



ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต

Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Sleep Promotion Among Critically Ill Patients

กวีวรรณ	ใจกล้า *	Kaweewan	Jaikla *
จินดารัตน์	ชัยอาจ **	Jindarat	Chaiard **
มยุลี	สำราญญาติ ***	Mayulee	Somranyart ***

บทคัดย่อ

ปัญหาการนอนหลับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างมาก ทีมบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตควรให้การส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยเหล่านี้ การวิจัยเชิงพัฒนาและปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการทางสุขภาพซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 47 คน และ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตก่อนการใช้และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 33 และ 55 คน ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 2) แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วย สาระสำคัญ 6 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และจริยธรรม 2) การประเมินการนอนหลับ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและวิธีการ การส่งเสริมการนอนหลับแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4) การจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ 5) การติดตามการส่งเสริมการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ
2. ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 82.4 ถึง 94.1 เห็นด้วยในระดับ “มาก” ต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
3. กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในคืนที่ 1 ($\bar{X} = 67.3$, S.D. = 24.28 และ $\bar{X} = 57.2$, S.D. = 23.53) และคืนที่ 2 ($\bar{X} = 71.43$, S.D. = 21.88 และ $\bar{X} = 45.9$, S.D. = 26.99)

* พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Professional Nurse, Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, pokawee@hotmail.com
 ** ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ** Corresponding author, Assistant Professor Faculty of Nursing, Chiang Mai University, jindarat.c@cmu.ac.th
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Assistant Professor Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 14 มีนาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 6 กุมภาพันธ์ 2560 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤษภาคม 2560

คำสำคัญ: การส่งเสริมการนอนหลับ, ผู้ป่วยวิกฤต, แนวปฏิบัติทางคลินิก, คุณภาพการนอนหลับ, การรบกวนการนอนหลับ

Abstract

Sleep problems greatly effect critically ill patients. Health care provider teams should promote healthy sleep among these patients. The developmental and operation study aimed to develop clinical practice guidelines (CPGs) for sleep promotion in critically ill patients and to test the effectiveness of implementing CPGs. The framework of this study is based on the Australian National Health and Medical Research Council guidelines for development and implementation (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999). The participants consisted of 1) 47 health care providers who implemented CPGs 2) patients who were admitted to the intensive care unit before and during implementation of CPGs (33 and 55 participants, respectively). Data collection instruments consisted of 1) The CPGs Implementation Opinion Survey Form and 2) The Outcome Evaluation Form. Data were analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that:

1. The CPGs for sleep promotion among critically ill patients, Sriphat Medical Center, Faculty of Medicine, Chiang Mai University consisted of six major components including 1) protection of patient rights and ethics 2) sleep assessment of critically ill patients 3) education on sleep and sleep promotion strategies among health care providers 4) management to promote sleep 5) continuity of sleep promotion and documentation, and 6) improvement quality of care.

2. 82.4% to 94.1% of health care providers who implemented CPGs strongly agreed with the feasibility of the guidelines.

3. Participants in the CPGs implementation group had average sleep quality scores higher than those before CPGs implementation group from the first night ($\bar{X} = 67.3$, S.D. = 24.28 and $\bar{X} = 57.2$, S.D. = 23.53) and the second night ($\bar{X} = 71.43$, S.D. = 21.88 and $\bar{X} = 45.9$, S.D. = 26.99)

Keywords: *sleep promotion, critically ill patients, CPG, sleep quality, sleep disturbances*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับ มีความสำคัญในการปกป้อง ฟันฟู และคงไว้ซึ่งพลังงานในการทำงานที่ต่างๆ ของร่างกาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ในกระบวนการดำเนินสติปัญญาและความจำเป็นในการเรียบเรียงข้อมูลและประสบการณ์ในแต่ละวันและเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับข้อมูลและประสบการณ์ในวันใหม่ อีกทั้งเป็นการสงวนพลังงานให้แก่สมอง (Diekelmann, Wilhelm, & Born, 2009) และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย

(VanCauter & Tasali, 2011)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่พบว่า มีปัญหาการรบกวนการนอนหลับ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ลักษณะการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตมีความไม่ต่อเนื่องอย่างรุนแรง (severe sleep fragmented) มีระยะหลับตื้น (light sleep) และการนอนหลับระยะที่ไม่มีการ

