf/nhmrc_clinprgde.pdf

- Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L.,...Sessler, C. N., (2009). Structured approaches to pain management in the ICU, *Chest*, 135, 1665-1672.
- Payen, J. F., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P.,...Jacquot, C., (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29, 2258-2263.
- Pedersen, C. M., Rosendahl-nielsen, M., Hjerminde, J., & Egerod, I. (2009). Endotracheal suctioning of the adult intubated patient: What is the evidence?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 21-30.
- Polit, D. F., & Beck, T. (2008). *Nursing research: Principle and methods* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Puntillo, K. (2007). Managing pain, delirium and sedation. *Critical Care Carees*, (Suppl., February), 8-10.
- Puntillo, K. A., White, C., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., & Thompson, C. L. (2001). Patient's perceptions and responses to procedural pain: Results from thunder project II. *American Journal of Critical Care*, 10, 238-251.
- Puntillo, K. A., Wild, L. R., Morris, A. B., Stanik, H. J., Thompson, C. L., & White, C. (2002). Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *American Journal of Critical Care*, 11, 415-431.
- Sasseron, A. B., Figueiredo, C., Trova, K., Cardoso, A. L., Lima, N. M., Olmos, S. C., & Petrucci, O., (2009). Dose the pain disturb the respiration function after heart surgeries?. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 24, 490-496.
- Siffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2007). Patients' self-report of procedure pain in the intensive care unit. *Journal of Critical Nursing*. 2142-2147. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01840.x
- Stotts, N. A., Puntillo, K., Stanik-Hutt, J., Thompson, C.L., White, C., & Wild, L. R. (2007). Does age make difference in procedural pain perceptions and responses in hospitalized adults?. *Acute Pain*, 9, 125-134.
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2008). Grades of recommendation. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au/Grades%20of%20Recommendation>

- Timby, B. K. (2009). Body mechanics, positioning, and moving. In B. K. Timby (Ed.). *Fundamental Nursing Skill and Concepts* (9th ed.) (pp. 516-542). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Van de leur, J., Schans, C., Loef, B., Deelman, B. G., Geertzen, J. H. B., & Zwaveling, J. H. (2004). Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care*, 8, R467-R473.
- Vázquez, M., Pardavila, M. I., Lucia, M., Aguado, Y., Margall, M. A., & Asiain, M. C. (2011). Pain assessment in turning procedures for patients with invasive mechanical ventilation. *British Association of Critical Care Nurses*, 16, 178-185.
- Wang, H. L., & Tsai, Y. F. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3188-3196. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x
- Ward, S. E., & Gordon, D. B. (1994). Application of the American Pain Society Quality Assurance Standards. *Pain*, 56, 229-306.
- Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 798-804.
- Yorke, J., Wallis, M., & McLean, B. (2004). Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung*, 33, 33-41.
- Zhou, Y., Petpichetchian, W., & Kitrungrrote, L. (2011). Psychometric properties of pain intensity scales comparing among postoperative adult patients, elderly patients without and with mild cognitive impairment in China. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 449-457.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การวิเคราะห์งานวิจัย

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	1. Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: A Position statement with clinical practice. <i>Pain Management Nursing</i> , 12(2), 95-111.
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	พัฒนาข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดและความไม่สบายต่างๆ (กังวล เครียด กลัว) จากหัตถการ ระดับหลักฐาน 4A
ตัวอย่าง/สถานที่	- งานวิจัยและบทความที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดและความไม่สบายจากหัตถการทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่เด็กจนผู้สูงอายุ - พัฒนาโดยสมาคมอเมริกันสำหรับการพยาบาลในการจัดการความปวด(The American society for pain management nursing: ASPMN)
ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
<p>ข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดและความไม่สบายจากการทำหัตถการ แบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ</p> <p>ก่อนการทำหัตถการ</p> <p>1. วางแผนในการจัดการความไม่สบายของผู้ป่วยเมื่อทำหัตถการที่อาจทำให้เกิดความปวดและความวิตกกังวล</p> <p>1.1 เลือกวิธีการบรรเทาความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยาที่เหมาะสม</p> <p>1.2 กำหนดเป้าหมายในการจัดการความปวดร่วมกับผู้ป่วยหรือครอบครัวกรณีมีข้อบ่งชี้ (เด็ก, ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง)</p> <p>1.3 วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวระหว่างการทำหัตถการ (เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การหายใจ การผ่อนคลาย)</p> <p>1.4 พิจารณาให้ยานอนหลับ/คลายความกังวล</p> <p>1) กรณีที่ทีมความคิดเห็นว่าหัตถการนั้นทำให้เกิดความปวดอย่างมีนัยสำคัญ</p> <p>2) กรณีที่ทำหัตถการนาน และไม่ต้องกรให้ผู้ป่วยยับยั้ง</p>	<p>การศึกษานี้เป็นการพัฒนาข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากหัตถการโดยตรง มีการแบ่งรูปแบบในการจัดการความปวดชัดเจน ก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ วิธีการบรรเทาปวดประกอบด้วย การจัดการความปวดด้วยวิธีการให้ยา และไม่ใช้ยา กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุและเป็นการทำหัตถการทั่วไป</p> <p>การนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ โดยแบ่งการจัดการความปวดออกเป็น 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อน ระหว่างและหลังทำหัตถการ</p> <p>สำหรับข้อเสนอแนะที่สามารถนำมาใช้ได้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติมีดังนี้</p> <p>ก่อนทำหัตถการ</p> <p>1. เลือกวิธีการจัดการความปวดโดยการให้ยาและไม่ให้ยาที่เหมาะสม</p> <p>2. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ โดยวิธีการให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย (การอธิบาย แผ่นพับ เป็นต้น)</p>

<p>3) ผู้ป่วยมีความกังวลมากและทุกข์ทรมานหากรู้สึกตัวระหว่างการทำหัตถการ</p> <p>1.5 หากการให้ยานอนหลับ/คลายความกังวลเป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย แต่ในหน่วยงานให้ไม่ได้ ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่สามารถให้ยานี้ได้</p> <p>2. การเตรียมการ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1) ให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (การอธิบาย แผ่นพับ วิดีโอ เป็นต้น)</p> <p>2) ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความกลัว/ความกังวล และวางแผนจัดการให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>3) ให้สมาชิกในครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยระหว่างการทำการหัตถการ(หากเป็นไปได้) เมื่อผู้ป่วยต้องการ</p> <p>2.2 ระยะเวลาและสถานที่ในการทำการหัตถการ</p> <p>1) ปรึกษาเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ในการทำการหัตถการกับผู้ป่วยหรือครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ</p> <p>2) พิจารณาหรือคำนึงถึงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ในการเลือกสถานที่ ได้แก่ พื้นที่เพียงพอ เป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงและการรบกวนระหว่างทำการหัตถการ แสงสว่างเพียงพอ ยานบรรเทาปวดมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวด และการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามีประสิทธิภาพเพียงพอ</p> <p>3) เลือกการฝังดนตรีเพื่อผ่อนคลายหากทำได้</p> <p>4) จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ดีที่สุด เช่น ในผู้ป่วยเด็ก ให้ผู้ดูแลช่วยจับผู้ป่วยไว้ดีกว่าการผูกยึด</p> <p>2.3 แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ และ เทคนิคในการปรับตัว ขึ้นอยู่กับความชอบ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ป่วย</p> <p>2.4 เลือกวิธีการสื่อสารบอกพยาบาลหากยังคงปวดหรือวิตกกังวลขณะทำการหัตถการ</p> <p>2.5 ปรึกษาความต้องการการให้ยาก่อนการทำการหัตถการกับบุคลากรทางสุขภาพ</p>	<p>3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ และให้สมาชิกในครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยขณะทำการหัตถการ บางหัตถการ (หากเป็นไปได้) เมื่อผู้ป่วยต้องการ เช่น หัตถการการหายใจเข้าลึกและการไอ</p> <p>4. ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการสื่อสารกับพยาบาลหากมีอาการปวดมากระหว่างการทำการหัตถการ</p> <p>5. ปรึกษาความต้องการการให้ยาบรรเทาปวดก่อนการทำการหัตถการกับแพทย์ ให้ยาบรรเทาปวดหากคิดว่าหัตถการนั้นทำให้เกิดความปวด</p> <p>6. เวลาที่ให้ยาบรรเทาปวดก่อนทำการหัตถการต้องให้ยาออกฤทธิ์สูงสุดระหว่างการทำการหัตถการ</p> <p>7. บุคลากรทางสุขภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับหัตถการที่ปฏิบัติ ได้แก่ วิธีการ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำการหัตถการ และชนิดของความปวดที่เกิดจากการทำการหัตถการ</p> <p>ระหว่างการทำการหัตถการ</p> <p>1. ประเมินความปวดและความวิตกกังวล</p> <p>2. ผู้ทำการหัตถการต้องปฏิบัติด้วยความเชื่อมั่นไม่ทำอย่างเร่งรีบ</p> <p>3. ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจหรือกลไกในการปรับตัว</p> <p>4. เลือกใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บน้อยที่สุดในการทำการหัตถการ</p> <p>5. ใช้คำพูดในระหว่างการทำการหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยสงบและไว้ใจ</p> <p>6. ผู้ป่วยร้องไห้ครวญคราง หรือแสดงสีหน้าเจ็บปวด ให้หยุดการทำการหัตถการชั่วคราวเพื่อประเมินความปวดและความต้องการในการจัดการความปวดเพิ่มทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา</p> <p>หลังทำการหัตถการ</p> <p>1. ประเมินผลความปวดจากหัตถการและการจัดการความปวด เนื่องจากความปวดนั้นอาจไม่หายไปเอง ภายหลังจากทำการหัตถการต้องได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม</p> <p>2. บันทึกประสบการณ์การจัดการความปวดจากการทำ</p>
---	--

