

แนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ลำดวน มีภาพ¹, ดลวิวัฒน์ แสนโสม^{2*}, นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Clinical Nursing Practice Guideline for Acute Pain Management in Critically Ill Patients

Lamduan Meepap¹, Donwiwat Saensom^{2*}, Nonglak Methakanjanasak²

¹Master of Nursing Science Independent Study in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon kaen University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: ความปวดเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่พบมาก ซึ่งสาเหตุเกิดจากการทำหัตถการ การผ่าตัด พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานหากไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้องและเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา: อาศัยการศึกษาแบบ Quasi-experimental research ชนิด pretest-posttest Intervention Design ของสองกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 60 ราย กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ 60 ราย และพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ 21 ราย โดยเก็บข้อมูล pretest ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 15 มีนาคม 2560 และเก็บข้อมูล posttest ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม ถึง 30 เมษายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติกรพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่พัฒนาขึ้นเอง 2) แบบรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติระหว่างกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Chi-square, Independent t - test และ Relative risk

Background and Objective: Critically ill patients are exposed to many therapeutic or diagnostic procedures that can produce painful and distressing experiences. This study aimed to evaluate the effects of implementing a clinical nursing practice guideline (CNPG) for acute pain management among the critically ill patients

Method: This quasi-experimental study is pretest-posttest design for evaluated the effects of implementing CNPG in two groups of patients in the Semi-critical care medical ward of Srinagarind hospital during February and April 2017. Subjects consisted of 60 critically ill patients receiving routine pain management, 60 critically ill patients receiving pain management based on the CNPG for acute pain management and 21 registered nurses who implemented the CNPG. Research instruments included the CNPG for acute pain management, and data collection forms that gather demographic information and information related to the CNPG outcomes. Descriptive statistics were used to summarize the data. Chi-squares, independent t-test and relative risks were calculated to compare effects of implementing the CNPG between two patients groups.

Results: patients who had their pain managed based on the CNPG protocol were 55.5 times more likely to receive comprehensive pain assessment compared to those received routine care (98.3% vs 8.3%, RR = 55.5, 95% CI =

*Corresponding Author: Lamduan Meepap, Master of Nursing Science Independent Study in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University E-mail: donsae@kku.ac.th

ผลการศึกษา: พบว่า ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเกือบทุกตัว ดังนี้ ได้รับการประเมินความปวดครบถ้วนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 98.3 และ 8.3 โดยได้รับการประเมินความปวดครบถ้วนถึง 55.5 เท่า (RR = 55.5, 95% CI = 7.9-384.7) ได้รับการจัดการความปวดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 82.8 และ 52.3 โดยได้รับการจัดการความปวด 2.35 เท่า (RR = 2.3, 95% CI = 1.4-3.8) ได้รับการประเมินความปวดซ้ำมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 61.7 และ 1.7 โดยได้รับการประเมินความปวดซ้ำถึง 2.5 เท่า (RR = 2.5, 95% CI = 1.8-3.5) การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นมากกว่า (ร้อยละ 36.7 และ 26.7, p = .242) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดโดยรวมมากกว่า (ร้อยละ 86.0 และ 72.5, p = .059) อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนความปวดลดลงหลังจัดการความปวดไม่แตกต่างกัน (ค่าเฉลี่ยความปวด = 3.46 และ 3.62 คะแนน, p = .277) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดมากกว่า (ร้อยละ 36.7 และ 26.7, p = .242) มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 87.1) และสามารถสามารถปฏิบัติได้ตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 71.2)

สรุป: การศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่าแนวปฏิบัติส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการได้รับการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต เช่น ส่งผลให้ได้รับการประเมินความปวดมากขึ้น ได้รับการจัดการความปวดมากขึ้นและพึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าความปวดที่ลดลงไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากแนวปฏิบัติยังไม่มีข้อแนะนำในการจัดการความปวดที่เฉพาะเจาะจงต่อสาเหตุของความปวด ดังนั้นผู้วิจัยควรปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้สามารถลดความปวดในผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยวิกฤต, แนวปฏิบัติกรพยาบาล, การจัดการความปวดเฉียบพลัน