กลอกตาอย่างรวดเร็ว (non-rapid eye movement [NREM]) ยาวนานขึ้น การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement [REM]) ลดลง (Elliott, McKinley, & Cistulli, 2011) การรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยวิกฤต เช่น เสียงรบกวน (Xie, Kang, & Mills, 2009) และแสงสว่างจากหลอดไฟที่เปิดตลอดเวลา (Drouot, Cabello, d'Ortho, & Brochard, 2008) การใช้อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ อุณหภูมิห้อง (Honkus, 2003) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ozsancak, D'Ambrosio, Garpes-tad, Schumaker, & Hill, 2008) กิจกรรมการรักษา และการพยาบาล (Parthasarathy & Tobin, 2004) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยวิกฤต (Pandharipande & Ely, 2006) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย (Liao, Huang, Huang, & Hwang, 2011) ความวิตกกังวล และความกลัว (Zhang et al., 2013) การได้รับยาบางกลุ่มที่มีผลต่อการนอนหลับ (Kamdar, Needham, & Collop, 2012; Trompeo, Vidi, Locane, Braghiroli, Mascia, & Ranieri, 2011) จะเห็นได้ว่าการรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันระหว่างปัจจัยภายนอกและภายใน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย

การรบกวนการนอนหลับมีผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตทำให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น จำนวนของเม็ดเลือดขาวในกระแสโลหิตลดลง การทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ (monocyte) ลดการสร้างไซโตไคน์ (cytokine) ส่งผลกระทบต่อภูมิคุ้มกันของร่างกาย (DeKeyser, 2003) การต่อสู้และความต้านทานต่อเชื้อโรคลดลง การหายใจและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายช้าลง (Friese, 2008) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) และเพิ่มระดับแคตตีโคลามีนส์ (catecholamines) ในกระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) (Parthasarathy & Tobin, 2004)

ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อระบบทางเดินหายใจทั้งขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและหลังจากถอดเครื่องช่วยหายใจลดลง (Pandcharipande & Ely, 2006) นอกจากนี้ผลต่อด้านจิตใจ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง มีอาการซึมเศร้า โกรธ ไม่พอใจ รู้สึกตึงเครียดและวิตกกังวล (Orton & Gruzelier, 1989) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและฝันร้าย (nightmares) (Thomas et al., 2000) การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ เช่น ความจำลดลง เฉยเมย ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม หวาดระแวง การรับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคลเปลี่ยนแปลง ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง และเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) (Trompeo et al., 2011) จากผลเสียหลายอย่างดังกล่าวจึงควรมีการส่งเสริมการนอนหลับแก่ผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ การส่งเสริมการนอนหลับด้วยวิธีการใช้ยาและวิธีการไม่ใช้ยา วิธีการใช้ยาพบว่า ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาคลายความกังวล (sedative) และยาระงับปวด (analgesic) เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ยาโปรโปฟอล (propofol) และยากลุ่มเมลาโทเนอร์จิก (melatonergic drug) สำหรับวิธีการไม่ใช้ยา พบการศึกษาของดอง-โคเบิร์น (Duong-Coburn, 2013) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ถึงปี ค.ศ. 2013 ให้ข้อเสนอแนะว่า การใช้เสียงดนตรี การใช้ที่อุดหูและการใช้ผ้าปิดตาเป็นวิธีการที่ประหยัดค่าใช้จ่ายและพบผลข้างเคียงที่น้อยที่สุด การใช้สุคนธบำบัดเป็นวิธีการที่ยังต้องการความเชี่ยวชาญในการเลือกใช้กลิ่นของสุคนธบำบัด การใช้วิธีการนวด การใช้เทคนิคการสร้างจินตภาพและการกอดจุด มีข้อจำกัดในด้านการใช้เวลากับผู้รับบริการในการปฏิบัติและความยากในการดึงความสนใจของผู้ป่วยในขณะที่ใช้เทคนิคการสร้างจินตภาพ อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวยังคงเป็นวิธีการส่งเสริมการนอนหลับที่ถูกเสนอแนะว่ามีความเหมาะสมและ

