

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

วันนา จินดาเพิ่ม,¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์,² พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พนอ ทับทิมทอง,³ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ: การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง 10 เรื่อง ประเมินคุณภาพของแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัย โดยใช้เครื่องมือ AGREE II ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1.0 ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 10 คน ระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีดังนี้ 1) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 10 ข้อใน 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินภาวะไข้ (3 ข้อ) หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ (5 ข้อ) หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ (2 ข้อ) 2) การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ AGREE II อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพสูง สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ 3) การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในทุกหัวข้อย่อยในเกณฑ์มาก และ 4) การทดลองนำใช้แนวปฏิบัติ ของทีมสุขภาพ พบอยู่ในเกณฑ์มาก โดยมีข้อเสนอแนะให้ศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่มีภาวะไข้ในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้นต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1): 127-135

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การจัดการลดไข้ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; ผู้เขียนหลัก, E-mail: wanna.trc2@gmail.com

² ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

³ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะไข้เป็นอาการที่พบบ่อยมากที่สุดอาการหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ เกิดจากการที่อุณหภูมิของร่างกายสูงเกินปกติ เนื่องจากความเจ็บป่วย การติดเชื้อหรือการบาดเจ็บของอวัยวะภายในร่างกาย ก่อให้เกิดกลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น จะส่งผลให้ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น มีการทำลายของเซลล์สมอง และอาจมีอันตรายถึงชีวิต เช่น ในรายที่มีการบาดเจ็บที่สมอง ทำให้เกิดภาวะไข้ได้เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการกระทบกระเทือน และกระตุ้นการหลั่งสารก่อให้เกิดไข้จากภายใน คือ กรดอะราคิโดนิก (arachidonic acid) เมื่อถูกเผาผลาญจะได้โปรสตาแกลนดิน อีสอง (prostaglandin E2) ที่มีผลต่อระบบประสาทรับความรู้สึกเกี่ยวกับอุณหภูมิร่างกายส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ทำให้มีการปรับตั้งอุณหภูมิที่สูงกว่าปกติ²

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมีนาคม ปี พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุมีไข้ จำนวน 1,080 ครั้ง และพบว่าใน 3 วันแรกมีไข้สูงกว่า 38.5 °C จำนวน 121 ราย³ ซึ่งภาวะไข้สูง ทำให้การเผาผลาญในร่างกายสูงขึ้น เกิดผลเสียต่อเซลล์เป็นอย่างมากโดยทุกๆ 1 °C ของอุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10⁴ ทำให้เกิดความร้อนเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลให้อัตราการเสียน้ำของร่างกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 13 ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วน hypothalamus ลดลง ทำให้ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิไม่สามารถควบคุมความสมดุลของการผลิตความร้อนและการระบายความร้อนได้ ทำให้อุณหภูมิสูงขึ้นเรื่อยๆ

เมื่ออุณหภูมิสูงกว่า 41 °C ส่วน parenchyma ของเซลล์จะถูกทำลาย เกิดเป็นวงจรถ่วงเนื่องก่อให้เกิดการทำลายเซลล์อย่างต่อเนื่องด้วย และถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 43 °C เซลล์ของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) จะถูกทำลาย ซึ่งเป็นอันตรายทำให้หมดสติได้

ดังนั้นการลดอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะสามารถลดความรุนแรงของการทำลายเซลล์สมอง และอันตรายที่คุกคามถึงแก่ชีวิต ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บแต่เดิม มีวิธีที่แตกต่างกัน ต่างคนต่างปฏิบัติ มีความหลากหลาย ไม่มีการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการจัดการภาวะไข้ ซึ่งการเลือกวิธีการลดไข้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ ดังนั้นการที่ไม่มีเกณฑ์ในการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยที่มีไข้ ≥ 38 °C พยาบาลอาจจัดการลดไข้โดยให้ยาลดไข้อย่างเดียว หรือในบางคนอาจให้ยาลดไข้ร่วมกับการประคบเย็น จึงมีผลทำให้ไข้ไม่ลดลง หรือบางคนมีอาการสั่น (shivering) ตามมา ดังนั้น เพื่อให้มีแนวปฏิบัติที่ใช้เป็นแนวทางการดูแลร่วมกัน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากภาวะไข้ จึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เรื่องการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัย ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะไข้สูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ
2. เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ ในการศึกษาค้างนี้ ใช้แนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)⁶ มี 7 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยเฉพาะทีมสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 3) กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บ 4) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้แนวทางของ The Joanna Briggs Institute⁷ 5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ AGREE II⁸ 6) นำร่องการนำไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บ และ 7) ประเมินผลการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหาในการพัฒนาจากการรวบรวมข้อมูลสถิติเดือน มกราคม ถึงมีนาคม ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุมีไข้จำนวน 1,080 ครั้ง และใน 3 วันแรกมีไข้สูงกว่า 38.5 °c จำนวน 121 ครั้ง พบว่าการปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ชัดเจน ต่างคนต่างปฏิบัติ ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน มีความหลากหลายเป็นผลให้ไข้ไม่ลดลง จึงกำหนดประเด็นในการศึกษา คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

2) กำหนดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี และมีความสามารถในการสืบค้น วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (อายุรศาสตร์-ศัลยกรรม) จำนวน 1 คน รวมจำนวน 3 คน

3) กำหนดวัตถุประสงค์ คือ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ และกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุซึ่งเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 10 คน ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

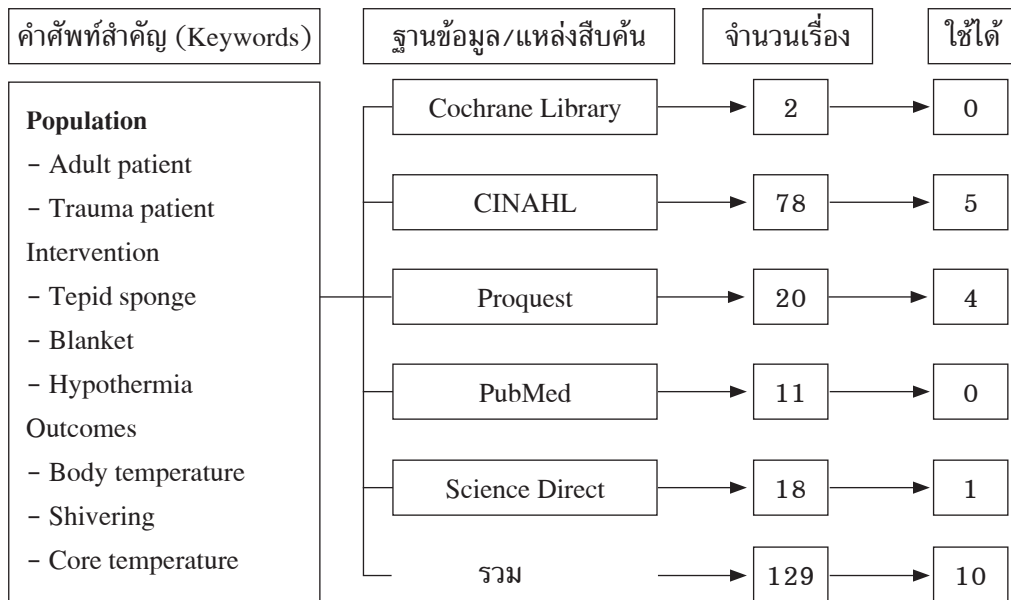
4) สืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

4.1 ใช้กรอบแนวคิด PICO⁹ ในการคัดเลือกงานวิจัย และใช้ The Joanna Briggs Institute guides⁷ ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังตารางที่ 1

4.2 การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (electronic database) เช่น CINAHL, Proquest, Science direct, PubMed, Cochrane ได้งานวิจัยทางการพยาบาลที่ตรงประเด็น จำนวน 10 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2a, 2d, 4a และ 5b ตามลำดับ ดังแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์⁷

ระดับความน่าเชื่อถือ	รายละเอียดหลักฐาน
Level 1 – Experimental designs	Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs) Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs Level 1.c – RCT Level 1.d – Pseudo-RCTs
Level 2 – Quasi-experimental designs	Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental studies and other lower study designs Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study
Level 3 – Observational – Analytic designs	Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs Level 3.c – Cohort study with control group Level 3.d – Case-controlled study Level 3.e – Observational study without control group
Level 4 – Observational – Descriptive studies	Level 4.a – Systematic review of descriptive studies Level 4.b – Cross-sectional study Level 4.c – Case series Level 4.d – Case study
Level 5 – Expert opinion and Bench research	Level 5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b – Expert consensus Level 5.c – Bench research/single expert opinion