7.86-384.7). They were 2.3 times more like to received pain management (82.8% vs 52.3%, RR =2.3, 95% CI = 1.4-3.8) and 2.56 times more likely to be reassess for pain after pain management intervention (61.7% vs 1.7% r, RR =2.5, 95% CI =1.8-3.54). In addition, patients cared by the CNPG reported higher level of satisfaction with pain management than their counterparts (86.1% vs 72.5%, p = 0.059). However, the average pain reductions after pain management were not different between the two groups (3.5 vs 3.6, p = .277). Furthermore, nurses who implemented the CNPG had increased proportion of complete and regular pain management documentation (36.7% vs 26.7, p =.242). Nurses reported high level of feasibility for implementing the CNPG in actual practice (87.1%) and had a moderately high level of CNPG adherence (71.2%).

Conclusion: This study reflects this CNPG is effective for acute pain management among critically ill patients. They more likely to received pain assessment, received pain management and higher level of satisfaction with pain management. But the average pain reductions after pain management were not different because this CNPG don't have the suggestion for specific management for cause of pain. So that researcher should be developing of CNPG for reduction pain in critically ill.

Keywords: Critically ill Patients, Clinical Nursing Practice Guideline, Acute Pain Management

ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(6): 561-70. • Srinagarind Med J 2017; 32(6): 561-70.

บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่พบมากและส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การผ่าตัด การสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปในร่างกาย และการทำหัตถการต่าง ๆ¹ หรือจากกิจกรรมการพยาบาล^{2,3} จากพยาธิสภาพของโรค⁴

ซึ่งความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นความปวดเฉียบพลัน⁵ ความปวดส่งผลกระทบต่อกลไกการทำงานที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น⁶ หลอดลมหดเกร็ง เป็นต้น

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้การดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ชับซ้อน และคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาความปวดเฉียบพลันที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จึงได้นำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดเฉียบพลันของฝ่ายการพยาบาลมาใช้ แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรองรับการตรวจเยี่ยมคุณภาพของสภาการพยาบาล ปีพ.ศ. 2556 พบว่ามีข้อมูลผลลัพธ์ด้านการจัดการความปวดที่ไม่สมบูรณ์ คือพบมีอัตราการประเมินความปวดเพียงร้อยละ 64 ไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ด้านการจัดการความปวดอื่นๆ จึงได้วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า 1) ด้านบุคลากร พยาบาลประเมินความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสารไม่ได้ มีทัศนคติต่อความปวดและการจัดการที่หลากหลาย 2) ด้านผู้ป่วย มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจึงไม่สามารถสื่อสารเพื่อรายงานความปวดได้ และ 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤต คือเครื่องมือประเมินความปวด Numeric Rating Scale (NRS) ไม่สามารถประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสารได้ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ากลยุทธ์ที่จะจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตให้มีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์อยู่ในรูปแบบของแนวปฏิบัติพยาบาลที่ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ คือ การประเมินที่ดีด้วยเครื่องมือมาตรฐาน⁷ มีการจัดการความปวดโดยการใช้ยาบรรเทาความปวดที่เพียงพอ ปลอดภัย และการติดตามประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม รวมทั้งการบันทึกที่สมบูรณ์⁸ ดังนั้นจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมขึ้น ตามกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของ The Center For Advance Nursing Practice Model⁹ โดยในขั้นตอนของการประเมินความปวดได้นำแบบประเมินความปวด Critical care Pain Observation Tool (CPOT) มาเป็นเครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารเพื่อรายงานความปวดได้ นอกจากนั้นยังได้เพิ่มวิธีการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioids เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดเหมาะสมและปลอดภัย นำแนวปฏิบัติทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 5 ราย พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดร้อยละ 85 และได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม มีอัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดร้อยละ 86.66 การศึกษานี้เพื่อประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงรวมทั้งการศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินและจัดการความปวดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม เพียงพอและมีการบันทึกการจัดการความ

ปวดที่ต่อเนื่อง ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และหน่วยงานมีข้อมูลคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการความปวด ตลอดจนเป็นข้อมูลในการศึกษาครั้งต่อไป

วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นระยะที่ 4 ของการพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของ The Center For Advance Nursing Practice Model คือ เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยประเมินผลลัพธ์ทั้งสองด้าน คือ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินความปวด การได้รับการจัดการความปวด การประเมินซ้ำหลังการจัดการความปวด ผลของการบรรเทาความปวด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่ม strong opioids ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด และ 2) ผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ความเห็นต่อความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ¹⁰ และการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติของพยาบาล¹ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบ Quasi-experimental research ชนิด pretest-posttest Intervention Design ของสองกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรหลัก คือ ประชากรกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและมีความปวดเฉียบพลัน ประชากรรอง คือกลุ่มพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x จำนวน 21 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเพศชายหรือหญิงอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ระดับความรู้สึกตัววัดโดยใช้ Glasgow Coma Score (GCS) ตั้งแต่ E2VTM4 ขึ้นไป^{11,12} ถ้าไม่สามารถสื่อสารได้ต้องมีระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยวัดจาก motor power มีค่าตั้งแต่ 1 ขึ้นไป¹³ ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้อนุญาตและเข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา กลุ่มพยาบาลต้องปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการและยินดีเข้าร่วมการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้กลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของ Rosner¹⁴ เปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติของ 2 กลุ่มที่มีอิสระต่อกันอ้างอิงจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ¹¹ โดยนำความปวดลดลงของความปวดหลังได้รับการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 68.42 และกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติร้อยละ

40.0 แทนค่าในสูตร ได้จำนวนกลุ่มละ 56 ราย แต่เมื่อคำนวณร้อยละ 10 ของความสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 60 ราย

เครื่องมือในการศึกษา

1. เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันใน

ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่พัฒนาขึ้น โดยพัฒนาต่อจากแนวปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม¹¹ และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สารสำคัญประกอบด้วย การประเมินความปวด การจัดการความปวด การประเมินซ้ำ การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากยาบรรเทาปวด และการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวด

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบรวบรวมผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสาเหตุความปวดเฉียบพลันเช่น การได้รับการผ่าตัด หัตถการต่างๆ และ จากพยาธิสภาพของโรค ระดับความรู้สึกตัวประเมินโดยใช้ แบบประเมิน GCS ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาประเมินโดยใช้ Motor power ซึ่งมีทั้งหมด 6 ระดับ คือ ระดับ 0 ถึง 5 และข้อมูลความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพเรื้อรังและภาวะเฉียบพลันทางสรีรวิทยา (acute physiology and chronic health evaluation II [APACHE II]) มีคะแนน 0-71¹⁵

2.2 ข้อมูลผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติด้านผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) การประเมินความปวดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถสื่อสารได้ใช้แบบประเมิน NRS¹¹ สื่อสารไม่ได้ใช้แบบประเมินการสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต CPOT¹⁶ 2) การจัดการความปวด 3) การประเมินซ้ำ 4) ผลของการบรรเทาความปวด 5) การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่ม strong opioids และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด

2.3 ข้อมูลผลลัพธ์ด้านพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) แบบสังเกตการปฏิบัติตามสารสำคัญของแนว 2) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้¹⁷

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Validation of the Tests) ประกอบด้วย

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แนวปฏิบัติการพยาบาลได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนการยกร่างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชบำบัดวิกฤตจำนวน 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าหัวหน้าผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีความปวด จำนวน 2 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.94 และได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือ AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) โดยผู้ประเมินเป็นพยาบาลจำนวน 4 ท่าน ได้คะแนนร้อยละ 86.50 และได้ทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 ราย และได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติจนเหมาะสมและใช้ได้จริงกับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) หลังปรับปรุงแนวปฏิบัติแล้วได้นำแนวปฏิบัติให้อาจารย์แพทย์ภาควิชาวิสัญญี ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดเฉียบพลัน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าหัวหน้าผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84

จริยธรรมการวิจัย

มีกระบวนการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการรับรองเลขที่ HE591468 ให้ทำการวิจัยทางคลินิกจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลแล้ว เข้าพบประธานสาขาเวชบำบัดวิกฤต หัวหน้างานบริการพยาบาล ผู้ตรวจการแผนกการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการและขอความร่วมมือ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 60 ราย