มีความเป็นไปได้ทางคลินิกในการนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ป่วย
วิกฤต นอกจากนี้ยังมีการใช้เสียงธรรมชาติ (white
noise) การจัดช่วงเวลาเงียบ (quiet time) การใช้
โปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้บริการ
และการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจเป็นต้น จะเห็นได้ว่าการ
ส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตในปัจจุบันมีวิธีการ
ที่หลากหลาย การนำมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
ต้องเริ่มด้วยการทบทวนองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิง
ประจักษ์ที่ทันสมัยเพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือ (evidence-
based tool) ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ดี ได้แก่
แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines
[CPGs]) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามี
การดำเนินการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริม
การนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัย
จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ
ส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ให้บริการ
เลือกใช้วิธีการส่งเสริมการนอนหลับอย่างเหมาะสมตาม
บริบทของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต
เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพ
การนอนหลับที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ
ส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ
ทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วย
วิกฤตต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการ
นอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะเป็นอย่างไร
2. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ
ส่งเสริมการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย
วิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาและ
การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอน
หลับในผู้ป่วยวิกฤต ในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยอิงกรอบ
แนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัย
ทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย
(National Health and Medical Research Council,
[NHMRC], 2000) และกำกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
โดยใช้กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (NHMRC, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmen-
tal research) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนด
ความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีม
สหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
3) การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนว
ปฏิบัติทางคลินิก 4) กำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ
5) การทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์
ทางวิทยาศาสตร์ 6) การร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก
7) การจัดทำเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกและ
การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 8) การจัดทำแผนการ
ประเมินผลและการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิก
9) การจัดทำรายงานรูปเล่ม 10) การจัดทำรายงาน
กระบวนการแนวปฏิบัติทางคลินิก 11) การตรวจสอบ
คุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกและ 12) การปรึกษา
ผู้ที่เกี่ยวข้อง และในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(operation study) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ
1) การจัดพิมพ์และการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก
2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมิน
ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้ ระยะที่ 1
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริม
การนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน
ผู้วิจัยมีการจัดประชุมทีมผู้ให้บริการและทีมพัฒนาแนว
ปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 8 ครั้ง โดยการประชุมครั้งที่ 1

เป็นการประชุมทีมผู้ให้บริการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความเห็นร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการประชุมครั้งที่ 2-7 เป็นการประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย กำหนดผลลัพธ์ ทบทวนวรรณกรรม สืบค้นและคัดเลือก หลักฐานเชิงประจักษ์ จัดทำแผนเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข จัดทำรายงานรูปแบบแนวปฏิบัติทางคลินิก และการประชุมในครั้งที่ 8 เป็นการประชุมทีมผู้ให้บริการ เพื่อจัดประชาพิจารณ์ และทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้และ ประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ โดยจัดพิมพ์แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ การจัดอบรมทีมผู้ให้บริการ ประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ทำหนังสือแจ้งเวียน จัดทำแฟ้มเอกสาร จัดเตรียมอุปกรณ์ ประกาศใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ติดตามและกำกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ โดยใช้กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (NHMRC, 2000) ผู้วิจัยทำการดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการส่งเสริมการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ในผู้ป่วยกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ และในผู้ป่วยกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเช้าในระหว่างช่วงเวลา 07.00 น. ถึง 11.00 น. ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นเวลา 1 คืนนอนเป็นต้นไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ สำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 17 คน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) ทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธา คณະแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 47 คน 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธา คณະแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 33 คนและกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ สำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต และ 3) แบบรวบรวมผลลัพธ์การส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต โดยมี การทดสอบความตรงกันของการบันทึกผลลัพธ์ระหว่างผู้วิจัย และพยาบาลผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นในการรวบรวมข้อมูล (inter-rater reliability) เท่ากับ 1 โดยแบบรวบรวมผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของ ริชาร์ด-แคมเบล (Richards-Campbell Sleep Questionnaire [RCSQ]) (Richards, O'Sullivan, & Phillips, 2000) ประกอบไปด้วย 5 หมวด ดังนี้ ความลึกของการนอนหลับ (depth) การเข้าสู่ภาวะนอนหลับ (falling asleep) จำนวนครั้งของการตื่น (number of awakenings) ร้อยละของระยะเวลาที่ตื่น (percentage time awake) และคุณภาพการนอนหลับ (quality of sleep) ที่ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) และตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) (Burns & Grove, 2009) เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างการวิจัยและหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก

คณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เมื่อผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ เลขที่การรับรองเอกสาร คือ NONE-2558-02793 ผู้วิจัยนำหนังสือการรับรองจริยธรรมการวิจัยเรียนต่อผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์ศรีพัฒน์เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มที่มีสุขภาพที่เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต พร้อมกับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา พัทธ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงสิทธิ และขอความร่วมมือในการวิจัย ลงลายมือชื่อเข้าร่วมการศึกษาร่วมมือและมีการเก็บรักษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์คะแนนคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและร้อยละ และนำเสนอเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยแผนภูมิแท่ง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่

