

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 2 / 2568 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568)

ฉบับ

ลงชื่อประธาน/กรรมการฯ



(นางสาวดวงพร โต๊ะนาค)



ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง ประสิทธิภาพของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม
FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวด
แบบเดิม ในคลินิกเจ็บปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวดารธร สอนเต็ม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11548)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11548)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง ประสิทธิภาพของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม
FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวด
แบบเดิม ในคลินิกกระดูกปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวรดาธร สอนเต็ม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11548)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11548)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

ผลงานเชิงวิเคราะห์เล่มนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษา ประสิทธิภาพของแบบประเมินความปวดโดยใช้
 นวัตกรรมแบบประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม
 ในคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด
 FNPS for Pain Management และศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด
 FNPS for Pain Management ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานเชิงวิเคราะห์เล่มนี้จะเป็นประโยชน์
 สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่เข้าใจง่าย ใช้งานพกพาสะดวก และเป็นเครื่องมือ
 ประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในหน่วยงาน ด้านผู้ป่วยได้รับการประเมิน การคัดกรอง
 จัดการความปวดอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ด้านพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน
 ระดับความปวดได้สอดคล้องกับผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
 ทั้งจากการใช้ยาและไม่ใช้ยา

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ป่วย บุคลากร ด้านการจัดการ
 ความปวดและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แสดงความคิดเห็น ชี้แนะ ประเมินความพึงพอใจ ผลลัพธ์
 ที่ได้พัฒนาเป็นนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management สำเร็จไปด้วยดี
 ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

รดาธร สอนเต็ม

ธันวาคม 2566

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
สารบัญภาพ	ง
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขตการดำเนินการ	3
นิยามศัพท์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความปวด	6
การประเมินความปวด	9
การจัดการความปวด	14
นวัตกรรม	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
กรอบแนวคิดการศึกษา	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการ	
วิเคราะห์ปัญหา	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	35
การดำเนินการ	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการดำเนินการ	40
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (ต่อ)	
การอภิปรายผล	50
ข้อเสนอแนะ	54
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก	60
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	61
ภาคผนวก ข แบบสอบถามค่าความตรงคะแนนระดับความปวด ของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)	66
ภาคผนวก ค ภาพนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management	71
ประวัติผู้ศึกษา	74

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 แสดงมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale : NRS)	11
ภาพที่ 2.2 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS)	12
ภาพที่ 2.3 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Face Pain Scale: FPS)	13
ภาพที่ 2.4 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal rating scale: VRS)	13
ภาพที่ 2.5 แสดง 3 ขั้นบันไดขึ้นตอน (three step ladder) ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (the World Health Organization: WHO)	17
ภาพที่ 3.1 แสดงนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management	33
ภาพที่ 3.2 แสดงนวัตกรรม แบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management	34

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 2.1	อาการข้างเคียงจากยากกลุ่ม opioids และวิธีป้องกันและการพยาบาลเบื้องต้น	18
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	41
ตารางที่ 4.2	ความเชื่อมั่นของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง	42
ตารางที่ 4.3	ผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management	43
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง	44
ตารางที่ 4.5	จำนวนและร้อยละของข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง	45
ตารางที่ 4.6	จำนวนและร้อยละอุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาระงับปวดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง	46

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และคุณภาพชีวิต (อนุชา ไทยวงษ์, วิรัตน์ดา สาระโกศ, วัชรารณ ศรีโสภา และนงลักษณ์ สมภักดี, 2561) โดยเฉพาะความปวดเรื้อรัง หากไม่ได้รับการดูแลจัดการที่เหมาะสม จะส่งผลอย่างมากต่อการรบกวนการนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม ในระยะยาวอาจทำให้มีอาการแปรปรวน ความปวดรุนแรงขึ้นและมีผลต่อคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังส่งผล ถึงความต้องการปริมาณการใช้ยาเพิ่มขึ้น (นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ และ จันจิรา กิจแก้ว, 2564) ดังนั้นการประเมินความปวดจึงสำคัญ ต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมประเมิน เพราะความปวดเป็นความรู้สึกที่ผู้ประสบ และแสดงออกหรือบอกว่าปวด การวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลใช้ในการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการรักษา

โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Hospital) ที่มีขีดความสามารถในการรักษาโรคต่าง ๆ ที่มีความซับซ้อน มีความทันสมัยด้านอุปกรณ์ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปวดด้วยโรคเรื้อรังที่รักษายากหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาขั้นพื้นฐาน ปวดจากพยาธิสภาพของระบบประสาท และปวดจากโรคมะเร็งเข้ารับบริการรักษาเพิ่มมากขึ้น มีสถิติผู้รับบริการจัดการด้านระงับปวดที่คลินิกระงับปวด ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 811 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 820 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 922 ราย (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คลินิกระงับปวด, 2566) การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวด การบันทึก และการประเมินซ้ำ จากการสอบถามกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการประเมิน ระดับความปวดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าเครื่องมือประเมินระดับความปวดมาตรฐาน (Goal Standard) ที่ใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบันเป็นแบบประเมินระดับความปวดด้วยตนเอง (Self Report) ซึ่งมีหลากหลาย ได้แก่ มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Face Pain Scale Revised: FPS-R) (Alexander Avian, Brigitte Messerer, Andreas Frey, Winfried Meissner, Annelie Weinberg, William Ravekes & Andrea Berghold, 2018) เป็นรูปภาพขาวดำทำให้สะท้อนความปวดไม่ชัดเจนรูปแบบการนำไปใช้ไม่ค่อยสะดวก มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) (Abolfazl, Mohammad, Hamid, Reza & Biglarian, 2016 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย, 2565) จะใช้คำถามระดับความปวดแบบตัวเลข 0 - 10 ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยบางราย

ไม่เข้าใจในการให้คะแนนระดับความปวดแบบตัวเลข และมาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal rating scale: VRS) (Simm, Iddon, & Barker, 2014) จะใช้ประโยชน์ในการถามระดับความปวด ได้แก่ ไม่ปวดเลย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด ซึ่งที่ผ่านมาการประเมินระดับความปวดที่ได้จากการประเมินของพยาบาลไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย การประเมินความปวดนั้นขึ้นกับประสบการณ์การทำงานของพยาบาล ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 2 ปีขาดความมั่นใจในการประเมินระดับความปวด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวด หากการประเมินระดับความปวดนั้นไม่ตรงตามความปวดที่แท้จริงของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วย ไม่ได้รับการแก้ปัญหาในเรื่องความปวด จนกลายเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญจากการพบประเด็นดังกล่าวนำมาสนทนาร่วมกับแพทย์เฉพาะทางด้านระงับปวด คณะกรรมการจัดการความปวด และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการประเมินและจัดการความปวด นำไปสู่การปรับปรุงเครื่องมือประเมินความปวดแบบเดิมให้ดีขึ้น เพื่อให้การประเมินความปวดนั้นถูกต้องแม่นยำ และตรงกับความปวดของผู้ป่วย การมีเครื่องมือประเมินความปวดที่มีคุณภาพนั้นจะช่วยให้แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลสามารถประเมินความปวดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องตามการรับรู้ระดับความปวดของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วย บรรเทาระดับความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของความปวด มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ออกแบบเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินค่าคะแนนระดับความปวด ประกอบด้วย 1) F = Face pain scale รูปวาดใบหน้าแบบมีสีสันทันชัดเจนจำนวน 6 ใบหน้า ใช้การมองเห็นแสดงความรู้สึกทางใบหน้าและมีข้อความบรรยายแทนความรู้สึกกำกับที่ได้รูปของใบหน้า ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกความปวดเป็นตัวเลขได้ และ 2) แบบ N = Numeric Rating Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในทางคลินิก โดยให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 เพื่อให้ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินระดับความปวด และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain

Management

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
4. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาระงับปวด

ขอบเขตการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ในผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกที่มารับบริการใช้ยาบรรเทาปวด ที่เข้ารับรักษาศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 1 ธันวาคม 2566

นิยามศัพท์

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ หรือเสมือนกับมีการบาดเจ็บ หรือถูกบรรยายเหมือนว่ามีการบาดเจ็บของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกที่มารับบริการใช้ยาบรรเทาปวดในคลินิกกระดูก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

การประเมินความปวด หมายถึง การรวบรวมข้อมูลความปวดโดยมีค่าตัวเลขเป็นสื่อ เพื่อแสดงความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ในแต่ละช่วงเวลา โดยผู้ป่วยต้องเป็นผู้ประเมินความปวดด้วยตนเอง (Self-report)

นวัตกรรม หมายถึง สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ที่ต่อยอดและใช้ประโยชน์จากสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัยยิ่งขึ้น โดยอาศัยความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อนำไปสร้างสรรค์ ในรูปแบบใหม่ให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น ได้แก่ แบบประเมินความปวด FNPS for Pain Management

แบบประเมินความปวดแบบเดิม หมายถึง เครื่องมือประเมินความปวดแบบใบหน้า (Face Pain Scale Revised: FPS-R) รูปใบหน้าที่ทั้ง 6 รูป ระบุ ใบหน้าที่ 1 = 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการปวด ใบหน้าที่ 2 = 2 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย ไม่มีความกังวล ใบหน้าที่ 3 = 4 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย แต่เริ่มรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร ใบหน้าที่ 4 = 6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร ใบหน้าที่ 5 = 8 คะแนน หมายถึง ปวดมาก รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก และใบหน้าที่ 6 = 10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้

นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management หมายถึง เครื่องมือประเมินความปวดแบบใบหน้า ประกอบด้วย 1) F = Face pain scale รูปวาดใบหน้าแบบมีสีสันชัดเจน

จำนวน 6 ใบหน้าใช้การมองเห็นแสดงความรู้สึกทางใบหน้า และมีข้อความบรรยายแทนความรู้สึก คำกับที่ได้รูปของใบหน้า และ 2) แบบ N = Numeric Rating Scale บอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 - 10 ได้รูปใบหน้า

ประสิทธิผลของแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management หมายถึง การติดตามผล การใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ที่มีคะแนนความปวด ตรงตามความเป็นจริงทุกครั้ง

ผลการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับแบบประเมิน ความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) หมายถึง คะแนนการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย ตามแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับคะแนนแบบประเมินความปวด แบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)

ความพึงพอใจ หมายถึง การยอมรับ หรือความประทับใจในการให้บริการผู้ป่วยระยะจับปวด ของผู้รับบริการ

อุบัติการณ์ หมายถึง การเกิดอาการข้างเคียงของผู้ป่วยที่ได้รับระยะจับปวด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มึน เวียนศีรษะ ง่วงนอน หลับลึก และท้องผูก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประสิทธิผลของการประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ในผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง สามารถบริหารความปวดได้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ผู้ป่วย มีอาการปวดทุเลาลง

2. นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management นำไปใช้ ประเมินค่าระดับความปวดของกลุ่มผู้ป่วยอื่นได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม ในคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาลนี้ เพื่อพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความปวด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของความปวด
 - 1.3 ความรุนแรงของความปวด
 - 1.4 ประเภทของความปวด
2. การประเมินความปวด
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 วิธีการประเมินความปวด
 - 2.3 แบบประเมินความปวด
3. การจัดการความปวด
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา
 - 3.3 การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา
4. นวัตกรรม
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 นวัตกรรมทางการพยาบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการศึกษา

ความปวด

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังจากโรคมะเร็งและไม่ใช่โรคมะเร็ง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และคุณภาพชีวิต

ความหมายความปวด

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด International Association for the Study of Pain : IASP (2019) ให้คำนิยามความปวด เป็นประสบการณ์ทางความรู้สึก และอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความรู้สึกไม่สบายที่บุคคลรับรู้เกิดขึ้น เมื่อมีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย หรือเป็นสัญญาณเตือนว่ามีอันตรายเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อของร่างกาย (Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage) นิยามดังกล่าวอธิบายความปวดในฐานะปรากฏการณ์ที่มีองค์ประกอบหลายมิติที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางจิตสังคมและร่างกายของบุคคลยอมรับความปวดเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน ไม่ใช่เพียงแค่มีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายเท่านั้น ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อนหลากหลายมิติ ยากที่จะอธิบายได้ ประกอบด้วย ด้านสรีระ (physiologic dimension) ด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensory dimension) ด้านอารมณ์ (affective dimension) ด้านการเรียนรู้ (cognitive dimension) ด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) และด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural dimension) นักทฤษฎีหลายท่าน จึงอธิบายลักษณะได้แตกต่างกัน และยากที่จะให้ความหมายที่สมบูรณ์ได้

Krau & Overstreet (2017) ให้คำนิยามความปวด คือ “ประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ หรือเสมือนกับการบาดเจ็บ หรือถูกบรรยายเหมือนว่ามีบาดเจ็บ” เกี่ยวเนื่องกับการที่มีการทำลายหรืออักเสบหรือเสมือนกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อร่างกาย (Nociceptive pain) หรือการมีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนกลางหรือส่วนปลาย (Neuropathic pain)

สิริวิมล กิจชล (2563) ได้ให้ความหมายของความปวดไว้ว่า ความปวดเป็นความรู้สึกเจ็บต่อเนื้อของร่างกาย เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความผิดปกติในร่างกาย และมักเป็นสาเหตุให้บุคคลแสวงหาการรักษาและจัดการความปวด

ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย (2565) ได้ให้ความหมายของความปวดไว้ว่าความปวดเป็นประสบการณ์และความรู้สึกที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ การรับรู้ลักษณะอาการปวดและความรุนแรงของความปวดแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน บางครั้งเกิดความปวดได้ทั้งที่ไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือพยาธิสภาพที่จะทำให้เป็นสาเหตุของความปวด

โดยสรุปความปวด เป็นความรู้สึกที่รับรู้ได้เฉพาะตัวบุคคล ผู้ที่กำลังประสบอยู่กับความปวดเท่านั้นจะบรรยายความรู้สึกว่ามีความปวดอยู่จริงและยังเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึกและอารมณ์

สาเหตุของความปวด

ความปวดส่วนใหญ่มักเกิดจากเนื้อเยื่อได้รับความเสียหาย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ การบาดเจ็บอาจเกิดกับกระดูก เนื้อเยื่ออ่อน หรืออวัยวะต่าง ๆ อาจเกิดจากโรค เช่น มะเร็ง หรืออาจเกิดจากการบาดเจ็บทางร่างกาย เช่น บาดแผล หรือกระดูกหัก

สาเหตุของความปวด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2565)

1. ความปวดที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง เช่น ปวดไมเกรน ปวดจากการติดเชื้อ ปวดบาดแผล ปวดหลังผ่าตัด ปวดกระดูก ความปวดที่เกิดจากจิตใจ เป็นต้น
2. ความปวดเนื่องจากมะเร็ง เช่น อาการปวดจากก้อนมะเร็งกดทับกีดกันเส้นประสาท อาการปวดจากการกระจายของมะเร็งไปที่กระดูก อาการปวดจากการกระจายของมะเร็งไปที่สมอง อาการปวดจากผลแทรกซ้อนจากการรักษามะเร็ง ปวดหลังเคมีบำบัด เป็นต้น

ความรุนแรงของความปวด

ความรุนแรงของความปวดเป็นข้อมูลการวินิจฉัยที่มีคุณค่า ให้ผู้ป่วยประเมินว่าความปวดรุนแรงแค่ไหน วิธีที่ง่ายและรวดเร็วคือการประเมินความรุนแรงของความปวดในระดับ 0 - 10 โดยที่ 0 หมายถึงไม่มีความปวดเลย และ 10 คือความปวดที่แสนสาหัสที่สุดเท่าที่จินตนาการได้

ความรุนแรงของความปวด หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมานหรือความรู้สึกปวดมากหรือน้อย โดยการประเมินที่เป็นนามธรรมอาศัยผู้ป่วยบอก ผู้ประเมินต้องเชื่อการประเมินระดับความรุนแรงความปวดมีประโยชน์ในการดูแลแนวโน้มของผลการรักษาพยาบาล

ความรุนแรงของความปวด แบ่งตามระดับดังนี้ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย, 2562 อ้างถึงใน มินา เสาวคนธ์, ปรัชญ์รัตน์ สิทธิบรร โขติ, ภัทรพร ชัยประเทศ, อัจฉรา คำมะতিชัย, นกษา สิงห์วีระธรรม และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2565)

ระดับ 0 ไม่ปวดเลย (No Pain) ขยับตัวก็ไม่ปวด

ระดับ 1 - 3 ปวดน้อย (Mild Pain) ปวดเล็กน้อยพอทนได้ เมื่อนอนเฉย ๆ ไม่ปวด หากขยับตัวจะปวดเล็กน้อย

ระดับ 4 - 6 ปวดปานกลาง (Moderate Pain) นอนเฉย ๆ ก็ปวด ยังมีการขยับตัวก็ยังปวดมากขึ้น

ระดับ 7 - 9 ปวดมาก (Severe Pain) ปวดมากแทบทุกขณะเวลา ไม่ว่าจะนอนนิ่ง ๆ หรือขยับตัว

ระดับ 10 ปวดมากที่สุด (Severe Pain) ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ แม้จะนอนนิ่ง ๆ ก็ตาม

ประเภทของความปวด

ประเภทของความปวดที่เป็นสื่อ นำผู้ป่วยมาพบแพทย์นั้นมีมากมายหลายรูปแบบ ในทางคลินิกแบ่งชนิดของความปวดตามระยะเวลา และพยาธิสรีรวิทยาของความปวด ดังนี้

1. ประเภทตามระยะเวลาในการเกิดความปวด แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552 อ้างถึงใน สิริวิมล กิจชล, 2563)

1.1 ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ร่างกายได้รับอันตรายมีการบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพ จนกระทั่งการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพนั้นหายไปเป็นความปวดที่บุคคลส่วนใหญ่เคยประสบ มีลักษณะเหมือนเป็นสัญญาณเตือนภัยมักเกิดขึ้นทันทีทันใด และจะทุเลาไปภายหลังได้รับการรักษาหรือหายเอง สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะสิ้นสุดลงในอนาคต โดยระยะเวลาของความปวดจะน้อยกว่า 6 เดือน

1.2 ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคงอยู่ตลอดเวลา หรืออาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้แน่นอนว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มักไม่จำกัดอยู่เฉพาะที่ บริเวณที่ปวดเป็นบริเวณกว้าง บอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน เช่น การปวดศีรษะแบบไมเกรน ความปวดจากมะเร็ง โรคข้อรูมาติก และโรคหลอดเลือดแดงอุดตันเรื้อรัง