<p>1) ให้ยาบรรเทาปวดหากคาดว่าเหตุการณ์นั้นทำให้เกิดความปวด</p> <p>2) ให้ยาชาเฉพาะที่หากมีข้อบ่งชี้</p> <p>3) ให้ยาคลายความกังวลหากผู้ป่วยมีความกังวลหรือคาดว่าจะมี</p> <p>4) ให้ยานอนหลับกรณีต้องการให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งระหว่างทำหัตถการเป็นเวลานาน หรือเป็นหัตถการทำให้ปวดมาก</p> <p>2.6 ต้องมั่นใจว่ายาบรรเทาปวดที่มีผลลดอาการปวดได้จริง และระยะเวลาให้เพียงพอที่ให้ออกฤทธิ์สูงสุดก่อนการทำหัตถการ</p> <p>2.7 การเตรียมตัวของบุคลากรทางสุขภาพ</p> <p>1) มีความรู้ที่เฉพาะเกี่ยวกับหัตถการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิธีการทำหัตถการ - ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการทำหัตถการ - ชนิดของความปวดที่เกิดจากการทำหัตถการ <p>2) ระบุตัวผู้ที่จะสอนเทคนิคในการเบี่ยงเบนความสนใจ หรือการปรับตัว เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสับสนหรือมีการกระตุ้นมากเกินไป หากมีหลายคนไปให้ข้อมูล</p> <p>3) ทราบว่าผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคิดว่าผู้ป่วยจะตอบสนองอย่างไร</p> <p>4) รู้เกี่ยวกับความถี่ของการทำหัตถการ</p> <p>ระหว่างการทำหัตถการ</p> <p>1. ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ หรือกลไกในการปรับตัว</p> <p>2. ประเมินความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี</p> <p>3. หากไม่สามารถควบคุมความปวดหรือวิตกกังวลได้ ปรึกษากับบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหัตถการให้หยุดการทำหัตถการเพื่อประเมินค่าวิธีการจัดการและความต้องการในการจัดการความปวดเพิ่ม (ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา)</p>	<p>หัตถการของผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ และบันทึกเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากหัตถการเมื่อทำหัตถการนี้ซ้ำในครั้งต่อไป</p> <p>ข้อจำกัดของงานวิจัย</p> <p>เป็นการพัฒนาชุดข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุและไม่ระบุหัตถการ ดังนั้นสำหรับข้อเสนอแนะบางข้อต้องนำมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมและให้เหมาะสมกับหัตถการที่เฉพาะเจาะจงนั้นๆ</p>
---	--

<p>3.1 อาการที่แสดงว่าหัตถการนั้นไม่สามารถดำเนินต่อไปได้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องการการผูกยึด ในผู้ป่วยที่ต่อต้าน 2) ร้องโวยวายเสียงดัง 3) ผู้ป่วยร้องไห้ ครวญคราง 4) สมาชิกในครอบครัวมีความวุ่นวายใจ <p>4. ทำหัตถการด้วยความสงบมีความเชื่อมั่น ไม่ทำอย่างเร่งรีบ ขอมรับและเคารพผู้ป่วย</p> <p>5. การใช้คำพูดในระหว่างการทำหัตถการเพื่อให้เกิดความสงบและไว้ใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินถึงวิธีการจัดการความปวดอื่นๆ ที่ต้องการก่อนการทำหัตถการต่อ <p>6. ติดตามพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งแวดล้อมนั้นปลอดภัยและผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วย</p> <p>7. ใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บน้อยที่สุดในการทำหัตถการ</p> <p>หลังทำหัตถการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อภิปราย/ประเมินผล ของหัตถการร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว หากเป็นไปได้ 2. บันทึกการทำหัตถการ ประกอบด้วย การประเมินค่าประสบการณ์ด้วยตัวของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ และเขียนข้อเสนอแนะของการทำหัตถการครั้งต่อไปไว้ในบันทึกทางการแพทย์ 3. พัฒนาและจัดการ ความสุขสบายหลังจากการทำหัตถการ เนื่องจากความปวดที่เกิดจากหัตถการอาจไม่หายไปได้เองหลังจากทำหัตถการเสร็จแล้ว และต้องได้รับการจัดการที่เหมาะสม - ใช้วิธีการจัดการหลายรูปแบบร่วมกัน หากมีข้อบ่งชี้ 	
--	--

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	2. Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L.,...Sessler, C. (2009). Structured approaches to pain management in the ICU, <i>Chest</i> , 135, 1665-1672
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับกระบวนการในการพัฒนาการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยวิกฤตผ่านทางการนำรูปแบบการจัดการความปวดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ 4A
ตัวอย่าง/สถานที่	หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง
ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
<p>การพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อจัดการหรือป้องกันไม่ให้เกิดความปวดสำหรับหัตถการเป็นสิ่งจำเป็น</p> <p>ได้เสนอแนวทางจัดการความปวดจากหัตถการไว้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป้าหมายอยู่ที่หัตถการที่จำเป็นต้องจัดการความปวดโดยการใช้ยาบรรเทาปวด 2. หัตถการที่คาดไว้ทำให้เกิดความปวดต้องมีการวางแผนและป้องกันความปวดที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการให้ยาบรรเทาปวดก่อน (preemptive analgesia) อาจทำให้ระดับความปวดจากการทำหัตถการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุดจากความปวดในขณะพัก 3. ประเมินความรุนแรง ตำแหน่ง ของความปวดที่เกิดอยู่ขณะพัก (background pain) ก่อนการทำหัตถการ เนื่องจากความปวดที่มีอยู่เดิมก่อนการทำหัตถการส่งเสริมให้ความปวดจากหัตถการรุนแรงมากขึ้น 4. ประเมินความวิตกกังวลก่อนการทำหัตถการ เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับหัตถการส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของความปวด 5. วางแผนให้ยาบรรเทาปวดเพิ่มเติมในกรณีผู้ป่วยรับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก ความปวดที่เกิดขึ้นใหม่จากการทำหัตถการไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาบรรเทาปวดที่ให้อยู่เดิม 6. ระยะเวลาให้ยาบรรเทาปวดก่อนการทำหัตถการต้องให้ยาออกฤทธิ์สูงสุดเวลาที่เกิดความปวดจากหัตถการ เนื่องจากความปวดที่เกิดขึ้นจะได้น้อยที่สุด 7. ใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาช่วยด้วย 	<p>เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤต นำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินและจัดการความปวดจากหัตถการดังนี้</p> <p>ก่อนการทำหัตถการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดการความปวดที่อาจเกิดขึ้นจากการทำหัตถการ โดยมีเป้าหมายไม่ให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้นจากระดับความปวดเดิม (background pain) หรือเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด 2. ประเมินความรุนแรง ตำแหน่ง ความปวดก่อนการทำหัตถการ <p>3.ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดเสริมก่อนการทำหัตถการ โดยเวลาที่ให้ยาก่อนทำหัตถการต้องให้ยาออกฤทธิ์สูงสุดระหว่างทำหัตถการ</p> <p>ระหว่างทำหัตถการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาช่วยขณะทำหัตถการ โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยระหว่างการทำหัตถการ เนื่องจากการได้รับรู้ข้อมูลอาจช่วยลดความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมาน 2. สังเกตและสอบถามผู้ป่วย ถึงความต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่มระหว่างการทำหัตถการ <p>หลังทำหัตถการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความปวดและตำแหน่งความปวด หลังทำหัตถการ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนในการจัดการความปวดในการทำหัตถการครั้งต่อไป

<p>เนื่องจากการใช้ วิธีการ ไม่ใช่ยาบรรเทาความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความปวดน้อยที่สุด</p> <p>8. สังเกตและสอบถามผู้ป่วยถึงความต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่มระหว่างทำหัตถการ เนื่องจากประสิทธิภาพ ของยาบรรเทาปวดอาจสั้นกว่าระยะเวลาของการทำหัตถการ</p> <p>9. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยระหว่างการทำหัตถการ เนื่องจาก การได้รับรู้ข้อมูลอาจช่วยลดความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมาน</p> <p>10. หลังจากทำหัตถการประเมินความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของความปวด ระหว่างการทำหัตถการ เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีประโยชน์สำหรับการทำหัตถการในอนาคต หรือในผู้ป่วยรายอื่นที่มีประสบการณ์เดียวกัน</p>	
---	--

