

# ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม\*

สุภาภรณ์ บุญโยทยาน พย.ม.\*\*

ฉวีวรรณ ธงชัย ค.บ., M.A.\*\*\*

มยลีสี่ สำราญญาติ Ph.D.\*\*\*\*

**บทคัดย่อ:** การศึกษาปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2553 โดยกลุ่มแรกจำนวน 50 คน เป็นกลุ่มที่ยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่สองจำนวน 53 คน เป็นกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม และ 2) แบบรวบรวมผลลัพธ์ ประกอบด้วย การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ผลการบรรเทาความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วย ดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของการได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสูงขึ้นทุกตัวชี้วัด สำหรับผลการบรรเทาความปวด พบว่าเพียงร้อยละ 13.33 และร้อยละ 26.67 ของการประเมินโดยการซักถามในกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารได้ที่ยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติมีผลการบรรเทาความปวดลดลงทั้งหมดและลดลงมากตามลำดับ ในขณะที่ร้อยละ 21.05 และร้อยละ 47.37 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติมีผลการบรรเทาความปวดลดลงทั้งหมดและลดลงมากตามลำดับ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารไม่ได้ที่ยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติ แสดงอาการสงบและพักได้ดี ร้อยละ 88.89 ของการประเมินโดยการสังเกต ในขณะที่ร้อยละ 98.06 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติ แสดงอาการสงบและพักได้ดี ค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติคือ 10.00 ในขณะที่ของกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติมีเพียง 7.70

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(4) 82-95

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการความปวด ความปวดเฉียบพลัน ผู้ป่วยวิกฤต

\*การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่:

E-mail: punyodyana@hotmail.com

\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยวิกฤตที่พบได้มากและทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ในขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>1,2</sup> ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น การผ่าตัด ภาวะเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่เดิม การทำหัตถการเพื่อการบำบัดรักษาและการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง และจากการทำกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ<sup>3</sup> ซึ่งความปวดที่พบในผู้ป่วยวิกฤตเป็นความปวดเฉียบพลัน<sup>4</sup> การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดไม่เหมาะสม เช่น ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้โดยการพูดหรือเขียน<sup>5</sup> การใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ไม่ได้มาตรฐานทำให้ไม่สามารถประเมินความปวดที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดไม่ตรงกับระดับความปวดที่เกิดขึ้นจริง และทำให้ความปวดไม่บรรเทาลง<sup>6</sup>

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงและซับซ้อน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการรักษาทางศัลยกรรม จะได้รับพิจารณาให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับความปวดเฉียบพลันที่ต้องได้รับการประเมินและจัดการอย่างเหมาะสม ในปี พ.ศ. 2547 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้กำหนดแนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับใช้ในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้นำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้แต่พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการความปวดของผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจาก

แนวปฏิบัติที่ใช้อยู่เดิมจัดทำขึ้นเพื่อใช้กับหน่วยงานทั่วไป ซึ่งไม่ใช่แนวปฏิบัติที่ใช้เฉพาะกับผู้ป่วยวิกฤตที่มีสภาพแตกต่างจากผู้ป่วยโดยทั่วไป ผู้ศึกษาได้ติดตามการปฏิบัติการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ระหว่างวันที่ 9-14 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ในผู้ป่วยวิกฤต 7 คน ติดตามการประเมินความปวด 216 ครั้ง โดยเป็นการประเมินที่ใช้เครื่องมือประเมินความปวด 72 ครั้ง มีการจัดการความปวด 27 ครั้ง และตรวจสอบบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดในรอบ 24 ชั่วโมง 36 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ร้อยละ 33.33 โดยได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 2.77 ได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาที ภายหลังการประเมิน ร้อยละ 25.93 ได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวดร้อยละ 44.44 ได้รับการประเมินความปวดซ้ำในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม ร้อยละ 18.52 มีบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในรอบ 24 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 8.33 และขาดการติดตามผลการบรรเทาความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมควรได้รับการปรับปรุงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวดลงได้ ประกอบด้วย การประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอ การเลือกวิธีบรรเทาความปวดที่เหมาะสม การประเมินความปวดซ้ำและการติดตามผลการบรรเทาความปวด รวมถึงการมีระบบบันทึกที่ชัดเจน<sup>4</sup> ซึ่งการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในอันดับต้น ๆ<sup>7</sup> จึงควรมีการปฏิบัติ

ตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ตัวชี้วัดดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

กลยุทธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันถึงผลลัพธ์ที่พึงประสงค์อยู่ในรูปแบบของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) จากสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติที่มีสาระสำคัญครอบคลุมทุกประเด็นของการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ประกอบกับในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ที่ดีของการปฏิบัติได้ ผู้ศึกษาและบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม<sup>8</sup> ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย<sup>9</sup> โดยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิดการใช้และการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย<sup>9</sup> ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติ

ทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาการได้รับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาผลการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตต่อการจัดการความปวด

### วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปฏิบัติการ (operational study)<sup>10</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวิกฤตทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2553 ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติใช้เวลารวบรวมข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 50 คน และกลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติใช้เวลารวบรวมข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2553 จำนวน 53 คน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลมหาสารนคร เชียงใหม่ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่าง รับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของกลุ่มตัวอย่างกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารได้ยินยอม เข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษาจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอม เข้าร่วมการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอบผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พัฒนาโดย สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ<sup>8</sup> มีสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรวบรวมผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอบผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการสื่อสาร การวินิจฉัยโรค ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การผ่าตัด และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพเรื้อรังและภาวะเฉียบพลันทางสรีรวิทยา (acute physiology and chronic health evaluation II [APACHE II]) มีคะแนน 0-71 โดยคะแนน 0-10 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยเล็กน้อย คะแนน 11-20 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยปานกลาง และคะแนนมากกว่า 20 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง<sup>11</sup>

### 2.2 ข้อมูลผลลัพธ์ ประกอบด้วย

2.2.1 การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ได้แก่ ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

2.2.1.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง

2.2.1.2 ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินที่เหมาะสม

2.2.1.3 ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาที ภายหลังการประเมิน

2.2.1.4 ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวด

2.2.1.5 ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดซ้ำในช่วงเวลาที่เหมาะสม ภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด

2.2.1.6 การบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในรอบ 24 ชั่วโมง

### 2.2.2 ผลการบรรเทาความปวด ได้แก่

2.2.2.1 ผู้ป่วยที่สื่อสารได้ ประเมินโดยใช้มาตรวัดบอกระดับการรับรู้ความปวด

ที่ลดลง (verbal rating scale perceived [VAS-PR])<sup>12</sup> โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบตามความรู้สึกของตัวเอง ดังนี้ ความปวดไม่ลดลง (no relief) ความปวดลดลงเล็กน้อย (minimal relief) ความปวดลดลงปานกลาง (moderate relief) ความปวดลดลงมาก (much relief) และความปวดลดลงทั้งหมด (complete relief)

2.2.2.2 ผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ประเมินโดยการสังเกตคุณภาพการพักผ่อน (rest quality)<sup>13</sup> ภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พักไม่ได้ พักได้เป็นช่วง และสงบ พักได้ดี

2.2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้มาตรวัดที่ประมาณด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS])<sup>14</sup> มีช่วงคะแนน 0-10 ทำการประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ และตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ร่วมกับการประเมินความเห็นของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 19 คน พบว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ โดยมีผลการประเมินระดับมากร้อยละ 100 สำหรับความสะดวกในการใช้ ใช้งานไม่ยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล มีผลการประเมินระดับมากร้อยละ 89.47

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรวบรวมผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปรวบรวมผลลัพธ์จากแบบบันทึกกระบวนการพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 10 ครั้ง และหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ศึกษากับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในหอผู้ป่วย (inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

#### การรวบรวมข้อมูลและดำเนินการศึกษา

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จากนั้นจึงเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พยาบาลอาวุโส อาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการศึกษา

2. ผู้ศึกษาจัดประชุมกลุ่มย่อยในหน่วยงาน หลังรับเวรเช้าเป็นเวลา 15 นาที ระหว่างวันที่ 24-27 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจแก่บุคลากรในหน่วยงานเกี่ยวกับขั้นตอนการลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกกระบวนการพยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ก่อนมีการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ

3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การจัดการความปวดในกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยแบบรวบรวมผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

4. ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม ตามกรอบแนวคิดการใช้และการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย<sup>11</sup> ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นตอนการจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก

4.1.1 จัดเตรียมแนวปฏิบัติไว้ประจำในหน่วยงาน จำนวน 3 เล่ม

4.1.2 จัดทำแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์แนวปฏิบัติไว้บนหน้าจอคอมพิวเตอร์เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา

4.1.3 จัดทำบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ไว้ในหน่วยงาน

4.1.4 จัดประชุมบุคลากรในหน่วยงานเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ในวันที่ 4-6 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ใช้เวลาประชุมครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จัดประชุม 4 ครั้ง เพื่อให้พยาบาลจำนวน 19 คน เข้าร่วมประชุมจนครบ สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่หมุนเวียนเข้ามาประจำในหอผู้ป่วยวิกฤต จะได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับแนวปฏิบัติจากอาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตและหัวหน้าหอผู้ป่วย

4.1.5 จัดเตรียมเครื่องมือประเมินความปวด เครื่องมือประเมินระดับง่วงซึม และเครื่องมือประเมินความพึงพอใจ ไว้ในแฟ้มบันทึกทางการแพทย์ทุกแฟ้มเพื่อให้มีความสะดวกในการนำไปใช้

4.1.6 สอนและฝึกทักษะให้บุคลากรในหน่วยงานทุกคนให้สามารถใช้เครื่องมือประเมินและแบบประเมินต่าง ๆ ที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจนบุคลากรในหน่วยงานสามารถประเมินได้ตรงกับกรประเมินของผู้ศึกษา

4.2 ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยใช้กลยุทธ์เพื่อให้การใช้แนวปฏิบัติบรรลุผลลัพธ์ ดังนี้

4.2.1 นิเทศกลุ่มย่อยและนิเทศข้างเตียงเพื่อให้ความรู้และทบทวนความเข้าใจในการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ

4.2.2 จัดทำระบบย้ำเตือนความจำได้แก่ แผ่นพับที่ประกอบด้วยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ แจกให้กับบุคลากรในหน่วยงานทุกคน และบางส่วนเก็บไว้บริเวณโต๊ะประชุมวิชาการของหน่วยงาน

4.2.3 จัดพิมพ์แผนผังแสดงขั้นตอนการดูแลความปวดในผู้ป่วยวิกฤตโดยติดไว้บริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่าย

4.2.4 ขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วย อาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตและพยาบาลหัวหน้าเวร ในการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามสาระสำคัญในแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

4.2.5 เข้าตรวจเยี่ยมการปฏิบัติทั้งในเวลาและนอกเวลาเพื่อให้มีการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติอย่างถูกต้อง และร่วมแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นในระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ

4.2.6 จัดบอร์ดนำเสนอตัวอย่างของการเขียนบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ถูกต้องรวมทั้งกระตุ้นให้บุคลากรนำปัญหาความปวดของผู้ป่วยไปตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำเสนอในขณะรับส่งเวรทุกเวร

4.2.7 กล่าวคำชมเชยและมอบรางวัลให้กับผู้ที่ปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องต่อที่ประชุมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจและมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4.3 ขั้นตอนการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

4.3.1 การประเมินกระบวนการ โดยการสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ สัปดาห์ที่ 4 ของการใช้แนวปฏิบัติ สังเกตการปฏิบัติ จำนวน 10 ครั้ง และให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และสิ่งที่สนับสนุนต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้มีการปฏิบัติตามสาระสำคัญอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ

4.3.2 การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ โดยการรวบรวมผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ นำผลลัพธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาจัดกลุ่มข้อมูล แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลผลลัพธ์ การจัดการความปวดอย่างเหมาะสมและผลการบรรเทาความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนคะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าพิสัย (range) และค่ามัธยฐาน (median)

#### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 50 คน และกลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 53 คน มีข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.00 และร้อยละ 62.26 ตามลำดับ และมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.00 และร้อยละ 49.06 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสาร

ได้ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 79.25 ตามลำดับ สำหรับการวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติคือ โรคหลอดเลือดแดงโป่งพองหรือแตกหรือตีบหรืออุดตัน คิดเป็นร้อยละ 38.00 และร้อยละ 20.75 ตามลำดับ และมีภาวะช็อกจากการพร่องสารน้ำเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่พบมากที่สุดคือร้อยละ 50.00 และร้อยละ 45.28 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยค่าเฉลี่ย 16.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.94) และกลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยค่าเฉลี่ย 14.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.88) กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดมากที่สุดคือ ร้อยละ 32.00 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารมากที่สุดคือ ร้อยละ 32.08

กลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมสูงขึ้นทุกตัวชี้วัดเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติมีผลการบรรเทาความปวดในระดับความปวดลดลงมากและความปวดลดลงทั้งหมดเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติมีอาการสงบ พักได้ดี ภายหลังได้รับการบรรเทาความปวดเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 3 และกลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ มีค่ามัธยฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามตัวชี้วัดของการได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม

การได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม	ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ			ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ		
	จำนวนเหตุการณ์	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)	จำนวนเหตุการณ์	มี (ร้อยละ)	ไม่มี (ร้อยละ)
ได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง	1319	1164 (88.25)	155 (11.75)	1499	1467 (97.87)	32 (2.13)
ได้รับการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม	1164	1022 (87.80)	142 (12.20)	1467	1464 (99.79)	3 (0.21)
ได้รับการบรรเทาความปวดภายใน 15 นาที ภายหลังการประเมิน	227	176 (77.53)	51 (22.47)	228	222 (97.37)	6 (2.63)
ได้รับการบรรเทาความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวด	227	164 (72.25)	63 (27.75)	228	221 (96.93)	7 (3.07)
ได้รับการประเมินความปวดซ้ำในช่วงเวลาที่เหมาะสมภายหลังการบรรเทาความปวด	227	99 (43.61)	128 (56.39)	228	190 (83.33)	38 (16.67)
บันทึกเกี่ยวกับความปวดอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในรอบ 24 ชั่วโมง	224	79 (32.87)	162 (67.22)	287	251 (87.46)	36 (12.54)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการประเมินผลการบรรเทาความปวดโดยการซักถามในกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามผลการบรรเทาความปวด

ผลการบรรเทาความปวด	ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=15)		ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความปวดไม่ลดลง	0	0.00	0	0.00
ความปวดลดลงเล็กน้อย	1	6.67	0	0.00
ความปวดลดลงปานกลาง	8	53.33	12	31.58
ความปวดลดลงมาก	4	26.67	18	47.37
ความปวดลดลงทั้งหมด	2	13.33	8	21.05

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการประเมินผลการบรรเทาความปวดโดยการสังเกตในกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามคุณภาพการพักผ่อน

คุณภาพการพักผ่อน	ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=99)		ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=155)	
	จำนวนเหตุการณ์	ร้อยละ	จำนวนเหตุการณ์	ร้อยละ
พักไม่ได้	0	0.00	0	0.00
พักได้เป็นช่วง	11	11.11	3	1.94
สงบ พักได้ดี	88	88.89	152	98.06

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ

ผลลัพธ์	ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=18)		ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=23)	
	ช่วงคะแนน	ค่ามัธยฐาน	ช่วงคะแนน	ค่ามัธยฐาน
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด	4.50-10.00	7.70	7.00-10.00	10.00

### การอภิปรายผล

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมครั้งนี้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้เนื่องจากการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติที่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วยวิกฤต ถึงแม้ว่าคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อเสนอแนะในสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ จะมีระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานในระดับ 1-4 และระดับคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ตามการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย<sup>9</sup> แต่ข้อเสนอแนะเหล่านี้เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปฏิบัติที่เป็นเกรดเอ (A) ซึ่งหมายถึงข้อเสนอแนะที่มีการ