2. ประเภทตามพยาธิสรีรวิทยาของความปวด ได้แก่ (Macintyre et al., 2010 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย, 2565)

2.1 Nociceptive pain เป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ ส่วนใหญ่เป็นผลจากการที่มีพยาธิสภาพของโรค หรือการแพร่กระจายของโรคไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะภายใน ถ้ามีการกระตุ้นตัวรับความปวด (Nociceptors) ของ Somatic structures (ผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก) เรียกเป็น Somatic nociceptive pain คือ ความปวดของอวัยวะที่นำความรู้สึกโดยประสาท Somatic nerve ตัวอย่าง เช่น Bone pain (ปวดกระดูก), Soft tissue pain (ปวดบริเวณเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ) และ Muscle pain (ปวดกล้ามเนื้อ) เป็นต้น แต่ถ้ามีการกระตุ้นตัวรับความปวดของอวัยวะภายในเรียกเป็น Visceral nociceptive pain เป็นความปวดของอวัยวะที่นำความรู้สึกโดยประสาทอัตโนมัติ ซึ่งส่วนมากเป็น Sympathetic fiber ตัวอย่างของ Visceral pain เช่น Tumor involvement of the organ capsule (ความปวดที่เกิดจากมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียง)

และ Bowel obstruction (ความปวดจากพยาธิสภาพของลำไส้อุดตัน) เป็นต้น ตัวกระตุ้นที่ทำให้ปวดเป็นได้ทั้ง Mechanical (แรงที่มากกระทำ) Thermal (ความร้อน) หรือ Chemical (สารเคมี)

2.2 Neuropathic pain เป็นความปวดซึ่งเป็นผลโดยตรงจากพยาธิสภาพหรือโรคของ Somatosensory system มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท ส่วนใหญ่มักจะเรื้อรัง Neuropathic pain มีอาการปวดได้หลายลักษณะ เช่น ปวดเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (Lancinating) แสบร้อน (Burning) รู้สึกยิบ ๆ ซ้ำ ๆ (Tingling) คัน (Itching) ชา (Paresthesia) ความรู้สึกผิดปกติเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดภายหลังการกระตุ้นก็ได้ อาจเกิดอาการเป็นพัก ๆ หรือตลอดเวลา อาจพบว่ามีารรับรู้ผิดปกติไปด้วย

การประเมินความปวด

เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลการประเมินความปวดวิธีที่น่าเชื่อถือมากที่สุดประกอบด้วย การซักถามถึงความรุนแรง ตำแหน่ง ระยะเวลาของความปวด และลักษณะของความปวดสามารถประเมินได้จากการบอกเล่า การสังเกตพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ความหมายการประเมินความปวด

จิราภรณ์ พงษ์สุน, ทศนีย์ เดชเสน, พชรวดี ประทุมรักษ์, มานะ สมบัติดี, วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์ ทองสิงห์, จณิสตา สายสุด และศิริรัตน์ อินทรเกษม (2560) ระบุว่า การประเมินความปวดหมายถึง การวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เป็นส่วนหนึ่งในการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล และยังมีความสำคัญใช้ในการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการรักษา

ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย (2565) ระบุว่า การประเมินความปวด หมายถึง การรวบรวมข้อมูล เพื่อจัดการความปวดอย่างเป็นองค์รวม อันได้แก่ ความรุนแรงของความปวด ความรู้สึกทางกาย และจิตใจและการรักษาที่เคยได้รับมาก่อน เพื่อพิจารณาให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย

การประเมินความปวดอย่างครอบคลุมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม การประเมินความปวดไม่ดีทำให้การควบคุมความปวดไม่ดีตามไปด้วย (Fillingim, Loeser, Baron & Edwards, 2016) ดังนั้น ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองความปวดในระหว่างการประเมินเบื้องต้นตามระยะเวลาดิตตามผลอย่างสม่ำเสมอ และทุกครั้งที่เริ่มการรักษาใหม่ หากมีอาการปวดในการประเมินตรวจคัดกรอง ผู้ป่วยจะต้อง วัดความรุนแรงของความปวดเนื่องจากความปวดเป็นเรื่องส่วนตัว การรายงานความปวดด้วยตัวของผู้ป่วยเองจึงเป็นมาตรฐานการดูแลประเมินในปัจจุบัน ความรุนแรงของความปวดควรวัดเป็นปริมาณ โดยใช้ระดับคะแนน

ตัวเลข 0 ถึง 10 ระดับหมวดหมู่ หรือระดับภาพ เช่น ระดับคะแนนความปวดบนใบหน้า แบบวัดความปวดบนใบหน้าอาจประสบความสำเร็จสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการให้ความปวดแบบอื่น เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม หรืออุปสรรคในการสื่อสารอื่น ๆ นอกจากนี้ควรขอให้ผู้ป่วยอธิบายลักษณะความปวดของตนเอง เช่น ปวดแสบร้อน หากผู้ป่วยไม่มีอาการ ควรทำการตรวจคัดกรองซ้ำในการนัดตรวจครั้งต่อไป การระบุความปวดผ่านการตรวจคัดกรองซ้ำ ๆ ถือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ การประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) คือ การรายงานความปวดโดยผู้ป่วยเอง (patient' self - report) การประเมินความปวดอย่างครอบคลุมประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินทางด้ายจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2565)

การประเมินความปวด ประกอบด้วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2565)

1. การประเมินประสบการณ์ความปวด คือ ต้องซักประวัติพื้นฐานเกี่ยวกับอาการปวด ได้แก่ 1) เวลาที่เริ่มปวด 2) ตำแหน่งที่ปวด 3) การกระจายของความปวด 4) รูปแบบของความปวด เช่น เป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดตลอดเวลาคำบรรยายลักษณะความปวด เช่น แสบร้อน เหมือนเข็มทิ่มตำ เหมือนไฟช็อต หรือปวดชาเหมือนโดนน้ำแข็ง เป็นต้น 5) ระดับความรุนแรงของความปวด 6) ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง 7) การตอบสนองต่อยาระงับปวดหรือการรักษาในอดีต 8) อาการผิดปกติในระบบอื่น ๆ

2. การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม คือ ความเข้าใจและผลกระทบของมะเร็งและการรักษามะเร็งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ 1) ความหมายและผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) พฤติกรรมในการตอบสนองต่อความเครียดหรือความปวดของผู้ป่วย 3) ความรู้ ความสงสัย ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการระงับปวด 4) ความกังวลของผู้ป่วยต่อการใช้ยาระงับปวด เช่น ยากลุ่มโอปิออยด์ ยานอนหลับ เป็นต้น 5) ผลของศาสนา วัฒนธรรม ต่อความปวดและการแสดงออกของความปวด 6) ผลกระทบของความปวดต่ออารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ทำให้หดหู่ ซึมเศร้า เป็นต้น 7) ความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย

วิธีการประเมินความปวด มี 2 วิธี คือ

1. การประเมินความปวดแบบไม่ใช้เครื่องมือ คือ การประเมินโดยการถามผู้ป่วย อาจให้พยาบาลถามความรู้สึกผู้ป่วยว่า "ขณะนี้ปวดไหม" ผู้ป่วยก็จะตอบความรู้สึกปวดออกมาว่า ปวดหรือไม่ปวด ปวดมากหรือปวดน้อย ทนได้หรือไม่

2. การประเมินความปวดแบบใช้เครื่องมือ เครื่องมือประเมินความปวด ในการประเมินความปวดที่ดีควรประกอบด้วย การวัดความปวด (Pain measurement) ด้วยเครื่องมือประเมินความปวด ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้มาตรวัดบางชนิด ส่วนมากใช้วัดความรุนแรงของความปวด เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของความปวดมีหลายชนิด และในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการประเมินความปวดมากมายให้เลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้ป่วย พยาบาลจะประเมินความปวดในผู้ป่วยที่คลินิกทุกแห่ง และทุกครั้งที่มีผู้ป่วยรายงานความปวดของผู้ป่วย โดยใช้ระดับความปวดที่เชื่อถือได้ในการวัด และติดตามระดับความปวดที่มาตรวัดระดับความปวดแบบตัวเลข สำหรับความรุนแรงของความเจ็บปวด ใช้งานง่ายและผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำได้ ความรุนแรงของความปวดคะแนนมีตั้งแต่ 0 ถึง 10 (Hobbs, Kiera, Davies, Claire, Monroe & Martha, 2022)

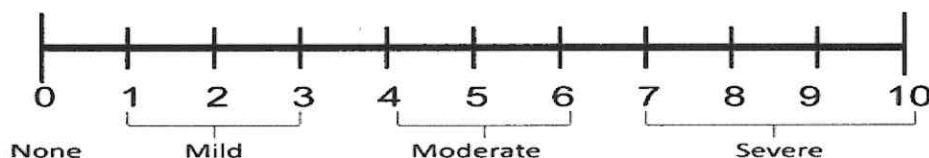
แบบการประเมินความปวด

เครื่องมือการประเมินความปวด แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. การรายงานความปวดโดยผู้ป่วย (Self - report) โดยประเมินทั้งการประเมินด้านเดียวและการประเมินหลายด้าน ได้แก่ การประเมินด้านเดียว (Unidimensional pain assessment) คือ การประเมินเฉพาะระดับความปวด

1.1 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS)

ใช้ประเมินผู้ป่วยเด็กโตหรือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่สามารถบอกความปวดเป็นตัวเลขได้เป็นการใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ชุดตัวเลข จาก 0 - 10 คะแนนอธิบายให้ผู้ป่วย เข้าใจก่อนว่า 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ 10 คือปวดมากที่สุด (Simm, Iddon & Barker, 2014) ให้ผู้ป่วยบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมีขณะนั้น ๆ ข้อดีของ NRS ใช้งานง่าย ในทางปฏิบัติ และมีความตรงสามารถระบุความรุนแรงของความปวดได้อย่างแม่นยำ



ภาพที่ 2.1 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) (Abolfazl, Mohammad, Hamid, Reza & Biglarian, 2016 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย, 2565)

การแปลผล

คะแนน 0 แสดงว่าไม่ปวดเลย

คะแนน 1 - 3 แสดงว่า ปวดเล็กน้อย

คะแนน 4 - 6 แสดงว่า ปวดปานกลาง

คะแนน 7 - 10 แสดงว่า ปวดมากถึงปวดมากที่สุด

1.2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS)

Visual Analog Scale: VAS คือเครื่องมือที่เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายด้านหนึ่ง (ด้านซ้าย) ระบุข้อความว่า "ไม่ปวด" ส่วนอีกด้าน (ด้านขวา) ระบุข้อความว่า "ปวดรุนแรงมากที่สุด" โดยให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งระดับความปวดบนเส้นตรงและวัดผลโดยการเทียบออกมาเป็นคะแนน (Simm, Iddon & Barker, 2014) คะแนนแบ่งเป็น 0 - 10 คะแนน เช่น หากแบ่งคะแนน ความปวดออกเป็น 0 - 10 คะแนน แล้วผู้ป่วยชี้ที่ตำแหน่ง 5.0 เซนติเมตร หมายความว่าผู้ป่วยมีความปวด 5 คะแนนจาก 10 คะแนน เป็นต้น



ภาพที่ 2.2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale: VAS)

(RNAO, 2002 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย, 2565)

การแปลผล

คะแนน 0 แสดงว่า ไม่ปวดเลย

คะแนน 1 - 3 แสดงว่า ปวดเล็กน้อย

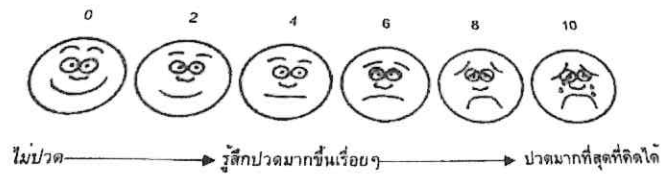
คะแนน 4 - 6 แสดงว่า ปวดปานกลาง

คะแนน 7 - 10 แสดงว่า ปวดมากถึงปวดมากที่สุด

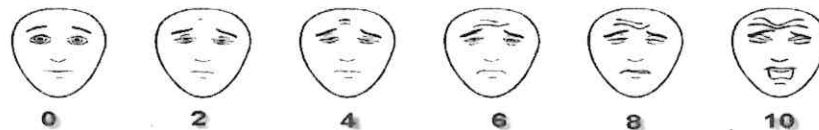
1.3 มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Face Pain Scale: FPS)

สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป และผู้ใหญ่ที่รู้สึกตัว สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ไม่สามารถบอก Numeric Rating scales ได้ เครื่องมือตรวจเป็นรูปหน้าที่มีความสุข เศร้า และร้องไห้ ให้ผู้ป่วยดูรูปภาพและชี้/บอกให้ทราบว่าขณะนี้รู้สึกว่าการปวดอยู่ในภาพใด ห้ามใช้รูปแบบประเมินเปรียบเทียบกับรูปหน้าของผู้ป่วย

Face Pain Scale Revise: FPS-r ได้รับการพัฒนาเป็นมาตราส่วนช่วงเวลาเชิงเส้น ใบหน้าถูกระบุว่า "ไม่เจ็บปวด" จนถึง "เจ็บปวดมาก" และมีการเลือกใบหน้าเพื่อแสดงความปวดที่ตนกำลังเผชิญระหว่างแต่ละใบหน้าทั้งหมด (Alexander Avian, Brigitte Messerer, Andreas Frey, Winfried Meissner, Annelie Weinberg, William Ravekes and Andrea Berghold, 2018)



Faces Pain Scale - Revised



ภาพที่ 2.3 มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า (Face Pain Scale: FPS) (Hockenberry, Marilyn, Wilson & David, 2015 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย, 2565)

การแปลผล

- 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด
- 2 หมายถึง ปวดเล็กน้อย ไม่มีความกังวล
- 4 หมายถึง ปวดเล็กน้อย แต่เริ่มรู้สึกทรมานจากอาการปวดพอสมควร
- 6 หมายถึง ปวดปานกลาง รู้สึกทรมานจากอาการปวดพอสมควร
- 8 หมายถึง ปวดมาก รู้สึกทรมานจากอาการปวดมาก
- 10 หมายถึง ปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้

1.4 มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal rating scale: VRS)

Verbal rating scales: VRS หรือ verbal descriptor scales เป็นชุดของคำบรรยายระดับความปวดทางวาจา เรียงจากน้อยที่สุดไปมากที่สุด (Simm, Iddon, & Barker, 2014) เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจในการให้คะแนนแบบตัวเลข

ไม่ปวดเลย	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
0	1 - 3	4 - 6	7 - 10

ภาพที่ 2.4 มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal rating scale: VRS)
(ทวีศักดิ์ แก้วเปี้ย, 2565)

การแปลผล

ไม่ปวดเลย คะแนน 0

ปวดเล็กน้อย คะแนน 1 - 3

ปวดปานกลาง คะแนน 4 - 6

ปวดมากถึงปวดมากที่สุด คะแนน 7 - 10

การประเมินหลายด้าน (Multi-dimensional pain assessment) คือการประเมินหลายด้านของความปวด ได้แก่ ด้านกาย ด้านจิตใจ และสังคม นิยมประเมินระดับความปวด ผลการรบกวนที่เกิดจากความปวดในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การนอน ภาวะอารมณ์และการเข้าสังคม เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยกรอกแบบประเมินด้วยตนเองหรือใช้การสัมภาษณ์ ซึ่งสามารถประเมินความปวดได้หลากหลายด้านขึ้นกับวัตถุประสงค์ของแบบประเมิน

2. การประเมินความปวดด้วยการสังเกตพฤติกรรมความปวด (Behavioral pain assessment) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร ได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก 1 - 6 ปี หรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการสื่อสาร ให้ใช้การประเมินพฤติกรรมความปวดแทน โดยให้เลือกแบบประเมินให้ตรงกับอายุ ประเภทความปวด ได้แก่ ความปวดเฉียบพลัน ความปวดเรื้อรัง ความปวดในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น เลือกลงตามบริบทของผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินในหอผู้ป่วยวิกฤต การประเมินในห้องฉุกเฉิน เป็นต้น

การจัดการความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ สร้างความทุกข์ ทรมานให้กับผู้ป่วย การประเมินความปวดอย่างแม่นยำควบคู่ไปกับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ผู้ป่วยปวดลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความหมายการจัดการความปวด

สิริวิมล กิจชล (2563) ระบุว่า การจัดการความปวด หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดหรือบรรเทาอาการปวดทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม

จันทร์ฉาย มณีวงษ์, ขวัญฤทัย พันธุ และ เรวดี โพธิ์รัง (2563) ระบุว่า การจัดการความปวด หมายถึง การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินลักษณะความเจ็บปวด จัดระดับความรุนแรง ดำเนินการเพื่อขจัดสาเหตุ ลด บรรเทา และควบคุมความเจ็บปวด ตลอดจนดูแลผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บปวดและการดูแลรักษา

การจัดการความปวด เป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อบรรเทาหรือลดความปวดของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการจัดการความปวด ได้แก่ (ชัชมน ดำรงค์ธรรม, 2552 อ้างถึงใน ปริพนธ์ พิษยพานิชย์ และชวลิต ชยวงศ์, 2564)

1. การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา (non - pharmacological pain management)

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา สามารถใช้ควบคู่กับการให้ยาแก้ปวดได้ แต่ไม่สามารถทดแทนยาแก้ปวดได้ เพื่อบรรเทาความปวดและลด การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีวิธีการหลากหลาย เป็นวิธีการ ทางกายภาพที่ปฏิบัติบ่อย มีดังนี้

1.1 การจัดท่า (Positioning) การจัดท่าเพื่อสุขสบายหลังทำกิจกรรมทางการพยาบาล ช่วยลดความตึงของแผล ผู้ป่วยสามารถที่จะลดแรงกดดัน ผ่อนคลาย มีความพร้อมที่จะเคลื่อนไหว ร่างกายได้เพิ่มมากขึ้น การจัดท่าและให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย เช่น ศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi - Fowler's position) และงอเข่าเล็กน้อยจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้

1.2 การสัมผัส (Touch) เป็นวิธีที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้เครื่องมือใด ๆ เช่น การจับมือ การลูบเบา ๆ ที่แขน ไหล่ หรือมือผู้ป่วย เป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัส เอ เบต้า (A - beta fibers) ทำให้ยับยั้งเส้นใยซีราติโนซ่า (Substantia gelatinosa) หรือ เอสจี เซลล์ (SG cells) ยับยั้งการนำเซลล์ประสาทความปวดไปสู่สมอง ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดการตึงของของเสียจากการเผาผลาญภายในร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย คลายวิตกกังวล และเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยอีกทาง

1.3 การลดปวดด้วยกระแสไฟฟ้า (Trans - cutaneous Electrical Nerve Stimulation: TENS) เหมาะที่จะลดปวดทั้งในรายที่มีอาการปวดชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง และปวดร้าว เช่น ในรายที่มีการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา ข้อแพลง ปวดร้าวตามเส้นประสาท (Neuralgia) ผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัด อาการปวดเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุมาจากกระดูก และกล้ามเนื้อ การปวดศีรษะ เป็นต้น บัญญัติที่ทำให้ผลการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าได้ผลดีนั้น ไม่ใช่ขึ้นกับการเลือกขนาด ชนิด ของกระแสไฟ และตำแหน่งการวางขั้วกระตุ้นเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับการประเมินผล การวินิจฉัยและการหาสาเหตุของโรค ที่ถูกต้องอีกด้วย ข้อควรระวังในการใช้กระแสไฟฟ้าเพื่อการลดปวดนั้น ก็คล้ายกับข้อควรระวัง ในผู้ป่วยที่ใช้กระแสความถี่ต่ำทั่วไป เช่น ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ติดขั้วไฟฟ้า (Pace makers) อาจต้องมีการวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจร่วมขณะทำการกระตุ้น นอกจากนั้นการเลือกใช้กระแสไฟ และเทคนิคกระตุ้น ก็เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึง เช่น กรณีที่ใช้ลดปวดด้วยกระแสไดอะไดนามิกส์ (Diadynamic current)

ควรคำนึงถึงปฏิกิริยาเคมีได้ชั่ว ซึ่งทำให้เกิดการระคายต่อผิวหนัง การใช้กระแส TENS อาจจะทำให้เกิดความดันลดลงอย่างรวดเร็วในกรณีที่ชั่วกระตุ้นไปกระตุ้นถูกบริเวณ Carotid sinus หรือในกรณีของการใช้กระแสไฟฟ้าตรงสัณฐานสูงอาจจะต้องคำนึงถึงปริมาณกระแสที่ใช้กระตุ้น เป็นต้น

1.4 การนวด (Massage) เป็นการสัมผัสที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกสบาย จากการถูกระตุ้นศูนย์ควบคุมความปวดที่สมองให้มีการหลั่งสารเอนโดर्फิน และเอนเคฟาลิน ผ่านยังประสาทนำลงมาสู่ไขสันหลังจะยับยั้งความปวด และมีการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งมีผลไปยับยั้งการทำงานของเอสจีเซลล์ ไม่ทำให้เกิดการหลั่งสารพีที่ไปกระตุ้นทีเซลล์ โดยเป็นการไปปิดประตู ทำให้ความปวดลดลง การนวดเป็นวิธีการที่ถูกนำมาใช้ เพื่อบรรเทาอาการปวดทั้งแบบเฉียบพลัน และปวดเรื้อรังการนวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสามารถช่วยลดอาการปวดได้

1.5 การบรรเทาความปวดโดยอาศัยความคิดและพฤติกรรม

1.5.1 การสอน หรือให้ข้อมูล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และการคาดการณ์ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเผชิญความรู้สึกปวดต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ช่วยลดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล และเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวดของผู้ป่วยได้ดีขึ้น

1.5.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีที่ดึงดูดความสนใจหรือเปลี่ยนความสนใจโดยสิ่งที่กระตุ้นใหม่จะเข้าสู่เมดุลลา เรติคูลา ฟอร์เมชัน (Medullary reticular formation) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่ตอบสนองต่อความปวดอัตโนมัติ ผู้ป่วยสนใจความปวดลดลง ตัวอย่างการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ 1) การดู (Visual distraction) เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ เป็นต้น 2) การคิด (Project distraction) เช่น การเล่นเกม เป็นต้น และ 3) การฟัง (Auditory distraction) เช่น ฟังดนตรี บรรเลง เป็นต้น

1.5.3 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) การผ่อนคลาย โดยที่ภาวะร่างกายและจิตใจนั้นปราศจากความตึงเครียด และความวิตกกังวล เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความปวดมีความสัมพันธ์กัน ถ้ามีความวิตกกังวลสูง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะเพิ่มสูงขึ้นความปวดก็เพิ่มสูงตามด้วย แต่ถ้าความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงหรือทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความวิตกกังวลก็จะลดลง ความปวดก็จะลดลงตามไปด้วย เทคนิคการผ่อนคลายทำได้หลากหลายวิธี เช่น การนั่งสมาธิ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การฟังดนตรี การสร้างจินตนาการ

การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช่ยาแก้ปวดนั้นมุ่งเน้นการดูแลทางด้านร่างกาย และจิตใจ หลักการในการรักษา คือ การให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวปฏิบัติหรือวิธีการรักษาได้ รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งสถานภาพทางสังคม ทำงานได้เหมือนเดิม ใช้ชีวิตกับครอบครัวได้ตามปกติ

2. การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา (Pharmacological pain management)

การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา โดยยึดหลักในการให้ยา 3 ขั้นไค้ขั้นตอน (three step ladder) ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (World Health Organization Analgesic Ladder) (World Health Organization, 1996)



ภาพที่ 2.5 3 ขั้นไค้ขั้นตอน (three step ladder) ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก
(World Health Organization, 1996)

ขั้นที่ 1 ให้ยาที่ไม่มีส่วนผสมของโอปิออยด์ (non opioid) ได้แก่ ยา Paracetamol, Aspirin, NSAIDs ในผู้ป่วยมะเร็งที่ประเมินความรุนแรงของความปวดในระดับความปวดน้อย (NRS 1 - 3) โดยให้ร่วมกับยาเสริม (adjuvant) ได้แก่ ยา Amitriptyline, Nortriptyline, Gabamazepine, Gabapentin, Pregabalin หรือกลุ่มยาสเตียรอยด์

ขั้นที่ 2 ถ้าความปวดไม่ดีขึ้นด้วยการใช้ยาตามขั้นที่ 1 หรือในผู้ป่วยมะเร็งที่ประเมินความรุนแรงของความปวดในระดับความปวดปานกลาง (NRS 4 - 6) ให้ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ได้แก่ ยา Codeine, Tramadol โดยให้ non opioid และ adjuvant เสริมร่วมด้วยก็ได้

ขั้นที่ 3 ถ้าความปวดไม่ดีขึ้นด้วยการใช้ยาตามขั้นที่ 2 หรือในผู้ป่วยมะเร็งที่ประเมินความรุนแรงของความปวดในระดับความปวดมาก (NRS 7 - 10) ให้ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) ได้แก่ ยา Morphine, Methadone, Fentanyl และหรือให้ยา non opioid และ adjuvant เสริมร่วมด้วยก็ได้

เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ พยาบาลจะประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอความปวดของผู้ป่วยหากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา พยาบาลจะประเมินความปวดของผู้ป่วยอีกครั้งหลังจากที่ผู้ป่วยรับไปแล้ว ระยะเวลาในการประเมินใหม่ขึ้นอยู่กับเส้นทางการให้ยา คู่มือการบริหารยา กลุ่ม โอปิออยด์ (opioid) (Hobbs, Kiera, Davies, Claire, Monroe, Martha, 2022) ผลของยาระงับปวดสูงสุดของยาจะเกิดขึ้นประมาณ 15 นาทีหลังการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ประมาณ 15 - 30 นาที หลังการให้ยาผ่านทางผิวหนัง และประมาณ 60 นาที หลังการให้ยาปาก

การจัดการความปวดด้วยยามีความสำคัญในการจัดการความปวด พยาบาลควรบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามประเมินตรวจสอบความถูกต้องในการให้ยาซึ่งควรประเมินภายหลังในการให้ยา และถ้าพบว่าอาการปวดไม่ดีขึ้นควรรับรายงานแพทย์เพื่อปรับยาบรรเทาปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

คำแนะนำอาการข้างเคียงจากยาในกลุ่ม opioids ที่มีฤทธิ์แรงได้แก่ ยา Morphine, Pethidine, Methadone, Fentanyl และวิธีป้องกันและการพยาบาลเบื้องต้น (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องปวดแห่งประเทศไทย, 2562) ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 อาการข้างเคียงจากยาในกลุ่ม opioids และวิธีป้องกันและการพยาบาลเบื้องต้น

อาการ	วิธีป้องกันและการพยาบาลเบื้องต้น
ท้องผูก	1) แนะนำรับประทานอาหารที่มีกากใยและดื่มน้ำให้เพียงพอ 2) แนะนำการออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ 3) ให้ยาระบาย 4) สวนอุจจาระ
คลื่นไส้ อาเจียน	1) ให้ยาในกลุ่มแก้คลื่นไส้ อาเจียน ได้แก่ ยา Metoclopramide, Domperidone, Ondansetron เป็นต้น 2) แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก 3) แนะนำเลี่ยงรับประทานอาหารรสจัด มัน
คัน	1) ให้ยาในกลุ่มแก้คัน ได้แก่ ยา Diphenhydramine, Promethazine 2) แนะนำการดูแลผิวให้ชุ่มชื้น ทาโลชั่นหรือออยทาผิว เสื้อผ้า หรือที่นอนเป็นผ้าที่นุ่ม สบาย ไม่แข็งเสียดสีผิว
สับสน	1) ให้ยาในกลุ่ม Haloperidol, Risperidone 2) ประเมินระดับความรู้สึกตัวหลังได้ยาระงับปวด ประเมินหาสาเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดภาวะสับสน ได้แก่ ภาวะไข้ ภาวะช็อค ภาวะความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายหรือติดเชื้อ เป็นต้น
ง่วงซึม	1) ให้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ขนาดต่ำ การปรับเปลี่ยนกลุ่มยาหรือให้ยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาในกลุ่มโอปิออยด์

นวัตกรรม

นวัตกรรมเป็นสิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ที่ไม่เคยมีมาก่อนในหน่วยงานและองค์การยอมรับเอาไปใช้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

นวัตกรรม (Innovation) มีรากศัพท์มาจาก innovare ในภาษาละติน แปลว่า ทำสิ่งใหม่ขึ้นมา การนำแนวความคิดใหม่หรือการใช้ประโยชน์จากสิ่งที่มีอยู่แล้วมาใช้ในรูปแบบใหม่เพื่อทำให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจ หรือก็คือ “การทำในสิ่งที่แตกต่างจากคนอื่นโดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (Change) ที่เกิดขึ้นรอบตัวเราให้กลายมาเป็นโอกาส (Opportunity) และถ่ายทอดไปสู่แนวความคิดใหม่ที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม” แนวความคิดนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 21 โดยจะเน้นไปที่การสร้างสรรค์ การวิจัยและพัฒนาทาง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อันจะนำไปสู่การได้มาซึ่ง นวัตกรรมทางเทคโนโลยี (Innovation Technology)

ความหมายของนวัตกรรม

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ [องค์การมหาชน] (สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, 2547) ได้ให้ความหมายคำว่า นวัตกรรม (Innovation) คือ สิ่งใหม่ที่เกิดจากการใช้ความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ ที่มีประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคม และยังได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานในช่วงปี 2562 - 2565 ออกมาโดยมุ่งผลักดันประเทศไทยให้ไปสู่ประเทศแห่งนวัตกรรม (Innovation Nation) อันนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 4 ยุทธศาสตร์ด้วยกัน ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความเข้มแข็งระบบนวัตกรรม (Strong Innovation System) ยุทธศาสตร์ที่ 2 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงทางนวัตกรรม (Catalyst for Changes) ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างคุณค่าใหม่ทางนวัตกรรม (Nurturing Future Value) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาผู้องค์กรแห่งนวัตกรรม (Innovation Organization)

เทพรัตน์ พิมลเสถียร (2560) ระบุว่า นวัตกรรม หมายถึง การเปลี่ยนแปลง การนำสิ่งใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นแนวคิด วิธีการ มาใช้ในการทำงาน เพื่อสร้างสรรค์ ผลผลิตใหม่ ๆ ที่แตกต่างจากเดิม

อำนวย ธัญรัตน์ศรีสกุล (2561) ระบุว่า นวัตกรรม หมายถึง แนวคิด วิธี และรูปแบบใหม่ ๆ ในการจัดการองค์กร การดำเนินงาน และการให้บริการ อันเป็นผลมาจากการสร้าง พัฒนา เพิ่มพูนต่อยอด หรือประยุกต์ใช้องค์ความรู้และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หรือคุณภาพของการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

สมบัติ นามบุรี (2562) ระบุว่า นวัตกรรม หมายถึง ความคิดและกระบวนการใหม่ ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน หรือการพัฒนาต่อยอดจากของเดิมให้ดีขึ้นและเมื่อนำมาใช้สามารถทำให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อแดร์ (Adair, 2009) ระบุว่า นวัตกรรม หมายถึง การแนะนำในบางสิ่งบางอย่างที่ใหม่ หรือเป็นความคิดใหม่ หรือเป็นกระบวนการใหม่ หรือเป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ มีความคิดสร้างสรรค์ และสามารถนำไปใช้ได้จริง

กลิดดอน (Gliddon, 2006) ระบุว่า นวัตกรรม หมายถึง ความคิด การปฏิบัติ หรือวัตถุ ที่ถูกมองว่าเป็นสิ่งใหม่ ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปกว่าเดิมโดยบุคคลหรือกลุ่มงานนำไปใช้

สรุป นวัตกรรม คือ บางสิ่งบางอย่างที่ใหม่ หรือเป็นความคิดใหม่ หรือเป็นกระบวนการใหม่ หรือเป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ สามารถนำไปใช้ได้จริง

ประเภทของนวัตกรรม

ประเภทของนวัตกรรมนั้นมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปตามการให้คำนิยาม ความหมายหรือคุณลักษณะของคำว่านวัตกรรม นวัตกรรมเป็น 11 ประเภท ดังนี้ (Varadarajan and Jayachandran, 2018 อ้างถึงใน ยอดขวัญ ชื่นบาน, 2565)

1. นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) หมายถึง การนำเอาผลิตภัณฑ์ หรือวิธีการใหม่ ๆ หรือที่ถูกพัฒนาปรับปรุงขึ้นมาใช้ เช่น การพัฒนาทางเทคนิค การพัฒนาอุปกรณ์ การผลิตซอฟต์แวร์ใหม่ ๆ

2. นวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) หมายถึง กระบวนการที่ดัดแปลง หรือยกระดับความคิดเพื่อสร้างคุณค่าหรือข้อเสนอทางการตลาดที่มีคุณค่าแก่ลูกค้า เช่น การริเริ่ม นำเอาผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ ๆ มาใช้

3. นวัตกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป (Incremental Product Innovation) หมายถึง นวัตกรรมที่ยกระดับรูปลักษณะ ประโยชน์ หรือการปรับปรุงสิ่งเดิมที่มีอยู่ เช่น การสร้างผลิตภัณฑ์ ที่มีคุณประโยชน์มากกว่าเดิมแต่ราคาถูกลงกว่าเดิม

4. นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์แบบก้าวกระโดด (Radical Product Innovation) หมายถึง นวัตกรรมนำเอาสิ่งเก่ามาต่อยอดเป็นการผลิตสิ่งใหม่โดยอาศัยการบูรณาการเทคโนโลยี หลักที่มีความแตกต่างกันอย่างมากกับการสร้างผลประโยชน์อย่างสูงสุดแก่ลูกค้า นวัตกรรมประเภทนี้จะทำให้เกิดความต้องการทางการตลาดใหม่ของลูกค้าอย่างชัดเจน

5. นวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ (Exploitative Innovation) หมายถึง นวัตกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงองค์ประกอบที่มีอยู่เดิมและถูกสร้างหรือผลิตบนพื้นฐานของเทคโนโลยีเดิมที่มีอยู่

6. นวัตกรรมเทคโนโลยี (Technological Innovation) หมายถึง เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่องค์กรนำเข้ามาใช้ในการผลิตผลิตภัณฑ์หรือสินค้าที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากกว่าสินค้าเดิม ที่มีอยู่ในตลาด

7. นวัตกรรมที่เกิดจากการสำรวจ (Exploratory Innovation) นวัตกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนจากการใช้เทคโนโลยีเดิมที่มีอยู่ไปเป็นการใช้เทคโนโลยีหรือองค์ความรู้ใหม่ทั้งหมด

8. นวัตกรรมสถาปัตยกรรม (Architectural Innovation) คือ นวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบหรือส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ แต่ยังคงไว้ซึ่งองค์ประกอบหลักหรือแนวคิดหลักของสิ่ง ๆ นั้น

9. นวัตกรรมย้อนรอย (Reverse Innovation) คือ นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นในตลาดเกิดใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการและลักษณะเฉพาะของลูกค้าในตลาดและต่อมาได้เปิดตัวในตลาดที่ถูกพัฒนาแล้ว

10. นวัตกรรมทางสังคม (Social Innovation) หมายถึง แนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาสังคมที่มีประสิทธิผลประสิทธิผลยั่งยืนหรือมากกว่าแนวทางแก้ไขที่มีอยู่และคุณค่าที่สร้างขึ้นจะเกิดขึ้นกับสังคมโดยรวมเป็นหลักมากกว่าบุคคล

11. นวัตกรรมที่ยั่งยืน (Sustainable Innovation) หมายถึง การนำเอาผลิตภัณฑ์กระบวนการในการปฏิบัติใหม่ไปใช้และการนำนวัตกรรมไปใช้ไม่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมหรือส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยผลิตภัณฑ์เชิงนวัตกรรมที่ยั่งยืนนั้นจะหมายถึงการต่อยอดหรือพัฒนาสิ่งเดิมที่มีอยู่ให้เป็นมิตรแก่สิ่งแวดล้อมมากขึ้นทั้งในแง่ของการผลิตการใช้และการทำลาย

หลัก 3 ข้อในการเป็นนวัตกรรม (อานวย ธีรรัตน์ศรีสกุล, 2561)

1. Thing มีรายละเอียดชัดเจน ขั้นตอนชัดเจน เห็นรูปร่างลักษณะชัดเจน เป็นรูปธรรม
2. New ความใหม่ เคยมีมาก่อนหรือไม่ (ถ้าไม่ใหม่เขียนบอกได้ว่าแตกต่างจากที่อื่นตรงไหน)

3. Value มีคุณค่าเพิ่มผลประโยชน์ เพิ่มคุณค่าทางจิตใจ ลดการใช้ทรัพยากร

ขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนานวัตกรรม

เพื่อให้การพัฒนานวัตกรรม มีความชัดเจนน่าเชื่อถือ และนำไปใช้ประโยชน์จริงได้ จึงขอเสนอแนวทางในการพัฒนา ดังนี้ (อานวย ธีรรัตน์ศรีสกุล, 2561)