ได้มาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 102 เรื่อง คัดเลือกเหลือ 18 เรื่อง โดยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 33 ข้อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบเชิงทดลอง (experimental designs) (level 1) และมีการออกแบบเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental designs) (level 2) สาระสำคัญอีก 15 ข้อ มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับ 4 และ 5 ซึ่งมีการออกแบบเชิงสังเกต-พรรณนา (observational-descriptive studies) (level 4) และที่เป็นความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (level 5) นอกจากนี้ได้มีการแบ่งระดับข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ พบว่ามีระดับของข้อเสนอแนะระดับ A (ข้อเสนอแนะที่สามารถแสดงผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน) จำนวน 35 ข้อ ส่วนข้อเสนอแนะระดับ B (ข้อเสนอแนะที่แสดงผลลัพธ์ได้ไม่ชัดเจนมาก) จำนวน 13 ข้อ

สาระสำคัญใช้การจัดหมวดหมู่อ้างอิงตามองค์ประกอบของสถาบันรับรองคุณภาพองค์กรสุขภาพ (Joint Commission on Accreditation of Health-care Organization [JCAHO], 2001) 6 หมวด ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม ได้แก่ ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกวิธีการส่งเสริมการนอนหลับด้วยตนเอง (level 5.c A) 2) การประเมินการนอนหลับ ได้แก่ การใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของริชาร์ด-แคมเบล (level 5.b A) 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและวิธีการการส่งเสริมการนอนหลับแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของวงจรการนอนหลับ ความสำคัญของการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตและวิธีการส่งเสริมการนอนหลับ (level 1.b B) เป็นต้น 4) การจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ การส่งเสริมการนอนหลับด้วยวิธีไม่ใช้ยา เช่น การลดการรบกวนผู้ป่วยในเวลากลางคืน (level 1.b A) การใช้ผ้าปิดตาและที่อุดหู (level 1.b B) กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับโดยการใช้ sleep hygiene protocol [SHP] หรือการจัดชั่วโมงเงียบ quiet time [QT] (level 2.c A) การเลือกรูปแบบวิธีการช่วยหายใจของเครื่องช่วยหายใจ (level 1.c A) การใช้เสียงดนตรี การใช้สุนทรบำบัด

การกวดจุด การนวดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และจินตภาพ (level 1.b B) เป็นต้น การส่งเสริมการนอนหลับโดยวิธีการใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาคลาสิกงวอล และยาระงับปวด (level 1.b A) ยาเมลาโทนิน (melatonin) (level 1.c B) เป็นต้น 5) การติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก ได้แก่ การประเมินการนอนหลับอย่างสม่ำเสมอ การติดตามการปฏิบัติและการบันทึกอย่างต่อเนื่อง (level 5.b A) และ 6) การพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ มีนโยบายสนับสนุนจากองค์กรและการมีส่วนร่วมของทีมการพยาบาล (level 1.b A) เป็นต้น

แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ได้ถูกประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชบำบัดวิกฤต 2 คน พยาบาลชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต 2 คน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 1 คน มีคะแนนในภาพรวมเท่ากับ 5 (ระดับเห็นด้วยปานกลาง) จำนวน 3 คน และคะแนนเท่ากับ 6 (ระดับเห็นด้วยมาก) จำนวน 2 คน

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ไปใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับ “มาก” ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงมีความสะดวกในการใช้ ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ และแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ สามารถใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.1, 94.1, 88.2, 88.2, 82.4 และร้อยละ 64.7 ตามลำดับ ส่วนความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในด้านการประหยัดค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 ให้ความคิดเห็นในระดับ “ปานกลาง” เนื่องจากต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติม

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ เพื่อส่งเสริม

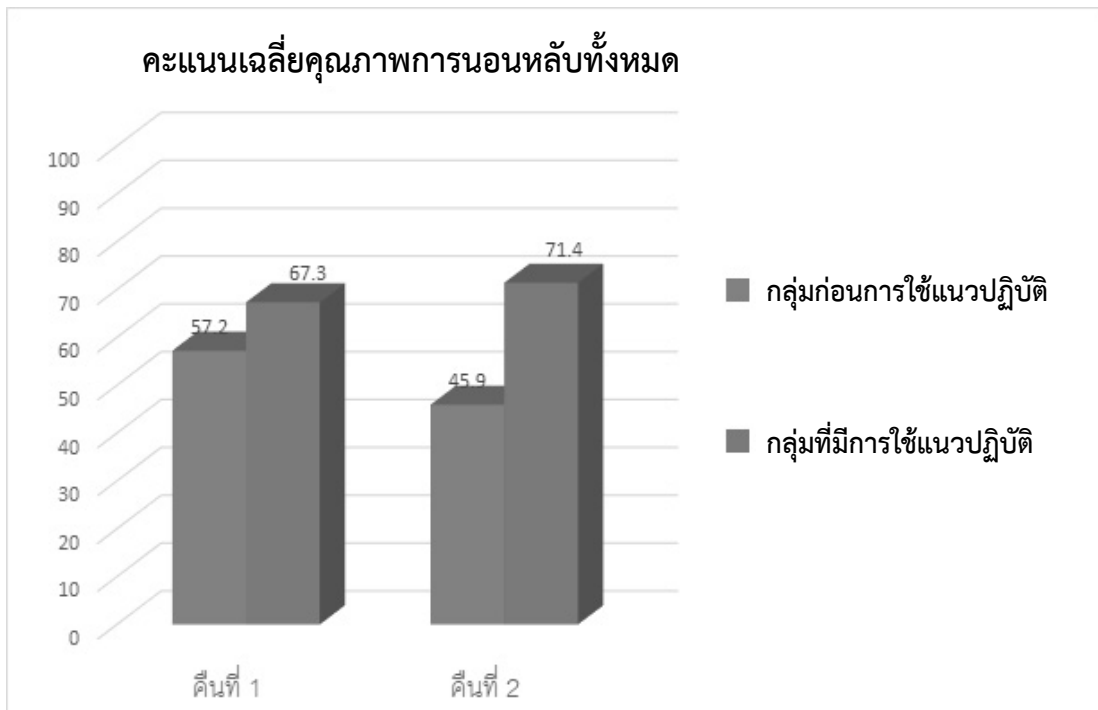
การนอนหลับในผู้ป่วยมาใช้ในการหอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวนทั้งหมด 47 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชบำบัดวิกฤต จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 28 คน และผู้ช่วยทางการพยาบาลจำนวน 18 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี และปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรัทธาพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 33 คน และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 55 คน กลุ่มตัวอย่างกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 36-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.7 ร้อยละ 63.6 เป็นเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและโรคอื่นร้อยละ 27.3 ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการร้อยละ 18.2 ร้อยละ 6.1 จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยใจ และได้รับยาระงับปวดคิดเป็นร้อยละ 6.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 55 ราย มีอายุในช่วง 36-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.3 ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 30.9 ได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการร้อยละ 40 ใช้เครื่องช่วยใจ ร้อยละ 3.6 และได้รับยาระงับปวดคิดเป็นร้อยละ 16.4

คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 1 คีน มี 33 ราย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งหมด (total sleep quality) เท่ากับ 57.2 คะแนน (S.D. = 23.53) และจำนวน 2 คีน มี 6 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับ 45.9 คะแนน (S.D. = 26.99) คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตในกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ จำนวน 1 คีน มี 55 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับ 67.3 (S.D.=24.28) และจำนวน 2 คีน

มี 19 ราย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับ 71.4 (S.D.=21.88) ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กราฟแท่งเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดระหว่างกลุ่มตัวอย่างกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ และกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ คืนที่ 1 และคืนที่ 2

การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่อ้างอิงเกณฑ์จัดแบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์และเกณฑ์การจัดระดับของข้อเสนอแนะของสถาบันโจแอนนาบริก (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) สารระสำคัญส่วนใหญ่มีระดับของหลักฐานเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการออกแบบเชิงทดลอง (level 1) และแบบเชิงกึ่งทดลอง (level 2) ระดับของข้อเสนอแนะตามความสามารถในการประยุกต์ใช้ส่วนใหญ่มีระดับของข้อเสนอแนะระดับ A สารสำคัญแบ่งออกเป็น 6 หมวด และเมื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีการออกแบบการศึกษาในเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