สนับสนุนให้นำไปปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง สามารถแสดงผลลัพธ์ของการปฏิบัติได้อย่างชัดเจน และนำไปปฏิบัติได้เลยโดยเป็นที่ยอมรับเชิงจริยธรรม<sup>15</sup> ซึ่งการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นองค์ประกอบที่สำคัญคือ การมีข้อเสนอแนะที่มีความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์ (strong evidence) และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง<sup>16</sup>

ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดผลลัพธ์ ได้แก่ การประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง การปฏิบัติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการติดตามความปวดอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอและทำให้พยาบาลตระหนักถึงระดับความปวดของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ในการประเมินความปวดจะต้องเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม

กับผู้ป่วยวิกฤตแต่ละราย เพื่อบ่งชี้ระดับความปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจะเห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตประมาณร้อยละ 80 ไม่สามารถสื่อสารได้ เมื่อมีการนำเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical Care Pain Observation Tool [CPOT]) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงานจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติจากเดิมที่ไม่ได้ใช้เครื่องมือใดๆ ประเมินความปวดโดยการสังเกต จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดตามระดับความปวดที่แท้จริง ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติอีกประการหนึ่งคือการได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาาระงับปวดที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การใช้มอร์ฟีนในผู้ป่วยวิกฤตที่มีความปวดระดับปานกลางและระดับมากและการเลือกใช้เฟนทานิลในผู้ป่วยวิกฤตที่มีการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ และวิธีการให้ยาาระงับปวดแบบหยดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำและให้ตามช่วงเวลาในรอบ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการบริหารยาาระงับปวดที่เหมาะสมกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยทำให้ระดับของยาาระงับปวดอยู่ในกระแสเลือดอย่างคงที่ จึงสามารถควบคุมความปวดได้ดี ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การติดตามประเมินความปวดซ้ำภายหลังได้รับการบรรเทาความปวด ทำให้มีข้อมูลให้แพทย์ใช้ในการตัดสินใจปรับขนาดของยาให้มากพอที่จะทำให้ความปวดลดลงและผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการได้รับยา ซึ่งในแนวปฏิบัติมีการใช้มาตรวัดอาการง่วงซึม กระวนกระวายของริชมอนด์ (Richmond Agitation Sedation Scale [RASS]) มาประกอบการประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาโอปิออยด์ และทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม นอกจากนี้แนวปฏิบัติยังมีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับการจัดระบบการเขียนบันทึกให้มีความชัดเจน สังเกตได้ง่าย และ

ครอบคลุมทุกประเด็นของการจัดการความปวด ทำให้การบันทึกเกี่ยวกับความปวดมีความถูกต้องและสม่ำเสมอในรอบ 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติซึ่งการมีระบบบันทึกที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม จากข้อเสนอแนะทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติมีผลการบรรเทาความปวดดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดจากการศึกษานี้ส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตามสาระสำคัญในแนวปฏิบัติตั้งแต่อภิปรายมาแล้ว แต่การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติจะเกิดขึ้นอย่างจริงจังและต่อเนื่องต้องอาศัยกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และการเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทและนำมาบูรณาการสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม<sup>17</sup> ซึ่งผู้ศึกษาได้เริ่มจากการเผยแพร่แนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญในแนวปฏิบัติ โดยการประชุมกลุ่มเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติครบทุกคน และเพื่อให้บุคลากรทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญในแนวปฏิบัติให้มากยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาได้ใช้สื่อให้ความรู้อื่นๆ ร่วมด้วย และก่อนมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ผู้ศึกษาได้เตรียมบุคลากรให้สามารถใช้เครื่องมือประเมินความปวด เครื่องมือประเมินระดับง่วงซึม และการประเมินผลการบรรเทาความปวดทั้งการประเมินโดยการซักถามและการสังเกตคุณภาพการพักผ่อน โดยฝึกทักษะการปฏิบัติข้างเตียง จนบุคลากรทุกคนสามารถใช้เครื่องมือประเมินต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและสามารถประเมินได้ตรงกับประเมินของผู้ศึกษา

ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติผู้ศึกษาได้ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยการตรวจเยี่ยม

ทั้งในเวลาและนอกเวลาเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม เมื่อพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องผู้ศึกษาใช้การนิเทศข้างเตียงเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล และปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่าง อีกทั้งผู้ศึกษาได้ส่งเสริมให้มีการใช้วิธีบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาาร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความไม่สบาย นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้สุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติโดยการสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรจำนวน 10 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ สัปดาห์ที่ 4 ของการใช้แนวปฏิบัติ และให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการประชุมกลุ่มย่อยหลังรับเวรเช้า ในระหว่างนี้ผู้ศึกษาได้กระตุ้นให้บุคลากรเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติโดยการจัดสัปดาห์รณรงค์การใช้แนวปฏิบัติ มีการให้คำชมเชยแก่บุคลากรที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ต่อที่ประชุมกลุ่ม มีการจัดบอร์ดนำเสนอตัวอย่างการเขียนบันทึกเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ถูกต้อง เพื่อเป็นตัวอย่างของการปฏิบัติที่ดีและเป็นกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้ศึกษายังจัดทำกราฟเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทุกสัปดาห์ โดยติดไว้ที่บอร์ดในหน่วยงานซึ่งจะทำให้บุคลากรในหน่วยงานเห็นผลดีของการใช้แนวปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการปฏิบัติเดิมไปเป็นการปฏิบัติตามสาระสำคัญ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการบูรณาการกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเข้าด้วยกันตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย<sup>17</sup>

ปัจจัยประการสำคัญที่มีส่วนเอื้อให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมไปใช้จน

เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงเนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในหน่วยงานเอง อีกทั้งผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมของบุคลากรทั้งในด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติจึงทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติเกิดทัศนคติที่ดี มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ไว้อย่างเพียงพอ และได้มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงาน จึงทำให้บุคลากรคุ้นเคยกับการใช้แนวปฏิบัติ นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้วหน่วยงานยังมีบรรยากาศของการเรียนรู้เนื่องจากเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติของนักศึกษาและผู้เข้าอบรมหลักสูตรต่างๆ ที่เข้ามาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติและมีทัศนคติที่ดี ประกอบกับแนวปฏิบัติฉบับนี้พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล จึงได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและอาจารย์แพทย์

อย่างไรก็ตามในการศึกษารั้งนี้พบว่ายังไม่สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมในทุกตัวชีวิตได้ถึงร้อยละร้อยซึ่งควรเป็นเป้าหมายที่ตั้งไว้ในการพัฒนาคุณภาพต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากการหมุนเวียนของบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลรวมทั้งนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติภาระดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยงาน ทำให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ (guidelines adherence) ยังไม่เกิดขึ้นเต็มที่ในระยะแรกของการใช้ ซึ่งต้องอาศัยการติดตามการปฏิบัติอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และการบูรณาการการใช้แนวปฏิบัติเข้ากับกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. นำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ต่อผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลเพื่อพิจารณำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการ หน่วยงานควรมีการสร้างให้มีบรรยากาศและวัฒนธรรมของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้บุคลากรเกิดทัศนคติที่ดีอันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติ

3. ควรมีการติดตามศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมและทันสมัยตามสถานการณ์

### เอกสารอ้างอิง

1. Puntillo K, Pasero C, Li D, Mularski RA, Grap MJ, Erstad BL, et al. Evaluation of pain in ICU patients. *Chest* 2009; 135: 1069-74.
2. 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.
3. Siffleet J, Young J, Nikoletti S, Shaw T. Patient' self-report of procedure pain in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2007; 16: 2142-8.
4. Simpson RS. Acute pain management in the intensive care unit. In: Macintyre PE, Walker SM, Rowbotham DJ editors. **Clinical pain management: acute pain.** 2<sup>nd</sup> ed. London: Hodder Arnold Press; 2008. p. 343-59.

5. Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., et al. Evaluation of pain in ICU patients. *Chest* 2009, 135: 1069-74.
6. Puntillo, K., Miaskowski, C., Kehrle, K., Stannard, D., Gleeson, S., & Nyne, P. Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Crit Care Med* 1997; 25: 1159-66.
7. Berenholtz SM, Dorman T, Ngo K, Pronovost PJ. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. *J Crit Care* 2002; 17(1): 1-15.
8. สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, กานดา อิ่มสงวน, พงศ์ศักดิ์ มูลกันทา, นงนุช ดวงส้อย, นันทิยา คงเพ็ง, เกศินี ฉะยกุล และคณะ. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. เชียงใหม่. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2552.
9. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. **A guideline to the development implementation and evaluation of clinical practice guideline.** 1999. Retrieved April 12, 2009, from [www.ausinfo.gov.au/general/genhottobu.htm](http://www.ausinfo.gov.au/general/genhottobu.htm)
10. Fisher, A. A., Foreit, J. R., Laing, J., Stoeckel, J., & Townsend, J. **Designing HIV/AIDS intervention studies: an operations research handbook.** [online] 2002 [cited 2011 April 1] Available from <http://www.popcouncil.org/Horizons/ORTToolkit/toolkit/orhndbk.html>
11. Chen, S. L., Wei, I. L., Sang, Y. Y., & Tang, F. I. ICU nurse' knowledge of and attitudes towards the APACHE II scoring system. *J Clin Nurs* 2003; 13: 287-96.
12. Sloman, R., Wruble, A. W., Rosen, G., & Rom, M. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. *Pain Manag Nurs* 2006; 7(4): 153-8.

13. Gelinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., & Puntillo, K. Pain assessment and management in critically ill intubation patients: A retrospective study. *Am J Crit Care* 2004; 13: 126-36.
14. Lovatsis, D., Jose, J. B., Tufman, A., Drutz, H. P., & Murphy, K. Assessment of patient satisfaction with postoperative pain management after ambulatory gynecologic laparoscopy. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29(8): 664-7.
15. Joanna Briggs Institute [JBI]. **JBI level of evidence and grades of recommendation.** [online] 2008 [cited 2009 July 1] Available from <http://www.joannabriggs.edu.au/about/reviewers.php>.
16. Sackett DL, Rosenberg W MC, Gray JAM, Haynes RB, Scott WR. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
17. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. **How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies.** 2000. Retrieved April 12, 2009, from [www.ausinfo.gov.au/general/genhottobu.htm](http://www.ausinfo.gov.au/general/genhottobu.htm)

## Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Pain Management among Critically Ill Patients in Surgical Intensive Care Unit\*

Supaporn Punyodyana MN.\*\*

Chaweewan Thongchai M.A\*\*\*

Mayulee Somrarnyart Ph.D\*\*\*\*

**Abstract:** This operational study aimed to determine the effectiveness of implementing clinical practice guidelines (CPGs) for pain management among critically ill patients. Subjects consisted of critically ill patients who were confined in surgical intensive care unit (SICU), Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital from June to September 2010, 50 subjects in the non-CPGs group and 53 in the CPGs group. The instruments used in this study were 1) the CPGs for pain management among critically ill patients in SICU and 2) the outcome evaluation form, which included appropriate pain management, the result of pain relief, and patient's satisfaction. The study was based on the clinical practice guidelines implementation framework of the Australian National Health and Medical Research Council. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the percentage of all indicators related to appropriate pain management during implementing the CPGs were increased. In terms of the result of pain relief, only 13.33% and 26.26% of verbal assessments among communicated subjects in the non-CPGs group reported that pain was completely relieved and very much relieved, respectively; while among subjects in the CPGs group, 21.05% and 47.37% of verbal assessments among communicated subjects stated that pain was completely relieved and very much relieved, respectively. For non-communicated subjects in the non-CPGs group 88.89% of observations demonstrated calm and good rest, while 98.06% among those who were in the CPGs group demonstrated calm and good rest. The median score of patient's satisfaction of subjects in the CPGs group was 10.00, while of subjects in the non-CPGs was only 7.70.

*Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(4) 82-95*

**Keywords:** Clinical practice guidelines, Pain management, Acute pain, Critically ill patients

---

\*Independent Study of Master Degree Adult Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\*Corresponding Author, Master Nursing Student, Nursing Science Program in Adult Nursing, Chiang Mai University, E-mail: punyodyana@hotmail.com

\*\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University