แผนภาพที่ 1 แสดงผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

5) ยกร่างแนวปฏิบัติฯ โดยกลุ่มพยาบาลผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 3 คน ผู้จัดทำรวบรวมข้อมูลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ จากหลักฐานเชิงประจักษ์นำเสนอต่อทีมพัฒนาและคัดเลือกข้อเสนอแนะที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนประสมการณื่อด้านศาสตร์และอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อประเมินผลด้านคุณค่าของแนวปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) The AGREE II⁸ ดังตารางที่ 2 นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขดังนี้ ในระยะการพยาบาลเพื่อการลดไข้ ยังไม่มีการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการจัดการภาวะไข้ ผู้จัดทำจึงได้ทำการทบทวนงานวิจัยของ Chiumello¹⁰ และได้ข้อสรุปของระดับอุณหภูมิที่ชัดเจน จัดประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินคุณสมบัติเบื้องต้นของแนวปฏิบัติของทีมสุขภาพ และขอความร่วมมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำแนวปฏิบัติ

ตารางที่ 2 ข้อสรุปที่ได้จาก AGREE II

หมวด	ร้อยละ
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	82.22
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	86.11
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	80.00
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	82.77
หมวด 5 การนำไปใช้	84.58
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	79.16
ภาพรวม	85.00

6) นำแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้น ไปนำร่องใช้กับพยาบาลประจำการ จำนวน 10 คน ที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุระหว่างวันที่ 1 – 30 กันยายน พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 คน หาดัชนีความเที่ยงตรงรายข้อ (Item content validity index, CVI)¹¹ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อเท่ากับ 1 (Item CVI = 1.0) ทุกข้อ

7) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ (Performance Check List, PCL) ประกอบด้วย 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 การประเมินภาวะไข้ จำนวน 3 ข้อ หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ จำนวน 5 ข้อ หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ จำนวน 2 ข้อ รวม 10 ข้อ ดังนี้

หมวดที่ 1 การประเมินภาวะไข้ จำนวน 3 ข้อ ดังนี้¹²

- 1) การเลือกใช้ปรอท และตำแหน่งที่วัดอุณหภูมิควรเหมือนกันทุกครั้ง
- 2) เวลาในการประเมินภาวะไข้ได้แก่

- วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก และเมื่อมีไข้

- วัดอุณหภูมิทุก 8 ชั่วโมง ในเวลา 6.00 น. 14.00 น. และ 22.00 น. ในรายที่ไม่มีไข้

3) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไข้ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ มีอาการหนาวสั่น และซีมลง

หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ จำนวน 5 ข้อ^{13,14,15}

1) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้มากที่สุด โดยลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น เพื่อลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์

2) ไม่ใส่เสื้อผ้าที่หนาหรือห่มผ้าหนา ๆ ให้ผู้ป่วย

3) จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก โดยอาจใช้พัดลมหรือเครื่องปรับอากาศ เพื่อช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกายตามความต้องการของผู้ป่วย

4) เมื่อมีไข้ ปฏิบัติการลดไข้โดย

- $BT \geq 38^{\circ}C$ ให้ยาลดไข้ ร่วมกับประคบ cold pack

- $BT \geq 38.5^{\circ}C$ ให้ยาลดไข้ ร่วมกับเช็ดตัวลดไข้

- $BT \geq 39.5^{\circ}C$ ให้ยาลดไข้ ร่วมกับการใช้เครื่องทำผ้าห่มน้ำเย็น

หมายเหตุ : การให้ยาลดไข้ ให้เมื่อไม่มีข้อจำกัดทางการรักษา

5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 3 ลิตรต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อจำกัด)

หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ จำนวน 2 ข้อ

1) ประเมินอุณหภูมิภายหลังให้การพยาบาลลดไข้ 30 นาที

ลงบันทึกอุณหภูมิ ซีพจร การหายใจ อาการไม่สบายจากภาวะไข้ ภายหลังการจัดการลดไข้

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

ส่วนที่ 1 ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ จำนวน 10 ข้อ และมี 3 หมวด คือ หมวด 1 การประเมินภาวะไข้ (จำนวน 3 ข้อ) หมวดที่ 2 การพยาบาลเพื่อการลดไข้ (จำนวน 5 ข้อ) หมวดที่ 3 การประเมินภายหลังการลดไข้ (จำนวน 2 ข้อ) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้นนี้ พัฒมาจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือ จำนวน 10 เรื่อง ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ. 2017 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด NHMRC⁶ พบว่า สามารถนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการนำใช้ เนื้อหาแนวปฏิบัติฯ ของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาถึงคุณค่าของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ The AGREE II ผลการประเมินในภาพรวม ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ให้คะแนนคุณภาพตรงกัน และผลจากการนำใช้แนวปฏิบัติฯ กับผู้ป่วยจำนวน 10 คน พบมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์สูงระหว่างร้อยละ 85 ซึ่งคะแนนที่ประเมินโดยใช้ AGREE ในแต่ละขอบเขตที่มากกว่าร้อยละ 60 ถือว่าแนวปฏิบัติฯ นั้นมีคุณภาพ และเหมาะสมกับการนำไปปฏิบัติได้