เท่านั้นซึ่งตรงกับบริบทของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะที่เป็นบทบาทอิสระของทีมผู้ให้บริการ สามารถจัดกระทำได้โดยผ่านการเลือกใช้ของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ทั้งนี้กลุ่มผู้ทดลองใช้ทราบว่าต้องขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและไม่ขัดต่อการแผนการรักษาของแพทย์ กิจกรรมที่ระบุในข้อเสนอแนะมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และเป็นไปในลักษณะของงานบริการซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมของหน่วยงานที่มุ่งเน้นให้เกิดความพึงพอใจอีกด้านหนึ่ง ทำให้ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น แต่เป็นคล้ายกิจกรรมการให้บริการเสริมเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ

ประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในจำนวน 1 คืนและจำนวน 2 คืน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดดีกว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถอภิปรายตามประสิทธิผลในการแสดงผลลัพธ์ตามกรอบแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริกก์ (JBI, 2014) 4 ด้าน ดังนี้ ด้านประสิทธิผลทางคลินิก (effectiveness) ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ พัฒนาอย่างเป็นระบบ คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ดี มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูงและจัดกระทำในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะและให้ผลลัพธ์คุณภาพการนอนหลับที่ดี โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตของ Elliot et al. (2011) พบว่า กิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับได้ดีมากที่สุด ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามเวลากลางวันและกลางคืน การใช้สุคนธบำบัดกลิ่นลาเวนเดอร์และกลิ่นมะลิ ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสามารถคลายความกังวลและระงับความรู้สึก (Linck, Silva, Figueiro, Caramao, Mereo, & Elisabetsky, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์มากกว่ากลิ่นมะลิ แต่พบว่าวิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับรู้กลิ่น การใช้ผ้าปิดตาหรือที่อุดหูกับผู้ป่วยในเวลากลางคืนพบว่า เป็นวิธีการที่ใช้ง่ายและนิยมมากที่สุด ผู้ป่วยหลายรายมีความพึงพอใจภายหลังจากการใช้ สามารถลดเสียงรบกวนได้ทำให้พักผ่อนได้ดีและไม่เคยได้รับการบริการแบบนี้ที่ไหนมาก่อน สอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Always, Halm, Shilhaneck, and Pierre (2013) พบว่าการใช้ที่อุดหูร่วมกับผ้าปิดตาเป็นวิธีที่ช่วยป้องกันไม่ให้อาการรบกวนจากแสงและเสียงในหอผู้ป่วย แต่การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยจำนวน 3 คน ที่ไม่สามารถใช้ผ้าปิดตาได้ เนื่องจากไม่คุ้นเคยและรู้สึกอึดอัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Daneshmandi, Neiseh, Sadeghi Shermeh, and Ebadi (2012) พบว่าผู้ป่วยระบุว่ารู้สึกไม่สบายจากการใส่ผ้าปิดตา

นอกจากนี้การส่งเสริมการนอนหลับด้วยการใช้หลากหลายวิธีการร่วมกัน ได้แก่ การใช้ที่อุดหูในผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ผ้าปิดตาพร้อมกับ

สุคนธบำบัดและที่อุดหู ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างดี ทำให้รู้สึกผ่อนคลายมาก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตของดอง-โคเบิร์น (Duong-Coburn, 2013) พบว่าการใช้วิธีการส่งเสริมโดยวิธีการรักษาทางเลือกที่ใช้ร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธี จะสามารถส่งเสริมการนอนหลับได้ดีกว่าการใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่ง

สำหรับในด้านความเหมาะสมกับบริบท (appropriateness) และด้านความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) โดยการทำประชาพิจารณ์ในหน่วยงานและมีความเห็นตรงกันว่าสามารถนำมาปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 100 สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของหอผู้ป่วย เช่น วิธีการส่งเสริมการนอนหลับโดยใช้เสียงเปียโน เสียงเครื่องสาย ประกอบกับเสียงน้ำไหล เสียงคลื่นทะเล แทนเสียงเพลงที่มีคลื่นเตลต้า เพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมของคนไทย การเลือกใช้สุคนธบำบัดกลิ่นดอกมะลิ และกลิ่นลาเวนเดอร์ ส่วนการใช้ผ้าปิดตาพร้อมกับที่อุดหู เป็นสิ่งที่คนไทยอาจจะไม่คุ้นเคยและอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ซึ่งได้มีการศึกษาถึงวัสดุที่มีความเหมาะสม เพื่อลดความไม่สบายและราคาไม่แพง มีการเฝ้าระวังการเกิดอาการแพ้ในวัสดุที่เป็นโพลียูรีเทนที่เป็นส่วนประกอบของผ้าปิดตาและที่อุดหู เป็นต้น เมื่อนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกฯ มาใช้ทีมผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามเนื้อหาสาระสำคัญในแนวปฏิบัติทางคลินิก