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	3. Given, J. (2010). Management of procedural pain in adult patients. <i>Nursing Standard</i> , 25(14), 35-40.
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	ทบทวนบทความที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ใช้คำในการสืบค้นดังนี้ Analgesics, chest drain, pain assessment, procedural pain, wound management, wound pain ใช้เป็นหัวเรื่องในการสืบค้นจาก The british Nursing Index และ the Nursing Standard home page(www.nursing-standard.co.uk) ระดับหลักฐาน 4A
ตัวอย่าง/สถานที่	บทความที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากหัตถการ
ผลการศึกษา	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
<p>ก่อนและหลังทำหัตถการ</p> <p>การประเมินความปวด</p> <p>- เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมใช้ในการประเมินความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เนื่องจากใช้ง่าย ได้แก่ NRS, VDS</p> <p>- ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดบอกความปวดได้ให้ใช้สัญลักษณ์บอกแทน เช่น ให้ยกมือขึ้นระหว่างทำหัตถการ หากผู้ป่วยมีอาการปวด และต้องได้รับการจัดการ อาจจะต้องหยุดการกระทำหัตถการนั้นชั่วคราว และจัดการความปวดและค่อยทำหัตถการต่อ</p> <p>การบรรเทาปวด</p> <p>มีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา</p> <p>1. วิธีการไม่ใช้ยา ใช้บรรเทาปวดเดี่ยวหรือร่วมกับการใช้ยาบรรเทาปวด แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ (1) psychological intervention (2) physical intervention</p> <p>1.1 psychological intervention</p> <p>- สัมผัสภาพเพื่อการรักษา สัมผัสภาพที่ศีรษะระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลและการสื่อสารเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้พยาบาลใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยและฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและกังวลเกี่ยวกับหัตถการที่ได้รับ</p> <p>- การให้ข้อมูล (information) ทำให้ลดความกังวลของผู้ป่วยได้ เนื่องจากทำให้เพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์นั้นๆ เช่น อธิบายว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างระหว่างทำ</p>	<p>สามารถนำหลักการจัดการความปวดมาเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมดังนี้</p> <p>ก่อนการทำหัตถการ</p> <p>1. การประเมินความปวด เครื่องมือประเมินความปวดจากหัตถการที่เหมาะสมในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ได้แก่ NRS, VDS เนื่องจากใช้ง่าย</p> <p>2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาที่ศีรษะระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยมีการสื่อสารและรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและวิตกกังวล</p> <p>3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการทำหัตถการ ได้แก่ ความปวดที่อาจจะเกิดขึ้นและวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการจัดการความปวด ได้แก่ การสื่อสารบอกความปวดระหว่างหัตถการในผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดบอกความปวดได้ ให้ใช้สัญลักษณ์บอกแทน เช่น ให้ยกมือขึ้นหากผู้ป่วยมีอาการปวดมาก จะช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยเนื่องจากทำให้เพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์นั้นได้</p> <p>ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดบอกความปวดได้ ให้ใช้สัญลักษณ์บอกแทน เช่น ให้ยกมือขึ้นระหว่างทำหัตถการหากผู้ป่วยมีอาการปวดมาก</p>

<p>หัตถการ ปรึกษาเกี่ยวกับความกลัวและวิธีต่างๆ ในการจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การผ่อนคลาย - วิธีการอื่น แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง <p>การจับมือ</p> <p>1.2 การจัดการทางกายภาพ (physical intervention)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การจัดทำสุขสบาย 2) การพักและลดการเคลื่อนไหวบริเวณที่บาดเจ็บ 3) การรักษาด้วยความร้อนหรือความเย็น <p>2. การใช้ยา</p> <p>การจัดการความปวดโดยการใช้ยา ต้องใช้ยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เพื่อประสิทธิผลในการรักษาความปวด และระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้นเพื่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนน้อยที่สุด ยาที่แนะนำให้ใช้ได้แก่</p> <p>2.1 ยากลุ่มโอปิออยด์ ยาทั้งหมดในกลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงที่สำคัญ ได้แก่ ง่วง/นอนหลับ ทดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน คัด และท้องผูก โดยบุคลากรทางสุขภาพต้องมีทักษะในการประเมินการแทรกซ้อนและต้องทราบวิธีการปฏิบัติว่าต้องจัดการอย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> - เฟนทานิล เป็นยาที่มีข้อดีเมื่อใช้ในการบรรเทาอาการปวดจากหัตถการ เนื่องจากออกฤทธิ์เร็วและระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น - มอร์ฟีน เป็นประโยชน์ในการจัดการความปวดจากหัตถการแต่ระยะเวลาการออกฤทธิ์นานกว่าเฟนทานิล ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามอาการข้างเคียงจากยา <p>2.2 ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ออกฤทธิ์ช้ายังการส่งสัญญาณประสาทของเซลล์ประสาทสามารถใช้ได้</p> <p>2.3 ยากล่อมประสาท อาจจำเป็นต้องใช้ในหัตถการที่ทำให้เกิดความปวดมากเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ</p>	<p>ระหว่างทำหัตถการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย 2. ลดการเคลื่อนไหวของบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วย 3. การบรรเทาปวดโดยวิธีการใช้ยาควรให้ยาที่ออกฤทธิ์เร็วระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น <p>ยาที่แนะนำให้ใช้ได้แก่ ยากลุ่มโอปิออยด์ คือ มอร์ฟีน หรือเฟนทานิล โดยต้องติดตามและประเมินอาการแทรกซ้อนจากยา</p>
---	--

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	4. เกศินี สมศรี, เพชร ใสว ลิมตระกูล, พรรณงาม พรรณเชษฐ์, และสุนัน ปิ่นเจริญ. (2548). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ. <i>วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.)</i> , 5, 122-134.
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ระดับหลักฐาน: 3.2A
ตัวอย่าง/สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมทั้งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ เกณฑ์คัดเข้า: (1) ไม่จำกัดเพศ มีอายุระหว่าง 20-60 ปี (2) มีระดับความรู้สึกตัวดี (3) สามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยวิธี อ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้ (4) ไม่เคยได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อน (5) ภายหลังได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยถูกย้ายเข้าไปรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
เครื่องมือในการวิจัย	ชุดข้อมูลเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ชนิด (1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) (2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) และ (3) คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ จัดทำเป็นรูปแบบของวิดีโอ/ซีดี
วิธีการเก็บข้อมูล	ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่กลุ่มทดลองและประเมินความกังวล 1 วันก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และประเมินความกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน 12 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
1. ผู้ที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ต่อความปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต แม้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถขยายไปจนถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนได้เนื่องจากมีข้อจำกัด แต่จากผล
2. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	
3. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยระดับความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	

<p>4. ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาณน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01</p>	<p>การศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาตัวแปร ความปวดและความทุกข์ทรมาณในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก และวิธีการปฏิบัติ และระดับความปวดและความทุกข์ทรมาณลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ได้ โดยการนำชุดรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ ประกอบด้วยวิธีการทำหัตถการ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างการทำหัตถการ</p>
--	---

ลำดับที่/ ผู้วิจัย/ชื่อ เรื่อง/แหล่ง ตีพิมพ์	5. Chanques, G., Viel, E., Constantin, J.M., Jung, B., Lattre, S.D., Carr, J., Cissé, M.,...Jaber, S. (2010). The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. <i>Pain</i> , 151, 711-721
วัตถุประสงค์ ระดับหลักฐาน	เพื่อค้นหาเครื่องมือประเมินความปวดชนิดรายงานความปวดด้วยตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่อยู่ในภาวะวิกฤต มาตรฐานวัดความปวดทั้ง 5 ชนิดที่นำมาเปรียบเทียบได้แก่ (1) 0-10 NRS-V ซึ่งมีการขยายขนาดมาตรวัดเป็น 3.9x11 นิ้ว, (2) 0-10 NRS-O, (3) VDS, (4) VAS-H, (5) VAS-V ระดับหลักฐาน: 3.2 A
ตัวอย่าง/ สถานที่	: เก็บข้อมูลในผู้ป่วยวิกฤตอายุกรรม-ศัลยกรรม จำนวน 16 ราย เป็นระยะเวลา 1 ปี คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง 1. อายุ ≥ 18 ปี 2. ต้องรู้สึกตัวดี ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้มาตรวัด Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) ภาษาฝรั่งเศสซึ่งระดับคะแนนที่ได้ต้อง > -2 3. สามารถจับอุปกรณ์ขึ้นมาตรวัดได้ 4. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตช่วงเวลากลางวัน (8.00-18.00 น.) ผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติ 1. ผู้ป่วยเข้ารับรักษาใน ICU เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป 2. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือมีภาวะล้มเหลวของการทำทำงานของอวัยวะ 3. ผู้บาดเจ็บศีรษะรุนแรง 4. ผู้ป่วยสูญเสียการรับความรู้สึกตั้งแต่ระดับคอลงไป (quadriplegia) 5. ผู้ที่มีความสับสนอย่างรุนแรงหรือมีความพิการทางสมอง 6. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเวลากลางคืน
ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
1. ความสำเร็จในการสอบถามระดับความปวด (%) ก่อนการทำหัตถการหรือก่อนให้ยาบรรเทาปวด (T1) และ หลังจากทำหัตถการหรือหลังได้รับยาบรรเทาปวด NRS-V = 91, NRS-O = 83, VDS = 78 VAS-H = 68, VAS-H = 68, VAS-V = 66	จากผลการวิจัยเป็นการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประเมินความปวดที่มีใช้ด้วยกันอย่างแพร่หลายในผู้ป่วยที่ รู้สึกดี โดยการศึกษาทำให้ผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวดีซึ่งตรง กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยพบว่ามาตรวัดความปวดที่มี ความไว มากที่สุด คือ NRS-V (96.6) และรองลงมา คือ NRS-O (94.3) และมีความตรงแบบจำแนกสูงที่สุดก็คือ NRS-V โดยการขยายขนาดมาตรวัดเป็นเป็น 3.9x11.8 นิ้ว และรองลงมา คือ NRS-O จึงนำมาตรวัดทั้งสองแบบนี้มา เป็นเครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรม
2. ความไว (sensitivity) (%) NRS-V = 96.6, NRS-O = 94.3, VDS = 86.3, VAS-H = 89.7, VAS-V = 90.9	
3. ความเจาะจง (specificity) (%) NRS-V = 63.4, NRS-O = 63.4, VDS = 70.7	