1. ค้นหาปัญหาในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยความช่างสังเกต ความเอาใจใส่ต่อระบบกลไก ขั้นตอนต่าง ๆ จากการค้นคว้า การศึกษาข้อมูลเพื่อการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา สร้างสรรค์งานนวัตกรรม

2. ประเมินความต้องการนวัตกรรม (Need Analysis) โดยทำความเข้าใจปัญหาที่พบแล้วค้นหาสาเหตุของปัญหา ความบกพร่อง ความไม่สมบูรณ์ เหล่านั้น

3. สร้างแนวร่วมและทีมงาน พุดคุย เพื่อค้นหาสิ่งที่มีความสนใจร่วมกัน อาจใช้การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญนวัตกรรมทางสุขภาพต้องอาศัยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ และกระบวนการวิจัย เพื่อให้งานนวัตกรรมมีความชัดเจนและตรงตามสภาพปัญหา มีความน่าเชื่อถือ และนำไปใช้ประโยชน์ได้

4. กำหนดประเด็น หัวข้อที่ต้องการพัฒนาเป็นนวัตกรรม เพื่อให้เกิดความเฉพาะเจาะจง ไม่ศึกษาหลายเรื่องในคราวเดียวกัน นวัตกรรมที่ได้อาจเป็นกลวิธี เทคนิค โปรแกรม วัสดุ - อุปกรณ์ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม การจัดระบบ หรือการกำหนดนโยบาย

5. ทบทวนงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยตรวจสอบว่ามีวิธีในการแก้ปัญหา พิจารณาข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธี และใช้การประเมินนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ หรืออาจศึกษาเป็นลำดับย่อย ดังนี้

ก) สืบค้นงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ข) ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของงานวรรณกรรมนั้น โดยพิจารณาว่าเป็นงานที่มีคุณภาพ การนำไปปฏิบัติได้จริง และพิจารณาลำดับความเห็นจากผู้ใช้งาน หรือใช้บริการที่มีผลการใช้แล้วนวัตกรรมนั้นมีคุณภาพสูงและมีการใช้บ่อยครั้ง

ค) พิจารณาความเป็นไปได้ (Feasibility) นำไปปฏิบัติได้จริงตามสภาพแวดล้อมการใช้งานของกลุ่มเป้าหมาย

6. สังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากวรรณกรรมที่มีคุณภาพ เพื่อนำมาบูรณาการ วางแผน ออกแบบนวัตกรรม

7. ออกแบบนวัตกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนระบบ การปฏิบัติการดูแล หรือการบริหารจัดการให้ดีขึ้น

8. กำหนดวิธีการวัดผล (Measurement) เพื่อหาประสิทธิภาพของนวัตกรรมที่สร้างขึ้น อาจเป็นตัวชี้วัดจากสุขภาพผู้ป่วย คุณภาพของการทำงาน โดยมากมักใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเนื่องจากเป็นรูปธรรมสามารถแปลผลและอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้รับบริการที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มที่ศึกษาได้ อย่างไรก็ตามอาจใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นตัวชี้วัดเพื่อความครอบคลุมในประสิทธิภาพของนวัตกรรม โดยสมบูรณ์

9. กำหนดรายละเอียดวิธีการใช้นวัตกรรม หรือการทดลองใช้นวัตกรรม

10. ทดลองใช้นวัตกรรมในกลุ่มเป้าหมาย ตามที่วางแผนไว้ในข้อ 5, 6 และ 7

11. ประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมจากการทดลองใช้

12. บันทึกผล พร้อมแหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการสร้างนวัตกรรมทางสุขภาพ พร้อมทั้งอภิปรายผลลัพธ์ของนวัตกรรม

13. การเผยแพร่งานนวัตกรรมเพื่อนำไปใช้จริง ถือเป็นความสำเร็จขั้นสูงสุด ในการพัฒนานวัตกรรม ซึ่งจะต้องสามารถจูงใจให้เกิดการนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ อย่างกว้างขวาง ประเมินงานนวัตกรรมการพิจารณาคุณภาพของงานนวัตกรรมนั้น โดยทั่วไป จะพิจารณา 4 ด้าน คือ ความใหม่ ความคิดสร้างสรรค์ กระบวนการจัดการนวัตกรรม และการนำนวัตกรรม ไปใช้ประโยชน์ ดังนี้ ระดับความใหม่ พิจารณาว่าเป็นนวัตกรรมแบบต่อยอด หรือการประดิษฐ์สิ่งใหม่ มีงานนวัตกรรมที่มีลักษณะเทียบเคียงกันมาก่อนหรือไม่ “ความใหม่” ที่นำเสนอต่อตลาดหรือสังคม ซึ่งอาจแบ่งระดับของความใหม่ออกได้ ดังนี้ ว่าเป็นความใหม่สำหรับตนเอง (Individual) แผนก (Department) ส่วนงาน (Site) องค์กร (Company) ตลาด (Market) อุตสาหกรรม (Industry) ประเทศ (Country) หรือโลก (The world)

สรุป การสร้างสรรค์นวัตกรรม ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้คนมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตที่ยืนยาว อย่างมีคุณภาพชีวิต งานนวัตกรรมทางสุขภาพจึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาให้คนมีสุขภาพดี โดยลักษณะงานนวัตกรรมอาจอยู่ในรูป วิธีการ สิ่งประดิษฐ์หรือกระบวนการก็ได้ ทั้งนี้งานนวัตกรรม จะมีส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ที่จะ สามารถพัฒนางานนวัตกรรมนอกจากต้องมีความคิดสร้างสรรค์แล้วยังจะต้องใช้กระบวนการวิจัย ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้เกิดนวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้งานได้จริง

นวัตกรรมทางการแพทย์

ในปัจจุบันมีการแข่งขันด้านการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน จึงได้มีการสร้างนวัตกรรมและมีการพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนา คุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น นวัตกรรมยังเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยในการส่งเสริมให้เกิดการบริการ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการช่วยยกระดับของโรงพยาบาลให้ดีขึ้นอีกด้วย และต้องการลด ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพและยังเป็นการส่งเสริมการพัฒนากระบวนการที่ เข้มแข็งและความคุ้มค่า คุ่มทุน พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้รับความคาดหวังให้มีบทบาท สำคัญในการดูแล บริการอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงมีความจำเป็น ต้องพัฒนาการบริการในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถพัฒนาได้หลายวิธี เช่น พัฒนานวัตกรรม จากงานประจำ พัฒนาจากงานวิจัย เป็นต้น ได้มีการนิยามความหมายนวัตกรรมทางการแพทย์ ดังนี้

ลำพู สนั่นเอื้อ (2561) ระบุว่า นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการ ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง ดัดแปลงนวัตกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพได้

ยอดขวัญ ชื่นบาน (2561) ระบุว่า นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการ ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง ดัดแปลงสิ่งเดิมให้เป็น

นวัตกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพที่แข็งแรง

Kaya, Turan & Aydin (2561) ระบุว่า นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง ระบบการทำงานพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนในความพยายามในการสร้างสรรค์นวัตกรรม แนวทางแก้ไข ปัญหา ความท้าทาย และความต้องการของการให้บริการด้านสุขภาพให้มีความก้าวหน้า

โดยสรุป นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งใหม่ ๆ ที่อาจเป็นความคิด กิจกรรม วิธีการปฏิบัติ เทคโนโลยีหรือสิ่งประดิษฐ์ ที่ไม่เคยมีมาก่อน หรือการนำสิ่งที่มีอยู่แล้วนำมาพัฒนา มาใช้ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ

บทบาทพยาบาลกับนวัตกรรม สามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ (ศูนย์การเรียนรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2553 อ้างถึงใน ลำพู สนั่นเอื้อ, 2561)

1. ด้านการคิดค้นนวัตกรรม คือวางแผนการใช้นวัตกรรม บทบาทการมีส่วนร่วม ในการคิดค้นนวัตกรรมทางสุขภาพใหม่ ๆ หรือร่วมวางแผนการใช้นวัตกรรมที่มีอยู่แล้ว
2. ด้านเป็นผู้ใช้นวัตกรรม ควรศึกษานวัตกรรมให้เข้าใจถ่องแท้ถึงข้อดีข้อเสีย และเตรียมเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจนวัตกรรมถูกต้องตรงกัน การใช้นวัตกรรมควรยึดหลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ นวัตกรรมมากกว่าผลงาน
3. ด้านการประเมินผล เมื่อนำนวัตกรรมไปใช้ในสถานที่บริการทางสุขภาพที่ใดแล้ว ในระยะเริ่มแรกควรติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิดและประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อรู้ข้อดีข้อเสียของการดำเนินงานแล้วนำมาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาต่อไป

การออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงหลายประการ ได้แก่ (ศูนย์การเรียนรู้ นวัตกรรมทางการแพทย์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2553 อ้างถึงใน ลำพู สนั่นเอื้อ, 2561)

1. ประสิทธิภาพ (Efficiency) โดยพัฒนาจากระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง มีระบบของการศึกษาค้นคว้าที่ควบคุมอคติในการสรุปผลลัพธ์ของนวัตกรรมที่ค้นคว้า และมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนการอธิบายเหตุผลที่นวัตกรรมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ
2. ความปลอดภัย (Safety) ในการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ใช้งาน
3. การใช้ทรัพยากร (Resource) ที่ลดลงเมื่อใช้นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นทั้งในด้านการเงิน เวลา และบุคลากร
4. ความสามารถในการถ่ายโอนสู่การนำไปใช้ (Usability and transferability) ในด้าน
 - 4.1 เป้าหมายของนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่า (Value) ขององค์กร และบุคลากรที่ต้องนำไปปฏิบัติ

4.2 นวัตกรรมทางการแพทย์บาลสนับสนุนความสำเร็จของพันธกิจและกิจกรรมการดำเนินงานขององค์กร

โดยสรุปการพัฒนาวัตกรรมการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสบความสำเร็จ โดยเริ่มจากพยาบาลมองเห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการสังเกต เอาใจใส่ในสิ่งผิดปกติแล้วนำมาประเมินความต้องการ ค้นหาปัญหา ขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อการเริ่มต้นที่ชัดเจน และตรงตามสภาพปัญหา มีการกำหนดหัวข้อที่ต้องการพัฒนานวัตกรรม ทำการศึกษา ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแล้วนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ หลังจากนั้นออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์ มีการกำหนดวิธีวัดประสิทธิภาพของนวัตกรรม แล้วนำไปทดลองใช้ หลังจากนั้น ประเมินผลนวัตกรรมที่ทดลองใช้ สุดท้ายคือเผยแพร่นวัตกรรมไปใช้จริง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิราภรณ์ พงษ์สุน, ทศนีย์ เดชเสน, พชรวดี ประชุมรักษ์, มานะ สมบัติดี, วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์ ทองสิงห์, จณิสตา สายสุด และศิริรัตน์ อินทรเกษม (2560) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBN pain expression กับการจัดการความปวดแบบเดิมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า จากผลการศึกษา นวัตกรรมประเมินความปวด VNBN pain expression มีประสิทธิผลมากกว่าการประเมินความปวดแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศรีสุดา งามจำ, นิสา กรุทจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเดือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดน้าย และ รุ่งนภา เขียวอ่ำ (2561) ได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบสุ่ม (Simple random sampling) และจับฉลากเลือกสถานที่เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 535 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 15 ปี คะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ เท่ากับ 19.35 (SD = 3.95) คะแนนจากคะแนนเต็ม 40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 48.4 เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด จำแนกตามระดับการศึกษา ระยะเวลาของประสบการณ์ และประวัติการอบรมเกี่ยวกับความปวด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ณฐมน สืบชุย, จิราพร ทรงพระ, นุจริย์ สิงห์เกิด และรวีภา เครือแสง (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมเอสเคโมเดลเพื่อลดอาการข้อไหล่ติด ในผู้สูงอายุตำบลแสงพัน อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีองศาข้อไหล่ติดในระดับกลาง โดยประเมิน

ด้วยเครื่องมือ Thai arthrometric navigator scale (TAN scale) จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีอาการข้อไหล่ลดลง โดยพบว่าระดับองศาข้อไหล่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value < 0.001) มีความพึงพอใจโดยรวมในการใช้นวัตกรรมเอสเคโมเดลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = .023)

จันทร์ฉาย มณีวงษ์, ขวัญฤทัย พันธุ และเรวดี โพธิ์รัง (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปวดและการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 100 คน ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้อาการปวดและระดับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .039, r = .404 ตามลำดับ) และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการจัดการอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .616) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินและการจัดการอาการปวดอย่างต่อเนื่อง และควรพัฒนารูปแบบการจัดการอาการปวดโดยการไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้นและในการจัดการอาการปวดหลังการผ่าตัดของผู้สูงอายุควรใช้วิธีการหลายวิธีร่วมกันเพื่อลดระดับความรุนแรงของอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

สิริวิมล กิจชล (2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความปวด จากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูก เนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรชาวสวนผลไม้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน จำนวน 262 ราย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความปวดภาพรวมอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมด้านการรักษาความปวดสูงกว่าด้านการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ โดยปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการความปวดได้ ร้อยละ 49.2 (R^2 = .492, p < .001)

นิภัศสรณ์ บุญญาสันติ และจันจิรา กิจแก้ว (2564) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรัง และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน และ ผู้ป่วยปวดเรื้อรัง จำนวน 30 คน ผลศึกษา พบว่า แบบการประเมินความปวดเรื้อรังประกอบด้วย 1) การประเมินความปวด 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) ความต้องการยาแก้ปวดเพิ่มจากปกติ 4) ความต้องการการดูแลจากแพทย์ หรือพยาบาล 5) คุณภาพการนอนหลับ 6) อารมณ์ 7) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา กลุ่ม Opioids แนวปฏิบัติการจัดการความปวดแบบเรื้อรังแบบลำดับขั้นช่วยให้พยาบาลเข้าใจ มีความมั่นใจในการจัดการความปวดเรื้อรังมากขึ้นการเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลก่อนและหลัง

พัฒนาแนวปฏิบัติฯ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ ในระดับมาก (Mean 4.15, SD .56) ก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีปวดในระดับมาก ร้อยละ 70 หลังใช้แนวปฏิบัติฯ มีความปวดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 60 และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (Mean 4.79, SD .49)

จงลักษณ์ รสสุมาลชาติ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดสำหรับ พยาบาล ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผลการศึกษา จากข้อมูลปัญหา/อุปสรรคของการจัดการความปวด ที่พบได้เกิดการพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลวิชาชีพขึ้น เมื่อเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในผู้ป่วย พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทิศทางที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับแนวทางเดิม ($p < 0.05$) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อแนวทางการจัดการความปวด แบบใหม่ในระดับมาก พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อภาพรวมของการใช้แนวทางการจัดการ ความปวดแบบใหม่ในระดับมาก พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าการใช้แนวทางการจัดการ ความปวดแบบใหม่มีความเป็นไปได้และร้อยละ 93.1 พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามแนวทางใหม่นี้

ทวีศักดิ์ แก้วเบี้ย (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ต่อความปวดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความปวด อย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($p < .01$) และค่าคะแนนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการให้ ข้อมูลการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนสามารถบรรเทาความปวดและส่งเสริม การปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจากบาดเจ็บ

Bielewicz, Daniluk & Kamieniak (2022) ได้ศึกษา VAS และ NRS เหมือนหรือต่างกัน ค่ามาตราส่วนแบบอะนาล็อกที่มองเห็นได้และมาตราส่วนการให้คะแนนเชิงตัวเลขมีประสิทธิภาพ เท่าเทียมกันในการประเมินผู้ป่วยหลังการผ่าตัด microdiscectomy หรือไม่ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด microdiscectomy จำนวน 131 ราย ผลการศึกษา พบว่า แสดงให้เห็นว่า การวัด PI โดย NRS-L/NRS - B และ VAS มีความสัมพันธ์ร่วมกันและทำให้ฟังก์ชันการทำงานที่ประเมินโดย ODI ลดลง แต่อยู่ในโหมดที่แตกต่างกัน NRS และ VAS ไม่ใช่มาตราส่วนคู่ขนานและประเมิน

ความเจ็บปวดในด้านต่าง ๆ การวัดค่า NRS - L 1 เดือนหลังการผ่าตัดด้วยไมโครดิสก์ดูเหมือนจะให้ข้อมูลเชิงลึกอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับประสิทธิผลของขั้นตอนนี้

Kuhlmann, Teo, Olesen, Phillips, Faghih, Tuck & Drewes (2022) ได้ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเจ็บปวดแบบครบวงจรสำหรับโรคข้ออักเสบเรื้อรัง: การทดสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย 91 ราย ผลการศึกษา พบว่า แบบสอบถาม COMPAT-SF ประกอบด้วยมิติความเจ็บปวดดังต่อไปนี้: ก) ความรุนแรงของความเจ็บปวด ข) รูปแบบความเจ็บปวด ค) ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ง) ความเจ็บปวดที่ลุกลาม และ จ) มิติที่อธิบายความเจ็บปวดเชิงคุณภาพ คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมและมิติความเจ็บปวดทั้งหมด ($P < .05$) คะแนนรวม ความรุนแรงของความเจ็บปวด รูปแบบความเจ็บปวด และปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์กับอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ($P < .05$) คะแนนรวมมีความสัมพันธ์กับคะแนน Izbicki และ Brief Pain Inventory ($P < .0001$) ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามในผู้ป่วยในระยะคงที่อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคลาสเท่ากับ 0.89

Alexander Avian, Brigitte Messerer, Andreas Frey, Winfried Meissner, Annelie Weinberg, William Ravekes & Andrea Berghold (2018) ได้ศึกษาคุณสมบัติการปรับขนาดของการให้คะแนนความรุนแรงของความปวดในประชากรเด็กโดยใช้การแก้ไขมาตราส่วนความปวดของไบหน่า : การวิเคราะห์ร่องของข้อมูลที่เผยแพร่ตามทฤษฎีการตอบสนองรายการ กลุ่มตัวอย่าง เด็กหญิงที่มีความปวด จำนวน 246 ราย ผลการศึกษา พบว่าในการศึกษาทั้งสามเรื่อง แบบจำลองระดับการให้คะแนนมีประสิทธิภาพเหนือกว่าแบบจำลองการตอบสนองแบบให้คะแนนหรือแบบจำลองเครดิตบางส่วนในแง่ของความเหมาะสมของแบบจำลอง พบหมวดหมู่การตอบสนองที่ซับซ้อนกันในรายการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดน้อยกว่า ความกว้างของประเภทการตอบสนองจะกว้างขึ้นสำหรับประเภทที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของความเจ็บปวดต่ำ และเล็กลงสำหรับประเภทที่เกี่ยวข้องกับความเข้มของความเจ็บปวดสูง หมวดหมู่การตอบกลับที่เล็กที่สุดนั้นเล็กกว่า 1% - 67% เมื่อเทียบกับหมวดหมู่การตอบกลับที่กว้างที่สุดของรายการเดียวกัน