3. ประชุมชี้กลุ่มพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์วิธีดำเนินการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้แทนโดยชอบธรรม และลงนามเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. พยาบาลให้การดูแลตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลา 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ

6. สังเกตการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 1 2 4 และ 6 โดยสุ่มตรวจผู้ป่วยและพยาบาลสัปดาห์ละ 5 ครั้ง หากไม่ปฏิบัติตามจะมีการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการส่งเวรในเวรเช้าของวันราชการ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้บุคลากรเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยการจัดสัปดาห์รณรงค์การใช้แนวปฏิบัติ มีการให้คำชมเชยแก่บุคลากรที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องต่อที่ประชุมกลุ่ม มีการจัดบอร์ดนำเสนอตัวอย่างการเขียนบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ถูกต้องเพื่อเป็นตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดีและเป็นกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้ศึกษายังจัดทำกราฟเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทุกสัปดาห์ โดยติดไว้ที่บอร์ดในหน่วยงาน ซึ่งจะทำให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นผลดีของการใช้แนวปฏิบัติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการปฏิบัติเดิมไปเป็นการปฏิบัติตามสาระสำคัญ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการบูรณาการกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเข้าด้วยกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 23) ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติของพยาบาล วิเคราะห์โดย แจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลใช้สถิติ Chi-square, Independence t-test และ Relative risk

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่าทั้งสองกลุ่ม คือกลุ่มให้การดูแลแบบปกติและกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีลักษณะทั่วไปคล้ายกัน ดังนี้คือเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูง โดยมีค่า APACHE II score เฉลี่ย 22.8 และ 22.8 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนต้น ($X = 61.6$ และ 62.6) มีสัดส่วนของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน คือ เพศชายร้อยละ 53.3 และ 55.0

นอกจากนี้ทั้งสองกลุ่มมีภาวะเจ็บป่วยวิกฤตคล้ายกันคือ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 46.7 และ 45.0) ส่วนใหญ่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ 51.7 และ 58.3) และสามารถสื่อสารได้ (ร้อยละ 73.3 และ 70.0) (ตารางที่ 1)

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระดับความรุนแรงของความปวด ประเมินจากระดับความรุนแรงของความปวดที่รุนแรงมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความรุนแรงของความปวดที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความรุนแรงของความปวดระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดคือร้อยละ 15.0 และ 5.0 ($X^2 = 8.672, p = 0.034$)

การประเมินและการจัดการความปวด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติมีผลลัพธ์ดีกว่าทุกตัวชี้วัด ดังนี้คือ ได้รับการประเมินความปวดครบถ้วนสมบูรณ์อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงมากกว่า คือร้อยละ 98.3 และ 8.3 กล่าวคือมากกว่า ถึง 55.5 เท่า ($RR = 55.5, 95\% CI = 7.9-384.7$) โดยพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีการประเมินความปวดด้วย CPOT ร้อยละ 40.35 และแบบประเมินความปวดด้วย NRS ร้อยละ 59.65 ส่วนกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติประเมินความปวดด้วย CPOT ร้อยละ 5 และ NRS ร้อยละ 95 กลุ่มใช้แนวปฏิบัติได้รับการจัดการความปวดมากกว่า คือร้อยละ 82.9 และร้อยละ 59.3 กล่าวคือมากกว่าถึง 2.3 เท่า ($RR = 2.3, 95\% CI = 1.4-3.8$) ได้รับการประเมินความปวดซ้ำมากกว่าคือร้อยละ 61.7 และ 1.7 หรือมากกว่าถึง 2.5 เท่า ($RR = 2.5, 95\% CI = 1.9-3.5$) อย่างไรก็ตาม พบว่าผลการบรรเทาความปวดไม่แตกต่างกัน คือค่าคะแนนความปวดที่ลดลงหลังได้รับการจัดการความปวดของทั้งสองกลุ่ม เฉลี่ยเท่ากับ 3.5 และ 3.6 คะแนน (ตารางที่ 2)