VAS-H = 53.6, VAS-V = 56.1	
4. ค่าทำนายผลบวก (positive predictive value) (%)	
NRS-V = 85.0, NRS-O = 84.7, VDS = 86.3	
VAS-H = 80.6, VAS-V = 81.6	
5. ค่าทำนายผลลบ (negative predictive value) (%)	
NRS-V = 89.6, NRS-O = 83.9, VDS = 70.7	
VAS-H = 70.9, VAS-V = 74.2	

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	6. Gerbershagen, H. J., Rothaug, J., KalKman, C. J., & Meissner, W. (2011). Determination of moderate-to-severe postoperative pain on the numeric rating scale: A cut-off point analysis applying four different methods. <i>British Journal of Anaesthesia</i> , 1-8. Doi: 10.1093/bja/aer195
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	เพื่อศึกษาหาจุดแบ่งของระดับความรุนแรงความปวดระหว่าง ปวดเล็กน้อย กับปวดปานกลางถึงมาก เมื่อใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ในวันแรกหลังผ่าตัด จุดแบ่งระดับความรุนแรงความปวด ของ NRS 4 ด้าน คือ 1. ก่อนผ่าตัดระดับความรุนแรงของความปวดที่สามารถทนได้หลังผ่าตัด 2. 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระดับความปวดที่ต้องการยาบรรเทาปวดเพิ่ม 3. ระดับความรุนแรงของความปวดที่มีความพึงพอใจจากการจัดการความปวด 4. ความปวดที่มีผลกระทบต่ออาการเคลื่อนไหว หายใจถี่ นอนหลับ และอารมณ์ ระดับหลักฐาน: 3.3A
ตัวอย่าง/สถานที่	: คุณสมบัติการคัดเข้า: อายุ > 18 ปี เข้าใจภาษาเยอรมัน คุณสมบัติการคัดออก : ผ่าตัดซ้ำและหลังผ่าตัด ใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 24 ชั่วโมง : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 444 คน คัดออก 9 คน เนื่องจากตอบคำถามไม่ครบ ที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล 435 ราย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ 237 ราย ศัลยกรรมทั่วไป 106 ราย และ ศัลยกรรมช่องปากและบริเวณใบหน้า 92 ราย : สถานที่ The departments of general surgery, traumatology and oral and maxillofacial surgery, University of Jena Germany
ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เป็นการศึกษาการแบ่งระดับความปวดเมื่อใช้มาตรวัด NRS มีการแบ่งของระดับความปวดที่รับกวนต่อการทำกิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหว หายใจถี่ นอนหลับ และอารมณ์ เป็น 3 ระดับ 0-2 คือ ระดับเล็กน้อย, 3-4 คือ ระดับปานกลาง และ 5-10 คือ ระดับมาก การศึกษาครั้งนี้จึงนำมาเป็นเกณฑ์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดจากหัตถการ โดยแบ่งระดับความรุนแรงความปวดโดยใช้มาตรวัด NRS ดังนี้ คะแนน 0-2 ปวดเล็กน้อย คะแนน 3-4 ปวดปานกลาง คะแนน 5-10 ปวดมาก

อาการสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ NRS 0-2 คือ ระดับเล็กน้อย NRS 3-4 คือ ระดับปานกลาง NRS 5-10 คือ ระดับมาก	
---	--

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	7. กรรณิ์ สุวรรณฉาย. (2552). <i>ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์</i> . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ระดับหลักฐาน: 3.2A
ตัวอย่าง/สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับการดูแลหะทางท่อช่วยหายใจ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติจำนวน 56 คน เก็บข้อมูล 2 เดือน ประเมินผลลัพธ์การดูแลหะ 937 ครั้ง และ กลุ่มระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 43 คน เก็บข้อมูล 2 เดือน ประเมินผลลัพธ์การดูแลหะ 809 ครั้ง สถานที่: หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
วิธีการดำเนินการวิจัย	ตัวแปรต้น: แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พัฒนาโดยกรรณิ์ สุวรรณฉาย และคณะ (2551) ใช้แนวคิดในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ประกอบด้วยสาระสำคัญ 6 หมวดได้แก่ 1. การประเมินสภาพผู้ป่วย 1.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการดูแลหะทุกครั้ง โดยการสังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงหายใจ (ระดับ 4A) 1.2 ประเมินความสามารถในการไอ หากผู้ป่วยสามารถไอเอาเสมหะออกเองได้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกด้วยตนเอง (ระดับ 4A) 1.3 สังเกตการเปลี่ยนแปลงระดับความอึดตัวของออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตในระหว่างการดูแลหะ (ระดับ 4A) 1.4 ประเมินลักษณะและปริมาณเสมหะ การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ระดับความอึดตัวของออกซิเจน ความดันในกะโหลกศีรษะ (ถ้ามี) ภายหลังการดูแลหะ (ระดับ 4A) 2. การดูแลหะ 2.1 จัดทำนอนผู้ป่วยให้เหมาะทำการดูแลหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ (ระดับ 4A) 2.2 เพื่อป้องกันการอุดตันของท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลหะอย่างน้อย ทุก 8 ชั่วโมง (ระดับ 4A) 2.3 ผู้ทำการดูแลหะต้องมีทักษะและดูแลหะด้วยความนุ่มนวล (ระดับ 3A) 2.5 ใช้สายยางที่มีขนาดเหมาะสม คือมีเส้นผ่าศูนย์กลางภายนอกไม่เกิน ½ ของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ (ระดับ 4A) 2.6 การใส่สายดูแลหะไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจหรือใส่สายดูแล

เสมหะไปถึงตำแหน่งคารินา (carina) จากนั้นถอยสายดูดเสมหะออกมาประมาณ 1-2 เซนติเมตรก่อนทำการดูดเสมหะ (ระดับ 2A)

2.7 แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 80-120 มิลลิเมตรปรอท (4A)

2.8 เพิ่มแรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะได้ถึง 200 มิลลิเมตรปรอทถ้าเลือกใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดเหมาะสม (ระดับ 4A)

2.9 ทำการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 รอบของการดูดเสมหะ (ระดับ 3.1A)

2.10 ใช้ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที (ระดับ 4A)

2.11 ยึดเทคนิคปราศจากเชื้อขณะดูดเสมหะ (ระดับ 4A)

2.12 ไม่ทำกิจกรรมที่ทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น หรือความดันเลือดแดงเฉลี่ย (MAP) เพิ่มขึ้น ภายหลังการดูดเสมหะอย่างน้อย 10 นาที เช่น การยกตัว การพลิกตะแคงตัว (ระดับ 3.1A)

2.13 ในรายที่เสมหะเหนียวข้น และอยู่ลึก จัดท่าลำ บากควรปรึกษานักกายภาพบำบัดทรวงอก (4A)

3. การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงและการเพิ่มปริมาตรปอด

3.1 ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง (hyperoxygenation) ก่อนการดูดเสมหะ (ระดับ 3.1A)

3.2 ให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 % ก่อนและหลังดูดเสมหะอย่างน้อย 30 วินาที (ระดับ 2A)

3.3 การเพิ่มปริมาตรปอดให้กับผู้ป่วย ต้องใช้น้ำหนักตัวผู้ป่วยเป็นเกณฑ์การคำนวณปริมาตรการหายใจเข้าออกใน 1 ครั้ง (tidal volume) (ระดับ 4B)

3.4 ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง (hyperoxygenation) ร่วมกับการเพิ่มปริมาตรปอด (hyperinflation) ก่อนดูดเสมหะ (ระดับ 1A)

3.5 ใช้เครื่องช่วยหายใจในการให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงและการเพิ่มปริมาตรปอด แทนการใช้ถุงช่วยหายใจ (self inflating bag) (ระดับ 3.2B)

3.6 ในผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยที่มีภาวะการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ต้องมีการประเมินเฉพาะรายก่อนการดูดเสมหะ การเพิ่มปริมาตรปอดต้องมีแนวทางปฏิบัติชัดเจน (ระดับ 2B)

4. การให้ความชุ่มชื้นในทางเดินหายใจ

4.1 ดูแลให้ความชุ่มชื้นอย่างเพียงพอเพื่อไม่ให้เสมหะแห้งหรือ เหนียวข้น โดยการให้สารน้ำที่พอเพียงแก่ร่างกาย และให้ความชื้นผ่านทางเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสม (ระดับ 3.1A)

4.2 ไม่หยอดน้ำเกลือนอร์มัล (0.9% โซเดียมคลอไรด์) (ระดับ 3.1A)

5. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ความรู้และทักษะปฏิบัติแก่พยาบาล

5.1 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

5.1.1 ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลในการดูแลตนเอง ทั้งก่อนดูแลตนเอง ระหว่างดูแลตนเอง และหลังดูแลตนเอง (ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัว) (ระดับ 4A)