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ พบว่าความคิดเห็นต่อความเป็น

ไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ของที่มีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean=98.00) อย่างไรก็ตาม มีผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ บางส่วนมีข้อคิดเห็น ดังนี้คือ **หมวดที่ 1** การประเมินภาวะไข้ มีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก อธิบายได้ว่าการวัดอุณหภูมิทุก 12 ชั่วโมง ของการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บเป็นการวัดไข้ในช่วงที่ห่างเกินไป ผู้ป่วยบาดเจ็บอาจมีการเปลี่ยนแปลงของระดับอุณหภูมิได้จากการติดเชื้อ หรือการบาดเจ็บของอวัยวะภายในร่างกาย จึงปรับเป็นวัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก และวัดอุณหภูมิทุก 8 ชั่วโมง ในรายที่ไม่มีไข้ **หมวดที่ 2** ในระยะการพยาบาลเพื่อการลดไข้ที่มีสุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มีความเห็นว่า เมื่อมีไข้มากกว่า 38°C ในการจัดการภาวะไข้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ มีการให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน ต่างคนต่างปฏิบัติ ไม่มีการระบุอุณหภูมิที่ชัดเจนในการจัดการภาวะไข้ ดังนั้นผู้พัฒนาแนวปฏิบัติฯ เพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บนี้ จึงได้ทบทวนงานวิจัยของ Chiumello⁸ พบว่าเมื่ออุณหภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ 38°C มีการจัดการกับภาวะไข้ โดยการให้ยาลดไข้ร่วมกับประคบ cold pack เมื่ออุณหภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5°C ให้ยาลดไข้ ร่วมกับการเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ 39.5°C ให้ยาลดไข้ร่วมกับการใช้เครื่องทำผ้าห่มน้ำเย็น และนำมาปรับใช้กับแนวปฏิบัติฯ นี้พบว่าภายหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติที่ปรับใหม่นี้ ที่มีสุขภาพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ถูกต้อง อุณหภูมิภายหลังการลดไข้ลดลง ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้ชี้แจงขั้นตอนในที่ประชุม อีกทั้งมีคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ มีขั้นตอนการใช้กำหนดไว้ชัดเจนครอบคลุมกระบวนการพยาบาลเพื่อการลดไข้ และ **หมวดที่ 3** การประเมินภายหลังการลดไข้ พบว่าทีม สุขภาพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ทุกคน หรือ ร้อยละ 100

มีความเห็นว่า ทุกข้อนำไปใช้ได้ทั้งหมด และเห็นว่า ภายหลังการลดไข้แล้ว ควรมีการประเมินอุณหภูมิและลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อได้รับการดูแลต่อเนื่อง และแก้ไขต่อเมื่อได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติแล้วไข้ไม่ลดลง ส่วนด้านความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการลดไข้ อยู่ในระดับมาก (mean= 98.00) เป็นเพราะแนวปฏิบัติฯ พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง ที่สามารถนำไปใช้ได้ง่าย และกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ทำให้กลุ่มผู้ใช้มีความเห็นว่า ทุกข้อมีความง่ายต่อการปฏิบัติชัดเจนถูกต้อง ตรงประเด็นเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติและส่งผลให้มีความพึงพอใจในการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ได้ อย่างไรก็ตามควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง และศึกษาประสิทธิผลของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้น และเพื่อศึกษาว่า ผู้ปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินั้นได้มากน้อยเพียงใด อุณหภูมิของผู้ป่วยภายหลังการจัดการลดไข้ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไรบ้าง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติ หน่วยงานควรมีการพัฒนาและนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ และควรมีการฝึกอบรมพยาบาลรวมทั้งผู้ช่วยพยาบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติฯ เพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อไป

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำใช้แนวปฏิบัติเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บอื่น ๆ ที่มีภาวะไข้ต่อไป