ภาวะแทรกซ้อนจากยากกลุ่ม strong opioids

พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติได้รับการจัดการความปวดด้วยยาทั้งสองชนิดรวมกันจำนวน 47 ครั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อน 2 ครั้ง ร้อยละ 4.26 และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ได้รับการยารวมจำนวน 65 ครั้ง เกิดภาวะแทรกซ้อน 11 ครั้ง ร้อยละ 16.92 โดยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 3.98 เท่า ($RR = 3.39, 95\% CI: 0.92-17.11$) คือ เกิดความดันโลหิตต่ำ 10 ครั้ง คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้งและในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเกิดภาวะแทรกซ้อน 2 ครั้งคือ ง่วงซึม 1 ครั้ง และความดันโลหิตต่ำ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้ได้รับการแก้ไขและไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		X ²	p
	(n=60)		(n=60)			
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ						
ชาย	32 (53.3)		33 (55.0)		.000	1.00
หญิง	28 (46.7)		27 (45.0)			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	29 (48.3)		30 (50.0)		2.973	.396
มัธยมศึกษา	12 (20.0)		9 (15.0)			
ปวช/ปวส	9 (15.0)		5 (8.3)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10 (16.7)		16 (26.7)			
อาชีพ						
เกษตรกร	15 (25.0)		19 (31.7)		-	-
รับราชการ	17 (28.3)		13 (21.7)			
รับจ้าง	4 (6.7)		3 (5.0)			
นักเรียน/นักศึกษา	1 (1.7)		0 (0.0)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15 (25.0)		8 (13.3)			
ผู้สูงอายุ	18 (30.0)		17 (28.3)			
ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต						
ติดเชื้ในกระแสเลือด	14 (23.3)		20 (33.3)		1.604	.658
ระบบหายใจล้มเหลว	28 (46.7)		27 (45.0)			
ระบบหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว	9 (15.5)		7 (11.7)			
อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ	9 (15.5)		6 (10.0)			
การใส่ท่อช่วยหายใจ						
ใส่ท่อช่วยหายใจ	31 (51.7)		35 (58.3)		0.539	.463
ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ	29 (48.3)		25 (41.7)			
ความสามารถในการสื่อสาร						
สื่อสารได้	44 (73.3)		42 (70.0)		.164	.685
สื่อสารไม่ได้	16 (26.7)		18 (30.0)			
หัตถการ						
มีการทำหัตถการ	25 (41.7)		16 (26.7)		3.00	.083
ไม่มีการทำหัตถการ	35 (58.3)		44 (73.3)			
การคาสายสวนต่างๆ						
มีสายสวน	14 (23.3)		19 (31.7)		1.04	.307
ไม่มีสายสวน	46 (76.7)		41 (68.3)			
	mean	SD	mean	SD	t	p
อายุ	61.58	15.38	62.58	15.46	.355	.723
APACHE II score*	22.78	4.9	22.83	4.7	.057	.954

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการจัดการความปวด

ผลลัพธ์ของการจัดการ ความปวด	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		RR	95% CI	p
	(n = 60)	(n = 60)	(n = 60)	(n = 60)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ได้รับการประเมินความปวดครบถ้วน							
สมบูรณ์อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง							
ใช่	5 (8.3)	59 (98.3)	55.5	7.86-384.68	.0001*		
ไม่ใช่	55 (91.7)	1 (1.7)					
ได้รับการจัดการความปวดเมื่อมีความปวด							
ระดับปานกลางขึ้นไป							
ใช่	70 (59.32)	146 (82.95)	2.35	1.43-3.85	.0007*		
ไม่ใช่	48 (40.68)	30 (17.05)					
ได้รับการประเมินซ้ำหลังจากจัดการความ							
ปวดอย่างถูกต้องเหมาะสม							
ใช่	1 (1.7)	37 (61.7)	2.56	1.86-3.54	<.001*		
ไม่ใช่	59 (98.3)	23 (38.3)					
บันทึกการจัดการความปวดถูกต้องสม่ำเสมอ							
ใช่	16 (26.7)	22 (36.7)	1.157	0.905-1.48	.242		
ไม่ใช่	44 (73.3)	38 (63.3)					
	mean	SD	mean	SD	t		p
คะแนนความปวดที่ลดลงหลังการจัดการความปวด	3.46	1.43	3.62	1.39	-1.090		.277