5.2 การให้ความรู้แก่พยาบาล

5.2.1 พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (ระดับ 4A)

5.2.2 พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศจนเกิดทักษะ (ระดับ 4A)

5.2.3 พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีการติดตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ระดับ 4A)

5.2.4 พยาบาลใหม่ทุกรายได้รับการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติการดูแลตนเองตามแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (ระดับ 4A)

6. การติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพ

6.1 มีทีมงานติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ระดับ 4A)

6.2 มีทีมงานติดตาม นิเทศ กำกับการปฏิบัติ ให้ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (ระดับ 4A)

6.3 มีการจัดกิจกรรมเพื่อประเมินการปฏิบัติ และหาแนวทางแก้ไข เพื่อให้การปฏิบัติถูกต้อง (ระดับ 4A)

6.4 มีการบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยจากการดูแลตนเองทุกครั้ง (ระดับ 4A)

6.5 มีการสรุปผลลัพธ์ของการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ทุก 3 เดือน (ระดับ 4A)

ตัวแปรตาม:

1. การเปลี่ยนแปลงระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง

2. การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันเลือดแดงเฉลี่ย การเต้นของหัวใจ และการหายใจ

3. การบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหลอดลมจากการดูแลตนเอง

4. ความไม่สบายจากการดูแลตนเอง

ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
1. อัตราการเปลี่ยนแปลงความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติเท่ากับร้อยละ 16.97 หลังจากใช้แนวปฏิบัติเท่ากับร้อยละ 2.84	จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลตนเองในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ช่วยลดอัตราการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหลอดลมจากการดูแลตนเองและความไม่สบายจากการดูแลตนเองได้ จึงได้นำวิธีการดูแลตนเองนี้มาใช้ในขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดยวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการอากรปอด มี
2. อัตราการเปลี่ยนแปลงความดันเลือดแดงเฉลี่ยก่อนใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 16.15 หลังใช้แนวปฏิบัติเท่ากับร้อยละ 10.38	
3. อัตราการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจ ก่อนการใช้	

<p>แนวปฏิบัติ ร้อยละ 24.97 หลังใช้แนวปฏิบัติเท่ากับร้อยละ 5.93</p> <p>4. อัตราการเปลี่ยนแปลงการหายใจก่อนใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 34.58 หลังจากใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 26.45</p> <p>5. อัตราการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหลอดลมจากการดูดเสมหะก่อนใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 13.34 หลังจากใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 3.83</p> <p>6. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความไม่สุขสบายจากการดูดเสมหะก่อนการใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 8.17 หลังใช้แนวปฏิบัติเท่ากับ 3.40</p>	<p>ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การเตรียมพร้อมพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> 1.1 พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติการดูดเสมหะผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูดเสมหะ 1.2 พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติการดูดเสมหะผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการฝึกปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศจนเกิดทักษะ 2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลในการดูดเสมหะ ทั้งก่อนดูดเสมหะ ระหว่างดูดเสมหะ และหลังดูดเสมหะ (ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัว) 3. การดูดเสมหะ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ฟังเสียงปอดแล้วได้ยินเสียงเสมหะ ผู้ป่วยไอมีเสมหะ ก่อนการให้อาหารทางสายยาง หรืออย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ 3.2 ผู้ทำการดูดเสมหะต้องมีทักษะและดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล 3.3 ใช้สายยางที่มีขนาดเหมาะสม คือ มีเส้นผ่านศูนย์กลางภายนอกไม่เกิน 1/2 ของเส้นผ่านศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ 3.4 การใส่สายดูดเสมหะไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจหรือใส่สายดูดเสมหะไปถึงตำแหน่งคาร์ินา จากนั้นถอยสายดูดเสมหะออกมาประมาณ 1-2 เซนติเมตร ก่อนการดูดเสมหะ 3.5 แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 80-120 มิลลิเมตรปรอท และเพิ่มแรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะได้ถึง 200 มิลลิเมตรปรอทถ้าเลือกใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดเหมาะสม 3.6 ทำการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 รอบการดูดเสมหะ 3.7 ใช้ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที 3.8 ให้ผู้ป่วยพักหลังจากดูดเสมหะอย่างน้อย 10 นาที
--	---

	<p>หลังจากดูดเสมหะก่อนที่จะพลิกตะแคงตัว เพื่อไม่ให้ ความดันในกะโหลกศีรษะและความดันเลือดแดงเฉลี่ย สูง</p> <p>4. การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงและการเพิ่ม ปริมาตรปอด</p> <p>4.1 ให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 % ก่อนและ หลังดูดเสมหะอย่างน้อย 30 วินาที (ระดับ 2A)</p> <p>4.2 การเพิ่มปริมาตรปอดให้กับผู้ป่วย ต้องใช้น้ำหนัก ตัวผู้ป่วยเป็นเกณฑ์การคำนวณปริมาตรการหายใจเข้า ออกใน 1 ครั้ง (ระดับ 4B)</p> <p>4.3 ใช้เครื่องช่วยหายใจในการให้ออกซิเจนที่มีความ เข้มข้นสูงและการเพิ่มปริมาตรปอด แทนการใช้ถุง ช่วยหายใจ</p>
--	--

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	8. Pedersen, C. M., Rosendahl-Nielsen, M., Hjermand, J., & Egerod, I. (2009). Endotracheal suctioning of adult intubated patient-What is the evidence?. <i>Intensive and Critical Care</i> , 25, 21-30.
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูดเสมหะในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ 2A
ตัวอย่าง/สถานที่	-งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่างปี 1995-2008 ในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี ไม่รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ ICP เนื่องจากมีงานวิจัยน้อยและในข้อเสนอแนะต้องให้มี monitor ICP ด้วย - งานวิจัยที่ทบทวนมีทั้งภาษาเดนมาร์ก, สวีเดน, นอร์เวย์, และภาษาอังกฤษ - แหล่งสืบค้นข้อมูล Medline, Cinahl และ Cochrane libery - คำที่ใช้ในการสืบค้น Intensive care, critical care, suction, endotracheal suctioning - มี paper ที่นำมาวิเคราะห์ ทั้งหมด 77 เรื่อง 4 เรื่องเป็น การศึกษาประสพการณ์ของผู้ป่วยจากการดูดเสมหะ 19 เรื่องเป็นการทบทวนวรรณกรรม 2 เรื่อง Meta-analyses 52 เรื่อง เป็นการศึกษาเชิงทดลอง
ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
1 การดูดเสมหะทางท่อช่วย การดูดเสมหะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้	การศึกษานี้นำไปปฏิบัติได้ทางคลินิก เนื่องจากเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการดูดเสมหะ นำไปปฏิบัติดังนี้
2. การเลือกขนาดของสายดูดเสมหะต้องให้ขนาดที่เส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่าครึ่งของขนาดท่อช่วยหายใจ	1. การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้
3. แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะ ใช้แรงดันน้อยที่สุดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปอดแฟบ ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด และเกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลอดลม ในขณะที่เดียวกันก็ต้องเพียงพอที่จะดูดเสมหะได้ โดยในขณะที่ดูดเสมหะ ใช้แรงดันลบน้อยที่สุดในระหว่าง 80-120 มม.ปรอท แต่อาจเพิ่มได้ถึง 200 มม.ปรอท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของสายดูดเสมหะที่ใช้	2. การเลือกขนาดของสายดูดเสมหะต้องให้ขนาดที่มีการดูดดันน้อยกว่าครึ่งของขนาดท่อช่วยหายใจ
4. ความลึกของสายดูดเสมหะ ไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ โดยวิธีการอาจใส่สายจนถึงคาร์ินา และขยับสายขึ้น 1-2 ซม. ก่อนการดูดเสมหะหรือ ใช้วิธีการวัดความยาวของสายดูดเสมหะเทียบกับความยาวของท่อช่วยหายใจ	3. แรงดันที่ใช้ในการดูดเสมหะ ใช้แรงดันน้อยที่สุดในขณะดูดเสมหะ ระหว่าง 80-120 มม.ปรอท 4. ความลึกของสายดูดเสมหะ ไม่ควรลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ 5. การดูดเสมหะในแต่ละครั้งไม่นานเกิน 15 วินาที 6. ไม่แนะนำให้ใช้ NSS ในการละลายเสมหะ 7. การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง ให้ 30 วินาทีก่อนและหลังดูดเสมหะ 8. การเพิ่มปริมาตรปอด ร่วมกับการให้ออกซิเจนความ

<p>5. การดูแลระบบในแต่ละครั้งไม่นานเกิน 15 วินาที</p> <p>6. ไม่แนะนำให้ใช้ NSS ในการละลายเสมหะ</p> <p>7. การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง ให้ 30 วินาทีก่อนและหลังดูแลระบบ</p> <p>8. การเพิ่มปริมาตรปอด ร่วมกับการให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงแนะนำให้ทำได้เมื่อมีข้อบ่งชี้</p> <p>9. ใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>10. การใช้การดูแลระบบทำได้ทั้งระบบปิดและระบบเปิด</p>	<p>เข้มข้นสูงแนะนำให้ทำได้เมื่อมีข้อบ่งชี้</p> <p>9. ใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>10. การใช้การดูแลระบบทำได้ทั้งระบบปิดและระบบเปิด</p>
--	--