Finianos, Sanchez-Rodriguez & Miro (2021) ได้ศึกษา ฉบับภาษาอารบิกของ Faces Pain Scale-Revised: คุณสมบัติการปรับตัวทางวัฒนธรรม ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือเมื่อใช้กับเด็กและวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียน 292 คนที่อาศัยอยู่ในเลบานอน ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างคะแนนของ FPS - R - Arabic และ NRS - 11 - Arabic ($r = 0.72$; $p < 0.001$) ซึ่งสูงกว่าความสัมพันธ์ของคะแนนของ FPS - Arabic กับ PCS - C คะแนนอารบิก ($z = 7.36$, $p < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน FPS - R - Arabic ในการวัดทั้งสองก็มีความแข็งแกร่งเช่นกัน ($r = 0.76$;

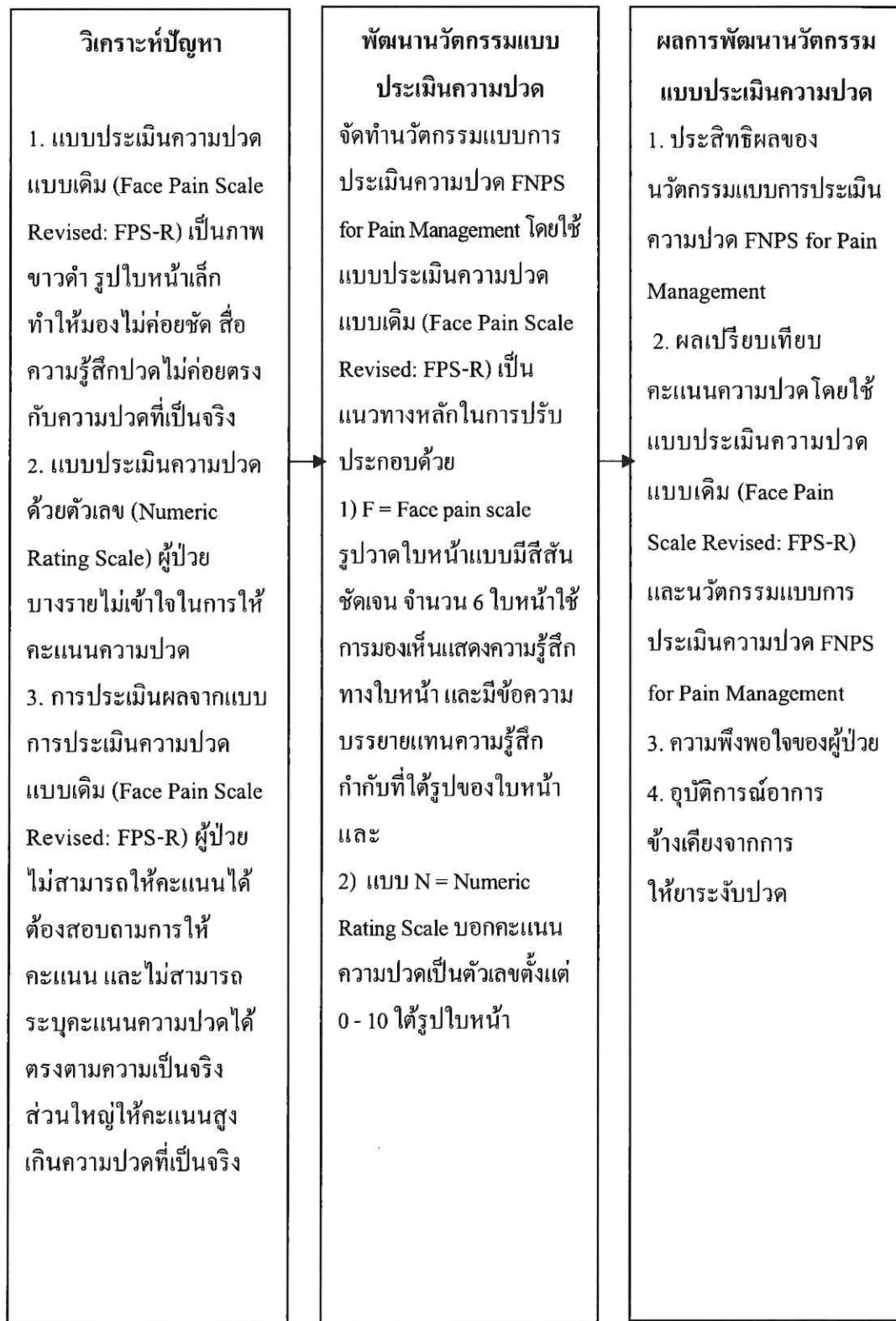
$p < 0.001$) การค้นพบนี้สนับสนุนความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของการบรรจบกันและแบ่งแยกของคะแนน FPS - R - Arabic เมื่อใช้ในการวัดความรุนแรงของความเจ็บปวดในคนหนุ่มสาวอายุ 8 ถึง 18 ปี

Alsaraireh, Eshah, Alkhawaldeh & ALBashtawy (2023) ได้ศึกษาประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแล ในคลินิกการจัดการความปวดสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดดีขึ้นหลังได้รับการรักษา ที่ MPMC ขณะที่หนึ่งในสามยังคงมีอาการปวดอย่างรุนแรง มีรายงานการปรับปรุงที่สำคัญที่ T1 และไม่มีความเจ็บปวดลดลงอีกหลังจากจุดนี้ สิ่งนี้บ่งชี้ว่าการสัมผัสกับการแทรกแซงของ MPMC ทำให้ประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยดีขึ้นโดยเฉลี่ย สรุป MPMC อาจเป็นกลยุทธ์การจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิผลในการรักษาอาการปวดมะเร็ง

Tsai, Browne & Inder (2023) ได้ศึกษามุมมองของพยาบาลต่อการประเมินและการจัดการความเจ็บปวดในการดูแลภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลภาวะสมองเสื่อมจากหน่วยดูแลสองแห่งของโรงพยาบาลระดับภูมิภาค จำนวน 8 คน ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลรับรู้ว่าการใช้เครื่องมือเกี่ยวกับความเจ็บปวดไม่ได้ช่วยประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้เพียงพอ และมักต้องมีการปรับตัวเพื่อให้คะแนนความเจ็บปวดการใช้ยาแก้ปวดมากเกินไป การทดลองและข้อผิดพลาด และการส่งจ่ายยาล่าช้าสำหรับยาแก้ปวดจำกัดประสิทธิภาพในการจัดการความเจ็บปวดสำหรับผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อมระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการศึกษา

การจัดทำนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management โดยปรับปรุงจากรูปหน้าแบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) โดยดำเนินการตามกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินงานเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analysis study) เพื่อพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และศึกษาอุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาาระงับปวดในกลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งที่มาใช้บริการ ณ คลินิกระงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

วิเคราะห์ปัญหา

คลินิกระงับปวดเริ่มให้บริการ ปี พ.ศ. 2564 ผู้รับบริการจัดการด้านระงับปวดที่คลินิกระงับปวด ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 811 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 820 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 922 ราย (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คลินิกระงับปวด, 2566) การรักษาผู้ป่วยนั้นจะต้องมีการประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด ดังนี้

1) แบบประเมินความปวดแบบใบหน้า (Face Pain Scale Revised: FPS-R) รูปใบหน้าที่ทั้ง 6 รูป เป็นภาพสีชาวดำ ระบุใบหน้าที่ 1 = 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการปวด ใบหน้าที่ 2 = 2 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย ไม่มีความกังวล ใบหน้าที่ 3 = 4 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย แต่เริ่มรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร ใบหน้าที่ 4 = 6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร ใบหน้าที่ 5 = 8 คะแนน หมายถึง ปวดมาก รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก และ ใบหน้าที่ 6 = 10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้

2) แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) บอกความปวดเป็นตัวเลข ระดับความรุนแรงของอาการปวด ชุดตัวเลข จาก 0 - 10 คะแนน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่า คะแนน 0 แสดงว่า ไม่ปวดเลย คะแนน 1 - 3 แสดงว่า ปวดเล็กน้อย คะแนน 4 - 6 แสดงว่า ปวดปานกลาง และ คะแนน 7 - 10 แสดงว่า ปวดมากถึงปวดมากที่สุด

3) แบบประเมินความปวดด้วยคำพูด (Verbal rating scale: VRS) จะใช้ประโยคในการถามระดับความปวดได้แก่ ไม่ปวดเลย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด

จากปัญหาการประเมินความปวดของผู้ป่วยใช้แบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยบอกว่า ขนาดและสีสันทึบเป็นภาพสีชาวดำ มองไม่ชัด ดูยาก ทำให้ระบุ

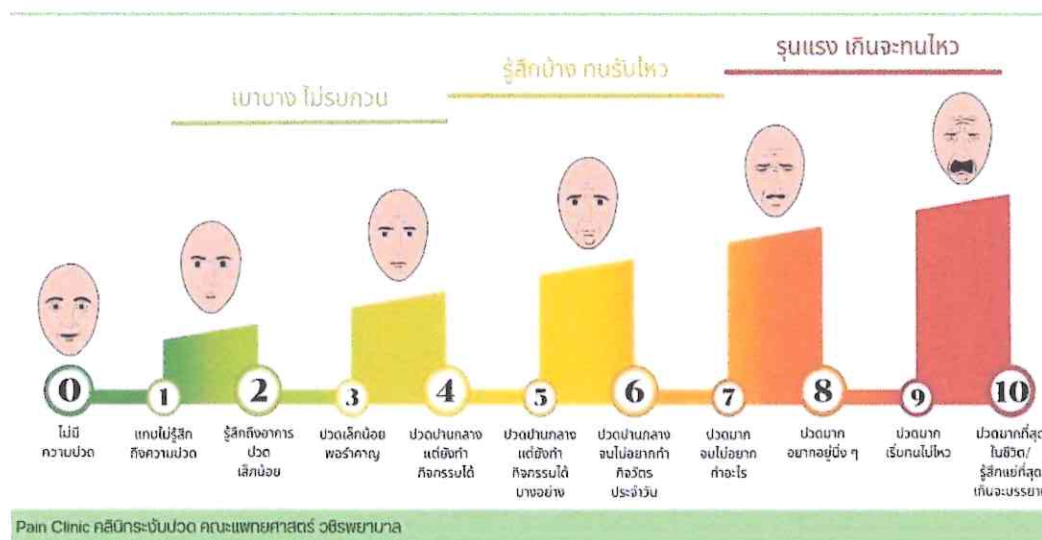
ความปวดยากไม่สอดคล้องกับอาการที่ผู้ป่วยปวดที่เป็นจริง แบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) พบว่าในผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจในการให้คะแนนแบบตัวเลข จากการประเมินให้คะแนนไม่ค่อยตรงกับอาการความปวดของผู้ป่วยที่เป็นจริง ความแตกต่างขึ้นกับความอดทนของผู้ป่วย และแบบประเมินความปวดด้วยคำพูด (Verbal rating scale: VRS) พบว่าผลการประเมินความปวด ผู้ป่วยจะให้ระดับความปวดในระดับมากเป็นส่วนมาก พบปัญหาที่ประเมินความปวดได้ไม่ตรงกับอาการปวดที่แท้จริง ร้อยละ 30 ทำให้แพทย์สั่งยาระงับความปวดที่มีขนาดสูงที่แรงพอต่อการระงับปวด จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งพบมีภาวะแทรกซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 20 อาการง่วงซึม หลับลึก ร้อยละ 10 ซึ่งการรักษาด้านระงับปวดควรมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวด และได้รับความสุขสบาย ผู้ศึกษาจึงได้ประชุมร่วมกันระหว่างพยาบาลและแพทย์ในหน่วยงาน เพื่อหาสาเหตุของปัญหา เนื่องจากแบบประเมินความปวดที่ให้ผู้ป่วยประเมินไม่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับตัวเลข ได้ตรงความปวดที่เป็นจริง เช่น บางรายที่ไม่รู้หนังสือไม่สามารถแยกลักษณะใบหน้าได้ว่ารูปหน้าไหนตรงกับความปวด กลุ่มที่รู้หนังสือ แบบตัวเลขก็อาจให้คะแนนปวดมากไป

การพัฒนาแบบการประเมินความปวด

จากปัญหาดังกล่าว การประเมินความปวดรูปแบบเดิมค่อนข้างประเมินยาก ตอบแบบประเมินไม่ตรงความเป็นจริง ผู้ศึกษาจึงพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management โดย

1. นำแบบประเมินความปวดแบบเดิมแบบใบหน้า (Face Pain Scale Revised: FPS-R) มาออกแบบปรับปรุงวาดรูปหน้าใหม่ ทั้ง 6 รูป และเติมสีสีนภาพให้คมชัด สวยงาม แสดงความรู้สึกอารมณ์ตามค่าคะแนนระดับความปวด และเขียนข้อความรายละเอียดที่เข้าใจง่ายชัดเจนแทนความรู้สึกกำกับได้ใบหน้าทั้ง 6

2. การให้คะแนน ดังนี้ มีตัวเลข 1 - 10 บอกค่าคะแนนระดับความปวดได้รูปใบหน้าทั้ง 6 รูป ใบหน้าที่ 1 = 0 หมายถึง ไม่มีความปวด ใบหน้าที่ 2 = 1 - 2 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง แทบไม่รู้สึกถึงความปวด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกถึงอาการปวดเล็กน้อย ใบหน้าที่ 3 = 3 - 4 คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอรำคาญ 4 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง แต่ยังทำกิจกรรมได้ ใบหน้าที่ 4 = 5 - 6 คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง แต่ยังทำกิจกรรมได้บางอย่าง 6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง จนไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวัน ใบหน้าที่ 5 = 7 - 8 คะแนน 7 คะแนน หมายถึง ปวดมากจนไม่ยอมทำอะไร 8 คะแนน หมายถึง ปวดมากอยากอยู่นิ่ง ๆ และใบหน้าที่ 6 = 9 - 10 คะแนน 9 คะแนน หมายถึง ปวดมากเริ่มทนไม่ไหว 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุดในชีวิต/รู้สึกแย่ที่สุดเกินจะบรรยาย แสดงดังภาพที่ 3.1



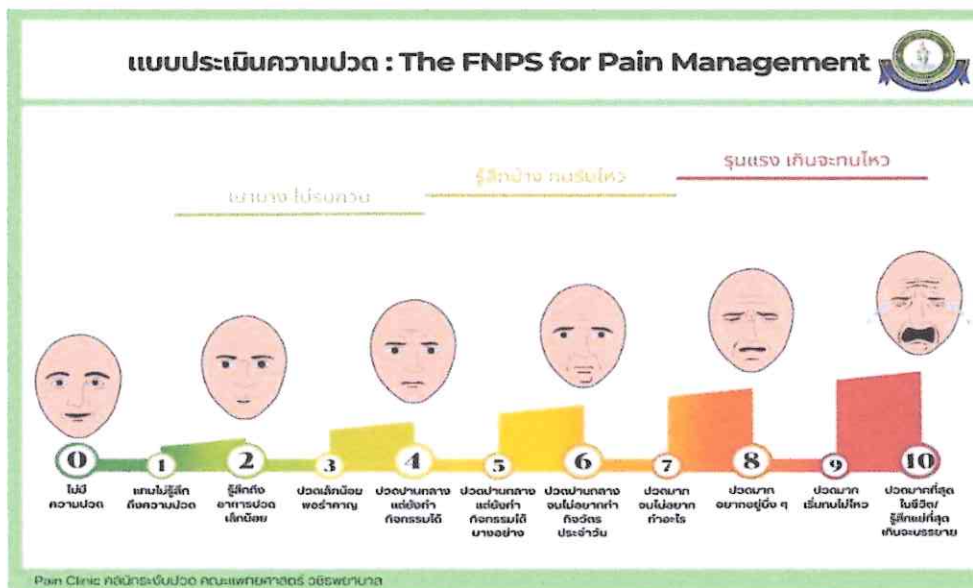
ภาพที่ 3.1 นวัตกรรมแบบแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

3. นำนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย วิทยุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ตรวจสอบ ความถูกต้องเหมาะสม

4. นำไปทดลองใช้ ครั้งที่ 1 นำนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ไป ใช้ในผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งที่มาใช้บริการรับยาบรรเทาปวด ณ คลินิกระดับปวด จำนวน 10 คน การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะว่า ตัวเลขมีความชัดเจนดี ตักรูปแท่งสี ให้ลดลง เพิ่มรูปใบหน้าให้ใหญ่ขึ้นกว่าเดิมเพื่อการมองเห็นที่ชัดเจน ควรเน้นความรู้สึกที่ใบหน้า ทั้ง 6 รูป ให้มากขึ้น แต่ละระดับ เช่น ค่าคะแนนความปวดระดับ 7 ให้ทำหน้านิ้ว นิ้วชี้ขมวดมากขึ้น และควรใส่น้ำตา 2 - 3 หยด บนใบหน้าที่ปวดมากที่สุดในชีวิต

พัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ครั้งที่ 2 ปรับรูปแบบประเมินตามข้อเสนอแนะจากผลการพัฒนาแบบประเมินความปวด โดยปรับแบบการ ประเมินความปวด FNPS for Pain Management ครั้งที่ 2 ดังนี้

1. ขยายรูปใบหน้าให้ใหญ่ขึ้นกว่าเดิม เพิ่มสีบนใบหน้าทั้ง 6 เพิ่มความรู้สึกในรูปหน้า แสดงถึงหน้านิ้ว นิ้วชี้ขมวดมากขึ้น และใส่น้ำตา 2 - 3 หยดบนใบหน้าที่ปวดมากที่สุดในชีวิต
2. ตัดช่องสีให้ลดลง
3. ทำตัวหนังสือได้ตัวเลขให้ชัดเจนมากขึ้น ดังภาพที่ 3.2



ภาพที่ 3.2 นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

5. นำนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม

6. นำไปทดลองใช้ครั้งที่ 2 ในผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งที่มาใช้บริการรับยาบรรเทาปวด ณ คลินิกเจ็บปวด จำนวน 10 คน การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยสามารถประเมินความปวดได้ตรงตามอาการปวดที่เป็นจริง