ข้อจำกัดในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อการลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้นนี้ ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ ในกรณีให้ยาลดไข้ หรือในกรณีที่มีคำสั่งการรักษาที่มีการให้ยาลดไข้ตามเวลาอยู่ การให้การพยาบาลโดยใช้การประคบเย็น เช็ดตัวลดไข้ หรือใช้เครื่องทำผ้าห่มเย็น ตามอุณหภูมิที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติฯ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.เอมอร แสงศิริ หัวหน้าศูนย์วิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ตึกมงกุฎ-เพชรรัตน์ชั้น 3 ทุกท่าน ที่สนับสนุนงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บ

เอกสารอ้างอิง

1. Barker E. **Neuroscience Nursing: A Spectrum of Care**. 3rd ed. Missouri: Elsevier; 2008.
2. Hay AD, Redmond NM, Costelloe C, Montgomery AA, Fletcher ME, Hollinghurst S, Peters TJ. Paracetamol and ibuprofen for the treatment of fever in children: the PITCH randomized controlled trial. **Health Technology Assessment** 2009; 13(27): 239-244.
3. The data of Mongkut Petcharat 3rd Floor, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Vital sign records; 2017. (Unpublished) (In Thai)
4. Celik S, Yildirim I, Arslan I, Yildirim S, Erdal F, Yandi Y. Hemodynamic and oxygenation changes in surgical intensive care unit patients with fever and fever lowering nursing interventions. **International Journal of Nursing Practice** 2011;17:556-61.
5. Hilaire J, Sarah H. Clinical management of fever by nurses: doing what works. **Journal of Advanced Nursing** 2011; 67(2):359-370.
6. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. Guideline for the Development and Implementation of Clinical Practice Guideline. Available from: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publication/information-guideline-developers>.
7. The Joanna Briggs Institute. New JBI Levels of Evidence. Level of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. Available from: www.Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php
8. The Agree Research Trust. **The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II** 2009. Update September 2013; from <http://www.agreertrust.org/>
9. Overholt E, Johnson L. Teaching EBP: Asking searchable, answerable clinical questions. **Worldviews on Evidence-Based Nursing** 2005; 2(3): 157-60.
10. Chiumello D, Gotti M, Vergani G. Paracetamol in fever in critically ill patients—an update. **Journal of Critical Care** 2017; 38: 245-52.
11. Denise F, Cheryl T. **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice**. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins;2008.
12. Davie A, Amooore J. Best practice in the measurement of body temperature. **Nursing Standard** 2010; 24: 42-9.
13. Daniel J, Caroline, Henry T, Stelfox, Kevin B. Fever in the critically III: A review of epidemiology, immunology, and management. **Journal of Intensive Care Medicine** 2012;27:290-7.
14. Jefferies S, Weatherall M, Young P, Beasley R. A systematic review of the accuracy of peripheral thermometry in estimating core temperatures among febrile critically ill patients. **Critical care and Resuscitation** 2011;13:194-9.
15. Panagiotis K, Diamanto A, Nick B, Irini K, Chris M, George I. Fever effects and treatment in critical care: Literature review. **Australian Critical Care** 2013; 26: 130-5.

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Management of Fever in Trauma Patients

Wanna Jindaperm¹, MSN (Adult Nursing)

Sriwan Kuawiriyapan², MSN (Adult Nursing)

Panor Tubtintong³, MSN (Adult Nursing)

Abstract: This study aimed to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) for management of fever in trauma patients of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Related evidences were retrieved and synthesized resulting in CNPG based on 10 nursing research studies. The CNPG was assessed by 3 experts using AGREE II instrument with the content validity index (CVI) of 1.0. Data were collected from 10 trauma patients during 1- 30 September 2017. Results of the development were: 1) The CNPG comprised of 10 items divided into three categories: Category I, the assessment of fever (3 items); Category II, nursing care for reducing fever (5 items); and Category III, the evaluation after reducing fever (2 items); 2) The evaluation of the quality of the CNPG using AGREE II showed high scores indicating the quality of the CNPG; 3) The feasibility study of the CNPG indicated that the CNPG was at a good level; 4) The implementation of the CNPG by the healthcare team was found at a good level. It is suggested that the CNPG was effective. However, it should be tested in the larger group of trauma patients.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018; 5(1): 127-135

Keywords: clinical nursing practice guideline (CNPG), management of fever, trauma patients

¹ Registered Nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital; Corresponding Author, E-mail: wanna.trc2@gmail.com

² Senior Nurse Manager, King Chulalongkorn Memorial Hospital

³ Nurse Manager, King Chulalongkorn Memorial Hospital