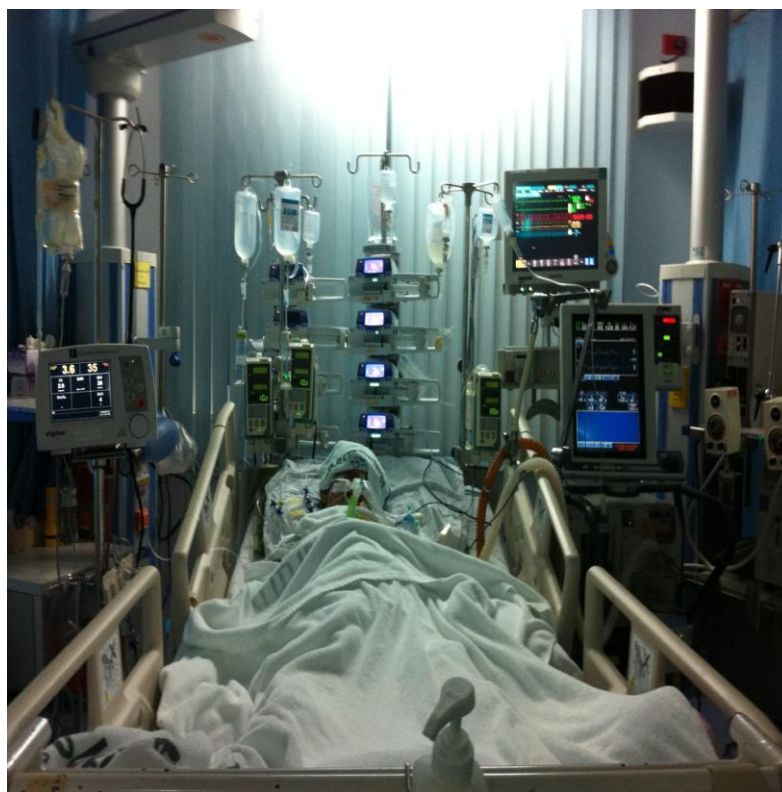
ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	9. Timby, B.K. (2009). Body mechanics, positioning, and moving. In B.K. Timby(Ed.). <i>Fundamental Nursing Skill and Concepts</i> (9 th ed.) (pp.516-542). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	หลักในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 4A
ตัวอย่าง/สถานที่	-
รายละเอียดของเนื้อหา	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
<p>การเปลี่ยนท่าในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ลดแรงกดที่กระทำต่อปมกระดูก และส่งเสริมให้มีการทำงานของส่วนต่างๆ ได้ตามปกติ และเพื่อการรักษา โดยมีหลักในการปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง 2. มีผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน 3. เอาหมอนและอุปกรณ์ต่างๆ ออกจากเตียง 4. ตรวจสอบสายระบายต่างๆ ไม่ให้มีการดึงรั้ง 5. ใช้อุปกรณ์ที่มีแรงต้านน้อยช่วยในการเคลื่อนตัวผู้ป่วย 6. ขณะเปลี่ยนท่าให้กระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวตรง ไม่บิดเบี้ยว 7. จัดท่าให้ผู้ป่วยให้ข้อต่อต่างๆ อยู่เล็กน้อย 8. ยกแขนขาสูงเพื่อลดการบวมหรือให้สุขสบาย 	<p>เป็นบทความที่เขียนเกี่ยวกับหลักในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ในการศึกษาครั้งนี้ นำไปเป็นข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง 2. มีผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน 3. เอาหมอนและอุปกรณ์ต่างๆ ออกจากเตียง 4. ตรวจสอบสายระบายต่างๆ ไม่ให้มีการดึงรั้ง 5. ใช้อุปกรณ์ที่มีแรงต้านน้อยช่วยในการเคลื่อนตัวผู้ป่วย 6. ขณะเปลี่ยนท่าให้กระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวตรง ไม่บิดเบี้ยว 7. จัดท่าให้ผู้ป่วยให้ข้อต่อต่างๆ อยู่เล็กน้อย 8. ยกแขนขาสูงเพื่อลดการบวมหรือให้สุขสบาย

ลำดับที่/ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	10. Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowskw, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C.,...Puntillo, K. (2010). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. <i>Pain Management Nursing</i> , 1-9. published online 5 July 2010. Doi; 10.1016/j.pmn.2010.02.004	
วัตถุประสงค์/ระดับหลักฐาน	<p>1. อธิบายคุณลักษณะความปวดระหว่างพลิกตัว และความสัมพันธ์ความปวดกับคุณลักษณะส่วนบุคคลกับลักษณะการเจ็บป่วย</p> <p>2. ศึกษาความถี่ของการใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้ใหญ่ที่มีความปวดจากการเปลี่ยนท่า</p> <p>3. เพื่อระบุปัจจัยทำนายวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่เฉพาะเจาะจงกับความปวดจากการเปลี่ยนท่า</p> <p>ระดับหลักฐาน: 4A</p>	
ตัวอย่าง/สถานที่	<p>กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยผู้ใหญ่วิกฤตและกึ่งวิกฤตทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลจาก 169 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา The Thunder II study (puntillo et al., 2001) เก็บข้อมูลทั้งหมด 6 หัตถการ ได้แก่ การเปลี่ยนท่า การใส่สายสวนหลอดเลือดดำ การถอดสายระบายจากแผล การดูแลแผลที่ไม่ใช้แผลไฟไหม้ การดูดเสมหะ และการถอดสายสวนหลอดเลือดดำที่ขาหนีบ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการเหล่านี้ตามปกติ แต่ในการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะความปวดจากการเปลี่ยนท่า</p> <p>เกณฑ์คัดเข้า: อายุ ≥ 18 ปี รู้สึกตัวดี รับประทานอาหาร และสัญญาณชีพปกติที่จะตอบคำถามได้, มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารได้, ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและมองเห็น</p> <p>เกณฑ์คัดออก: ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับประสาท หรือเป็นโรคหรือมีการบาดเจ็บที่ทำให้การส่งสัญญาณความปวดจากตำแหน่งที่ทำหัตถการบกพร่อง</p>	
วิธีการศึกษา	<p>1. เก็บข้อมูลความปวดระหว่างการเปลี่ยนท่า ใช้เครื่องมือ NRS</p> <p>2. เก็บข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากหัตถการ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคล และคุณลักษณะการเจ็บป่วย, ขาบรรเทาปวดที่ได้รับภายใน 1 ชั่วโมงก่อนการทำหัตถการ จากบันทึกเวชระเบียน</p> <p>3. ภายหลังจากทำหัตถการเสร็จทันที จะสอบถาม ผู้ป่วย พยาบาล และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอยู่ระหว่างการทำหัตถการเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา หากมีการใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา มีรายงานให้เลือกว่าใช้วิธีใด</p>	
ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	
1. ระดับความรุนแรงความปวดเฉลี่ยจากการเปลี่ยนท่า 4.9 ± 3.1 และจากการเปรียบเทียบระดับความรุนแรง	หลักในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤตเฉียบพลัน	

<p>ความปวดเฉลี่ยตามคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยเป็นผู้หญิง ผู้ป่วยหอผู้ป่วยพิเศษ และผู้ป่วยศัลยกรรม และอุบัติเหตุหรือไฟไหม้ รายงานความปวดอยู่ในระดับสูงกว่า ผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>2. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา</p> <p>กิจกรรมที่ปฏิบัติบ่อยได้แก่ การใช้น้ำเสียงที่เรียบสงบ การให้ข้อมูล การหายใจลึก การสัมผัสหรือจับมือ การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้หมอนประคอง และการใช้อารมณ์ขัน โดยบ่อย 3 อันดับแรกได้แก่</p> <p>2.1 การใช้เสียงที่สงบ (65.7%) มีการใช้บ่อยในหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยที่ตะแคงตัวด้วย drawseeth และผู้ป่วยมีการปวดมาก</p> <p>2.2 การให้ข้อมูล ใช้บ่อยในผู้ป่วยที่ปวดมาก (60.6%)</p> <p>2.3 หายใจลึก (37.9%) ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดด้วยวิธีนี้มีอายุน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ และใช้บ่อยในผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยที่มีความปวดมาก</p>	<p>1. เป็นเทคนิคที่ทำงาน ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มมาก หรือไม่ต้องมีการฝึกแบบเฉพาะเจาะจง</p> <p>2. ควรให้ยาบรรเทาปวดก่อนการเปลี่ยนท่าร่วมกับวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาจะทำให้ผลการจัดการความปวดเป็นที่น่าพอใจ</p> <p>วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ที่ทำได้ง่ายและใช้บ่อย ได้แก่</p> <p>1. การใช้น้ำเสียงที่เรียบสงบ</p> <p>2. การให้ข้อมูล</p> <p>3. การให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ</p> <p>4. การใช้หมอนประคองแผล</p>
---	--

ภาคผนวก ข

ตัวอย่าง คู่มือแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการจัดการความปวดจากหัตถการ
ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

2556

คำนำ

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดจากหัตถการทางการพยาบาล ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอสำหรับผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรม ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการ พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ ออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ชุดข้อเสนอแนะการจัดการความปวดจากหัตถการของซซาร์เนคกี และคณะ (Czarnecki et al., 2011) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เนื่องจากได้รับความ ร่วมมือจากทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทีมที่ปรึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยคัดเลือก ข้อเสนอแนะ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งพยาบาลทุกท่านในหอ อภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่ร่วมเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จึงขอขอบคุณทุกท่านมา ณ ที่นี้