ส่วนด้านสุดท้ายคือความมีคุณค่าของแนวปฏิบัติ (meaningfulness) ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ผู้ให้บริการรู้สึกภูมิใจที่กิจกรรมดังกล่าวมีผลตอบรับที่ดี ด้านของทีมนักวิชาการมีความรู้สึกว่าเป็นภาระงานที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด มีการเลือกใช้ตามความต้องการของผู้ป่วย เกิดความเต็มใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การวางแผนและแก้ไขปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการส่งเสริมการนอน

หลับเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีความน่าสนใจ ไม่ยุ่งยาก และเป็นบทบาทอิสระในการพยาบาลผู้ป่วย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่ได้ผลดีอีกสาเหตุหนึ่งเกิดจากการใช้กลยุทธ์เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 1999) ได้แก่ ในขั้นตอนของการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีการเตรียมการจัดการประชุม การจัดอบรม การจัดประชุมกลุ่มย่อยครอบคลุมทุกคนทุกระดับ ประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ผ่านระบบการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ แฟ้มข้อมูลแสดงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติ จัดเตรียมอุปกรณ์ จัดทำแฟ้มข้อมูลแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ เป็นต้น ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้รับทราบและเข้าใจ มีความสะดวกในการนำไปใช้ ในขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ไปใช้ มีการใช้กลยุทธ์ที่มีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม การปฏิบัติ (NHMRC, 2000) ดังนี้ การคัดเลือกทีมผู้นำการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในหน่วยงาน ได้แก่ พยาบาลปฏิบัติการระดับหัวหน้าเวรซึ่งมีภาวะผู้นำและมีอิทธิพลต่อผู้ปฏิบัติในการนำการใช้ การติดตามปัญหาอุปสรรคและแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในขณะที่มีการรับส่งเวร การรณรงค์ผ่านการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (LINE) พบว่าทีมผู้ให้บริการมีการตอบสนองอย่างรวดเร็วผ่านทางช่องทางดังกล่าว การถามโดยตรงกับผู้ปฏิบัติเป็นรายบุคคล การให้คำปรึกษาเพิ่มเติมทำให้ทีมผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกได้อย่างไม่เกิดข้อสงสัย การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยผ่านการสรุปผลลัพธ์แจ้งแก่ทีมผู้ให้บริการเป็นประจำทุกเดือน พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นทีมผู้ให้บริการมีความรู้สึกต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือของผู้ให้บริการ และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ไปใช้ ทำให้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาและนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เกิดประสิทธิผล ต้องมีการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพและการทำงานเป็นทีม การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องอาศัยกลยุทธ์ที่หลากหลายในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ รวมไปถึงงานถึงการใช้ภาวะผู้นำในการนำการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของหน่วยงานนั้นๆ ทั้งด้านสถานที่ บุคลากร แหล่งทรัพยากรที่มี รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและปฏิบัติตามไปในทางเดียวกัน

3. แนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีการปรับปรุงสาระสำคัญอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือมีความถี่มากกว่านี้ตามการเปลี่ยนแปลงของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพในปัจจุบันและควรเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ให้แก่ผู้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อดูความยั่งยืนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของทีมผู้ให้บริการ

2. ควรมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

เอกสารอ้างอิง

- Always, A., Halm, M. A., Shilhanek, M., & Pierre, J. (2013). Do earplugs and eye masks affect Sleep and delirium outcomes in the critically ill?. *American Journal of Critical Care, 22*(4), 357-360. doi:10.4037/ajcc2013545
- Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Missouri: Saunders Elsevier.
- Daneshmandi, M., Neiseh, F., SadeghiShermeh, M., & Ebadi, A. (2012). Effect of eye mask on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Journal of Caring Sciences, 1*(3), 135-143. doi:10.5681/jcs.2012.020
- DeKeyser, F. (2003). Psychoneuroimmunology in critically ill patients. *Advance Practice in Acute and Critical Care, 14*(1), 25-32.
- Diekelmann, S., Wilhelm, I., & Born, J. (2009). The what and whens of sleep-dependent memory consolidation. *Sleep Medicine Reviews, 13*(5), 309-321. doi:10.1016/j.smrv.2008.08.002
- Duong-Coburn, N. K. (2013). *A systematic review of sleep quality and sleep promotion in the Intensive Care Unit*. Retrieved from https://csusmdspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.8/535/DuongCoburnNhung_Fall2013.pdf?sequence=1
- Drouot, X., Cabello, B., d'Ortho, M. P., & Brochard, L. (2008). Sleep in the intensive care unit. *Sleep Medicine Reviews, 12*(5), 391-403. doi:10.1016/j.smrv.2007.11.004
- Elliott, R., McKinley, S., & Cistulli, P. (2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies, 48*(3), 384-400. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.11.006
- Friese, R. S. (2008). Sleep and recovery from critical illness and injury: A review of theory, current practice, and future directions. *Critical Care Medicine, 36*(3), 697-705. doi:10.1097/CCM.0B013E3181643F29
- Honkus, V. L. (2003). Sleep deprivation in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly, 26*(3), 179-191.
- Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO]. (2001). *Pain management: A systems approach to improveing quality and safety*. Retrieved from <http://www.jcrinc.com/pain-management-a-systems-approach-to-improving-quality-and-safety/>
- Kamdar, B. B., Needham, D. M., & Collop, N. A. (2012). Sleep deprivation in critical illness: Its role in physical and psychological recovery. *Journal of Intensive Care Medicine, 27*(2), 97-111. doi:10.1177/0885066610394322
- Liao, W. C., Huang, C. Y., Huang, T. Y., & Hwang, S. L. (2011). A systematic review of sleep patterns and factors that dictrub sleep after heart surgery. *Journal of Nursing Research, 19*(4), 275-288. doi:10.1097/JNR.0b013e318236cf68

- Linck, V. M., da Silva, A. L., Figueiro, M., Caramao, E. B., Moreo, P. R. H., & Elisabetsky, E. (2009). Effects of inhaled linalool in anxiety, social interaction and aggressive behavior in mice. *Phytomedicine*, 17(8-9), 679-683. doi:10.1016/j.phymed.2009.10.002
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). *A guideline to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp30.pdf
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (2000). *How to put the evidence into practice: Implementation and dissemination strategies*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp71.pdf
- Orton, D. I., & Gruzelier, J. H. (1989). Adverse changes in mood and cognitive performance of house officers after night duty. *British Medicine Journal*, 298(6665), 21-33.
- Ozsancak, A., D'Ambrosio, C., Garpestad, E., Schumaker, G., & Hill, N. S. (2008). Sleep and mechanical ventilation. *Critical Care Clinics*, 24(3), 517-531. doi:10.1016/j.ccc.2008.03.002
- Pandharipande, P., & Ely, E. W. (2006). Sedative and analgesic medications: Risk factors for delirium and sleep disturbances in the critically ill. *Critical Care Clinics*, 22(2), 313-327. doi:10.1016/j.ccc.2006.02.010
- Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30(2), 197-206.
- Richards, K. C., O' Sullivan, P. S., & Phillips, R. L. (2000). Measurement of sleep in critically ill patients. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 131-144.
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2014). *Grading of recommendations*. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach/Levels%20of%20Evidence%20%20FAME>
- Thomas, M., Sing, H., Belenky, G., Holcomb, H., Mayberg, H., Dannals, R., ... Redmond, D. (2000). Neural basis of alertness and cognitive performance impairments during sleepiness: Effect of 24 h of sleep deprivation on waking human regional brain activity. *Journal of Sleep Research*, 9(4), 335-352.
- Trompeo, A. C., Vidi, Y., Locane, M. D., Braghiroli, A., Mascia, L., & Ranieri, V. M. (2011). Sleep disturbances in the critically ill patients: Role of delirium and sedative agents. *Minerva Anestesiologica*, 77(6), 604-612.
- Van Cauter, E., & Tasali, E. (2011). Endocrine physiology in relation to sleep and sleep disturbances. In H. M., Kryger, T., Roth, & C. W., Dement, (Eds.). *Principle and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 1143-1147). Louis, MS: Elsevier.
- Xie, H., Kang, J., & Mills, G. H. (2009). Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care unit. *Critical Care*, 13(2), 208. doi:10.1186/cc7154

Zhang, L., Sha, S. Y., Kong, Q. Q., Woo, A. J., Miller, R. A., Li, W. H., ... Wang, L. C. (2013). Factor that affect sleep quality: Perceptions made by patients in the intensive care unit after thoracic surgery. *Support Care in Cancer*, 2, 2091-2096. doi:10.1007 /s00520-013-1754-2