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.05, CI = Confidence interval, RR= Relative risk

ความพึงพอใจต่อการได้รับการจัดการความปวด
พบว่ากลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีอัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด โดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ คือ ร้อยละ 86.06 และ 72.50 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในแต่ละด้านทั้ง 5 ด้านพบว่ากลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีค่าคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติทุกด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับยาบรรเทาปวด ร้อยละ 87.50 และ 70.75 (p = .031) ด้านการอธิบายสาเหตุของความปวด ร้อยละ 94.75 และ 73.00 (p = .004) ด้านการได้รับการเอาใจใส่พูดคุยซักถามเกี่ยวกับความปวด ร้อยละ 85.75 และ 77.0 ด้านการได้รับคำแนะนำเพื่อจัดการความปวด ร้อยละ 84.0 และ 75.0 และด้านการได้พูดระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความปวด ร้อยละ 78.50 และ 65.75 ตามลำดับ

ผลด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
พยาบาลมีความคิดเห็นที่แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งานจริงโดยรวมอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 87.1 เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านความเป็นไปได้ของการนำไปใช้จริง ร้อยละ 96.7 ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 92.0 และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล ร้อยละ 93.7 อย่างไรก็ตาม

ในด้านใช้จ่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน และด้านพยาบาลและทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติตาม มีความคิดเห็นค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 77.6 และ 76.3 ตามลำดับ

การปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ โดยภาพรวมพยาบาลสามารถปฏิบัติตามได้ตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติร้อยละ 71.2 และมีการปฏิบัติตามร้อยละ 100 ในข้อใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดที่ได้มาตรฐานและร้อยละสามารถปฏิบัติตามได้ร้อยละ 95 ในข้อประเมินความปวดทันทีและประเมินต่อเนื่องจากน้อยทุก 4 ชั่วโมง แต่พบว่ายังมีการปฏิบัติตามน้อยในด้านการบันทึกการจัดการความปวดอย่างครบถ้วนสมบูรณ์คือปฏิบัติตามได้เพียงร้อยละ 30.0

วิจารณ์

แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนการยกร่างแนวปฏิบัติ โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.94 และได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้เครื่องมือ AGREE โดยผู้ประเมินเป็นพยาบาลจำนวน 4 ท่าน ได้คะแนนร้อยละ 86.50 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 ราย และได้มีการ