เพื่อให้ นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีประสิทธิภาพ ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งที่มาใช้บริการใช้ยาบรรเทาปวดคลินิกเจ็บปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งที่มาใช้บริการใช้ยาบรรเทาปวดคลินิกเจ็บปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 30 คน ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 ที่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด มีสติสัมปชัญญะดี และยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับแบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกคะแนนความปวดนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับแบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ

5 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมาก

3 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง

2 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อย

1 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การแปลผล

การแปลผล ใช้เกณฑ์การประมาณค่าระดับความพึงพอใจ ดังนี้ สำหรับการแปลความหมายของค่าที่วัดได้นั้น ผู้ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการให้ความหมาย โดยเฉลี่ยรายช่วงและรายข้อ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553)

4.51 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

3.51 - 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษานำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย วิทยุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.94 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

นำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยปวดจากโรคมะเร็งที่มีอาการลักษณะใกล้เคียง คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 โดยหา ความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.91 (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2555)

การดำเนินการ

การศึกษานี้ ดำเนินการโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด FNPS for Pain Management และแบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) กับกลุ่มตัวอย่างทุกรายดำเนินการ ดังนี้

1. ประเมินความปวดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างใช้เครื่องมือประเมินความปวด ดังนี้

1.1 ประเมินครั้งที่ 1 ใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) โดยแนะนำให้ผู้ป่วยดูรูปภาพใบหน้าทั้ง 6 รูป ระบุ ใบหน้าที่ 1 = 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการปวด ใบหน้าที่ 2 = 2 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย ไม่มีความกังวล ใบหน้าที่ 3 = 4 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย แต่เริ่มรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร ใบหน้าที่ 4 = 6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควร ใบหน้าที่ 5 = 8 คะแนน หมายถึง ปวดมาก รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก และใบหน้าที่ 6 = 10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ แล้วให้ชี้ที่รูปภาพที่แสดงถึงอาการปวด ระบุค่าคะแนนของความปวดที่แท้จริง ณ ตอนนั้นและบันทึกข้อมูลไว้

1.2 หลังจากประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) ไป 5 นาที ให้ผู้ป่วยคนเดิมประเมินความปวดซ้ำ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management โดยแนะนำการใช้ให้ผู้ป่วยดูรูปภาพใบหน้าทั้ง 6 รูป ข้อความระบุถึงความปวด และตัวเลขที่ระบุ ความปวด ว่าสะดวกให้ค่าคะแนนความปวดแบบไหน การให้คะแนนดังนี้ ใบหน้าที่ 1 = 0 หมายถึง ไม่มีความปวด ใบหน้าที่ 2 = 1 - 2 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง แทบไม่รู้สึกถึงความปวด 2 คะแนนหมายถึง รู้สึกถึงอาการปวดเล็กน้อย ใบหน้าที่ 3 = 3 - 4 คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอรำคาญ 4 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง แต่ยังทำกิจกรรมได้ ใบหน้าที่ 4 = 5 - 6 คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง แต่ยังทำกิจกรรมได้บางอย่าง 6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง จนไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวัน ใบหน้าที่ 5 = 7 - 8 คะแนน 7 คะแนน หมายถึง ปวดมากจนไม่ยอมทำอะไร 8 คะแนน หมายถึง ปวดมากอยากอยู่หนึ่ง ๆ และใบหน้าที่ 6 = 9 - 10 คะแนน 9 คะแนน หมายถึง ปวดมากเริ่มทนไม่ไหว 10 คะแนน

หมายถึง ปวดมากที่สุดในชีวิต/ รู้สึกแย่ที่สุดเกินจะบรรยาย และประเมินความพึงพอใจในการใช้
นวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวด และบันทึก
ข้อมูลไว้

1.3 หลังจากประเมินความปวดนวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain
Management ไป 5 นาที ให้ผู้ป่วยคนเดิมประเมินความปวดซ้ำ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด
นวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และบันทึกข้อมูลไว้

2. พบแพทย์ให้การรักษาสู่ผู้ป่วยปวดจากโรคมะเร็ง ใช้หลัก 3 ขั้นตอน (three step
ladder) ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (World Health Organization Analgesic Ladder) (World
Health Organization, 1996) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระดับความปวดน้อย 1 - 3 คะแนน ให้ยาที่ไม่มีส่วนผสมของโอปิออยด์ (non opioid)
ได้แก่ ยา Paracetamol, Aspirin, NSAIDs โดยให้ร่วมกับยาเสริม (adjuvant) ได้แก่ ยา Amitriptyline,
Nortriptyline, Gabamazepine, Gabapentin, Pregabalin หรือกลุ่มยาสเตียรอยด์

ขั้นที่ 2 ระดับความปวดปานกลาง 4 - 6 คะแนน ถ้าความปวดไม่ดีขึ้นด้วยการใช้ยาตามขั้นที่ 1
หรือให้ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ได้แก่ ยา Codeine, Tramadol โดยให้ non opioid
และ adjuvant เสริมร่วมด้วยก็ได้

ขั้นที่ 3 ระดับความปวดมาก 7 - 10 คะแนน ถ้าความปวดไม่ดีขึ้นด้วยการใช้ยาตามขั้นที่ 2
ให้ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) ได้แก่ ยา Morphine, Methadone, Fentanyl และหรือให้ยา
non opioid และ adjuvant เสริมร่วมด้วยก็ได้

3. พยายามให้ความรู้เกี่ยวกับยาระงับปวดหลังจากแพทย์ให้การรักษาดังนี้

3.1 แนะนำวิธีการใช้ยาระงับปวด ได้แก่

1) การรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟีนชนิดเม็ด ให้รับประทานยาตามเวลาที่แพทย์
สั่งอย่างต่อเนื่องไม่ควรงดหรือปรับยาด้วยตนเอง ยามอร์ฟีนชนิดเม็ดห้าม หัก บด เคี้ยว หรือแบ่งเม็ดยา

2) การรับประทานยาแก้ปวดมอร์ฟีนชนิดน้ำ ให้รับประทานยานี้เสริมเมื่อมีอาการ
ปวดมากขึ้นระหว่างวัน รับประทานยาเสริมได้ตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด และการรับประทาน
ยาทุกครั้งต้องใช้กระบอกฉีดยา (Syringe) เพื่อวัดดูวงยารับประทานเพื่อให้ได้ปริมาณยาตามกำหนด
บันทึก วันที่ เวลาที่รับประทานยาในสมุดบันทึกการรับประทานยามอร์ฟีนชนิดน้ำทุกครั้ง
เพื่อแพทย์จะได้นำผลการบันทึกยามาปรับขนาดยาแก้ปวดในวันนัดหมายพบแพทย์ถัดไป

3) การใช้ยาแก้ปวดชนิดแผ่นแปะระงับปวดเฟนทานิล ให้แปะแผ่นยาตามขนาด
ที่แพทย์สั่ง ให้เปลี่ยนแผ่นยาทุก 72 ชั่วโมง หรือ 3 วัน บริเวณที่แปะแผ่นยาระงับปวดเฟนทานิล
ให้แปะผิวหนังที่มีขน ไขมัน ผิวหนังเรียบ ไม่แปะผิวหนังที่เป็นแผล บวม แดง ปุ่มกระตุก หรือ

บริเวณเส้นฉายรังสี กรณีที่มีขนตามร่างกายให้โกนขนให้สั้นที่สุดก่อนแปะแผ่นยา ไม่ควรประคบร้อนบริเวณที่แปะแผ่นยา เพราะความร้อนทำให้แผ่นยาดูดซึมมากขึ้น อาจทำให้ยาเกินขนาด ไม่ทาแป้งบริเวณแปะแผ่นยา เพราะทำให้ผิวหนังแห้ง ลื่นลื่นทำให้แผ่นยาหลุดลอกได้ง่าย กรณีแผ่นยาหลุดลอกก่อนครบวัน เวลาที่เปลี่ยนให้ลอกแผ่นยาเก่าทิ้งแล้วนำแผ่นยามาแปะเปลี่ยนใหม่ทันที เพื่อให้ยาแก้ปวดออกฤทธิ์ได้เต็มที่ควบคุมความปวดได้ต่อเนื่อง

4) แนะนำการรับประทานยาแก้ปวดกลุ่มด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ให้รับประทานหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันยาระคายเคืองกระเพาะอาหารทำให้กระเพาะอาหารอักเสบได้ ควรเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงต่อไต ตับ ทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือดมีเลือดออกง่าย และการแพ้ยา

3.2 แนะนำอาการข้างเคียงของยาระงับปวดที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน มึน เวียนศีรษะ ง่วงนอน หลับลึก และท้องผูก

3.3 แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามวันนัดหมายการตรวจติดตามของแพทย์

3.4 ติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วยที่บ้านโดยโทรศัพท์สอบถามอาการปวดและอาการข้างเคียงของยาระงับปวดที่เกิดขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มึน เวียนศีรษะ ง่วงนอน หลับลึกและท้องผูก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คะแนนประเมินความปวด เก็บครั้งที่ 1 ประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) ไป 5 นาที ให้ผู้ป่วยคนเดิมประเมินความปวดซ้ำ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และเก็บครั้งที่ 2 ประเมินความปวดนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ไป 5 นาที ให้ผู้ป่วยคนเดิมประเมินความปวดซ้ำ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

2. ความพึงพอใจ เก็บข้อมูลหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ และให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

3. อาการข้างเคียงของยาระงับปวด เก็บข้อมูลโดยโทรศัพท์ติดตามหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์/ รับประทานยาระงับปวด 3 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งใช้สถิติ

Test-retest Reliability ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งครั้งแรกก่อน และทำการประเมินความปวดซ้ำหลังจากผ่านไป 5 นาที และนำคะแนนความปวดมาวิเคราะห์ ความสอดคล้องด้วยการทดสอบค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC)

3. เปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวด ของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

5. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะใช้สถิติแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

6. อุปสรรคการเข้าถึงการเข้าถึงของยาระงับปวดใช้สถิติแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

บทที่ 4

ผลการดำเนินการ

การศึกษาประสิทธิผลของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิมในคลินิกเจ็บปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งที่มารับบริการใช้ยาบรรเทาปวดคลินิกเจ็บปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 30 คน ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 ความเชื่อมั่นของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินระดับความปวดผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 6 อุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	47
หญิง	16	53
อายุ		
น้อยกว่า 15 ปี	2	7
15-30 ปี	2	7
31-45 ปี	8	27
46-60 ปี	10	33
61 ปีขึ้นไป	8	27
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	60
ปริญญาตรี	11	37
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3
ประเภทผู้มารับบริการ		
ผู้ป่วยนอก	20	67
ผู้ป่วยใน	10	33

จากตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53 เพศชาย ร้อยละ 47 อายุ 46 - 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 33 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31 - 45 ปี และอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คืออายุน้อยกว่า 15 ปี และ อายุ 15 - 30 ปี ร้อยละ 7 ระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 3 ประเภทผู้มารับบริการ พบว่าผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 67 รองลงมาคือผู้ป่วยใน ร้อยละ 33

ส่วนที่ 2 ความเชื่อมั่นของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งใช้วิธีการทดสอบและทดสอบซ้ำ (Test-retest Reliability) โดยผู้วิจัยใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งครั้งแรกก่อนและทำการประเมินความปวดซ้ำหลังจากผ่านไป 5 นาที และนำคะแนนความปวดมาวิเคราะห์ความสอดคล้องด้วยการทดสอบค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC) ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 4.2 ผลการทดสอบค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC) ของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง (N = 30)

การประเมินความปวด	$\bar{X}$	S.D.	ICC (95%CI)	p-value
ครั้งที่ 1	3.90	1.71		
			1.00	NA
ครั้งที่ 2 (5 นาทีถัดมา)	3.90	1.71		

หมายเหตุ ICC, Intraclass Correlation Coefficient

จากตารางที่ 4.2 ผลการทดสอบค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC) ของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งพบว่า คะแนนความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง การใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดในครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 3.90 คะแนน (S.D. = 1.71) ส่วนการประเมินความปวดซ้ำในครั้งที่ 2 หลังจากผ่านไป 5 นาที ค่าเฉลี่ย 3.90 คะแนน (S.D. = 1.71) โดยระหว่างคะแนนความปวดจากการใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management ประเมินความปวดในครั้งที่ 1 กับการประเมินความปวดซ้ำในครั้งที่ 2 มีความน่าเชื่อถือของการใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management ประเมินความปวดมีความสอดคล้องกันในระดับดี ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC (3,1)) เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management (n = 30)

แบบประเมินความปวด	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference (95%CI)	t	df	p-value
นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management	3.90	1.71	-0.30			
แบบประเมินความปวดแบบเดิม	4.20	2.25	(-0.73, 0.13)	1.43	29	.164

p-value < .05

จากตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง ใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดกับการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .164$) โดยการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีค่า $\bar{X} = 3.90$ และ S.D. = 1.71 และแบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) มีค่า $\bar{X} = 4.20$ และ S.D. = 2.25

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความ พึงพอใจ
1. รูปภาพและภาษาเข้าใจง่าย	4.70	0.21	มากที่สุด
2. ใช้เวลาในการตอบเร็วขึ้น	4.60	0.25	มากที่สุด
3. ตรงกับระดับความปวดที่แท้จริง	4.70	0.22	มากที่สุด
4. ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.80	0.16	มากที่สุด
5. รูปตัวเลข และการแปลผลความปวดชัดเจน	4.80	0.18	มากที่สุด
โดยรวม	4.72	0.20	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72 และ S.D. = 0.20) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อ 4 ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และข้อ 5 รูปตัวเลขและการแปลผลความปวดชัดเจน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.80 และ S.D. = 0.16) และข้อ 2 ใช้เวลาในการตอบเร็วขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}$ = 4.60 และ S.D. = 0.25)

ส่วนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง (n=30)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ข้อความอธิบายแทนความรู้สึกของความปวดอ่านเข้าใจง่าย ใช้อธิบายระดับความปวดของผู้ป่วยได้ใกล้เคียงความปวด จริงมากขึ้น ภาพรวมแล้วเข้าใจง่าย	5	16.66
2. รูปภาพใบหน้าทั้ง 6 รูปแสดงถึงความรู้สึกปวดได้ดีกว่า แบบเดิม รูปภาพควรทำให้น่าสนใจกว่านี้	3	10
3. มีตัวเลขระบุระดับความปวดไว้ชัดเจน แบบเดิมคือไม่แน่ใจ ว่าตัวเลขที่ผู้ป่วยระบุตรงกับที่ต้องการวัดหรือไม่	4	13.33
4. ภาพมีสีสันสวยงาม	10	33.33

หมายเหตุ เสนอแนะได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.5 สรุปได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ส่วนใหญ่ให้คำชื่นชมว่าภาพมีสีสันสวยงาม จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) รองลงมา ได้แก่ ข้อความอธิบายแทนความรู้สึกของความปวดอ่านเข้าใจง่าย ใช้อธิบายระดับความปวดของผู้ป่วยได้ใกล้เคียงความปวดจริงมากขึ้น ภาพรวมแล้วเข้าใจง่าย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.66) มีตัวเลขระบุระดับความปวดไว้ชัดเจน แบบเดิม คือไม่แน่ใจว่าตัวเลขที่ผู้ป่วยระบุตรงกับที่ต้องการวัดหรือไม่ จำนวน 4 คน และรูปภาพใบหน้าทั้ง 6 รูป แสดงถึงความรู้สึกปวดได้ดีกว่าแบบเดิม รูปภาพควรทำให้น่าสนใจกว่านี้ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.33 และ 10 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 6 อุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาระงับปวด

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละอุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาระงับปวดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง (n = 30)

อาการข้างเคียง	อุบัติการณ์	
	แบบประเมิน ความปวดแบบเดิม (n = 50)	นวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain Management (n = 30)
	n (%)	n (%)
คลื่นไส้ อาเจียน	40 (66.66)	6 (20)
มีน เวียนศีรษะ	30 (50)	5 (16.66)
ง่วงนอน หลับลึก	6 (20)	2 (6.66)
ท้องผูก	50 (100)	20 (66.66)

* ผู้ป่วย 1 คน อาจมีอาการข้างเคียงมากกว่า 1 อาการ

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ก่อนการใช้นวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain Management พบอาการข้างเคียงของยาระงับปวดอาการท้องผูก ร้อยละ 100 อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 66.66 อาการมีน เวียนศีรษะ ร้อยละ 50 และอาการง่วงนอน หลับลึก ร้อยละ 20 หลังการใช้นวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain Management พบอาการข้างเคียงของยาระงับปวดท้องผูกมากที่สุด ร้อยละ 66.66 รองลงมาคืออาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 20 อาการมีน เวียนศีรษะ ร้อยละ 16.66 และอาการง่วงนอน หลับลึก พบน้อยที่สุด ร้อยละ 6.6 สรุปได้ว่า อาการข้างเคียงของยาระงับปวดเกิดน้อยกว่าการใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเป็นการศึกษาประสิทธิผลของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับแบบการประเมินความปวดแบบเดิมในคลินิกกระดูก ปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกที่มารับบริการใช้ยาบรรเทาปวด ณ คลินิกกระดูก ปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี โดยเลือกตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน จากผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
 2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
 3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
 4. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวด
- คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกที่มารับบริการใช้ยาบรรเทาปวด ณ คลินิกกระดูก ปวด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้
1. สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด มีสติสัมปชัญญะดี
 2. ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษา
- เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการครั้งนี้ประกอบด้วย
1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับแบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)
 2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบบันทึกคะแนนความปวดนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับแบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)
 - 2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวด จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งใช้สถิติ Test-retest Reliability ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งครั้งแรกก่อนและทำการประเมินความปวดซ้ำหลังจากผ่านไป 5 นาที และนำคะแนนความปวดมาวิเคราะห์ความสอดคล้องด้วยการทดสอบค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC)
4. ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวด ของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)
5. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะใช้สถิติแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
6. อุปสรรคการนำการข้างเคียงของยาระงับปวดใช้สถิติแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

สรุปผลการศึกษา

จากผลของการศึกษา ประสิทธิภาพของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม ในคลินิกะงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สรุปผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53 เพศชาย ร้อยละ 47 อายุ 46 - 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 33 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31 - 45 ปี และอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คืออายุน้อยกว่า 15 ปี และ อายุ 15- 30 ปี ร้อยละ 7 ระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 3 ประเภทผู้มารับบริการพบว่าผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 67 รองลงมาคือผู้ป่วยในร้อยละ 33
2. ผลการทดสอบค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC) ของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งพบว่า คะแนนความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง การใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมิน

ความปวดในครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 3.90 คะแนน (S.D. = 1.71) ส่วนการประเมินความปวดซ้ำในครั้งที่ 2 หลังจากผ่านไป 5 นาที ค่าเฉลี่ย 3.90 คะแนน (S.D. = 1.71) โดยระหว่างคะแนนความปวดจากการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดในครั้งที่ 1 กับการประเมินความปวดซ้ำในครั้งที่ 2 มีความน่าเชื่อถือของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดมีความสอดคล้องกันในระดับดี ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC (3,1)) เท่ากับ 1.00

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดโดยใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) และนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง ใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดกับการประเมินความปวดแบบเดิมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .164$) โดยการใช้ใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีค่า $\bar{x} = 3.90$ และ S.D. = 1.71 และแบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) มีค่า $\bar{x} = 4.20$ และ S.D. = 2.25

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72 และ S.D. = 0.20) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อ 4 การใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และข้อ 5 รูป ตัวเลข และการแปลผลความปวดชัดเจน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.80$ และ S.D. = 0.16) และข้อ 2 ใช้เวลาในการตอบเร็วขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 4.60$ และ S.D. = 0.25)

5. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ส่วนใหญ่ให้คำชมเชยว่า ภาพมีสีสันสวยงาม จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) รองลงมา ได้แก่ ข้อความอธิบายแทนความรู้สึกของความปวดอ่านเข้าใจง่าย ใช้อธิบายระดับความปวดของผู้ป่วย ได้ใกล้เคียงความปวดจริงมากขึ้น ภาพรวมแล้วเข้าใจง่าย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.66) มีตัวเลขระบุระดับความปวดไว้ชัดเจน แบบเดิมคือไม่แน่ใจว่าตัวเลขที่ผู้ป่วยระบุตรงกับที่ต้องการวัดหรือไม่ จำนวน 4 คน และรูปภาพใบหน้าทั้ง 6 รูป แสดงถึงความรู้สึกปวดได้ดีกว่าแบบเดิม รูปภาพควรทำให้น่าสนใจกว่านี้ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 13.33 และ 10 ตามลำดับ)

6. อุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาระงับปวด พบว่า ก่อนการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management พบอาการข้างเคียงของยาระงับปวดอาการท้องผูก ร้อยละ 100 อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 66.66 อาการมึน เวียนศีรษะ ร้อยละ 50 และอาการง่วงนอน หลับลึก ร้อยละ 20 หลัง การใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for

Pain Management พบอาการข้างเคียงของยาระงับปวดที่ongผู้มากที่สุด ร้อยละ 66.66 รองลงมา คืออาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 20 อาการมึน เวียนศีรษะ ร้อยละ 16.66 และอาการง่วงนอน หลับลึก พบน้อยที่สุด ร้อยละ 6.6 สรุปได้ว่า อาการข้างเคียงของยาระงับปวดเกิดน้อยกว่าการใช้แบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)

การอภิปรายผล

จากผลของการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management นวัตกรรมมีภาพที่ชัดเจน สีสดใสสวยงาม ผู้ศึกษาได้มีการแนะนำการใช้แบบประเมินอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยประเมินความปวดได้ตรงตามความเป็นจริง จึงทำให้ผลของการสร้างนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีประสิทธิผลในการประเมินความปวด เช่น ความปวดอยู่ระดับคะแนน 3 ผู้ป่วยประเมินความปวดได้ระดับคะแนน 3 การใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management ประเมินความปวดมีความสอดคล้องกันในระดับดี ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient : ICC (3,1)) เท่ากับ 1.00 ผลหาความสัมพันธ์ระหว่างการวัด 2 ครั้ง มีความสัมพันธ์สูง แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูง เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่น่าเชื่อถือ (ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ จิตรดอกไม้ไพร, 2561) แบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management เป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นการนำสิ่งที่มีอยู่แล้วนำมาพัฒนา มาใช้ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านการประเมินความปวดและการรักษาด้านระงับปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับยอดขวัญ ชื่นบาน (2561) ระบุว่า นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการ ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง คัดแปลงสิ่งเดิมให้เป็นนวัตกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น นวัตกรรม คือ การปฏิบัติหรือสิ่งใหม่ ๆ หรือการพัฒนาดัดแปลงจากของเดิมให้ทันสมัย และใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ สมบัติ นามบุรี (2562) ระบุว่า นวัตกรรม คือความคิดและกระบวนการใหม่ ๆ หรือการพัฒนาดัดแปลงจากของเดิมให้ดีขึ้นและเมื่อนำมาใช้สามารถทำให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ เทพรัตน์ พิมลเสถียร (2560) ระบุว่า นวัตกรรม หมายถึง การเปลี่ยนแปลง การนำสิ่งใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นแนวคิด วิธีการ มาใช้ในการทำงาน เพื่อสร้างสรรค์ ผลผลิตใหม่ ๆ ที่แตกต่างจากเดิม และยังสอดคล้องกับณฐมน สืบชูย, จิราพร ทรงพระ, นุจริย์ สิงห์เกิด และรวิภา เครือแสง (2562) ระบุว่า ควรปรับนวัตกรรมให้มีความสะดวกในการใช้งาน

สะดวกในการนำไปใช้ แสดงว่า การสร้าง พัฒนาแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management บรรลุวัตถุประสงค์

2. ประสิทธิภาพการประเมินความปวดของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จากการทดลองใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับแบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p = .164$) โดยการใช้แบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) มีค่า $\bar{x} = 4.20$ และ $S.D. = 2.25$ เนื่องจากแบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) เป็นภาพขาวดำ รูปใบหน้าเล็ก ทำให้มองไม่ค่อยชัด สื่อความรู้สึกปวดไม่ค่อยตรงกับความปวดที่เป็นจริง แบบประเมินความปวดด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scale) ผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจในการให้คะแนนความปวดและการประเมินผลจากแบบการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) ผู้ป่วยไม่สามารถให้คะแนนได้ ต้องสอบถามการให้คะแนน และไม่สามารถระบุคะแนนความปวดได้ตรงตามความเป็นจริง ส่วนใหญ่ให้คะแนนสูงเกินความปวดที่เป็นจริง หลังการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีค่า $\bar{x} = 3.90$ และ $S.D. = 1.71$ เนื่องจาก แบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีความแตกต่าง มีจุดเด่นกว่า ได้แก่ ภาพใบหน้าใหญ่ ทั้ง 6 รูป มองเห็นได้ชัด ใบหน้ามีสีแสดงถึงความรู้สึกหน้านี้ คิ้วขมวด ร้องไห้ ใบหน้าชัดเจน มีข้อความบรรยายความรู้สึกปวดช่วยในการตัดสินใจ และมีตัวเลข 1-10 บอกระดับความปวดทำให้มีความง่าย สะดวกในการบอกคะแนนความปวด ผู้ป่วยสามารถประเมินความปวดได้ตรงตามอาการปวดที่เป็นจริง อธิบายได้ ว่าแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีรูปภาพและภาษาเข้าใจง่าย ใช้เวลาในการตอบเร็วขึ้น ตรงกับระดับความปวดที่แท้จริงใช่ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน รูป ตัวเลข และการแปลผลความปวดชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยประเมินความปวดได้เร็ว และตรงตามความปวดที่เป็นจริง ทำให้แพทย์/ พยาบาล ใช้นวัตกรรมนี้เป็นเครื่องมือในการประเมินและจัดการความปวดได้เหมาะสม สามารถปฏิบัติการจัดการความปวดถูกต้องรวดเร็วเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับนิภัสสรณ์ บุญญาสันติ และจันจิรา กิจแก้ว (2564) ระบุว่า การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรังแบบมีลำดับขั้นช่วยให้ผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลเข้าใจ มีความมั่นใจในการจัดการความปวดเรื้อรังมากขึ้น และสอดคล้องกับจิราภรณ์ พงษ์สุน และคณะ (2560) ระบุว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการประเมินและจัดการความปวดที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์หลังการรักษาที่ดีขึ้น นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ใช้วัดค่าระดับความปวดได้ใกล้เคียงกับ

แบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐานสากล (International Association for the Study of Pain :IASP (2019) ซึ่งสอดคล้องกับราชบัณฑิตยสถาน (2566) ระบุว่า มาตรฐาน คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องเป็นเกณฑ์เทียบกำหนดทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ผลที่ได้จากการปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่ได้รับความเห็นชอบจากองค์กร ซึ่งเป็นที่น่าเชื่อถือ และความเชื่อมั่นของการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดของผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง แสดงว่านวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีประสิทธิผลในการประเมินความปวด

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุดต่อนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า รูปตัวเลข และการแปลผลความปวดชัดเจน ($\bar{X} = 4.80$ และ S.D. = 0.18) การใช้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ($\bar{X} = 4.80$ และ S.D. = 0.16) รูปภาพและภาษาเข้าใจง่าย ($\bar{X} = 4.70$ และ S.D. = 0.21) ตรงกับระดับความปวด ที่แท้จริง ($\bar{X} = 4.70$ และ S.D. = 0.22) และใช้เวลาในการตอบเร็วขึ้น ($\bar{X} = 4.60$ และ S.D. = 0.25) ซึ่งสอดคล้องกับ สุนันทาเสานันท์, 2551 อ้างถึงใน พัฒนา พรหมณี, ยุพิน พิทยวัฒน์ชัย และจิระศักดิ์ ทัฒนา (2563) ระบุว่า การวัดระดับความพึงพอใจเป็นการประเมินพฤติกรรมภายในให้ผู้ถูกประเมิน แสดงออกมาให้ทราบว่ามีความพึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับ ได้เห็นมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพของงานนั้น ๆ และการมีส่วนร่วม การจัดหาหรืออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงสิ่งที่ต้องการ การให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการล้วนเป็นการสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นในบุคคล และยังสอดคล้องกับ ฌฐมน สืบสุข, จิราพร ทรงพระ, นุจริย์ สิงห์เกิด และรวิภา เครือแสง (2562) ระบุว่า นวัตกรรมที่มีความสะดวกในการใช้งาน สะดวกในการนำไปใช้ สามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยระดับความปวดได้ตรงกับอาการปวดที่เป็นจริง ช่วยให้แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลสามารถประเมินความปวดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วย บรรเทา ระดับความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของความปวด ผลความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงว่าบรรลุนวัตกรรมประสพความสำเร็จความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

ในส่วนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง ผลการสัมภาษณ์ให้คำชี้แจงนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ได้แก่

ภาพมีสีสันสวยงาม ข้อความอธิบายแทนความรู้สึกของความปวด อ่านเข้าใจง่าย ใช้อธิบายระดับความปวดของผู้ป่วยได้ใกล้เคียงความปวดจริงมากขึ้น ภาพรวมแล้วเข้าใจง่าย มีตัวเลขระบุระดับความปวดไว้ชัดเจน และรูปภาพใบหน้าทั้ง 6 รูป แสดงถึงความรู้สึกปวดได้ดีกว่า อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจและยอมรับก่อนวัดกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management

4. อุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาระงับปวดในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งส่วนใหญ่พบอาการท้องผูกมากที่สุด รองลงมาคืออาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการมึน เวียนศีรษะ และอาการง่วงนอน หลังเลิกพบน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2565) ระบุว่า ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดเป็นยาในกลุ่ม strong opioids ผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม แต่แพทย์ได้ให้ยาป้องกันอาการข้างเคียงของยาระงับปวดร่วมด้วย เช่น Senokot เพื่อป้องกันอาการท้องผูกทุกราย และให้ยา Plasil เพื่อระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ส่วนอาการง่วงซึม ถ้าอาการไม่มากจะเป็นผลดีทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือง่วงซึ่มมาก แพทย์อาจพิจารณา ปรับ/ เปลี่ยนยาระงับปวด รวมทั้งพยาบาลได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียงของยาระงับปวดเพื่อให้การบริการด้านระงับปวดมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล พบอุบัติการณ์อาการข้างเคียงของยาระงับปวดลดลง เพราะนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ประเมินความปวดได้ตรง ภาพชัดเจน

สรุป

ผลการศึกษาประสิทธิผลของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม ในคลินิกะงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ครั้งนี้สรุปได้ว่านวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management มีความตรงตามโครงสร้างสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินความปวดในผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพของเครื่องมือใกล้เคียงกับเครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐานแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R) อ้างถึงผลสำรวจการทดลองใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กลุ่มผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง จำนวน 30 ราย ผลลัพธ์การสร้างการพัฒนานวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบจุดเด่นกว่าเครื่องมือประเมินความปวดแบบเดิม ได้แก่ ช่วยให้ผู้ป่วยปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็งมีความสะดวกในการใช้งาน ใช้ง่าย รูปภาพมีสีสันแสดงความรู้สึกได้ชัดเจน ภาษาเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาในการตอบประเมินความปวดได้เร็ว รูป ตัวเลข ระบุค่าความปวดได้ชัดเจนตรงกับความปวดที่แท้จริง เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่ผู้ป่วยยอมรับ

พยาบาลและแพทย์ยอมรับ อ้างถึงผลความพึงพอใจโดยรวมต่อนวัตกรรมในระดับมากที่สุดทุกข้อ แสดงว่านวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management จัดเป็นนวัตกรรม ประเภทเครื่องมือประเมินความปวดที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาเป็น Application ที่เข้าถึงและใช้ง่าย สะดวกรวดเร็ว
2. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้มีการนำนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ไปใช้เป็นเครื่องมือประเมินความปวด เพื่อการประเมินความปวดใช้เวลาในการตอบเร็วขึ้น และมีรูปภาพ ภาษาที่เข้าใจง่าย
3. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ความแม่นยำ และมีความตรงของเครื่องมือ

บรรณานุกรม

- จงลักษณ์ รสสุกมาลชาติ. (2564). การพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดสำหรับพยาบาล
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *เชียงรายเวชสาร*, 13(1), 182-199.
- จิราภรณ์ พงษ์สุน, ทศนีย์ เคชเสน, พชรวลี ประชุมรักษ์, มานะ สมบัติดี, วาริณี นครเขต, สิริลักษณ์
ทองสิงห์, จณิสตา สายสุต และศิริรัตน์ อินทรเกษม. (2560). ประสิทธิผลของการ
จัดการความปวดโดยใช้นวัตกรรม VNBP pain expression กับการจัดการความปวด
แบบเดิม ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารราชธานี*
นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1(2), 14-26.
- จันทร์ฉาย มณีวงษ์, ขวัญฤทัย พันธุ และ เรวดี โพธิ์รัง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความปวด
และการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง.
วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 21(41), 29-40.
- ณฐมน สืบสุข, จิราพร ทรงพระ, นุจรีย์ สิงห์เกิด และ รวิภา เครือแสง. (2562). ได้ศึกษาประสิทธิผล
ของนวัตกรรมเอสเคโมเดลเพื่อลดอาการข้อไหล่ติดในผู้สูงอายุ ตาบลดแสดงพื้น
อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. *วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์*, 19(2), 85-87.
- ทวีศักดิ์ แก้วเปีย. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวด
และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้อง. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยรัตนโกสินทร์, พิษณุโลก.
- เทพรัตน์ พิมลเสถียร. (2560). นวัตกรรมกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์: กรณีศึกษาผู้ประกอบการแฟชั่น
ระดับลักเซอรี่ในประเทศไทย. *วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย*, 9(3), 199-233.
- นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ และ จันจิรา กิจแก้ว. (2564). การพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดเรื้อรัง
และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดแบบเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 48(3), 114-130.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเอนด์ไอ อินเตอร์
มีเดีย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปรีพนธ์ พิษพาณิษฐ์ และชวลิต ชยางสุ. (2564). ปวดจากมะเร็ง (Cancer Pain) สำหรับนักศึกษาแพทย์
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และบุคคลที่สนใจ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ*
สุรินทร์ นุรีรัมย์, 3(2), 478-484.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 9-15.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2566). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- พัฒนา พรหมณี, ยุพิน พิทยาวัฒนชัย และจีระศักดิ์ ทัพพา. (2563). แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ และการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 26(1), 59-66.
- มีนา เสาวคนธ์, ปรัชญ์รัตน์ สิทธิบรรโชติ, ภัทรพร ชัยประเทศ, อัจฉรา คำมะতিชัย, นกษา สิงห์วีระธรรม และ กิตติพร เนาวิสุวรรณ. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง และความสามารถในการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาล. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(2), 148-163.
- ยอดขวัญ ชื่นบาน. (2565). *การเสริมสร้างทักษะการพัฒนานวัตกรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์สถาบันบรมราชชนก. (ปริญญาโท ดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.*
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน หลังผ่าตัด (Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management) ฉบับที่ ๒*. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คลินิกระงับปวด. (2566). *สถิติผู้รับบริการ คลินิกระงับปวด ปีงบประมาณ 2566*, คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล.
- ลำพู สนั่นเอื้อ. (2561). องค์ประกอบของภาวะผู้นำนวัตกรรมทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่โรงพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง เขต 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 14(2), 63-73.
- ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเดือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดน้าย และ รุ่งนภา เขียวขำ. (2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลไทย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 81-89.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2565). *คำแนะนำการจัดการความปวดจากมะเร็ง (Clinical Guidance for Cancer Pain Management)*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน]. (2564). *มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. นนทบุรี: ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมบัติ นามบุรี. (2562). นวัตกรรมและการบริหารจัดการ. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 2(2), 121-134.
- สิริวิมล กิจชล. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดจากกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง กระดูกเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวสวนผลไม้ จังหวัดจันทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุธีรา จันทรชัญญ. (2562). การพัฒนาแบบประเมินความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 152-160.
- สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ. (2547). *การจัดการนวัตกรรมสำหรับผู้บริหาร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ.
- อนุชา ไทยวงษ์, วิรัตน์ดา สาระโกก, วัชรภรณ์ ศรีโสภาก และ นงลักษณ์ สมภักดี. (2561). การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและจัดการภาวะเยื่อหุ้มปากอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารทันตภิบาล*, 29(2), 136-147.
- อานวย ธีรรัตน์ศรีสกุล. (2561). นวัตกรรมทางสุขภาพ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(1), 58-64.
- Adair, J. (2009). *Effective leadership: How to be a successful leader*. Basingstoke & Hampshire: Pan Books.
- Alsaraireh, M., Eshah, N., Alkhawaldeh, A., & ALBashtawy, M. (2023). Pain experience of cancer patients receiving care in a multidisciplinary pain management clinic. *British Journal of Nursing*, 32(10), 17-23.
- Alexander Avian, Brigitte Messerer, Andreas Frey, Winfried Meissner, Annelie Weinberg, William Ravekes & Andrea Berghold. (2018). Scaling properties of pain intensity ratings in paediatric populations using the Faces Pain Scale-revised: Secondary analyses of published data based on the item response theory. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 49-59.
- Bielewicz, J., Daniluk, B., & Kamieniak, P. (2022). VAS and NRS, Same or Different? Are Visual Analog Scale Values and Numerical Rating Scale Equally Viable Tools for Assessing Patients after Microdiscectomy?. *Pain Research & Management*, 2022, 5337483.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R., & Edwards, R. R. (2016). Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. *The Journal of Pain*, 17(9 Suppl), T10-T20.
- Finianos, J., Sanchez-Rodriguez, E., & Miro, J. (2021). The Arabic Version of the Faces Pain Scale-Revised: Cultural adaptation, validity, and reliability properties when used with children and adolescents. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(12), 1184.
- Gliddon, D. G. (2006). *Forecasting a competency model for innovation leaders using a modified Delphi Technique (Doctor Dissertation of Philosophy)*. The Pennsylvania State University, Pennsylvania State.
- Hobbs, K., Davies, C. C., & Monroe, M. (2022). Breakthrough Cancer Pain: What Outpatient Oncology Nurses Need to Know. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 26(5), 559-563.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2019). *Chronic pain has arrived in the ICD-11*. News bulletin.
- Krau, S. D., & Overstreet, M. (2017). *Pain management, an issue of critical nursing clinics*. Elsevier.
- Kuhlmann, L., Teo, K., Olesen, S. S., Phillips, A. E., Faghih, M., Tuck, N., Afghani, E., Singh, V. K., Yadav, D., Windsor, J. A., & Drewes, A. M. (2022). Development of the Comprehensive Pain Assessment Tool Short Form for Chronic Pancreatitis: Validity and reliability testing. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of American Gastroenterological Association*, 20(4), 770-783.
- Soukup SM. (2000). *The center for advanced nursing practice evidence-based practice model*. *Nurs Clin North Am*, 35(2), 301-309.
- Simm R, Iddon J., & Barker C. (2014). A community pain service solution-focused pain management programme: delivery and preliminary outcome data. *British Journal of Pain*, 8(1), 49-56.
- Tsai, Y. I. P., Browne, G., & Inder, K. J. (2023). Nurses' perspectives of pain assessment and management in dementia care in hospital. *Australasian Journal on Ageing*, 42(2), 382-391.