ชนิษฐา แซ่มไล่

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	1
สารบัญ	2
รายนามทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ.....	3
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	3
วัตถุประสงค์.....	3
กลุ่มเป้าหมาย.....	3
ขอบเขตของการพัฒนา.....	4
นิยามศัพท์.....	4
ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้.....	5
ขั้นตอนการพัฒนา.....	6
แผนภูมิแสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ.....	9
เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติ.....	10
เอกสารอ้างอิง.....	17
ภาคผนวก.....	22

รายนามทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

นางสาวชนิษฐา	แชนม์ไต้	พยาบาลปฏิบัติการ
นางวาสนา	ธรรมศิริพงษ์	พยาบาลชำนาญการ
นางสาวนิภาวรรณ	ชามทอง	พยาบาลชำนาญการ
นางสุธิดา	พรหมช้าง	พยาบาลชำนาญการ
นางสาวบุปผา	อินทร์ตัน	พยาบาลชำนาญการ

คณะกรรมการที่ปรึกษาทีมพัฒนา

นางสาวศรีัญญา	ตุกชูแสง	หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
ผศ.ดร.ลัพณา	กิจรุ่งโรจน์	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
ผศ.ดร.วงจันทร์	เพชรพิเชษฐเชียร	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

ความเป็นมาและความสำคัญ

การตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลเป็นหัตถการที่พบบ่อยเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อย่างไรก็ตามการทำหัตถการดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความปวดและไม่สุขสบาย (ชุตินา, 2547) โดยมีหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงมากจากการทำหัตถการทางการพยาบาล เช่น การเปลี่ยนท่า การดูดเสมหะ การหายใจลึกและการไอ (Milgrom et al., 2004; Siffleet et al., 2007; Yorke et al., 2004) แม้ว่าความปวดจากหัตถการเหล่านี้เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเพียงชั่วระยะหนึ่ง แต่หากเกิดขึ้นบ่อยครั้งและไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนื่อยล้า เคลื่อนไหวได้น้อยลง (Carr & Goudas, as cited in Apfelboum et al., 2003) หายใจเร็วตื่น มีความบกร่องของการแลกเปลี่ยนก๊าซ และปอดแฟบ ความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น (Lome, 2005) ความทุกข์ทรมาน (Van de leur et al., 2004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการพลิกตะแคง (Granja et al., 2005) และการดูดเสมหะที่รุนแรงจนทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเหมือนใจจะขาด (ภัทรพร, 2543) จนเป็นผลให้ผู้ป่วยหลายคนไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง (เกศินี และคณะ, 2548) และดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง (สิริรัตน์, 2550) จากผลกระทบดังกล่าวอาจเป็นเนื่องจากการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและหรือไม่ใช้ยาก่อน ระหว่างและหลังการทำหัตถการยังมีน้อย (Puntillo et al., 2002; Siffleet et al., 2007) ร่วมกับการที่บางหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการที่ชัดเจน ทำให้เกิดการตัดสินใจทางการพยาบาลที่หลากหลายและนำไปสู่การจัดการความปวดที่แตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ชูข้อเสนอแนะการจัดการความปวดจากหัตถการของซซาร์เนคกีและคณะ (Czamecki et al., 2011) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นการบูรณาการผลงานวิจัยเข้ากับความรู้ทางคลินิกของพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดยคาดว่าเมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จะช่วยปรับปรุงคุณภาพการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้รับการจัดการความปวดจากหัตถการทางการพยาบาล ได้แก่ การดูแลตนเองจากท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ เพื่อไม่ให้เกิดความปวดหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุดจากการทำหัตถการ

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. รู้สึกตัวดี (GCS E3-4V5M6 หรือ E3-4VTM6)
3. สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

4. บอกระดับความปวดโดยใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข

ขอบเขตของการพัฒนา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2555 เดือน พฤษภาคม 2556

นิยามศัพท์

ความปวดจากหัตถการ หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายแบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นชั่วคราว จากการทำกิจกรรมพยาบาลที่พบบ่อยในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ซึ่งความรู้สึกไม่สบายดังกล่าวอาจคงอยู่ภายหลัง ทำหัตถการเสร็จสิ้น

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม หมายถึง ชุดข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการความปวดจากกิจกรรมทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ มีสาระประกอบด้วย (1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ (3) การบันทึกผลการจัดการความปวดจากหัตถการ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ชุดข้อเสนอแนะการจัดการความปวดจากหัตถการของซซาร์เนคกีและคณะ (Czarnecki et al., 2011) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการในระดับมาก
3. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ

ขั้นตอนการพัฒนา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council- [NHMRC], 1998) ชุดข้อเสนอแนะของซซาร์เนคกีและคณะ (Czarnecki et al., 2011) ซึ่งมีรายละเอียด 12 ขั้นตอน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา
2. การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์
4. การสืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์
5. การร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล
6. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 2: การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

7. การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน
8. การประชุมทำความเข้าใจการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน
9. การจัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
10. การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 3: การประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ประเมินผลเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

11. การประเมินผลลัพธ์จากผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
12. การประเมินผลลัพธ์จากผู้ป่วย

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

.....

.....

.....

เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติ

.....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง

.....

.....

.....

ภาคผนวก

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ
(การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ)

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความคิดเห็นของท่านต่อการจัดการความปวดจากการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอที่ได้รับจากพยาบาล โดยแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

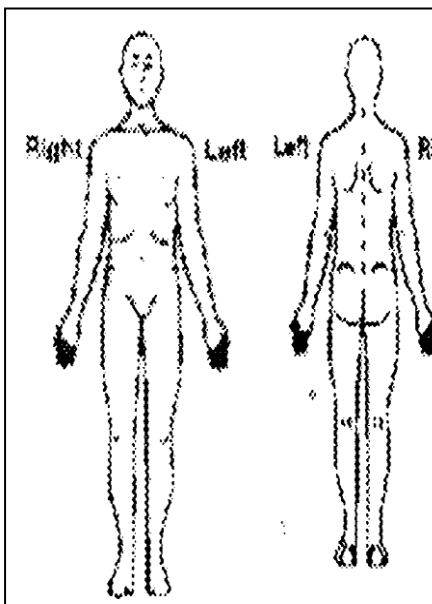
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ (บันทึกโดยผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ (สำหรับผู้ป่วย)

ส่วนที่ 1:

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่นๆ
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร
ปริญญาตรี ปริญญาโท/เอก
5. วันที่เข้าโรงพยาบาล..... เวลา
6. วันที่เข้า SICU เวลา
7. การวินิจฉัยโรค.....
8. ชนิดของการผ่าตัด.....
.....
วันที่ผ่าตัด ครั้งที่.....

9. ตำแหน่ง/และขนาด และลักษณะของแผลผ่าตัดหรือแผลจากการบาดเจ็บอื่นๆ ครึ่งนี้



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ..... ขนาด/ลิตร

สถานที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

วันที่ถอดท่อช่วยหายใจ.....

11. ประสบการณ์การผ่าตัด

มี

ไม่มี

12. ประสบการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ

มี

ไม่มี

13. ประเภท/วิธีการบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยได้รับความปวดก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และจำนวนครั้งการให้ยาบรรเทาปวดเมื่อผู้ป่วยร้องขอในแต่ละวัน

.....

.....

No.....

แบบบันทึกข้อมูลความปวดจากหัตถการ
การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการฝึกหายใจลึกและไอ

HN.....

วันที่	เวลา	ชนิดของหัตถการ			ความปวดก่อนทำหัตถการ			ความปวดระหว่างทำหัตถการ			ความปวดหลังทำหัตถการ		
		ดูดเสมหะ	เปลี่ยนท่า	หายใจลึกและไอ	Pain Score	การจัดการด้วยยา	การจัดการไม่ใช้ยา	Pain Score	การจัดการด้วยยา	การจัดการไม่ใช้ยา	Pain Score	การจัดการด้วยยา	การจัดการไม่ใช้ยา

หมายเหตุ: 1. การเปลี่ยนท่า ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวโดยพยาบาล, การจัดนั่งศีรษะสูง, นั่งห้อยเท้าบนเตียง และลงนั่งข้างเตียง