ปรับปรุงแนวปฏิบัติจนเหมาะสมและใช้ได้จริงกับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม แล้วนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยอาจารย์แพทย์ภาควิชาวิสัญญีซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดเฉียบพลัน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าหัวหน้าผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84 แล้วจึงนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติได้รับการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอมากกว่าถึง 55.5 เท่า ได้รับการจัดการความปวดมากกว่าถึง 2.3 เท่า ได้รับการประเมินซ้ำมากกว่าถึง 2.5 เท่า ระดับความปวดระดับมากที่สุดต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความปวด คือ CPOT ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการสื่อสารได้¹⁸ ข้อเสนอแนะในการใช้ยาบรรเทาปวดร่วมกับมีแบบเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของยา ทำให้พยาบาลมั่นใจและสามารถตัดสินใจให้ยาบรรเทาปวดกลุ่มนี้มากขึ้นภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ และการระบุเวลาที่เหมาะสมในการประเมินซ้ำหลังจากได้รับการจัดการความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม¹¹ ผลด้านการบรรเทาความปวดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม¹¹ ที่พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีระดับความปวดลดลงมากกว่า ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของผู้ป่วยที่แตกต่างกันคือกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมมีปัจจัยความปวดและภาวะเจ็บป่วยที่มีข้อจำกัดไม่สามารถให้ยาบรรเทาปวดได้อย่างเพียงพอ ร่วมกับในแนวปฏิบัติเองไม่มีข้อเสนอแนะในการจัดการกับความปวดโดยตรง เช่น การไม่ใช้ยา ซึ่งสืบเนื่องมาจากการศึกษานำร่องพบว่าบริบทของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้ ดังนั้นการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาจึงเพียงแต่แนะนำไว้กว้างๆ เท่านั้น กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยากกลุ่ม strong opioids มากกว่า 3.98 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องอกที่ใช้เครื่องมือประเมินความปวด CPOT ได้รับการประเมินความปวดมากกว่า ส่งผลให้ได้รับยากกลุ่ม strong opioids มากกว่า และเมื่อติดตามภาวะแทรกซ้อน พบว่าเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำสูงกว่า ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลว่าเกิดจากได้รับยามากกว่าก็มีโอกาสเกิดมากกว่าเช่นกัน¹⁶ จากผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติได้รับการจัดการความปวดด้วยยามากกว่าจึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมาก อีกทั้งแนวปฏิบัติเองไม่ได้มีองค์ประกอบใดที่จะควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีอัตราความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดโดยรวมมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยหนักทั่วไป ซึ่งพบว่ามีค่ามัธยฐานของความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ¹⁹ และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าด้านการได้รับยาบรรเทาปวด และการอธิบายสาเหตุของความปวด กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากสาระสำคัญของแนวปฏิบัติได้มีข้อเสนอแนะในการบรรเทาปวดด้วยยาโดยให้พิจารณาให้ยาตามระดับความรุนแรงของความปวด จึงส่งผลให้พยาบาลสามารถตัดสินใจให้ยาหรือรายงานแพทย์เพื่อให้ยาได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง คือ ร้อยละ 87.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเป็นไปได้ของการนำไปใช้จริง ร้อยละ 96.7 ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 92.0 และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล ร้อยละ 93.7 อย่างไรก็ตามพยาบาลมีความคิดเห็นที่ค่อนข้างต่ำในด้านแนวปฏิบัติใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน เพียงร้อยละ 77.6 และในการที่พยาบาลและทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติตามได้ เพียงร้อยละ 76.3 จากสาระสำคัญของแนวปฏิบัติมีข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดทั้งในส่วนของการใช้ยาภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ แต่ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่มีผู้ป่วยหลากหลาย เป็นหอผู้ป่วยแบบเปิดมีแพทย์หลายสาขาให้การดูแลผู้ป่วยและมีทัศนคติในการจัดการความปวดแตกต่างกัน อีกทั้งต้องดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตไปก่อนจึงมองว่าการจัดการความปวดเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและคิดถึงเป็นครั้งสุดท้าย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่พยาบาลเห็นว่าแนวปฏิบัติทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพคือ ศัลยแพทย์และพยาบาลสามารถตัดสินใจให้ยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้นรวมทั้งใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน¹¹

โดยภาพรวมพยาบาลสามารถปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติร้อยละ 71.2 และรายชื่อพบว่า มีการปฏิบัติตามที่ได้มาตรฐาน และข้อการประเมินปวดปฏิบัติได้ร้อยละ 95.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามีการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติมากทุกด้าน^{11,19} อย่างไรก็ตาม

ด้านการบันทึกการจัดการความปวดอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ 30.0 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติมีข้อแนะนำการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเมื่อปวดระดับเล็กน้อยหรือร่วมกับใช้ยาเท่านั้น และไม่เฉพาะเจาะจงวิธีการว่าเหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยใด นอกจากนั้นแล้วจากการสัมภาษณ์พยาบาลมีความเชื่อว่าผู้ป่วยมีความปวดเล็กน้อยส่วนใหญ่มักมีอาการดีขึ้นเอง ส่วนในข้อการบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างสมบูรณ์ อาจเกิดจากบริบทของหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและภาระงานที่หนักทำให้พยาบาลมุ่งให้การดูแลเพื่อช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยก่อนจึงทำให้ขาดการบันทึกที่ต่อเนื่อง อีกทั้งขั้นตอนการให้แนวปฏิบัติในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจกับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในช่วงแรกเท่านั้นที่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁹ โดยการศึกษาดังกล่าวใช้วิธีการติดตามการปฏิบัติเป็นสัปดาห์ รวบรวมข้อมูลเป็นสัปดาห์และเมื่อพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้น้อยผู้วิจัยได้ใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การนิเทศรายบุคคล การให้หัวหน้าทีมเป็นผู้กระตุ้น ดังนั้นในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 6 จึงส่งผลให้พยาบาลมีจำนวนการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติสูงขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ คือมีข้อแนะนำเฉพาะการจัดการความปวดด้วยยาตามระดับความรุนแรงของความปวดเท่านั้น แต่ในด้านการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ยังไม่มีข้อแนะนำที่เฉพาะเจาะจงตามสาเหตุของการเกิดความปวดทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวดเฉลี่ยหลังการจัดการความปวดแต่ละครั้งลดลงไม่แตกต่างกัน