บรรณานุกรม (ต่อ)

World Health Organization. (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd ed.*

World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์แพทย์หญิงชญากัญ ทุมทอง
 อาจารย์ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์
 คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
3. พว.เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์
 รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ด้านบริการและพัฒนาคุณภาพ
 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๙๐)

ที่ พทช.๑๒./๑๕๖๙ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห

เรียน หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางสาวดาร สอนเต็ม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พทช. ๑๑๕๔๘) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะหเรื่อง “ประสิทธิผลของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม ในคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ แพทย์หญิงชัยญาภัก ชุมทอง ตำแหน่ง อาจารย์ ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะหเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทรสุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำเนาถูกต้อง

รดาเร ศคณเฒ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๐๒-๒๕๔-๓๐๙๐)

ที่ นมร.๐๓๑๒/๘๗๖๐ วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ด้วย นางสาวดารัตน์ สอนเต็ม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๕๔๘) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่อง “ประสิทธิผลของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม ในคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ ไทยแท้ ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ลายเซ็น)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำเนาถูกต้อง

รศ.ดร. สอนเสริม



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๔๐)

ที่ พวช.๑๒./๑๕๗๐ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

ด้วย นางสาวดาธ สอนเต็ม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๕๔๘) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่อง “ประสิทธิผลของแบบประเมินความปวดโดยใช้นวัตกรรม FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม ในคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่าน นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ ตำแหน่ง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ด้านบริหารและพัฒนาคุณภาพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลงานเชิงวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปรีชาติ จันทรสุนทรพร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำเนาถูกต้อง

วธรร ศนเสียม

ภาคผนวก ข

**แบบสอบถามค่าความตรงคะแนนระดับความปวด
ของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
กับการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)**

**แบบสอบถามค่าความตรงคะแนนระดับความปวด
ของนวัตกรรม แบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
กับการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)**

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอน
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - ตอนที่ 2 ค่าคะแนนระดับความปวดที่ใช้ในนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และการประเมินความปวดแบบเดิม
 - ตอนที่ 3 ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management เป็นการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งกำหนดค่าคะแนน (Weight) ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้
 - 5 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
 - 4 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมาก
 - 3 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง
 - 2 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อย
 - 1 หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด
 - ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ
2. การตอบแบบสอบถามนี้ คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในผลงานเชิงวิเคราะห์ กรุณาตอบคำถามทุกข้อ ทุกตอน เพื่อให้ผลงานเชิงวิเคราะห์นี้มีความเที่ยงและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

นางสาวรดาธร สอนเต็ม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**แบบสอบถามค่าความตรงคะแนนระดับความปวด
ของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management
กับการประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)**

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาค่าความตรงคะแนนระดับความปวดของนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กับการประเมินความปวดแบบเดิม โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้ในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทั้งนี้คำตอบของท่านจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม

2. แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ค่าคะแนนระดับความปวดที่ใช้ในนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management และการประเมินความปวดแบบเดิม

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อนวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ

☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง

2. อายุ

☐ 1) น้อยกว่า 15 ปี ☐ 2) 15 - 30 ปี ☐ 3) 31- 45 ปี
☐ 4) 46 - 60 ปี ☐ 5) 61 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

☐ 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ 2) ปริญญาตรี ☐ 3) ปริญญาโท/ปริญญาเอก

4. ประเภทผู้มารับบริการ

☐ 1) ผู้ป่วย ☐ 2) ผู้ป่วยใน

5. กลุ่มโรค

☐ 1) โรคมะเร็ง โปรดระบุ.....
☐ 2) ไม่ใช่โรคมะเร็ง โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ค่าคะแนนระดับความปวดที่ใช้ในวัฏกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management FNPS for Pain Management และแบบประเมินความปวดแบบเดิม (Face Pain Scale Revised: FPS-R)

โปรดใส่คะแนนความปวดตัวเลข 0 - 10 ที่ตรงกับการประเมินระดับความปวดของท่าน

เครื่องมือ	ค่าคะแนนความปวด
นวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain Management	
แบบประเมินความปวดแบบเดิม(Face Pain Scale Revised: FPS-R)	

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อวัฏกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management ท่านพึงพอใจต่อวัฏกรรมต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความพึงพอใจของท่าน

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ				
	มาก  น้อย				
	5	4	3	2	1
1. รูปภาพและภาษาเข้าใจง่าย					
2. ใช้เวลาในการตอบเร็วขึ้น					
3. ตรงกับระดับความปวดที่แท้จริง					
4. ใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน					
5. รูป ตัวเลข และการแปลผลความปวดชัดเจน					

ข้อเสนอแนะ

.....

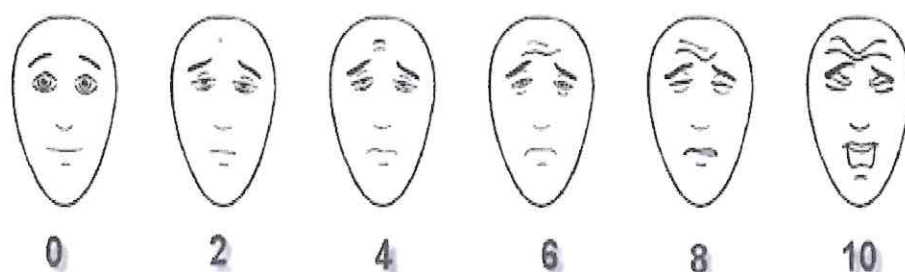
.....

.....

ขอบคุณค่ะ

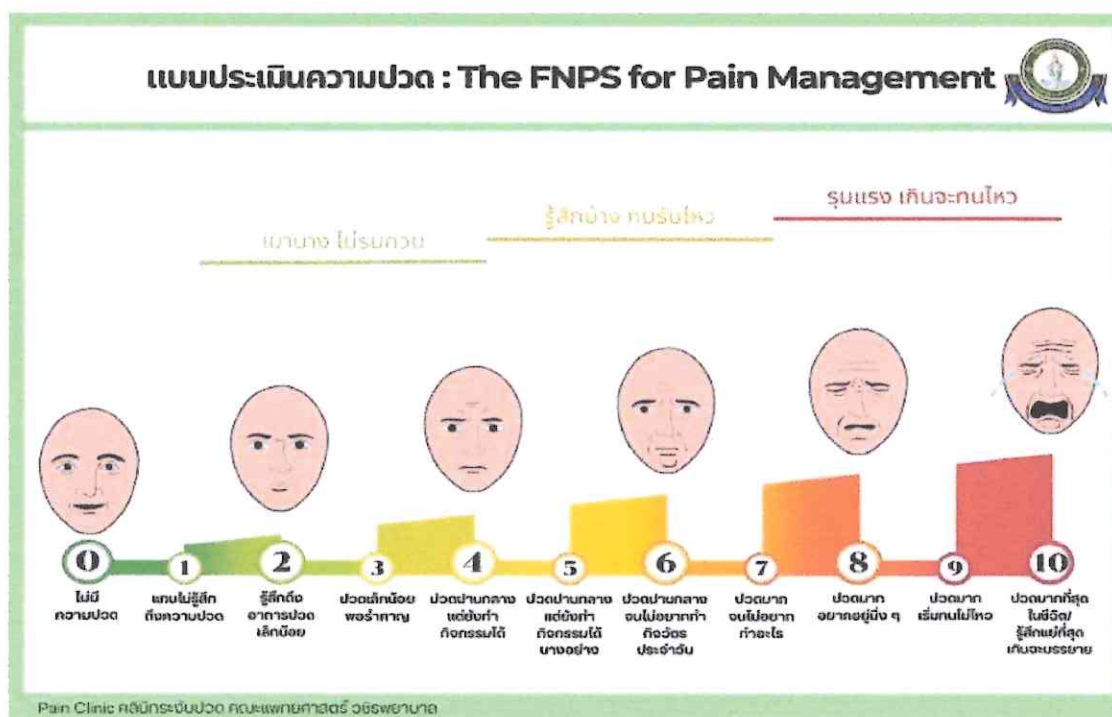
แบบประเมินความปวดแบบใบหน้า (เดิม)

Faces Pain Scale - Revised



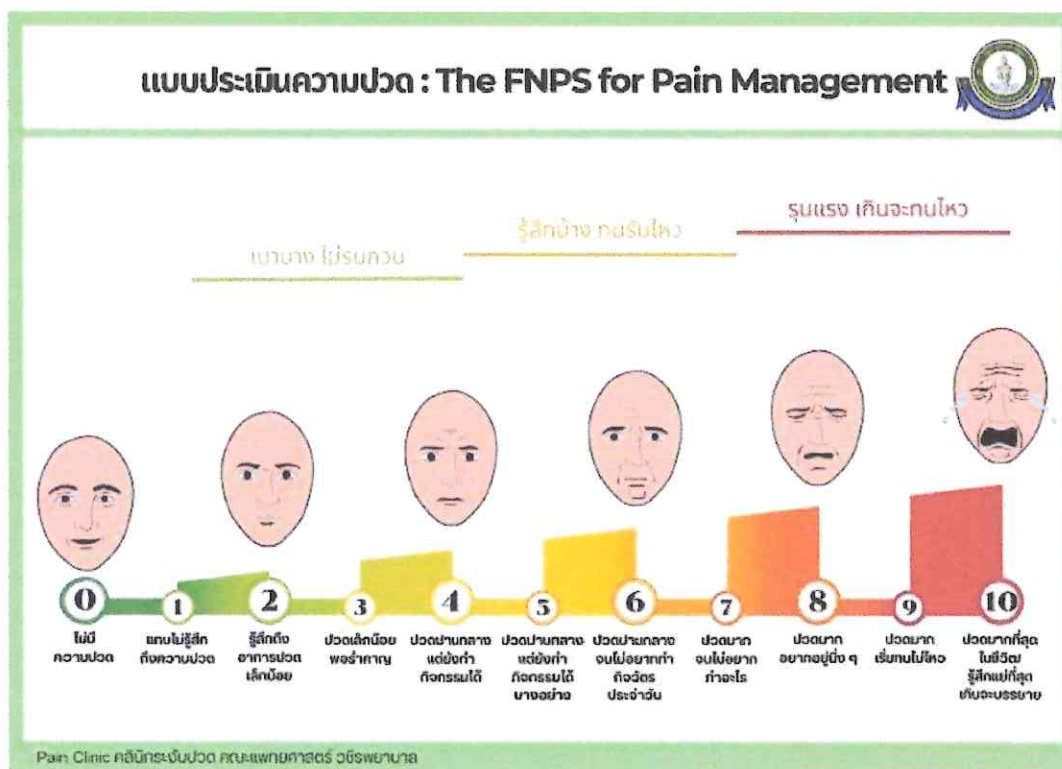
VS

นวัตกรรมแบบการประเมินความปวด FNPS for Pain Management



ภาคผนวก ก

ภาพนวัตกรรมการประเมินความปวด FNPS for Pain Management



ความปวด	การจัดการความปวด	ข้อควรระวัง
ปวดเล็กน้อย (pain score 1 - 3)	ข้อชี้ 1 สำหรับความปวดไม่มาก จัดผู้รับยาไม่ได้รับยาแก้ปวดอยู่ใช้ยาในกลุ่ม non-opioid ได้แก่ Paracetamol หรือ NSAIDs อาจใช้ร่วมกับยาอื่นที่ไม่ได้มีผลต่อการหายใจ ข้อควรระวัง: ไข้สูง ปวดฟัน ปวดท้องด้านขวาใต้ ตับอักเสบ การขาดการพักผ่อน การประทุษร้าย การหายใจอ่อนแอ ก่อนนอน หรือเมื่อมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับยาอื่น ๆ	ประเมินผลด้วยตัวการบรรเทาปวด ยาแก้ปวดชนิด IV ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 5-15 นาที ยาแก้ปวดชนิด IM ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที การระงับยาที่ไม่ใช้ยา ให้ประเมินความปวดซ้ำภายใน 30-60 นาที การประเมิน sedation score (SS) ก่อนให้ยา strong opioids เกณฑ์การประเมินดังนี้ 0-3 S 0 = ผู้ป่วยตื่นอยู่ ไม่รบกวน 1 = ง่ายต่อการปลุกตื่น 2 = ง่ายต่อการปลุกตื่น ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา 3 = ง่ายต่อการปลุกตื่น ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา 4 = ผู้ป่วยรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา SS ≥ 2 หรือ หรือ RR ≤ 10 ไม่ให้ยา strong opioids (morphine, fentanyl, pethidine) + ระวังการแพ้ยา
ปวดปานกลาง (pain score 4 - 6)	ข้อชี้ 2 เมื่อความปวดมีระดับปานกลาง ควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม weak opioids ได้แก่ codeine หรือ codeine + non opioids +/- adjuvants ข้อควรระวัง: ไข้สูง ปวดฟัน ปวดท้องด้านขวาใต้ ตับอักเสบ การขาดการพักผ่อน การประทุษร้าย การหายใจอ่อนแอ ก่อนนอน หรือเมื่อมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับยาอื่น ๆ	ข้อชี้ 3 เมื่อความปวดมีระดับปานกลาง ควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม strong opioids ข้อควรระวัง: ไข้สูง ปวดฟัน ปวดท้องด้านขวาใต้ ตับอักเสบ การขาดการพักผ่อน การประทุษร้าย การหายใจอ่อนแอ ก่อนนอน หรือเมื่อมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับยาอื่น ๆ
ปวดมาก (pain score 7 - 10)	ข้อชี้ 4 เมื่อความปวดมีระดับมาก ควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม strong opioids ข้อควรระวัง: ไข้สูง ปวดฟัน ปวดท้องด้านขวาใต้ ตับอักเสบ การขาดการพักผ่อน การประทุษร้าย การหายใจอ่อนแอ ก่อนนอน หรือเมื่อมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับยาอื่น ๆ	ข้อชี้ 5 เมื่อความปวดมีระดับมาก ควรพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม strong opioids ข้อควรระวัง: ไข้สูง ปวดฟัน ปวดท้องด้านขวาใต้ ตับอักเสบ การขาดการพักผ่อน การประทุษร้าย การหายใจอ่อนแอ ก่อนนอน หรือเมื่อมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับยาอื่น ๆ

ตารางคะแนนความปวด

อาสาสมัครผู้ป่วยปวดเรื้อรัง จากโรคมะเร็ง	นวัตกรรมการ FNPS for Pain Management (ค่าคะแนนความปวด)	ประเมินความปวดแบบเดิม (ค่าคะแนนความปวด)
คนที่ 1	4	6
2	2	2
3	4	6
4	6	6
5	3	2
6	0	0
7	3	2
8	2	2
9	0	0
10	7	8
11	6	6
12	4	4
13	3	2
14	4	6
15	6	6
16	3	2
17	4	6
18	2	2
19	4	6
20	6	6
21	4	2
22	5	6
23	5	6
24	4	6
25	2	2
26	4	6
27	6	6
28	4	2
29	5	6
30	4	4

ประวัติผู้ศึกษา

1. ชื่อ - สกุล
 (ภาษาไทย) นางสาวธรร สอนเต็ม
 (ภาษาอังกฤษ) Miss. Radathorn Sorntem
2. ตำแหน่งปัจจุบัน
 พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
3. สถานที่ทำงาน
 คลินิกกระดูก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 โทรศัพท์ 02-244-3701
 โทรศัพท์มือถือ 08-9812-7014
 Email address radathorn@nmu.ac.th
4. ประวัติการศึกษา
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำเร็จการศึกษา ปี พ.ศ. 2544
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน
 สำเร็จการศึกษา ปี พ.ศ. 2563
5. สาขาอาชีพที่มีความชำนาญ
 - การพยาบาลสูติ-นรีเวช
 - การดูแลคลินิกกระดูก
6. ประสบการณ์และการทำงาน
 - พยาบาลวิชาชีพประจำตึกคลอด
 - พยาบาลวิชาชีพประจำตึกสูติ-นรีเวช
 - พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ประจำคลินิกกระดูก