2. การฝึกหายใจเข้าลึกและไอ ทั้งที่ฝึกหายใจด้วย tidalflow และกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกด้วยตนเอง หลังจากถอดท่อช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2: ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ (การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุดโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านพึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง ท่านพึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านพึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง ท่านพึงพอใจน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1.	ความสม่ำเสมอและความเอาใจใส่ในการสอบถามความปวดทุกครั้งก่อนการดูดเสมหะ เปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ					
2.	พยาบาลบอกฉันเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดที่ฉันจะได้รับ					
3.	พยาบาลเปิดโอกาสให้ฉันตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด					
4.	พยาบาลมีความสม่ำเสมอและความเอาใจใส่ในการบอกให้ฉันทราบทุกครั้งก่อนการดูดเสมหะ การเปลี่ยนท่า หรือการฝึกหายใจลึกและไอ					
5.	พยาบาลบอกฉันว่าฉันควรปฏิบัติตัวอย่างใดในระหว่างการดูดเสมหะ การเปลี่ยนท่า การฝึกหายใจลึกและไอ					
6.	พยาบาลยอมรับว่าฉันปวดจริง เมื่อฉันบอกว่าปวด					
7.	พยาบาลแนะนำวิธีการสื่อสารกับพยาบาลให้ทราบเมื่อฉันมีอาการปวด					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
8.	พยายามให้ฉันหยุดพักชั่วคราวจากการดูเศษหะหรือ การหายใจลึกและไอ เมื่อฉันบอกว่าปวดมาก					
9.	พยายามติดตามสอบถามความปวดของฉันเป็นระยะระหว่างการดูเศษหะ การเปลี่ยนท่า หรือ การฝึกหายใจลึกและไอ					
10.	พยายามให้ยาบรรเทาปวดฉันทันทีเมื่อฉันบอกว่าปวด					
11.	พยายามสื่อสารกับฉันด้วยภาษาที่สุภาพ และเข้าใจง่าย					
12.	พยายามสอบถามความปวดภายหลังจากดูเศษหะ การจัดทำ หรือการฝึกหายใจลึกและไอ					
13.	พยายามแสดงออกถึงความพยายามในการจัดการความปวด จากการดูเศษหะ การเปลี่ยนท่า หรือการฝึกหายใจลึกและไอ					
14.	ความพึงพอใจโดยภาพรวม					

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ
ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไปใช้

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความเห็นของท่านในฐานะผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ โดยแบบสอบถามประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ไปใช้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และให้ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมตามความรู้และประสบการณ์ของท่าน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่อง () หน้าข้อความที่เป็นจริงของท่าน

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

() 1. ปริญญาตรี () 2. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

() 1. น้อยกว่า 5 ปี () 2. 5-10 ปี () 3. มากกว่า 10 ปี

5. ประสบการณ์ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด

() 1. เคย เรื่อง

() 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ
ความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

คำชี้แจง แสดงความคิดเห็นของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่ง
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
- 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นอย่างยิ่ง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็น ด้วย เป็น อย่าง ยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)
1.	ฉันสามารถให้การพยาบาลตามข้อเสนอแนะของ แนวปฏิบัตินี้ได้ทันที					
2.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ทำให้ต้องใช้เวลา เพิ่มมากขึ้น					
3.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้หน่วยงานไม่ต้อง จัดหาอุปกรณ์เพิ่มมากขึ้น					
4.	แพทย์ให้ความร่วมมือเมื่อฉันรายงานเพื่อขอยา บรรเทาปวดเพิ่ม					
5.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ช่วยป้องกันความ ปวดที่เกิดจากการทำหัตถการได้					
6.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ไม่เป็นภาระสำหรับ ฉัน					
7.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้เพิ่มภาระงานให้					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		ไม่เห็น ด้วย เป็น อย่าง ยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (3)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)
	ผู้ร่วมงานของฉัน					
8.	บุคลากรในหน่วยงานสามารถเรียนรู้และปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัตินี้ได้					
9.	ฉันอ่านและเข้าใจข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัตินี้					
10.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ทำให้หน่วยงานต้อง สิ้นเปลืองอุปกรณ์					
11.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ทำให้ผู้ป่วยที่มีความ ปวดจากการทำหัตถการได้ประโยชน์					
12.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาปวด เพิ่มมากขึ้น					
13.	ฉันพร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ต่อไป					
14.	หากต้องการให้การใช้แนวปฏิบัตินี้มี ประสิทธิภาพหน่วยงานต้องส่งบุคลากรไปอบรม เกี่ยวกับการจัดการความปวดนอกสถานที่ เพิ่มเติม					
15.	แผนภูมิการตัดสินใจช่วยให้ ฉันตัดสินใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็วขึ้น					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คำชี้แจง แสดงความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยแยกแต่ละหัตถการ ได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การฝีกหายใจลึกและไอ และโดยภาพรวมของแนวปฏิบัติ

หัวข้อ/หัตถการ	ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ		
2. การเปลี่ยนท่า		
3. การหายใจลึกและไอ		
4. ภาพรวมของแนวปฏิบัติการพยาบาล		

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ
ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
(สำหรับพยาบาล)

คำชี้แจง โปรดเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความพึงพอใจของท่านต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการ
พยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ (การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และ
การหายใจลึกและไอ) ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

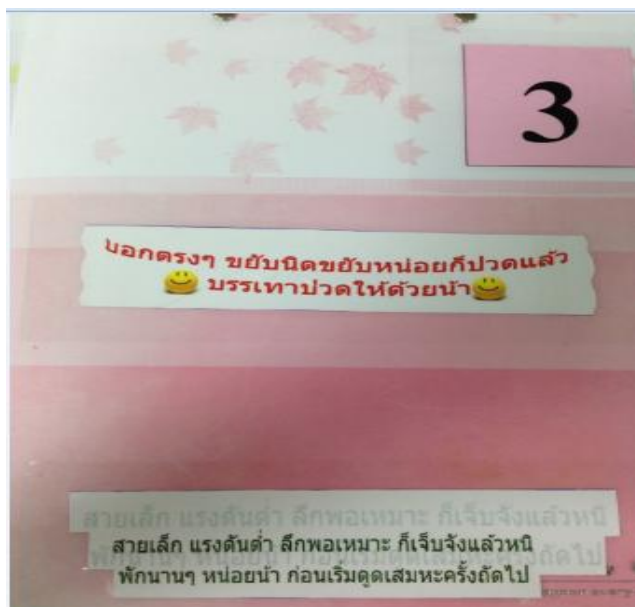
- 5 หมายถึง ท่านพึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านพึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง ท่านพึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านพึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง ท่านพึงพอใจน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1.	การได้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความปวดจากหัตถการ					
2.	การบรรเทาปวดโดยวิธีการไม่ใช่ยา ได้แก่ การให้ข้อมูล การประคบแผ่นผ้าตัด เป็นต้น					
3.	การเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความปวดโดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้					
4.	ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ					
5.	การได้รับความร่วมมือจากแพทย์ในการจัดการความปวดจากการทำหัตถการ					
6.	การได้แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ					
7.	การที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากหัตถการ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
		น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
8.	การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยให้ได้รับการจัดการความปวด จากหัตถการอย่างเหมาะสม					
9.	การได้แสดงบทบาทอิสระในการจัดการความปวด จากหัตถการ					
10.	ความพึงพอใจโดยภาพรวม					

ภาคผนวก จ

ภาพคำขวัญณรงค์ และความลึกของการใส่สายดูดเสมหะไม่เกินความยาวท่อช่วยหายใจ



คำขวัญณรงค์การการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ



ความยาวของสายดูดเสมหะ และความลึกของการใส่สายดูดเสมหะให้ไม่เกินความยาวของท่อช่วยหายใจ

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองจริยธรรมในการวิจัย



EC: 56-076-19-9-3

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา 90110

หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาและการประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจาก
หัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
(Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for
Procedural Pain Management in Critically Surgical Patients,
Songklanagarind Hospital)
- หัวหน้าโครงการ : นางสาวณิชชฎา แซ่มไล่
- ภาควิชา/คณะ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอนุกรรมการจริยธรรมด้านวิจัยเกี่ยวกับ
บริบาลผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจ และสังคมศาสตร์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2555

.....ประธานอนุกรรมการ
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ภาคผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (สำหรับพยาบาล)

เรียน พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

ดิฉัน นางสาวณิษฐา แซ่มไล่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมให้เหมาะสมกับหน่วยงาน โดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพยาบาลโดยมีมาตรฐานการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

การวิจัยครั้งนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เข้าร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงและสามารถให้ข้อมูลได้มากที่สุด เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลให้สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติให้ได้ผลเป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะตอบคำถามข้อสงสัยทุกประการของท่าน ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการศึกษาสำหรับข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกมาเป็นภาพรวมและใช้ในวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของท่าน หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย หรือในระหว่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแต่ท่านไม่ประสงค์จะเข้าร่วมต่อไปอีก ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวณิษฐา แซ่มไล่ โทรศัพท์ 087-4758561 ได้ตลอดเวลา

..... (ผู้วิจัย)

(นางสาวณิษฐา แซ่มไล่)

ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างล่างนี้ได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของงานวิจัย จากการอธิบายของผู้วิจัยโดยตรง และตามที่ได้อ่านในรายละเอียดข้างต้น จึงขอลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ของข้าพเจ้า

..... (ผู้ยินยอม)

(.....)

วันที่

..... (พยาน)

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย (สำหรับผู้ป่วย)

ดิฉัน นางสาวนิษฐา แซ่มไล่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ให้เหมาะสมกับหน่วยงาน โดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพยาบาลโดยมีมาตรฐานการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาขณะที่ท่านได้รับการดูแลโดยพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติมจากรักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ตามความต้องการของท่าน โดยเมื่อท่านลงนามเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ซึ่งศึกษาในโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วย

หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ กรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐาน และหากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาโครงการวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวนิษฐา แซ่มไล่ หมายเลขโทรศัพท์ 087-4758561 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้เข้าใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จึงขอลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางสาวนิษฐา แซ่มไล่)

วันที่

ภาคผนวก ญ
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. อาจารย์นายแพทย์ชัชชัย ปรีชาไว	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โหมพักตร์ มณีวัต	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสาวประสพสุข อินทร์กษา (ผู้ตรวจการพยาบาล)	ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