สรุป

การศึกษานี้ยืนยันว่าแนวปฏิบัติส่งผลดีที่ต่อการได้รับการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต เช่น ส่งผลให้ได้รับการประเมินความปวดมากขึ้น ได้รับการจัดการความปวดมากขึ้นและพึงพอใจต่อการจัดการความปวดมากขึ้น แต่ยังคงพบว่าความปวดที่ลดลงไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากแนวปฏิบัติยังไม่มีข้อแนะนำในการจัดการความปวดที่เฉพาะเจาะจงต่อสาเหตุของความปวด ดังนั้น ผู้วิจัยควรปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้สามารถลดความปวดในผู้ป่วยวิกฤตและเผยแพร่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมือการวิจัยจนสมบูรณ์

รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรมชายหญิง 4x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

- Puntillo K, Pasero C, Li D, Mularski RA, Grap MJ, Erstad BL, et al. Evaluation of pain in ICU patients. *Chest* 2009; 133:1069-74.
- Siffleet J, Young J, Nikolett S, Shaw T. Patient' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2007; 16: 2142-8.
- Puntillo KA, Smith D, Arai S, Stotts N. Critical care nurse provide their perspectives of patients' symptom in intensive care units. *Heart Lung* 2008; 37: 466-75.
- van de Leur JP, van der Schans CP, Loef BG, Deelman BG, Geertzen JH, Zwaveling JH. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care* 2004; 8: 467-73.
- Simpson RS. Acute pain management in the intensive care unit. In: Macintyre PE, Walker SM, Rowbotham DJ editors. *Clinical pain management: acute pain*. 2nd ed. London: Hodder Arnold, 2008 : 251-67.
- Lome B. Acute pain and the critically ill trauma patient. *Crit Care Nurs* 2005; 28: 200-7.
- เจือกุล อโนธรมณ์. บทความทางวิชาการ บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด. *วารสารพยาบาล* 2545; 20: 8-18.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. *แนวทางการพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*. [ค้นเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2557], <http://www.paintasp.com/download/cpg/CPG%20Acute%20Pain.pdf>.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. แนวคิดและความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พีริ-วัน, 2549: 10-47.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล* 2545; 20: 63-75.
- สุภาภรณ์ บุณโยทยาน, ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุลี สำราญญาติ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554; 26: 82-95.
- Arbour C, Gélinas C, Michaud C. Impact of the implementation of the CPOT on pain management and clinical outcomes in mechanically ventilated trauma ICU patients. *Journal of Trauma Nursing* 2011; 18: 52-60.
- Gélinas C, Fillion L, Puntillo K. Item selection and content validity of the Critical Care Pain Observation Tool for non-verbal adult. *J Adv Nurs* 2008; 65: 203-16.

14. Rosner. Sample Size Calculator Determines the minimum number of subjects for adequate studypower. [cited July 10, 2016]. Available from: <http://clincalc.com/Stats/SampleSize.aspx>.
15. Chen SL, Wei IL, Sang YY, Tang FI. ICU nurse' knowledge of and attitudes towards the APACHE II scoring system. *J Clin Nurs* 2004; 13: 287-96.
16. Gélinas C, Arbour C, Michaud C, Vaillant F, Desjardine S. Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults : a before and after study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 1495-504.
17. จวีวรรณ ธงชัย, พิกุล นันทชัยพันธ์. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่; 2547.
18. Rose L, Hasllam L, Dale C, Knechtel L, McGillion M. Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults unable to self-report pain. *Am J Crit Care* 2013; 22: 246-55.
19. พนารัตน์ ปาละ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.

