

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่

ประวีณา อัครพลไพศาลม กศ.ม. *

จุฬาวารี ชัยวงศ์นาคพันธ์ พย.ม.**

บทคัดย่อ

- บทนำ:** ความปวดเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เกิดขึ้นจากการรักษา การช่วยชีวิตจากหัตถการทางการแพทย์ และการพยาบาล ส่งผลให้อัตราการตาย ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนเพิ่มขึ้นได้ คณะผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมาใช้เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
- วัตถุประสงค์:** เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
- วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) รูปแบบ Interrupted time design ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) เข้ารับการรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) เข้ารับการรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2564 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 22 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 22 ราย ประเมินระดับความปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ด้วยสถิติ Independent t-test
- ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนความปวดที่ลดลง ($\bar{X}=2.24$) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}=1.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}=7.91$) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}=5.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000
- สรุป:** การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ช่วยบรรเทาความปวดเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
- คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพ, แนวปฏิบัติทางคลินิก, การจัดการความปวด, ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่

Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Pain Management among Surgical Critically Ill Patients in Surgical Intensive Care Unit, Phrae Hospital

Paveea Aussawaponpaisan M.ed.*

Chulawaree Chiwongnakkapun, M.N.S**

Abstract

Background: Pain is a common problem in surgical critically ill patients. Pain is arising from treatment, resuscitation from medical procedures and nursing results in mortality, respirator use time and length of stay can be increased. The researchers therefore adopted clinical practice guidelines for pain management in critically ill patients to help improve the quality of care for surgical critically ill patients.

Objective: To compare difference of pain score, and to compare satisfaction score between patients with non-using Clinical Practice Guidelines group and using Clinical Practice Guidelines group.

Design: This research is interrupted time design intervention. The population studied was critically ill patients treated with major surgery who were admitted to the intensive care units and admitted to the intensive care units, Phrae hospital. The study was conducted between February-May 2021 in a sample of 22 patients with non-using clinical practice guidelines and 22 patients with using clinical practice guidelines. Evaluate pain management outcomes and satisfaction score, using the clinical practice guidelines for pain management among surgical critically ill patients. Comparison of scores before and after using the clinical practice guidelines were analyzed by independent t-test.

Result: Patients with using clinical practice guidelines group had significantly decreased score of pain level ($\bar{X}=2.24$) more than patients with non-using clinical practice guidelines group ($\bar{X}=1.53$), statistically significant at the level of 0.001 and patients with using clinical practice guidelines group has significantly increased score of satisfaction ($\bar{X}=7.91$) more than patients with non-using clinical practice guidelines group ($\bar{X}=5.68$), statistically significant at the level of 0.000

Conclusion: The implementation of clinical practice guidelines for pain management among surgical critically ill patients can achieve good outcomes in the care of surgical critically ill patients.

Keywords: Effectiveness, clinical practice guidelines, pain management, surgical critically ill patients

* Nursing Division, Phrae Hospital

**Baromrajonani College of Nursign, Phrae

บทนำ

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเป็นประสบการณ์ การรับรู้หรือความรู้สึกส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งสัมพันธ์กับโรค การบาดเจ็บ การผ่าตัด การได้รับหัตถการหรือการรักษาพยาบาลที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต⁽¹⁾ ความปวดเป็นปัญหาที่ พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตศิลากรรม ซึ่งความปวดที่ เกิดขึ้นเกิดจากการรักษาและการช่วยชีวิตจาก หัตถการทางการแพทย์ ได้แก่ การผ่าตัด การใส่ท่อ ช่วยหายใจ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น⁽²⁾ และความปวดที่เกิดจากการพยาบาล เช่น การพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอน การดูดเสมหะ ทางท่อหายใจ การทำความสะอาดแผล เป็นต้น⁽³⁾ ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิม พาทติก (Sympathetic nervous system) ทำให้ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก และ หนาวสั่นตามตาเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ร่างกาย ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ระบบ ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้แผลหายช้า มี โอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น⁽³⁾ ส่งผลต่ออัตราการตาย ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอน ในหอผู้ป่วยวิกฤตให้สูงขึ้น ความปวดในผู้ป่วย วิกฤตจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักและจัดการ ความปวดให้มีประสิทธิภาพ

จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวิกฤต ทางศัลยกรรม มีอุบัติการณ์ความปวดสูงถึงร้อยละ 50⁽⁴⁾ ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมมักได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด ทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดชนิด เฉียบพลันเนื่องจากเนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความ ชอกช้ำและถูกทำลาย โดยเฉพาะการผ่าตัด ใหญ่ (Major surgery) มีผลต่อระบบการไหลเวียน โลหิต การทำงานของหัวใจและปอด มีระยะเวลา

ในการผ่าตัดนาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ ทรมาณจากความไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผ่าตัดมาก โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ร้อยละ 90 มีความปวดแผลผ่าตัดในระดับรุนแรง มากใน 24-48 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นจะลดลงใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด⁽⁵⁾ นอกจากนี้จากการศึกษา ของ ชิฟฟลีท และคณะ (Siffleet et al.)⁽⁶⁾ พบว่า การถอดสายระบายออกจากแผล ทำให้ผู้ป่วย วิกฤตศิลากรรมและอายุรกรรมมีความปวดระดับ มากถึงมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การหายใจลึก และไอ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และการ เปลี่ยนท่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความปวดในผู้ป่วย วิกฤตเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญตาม กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดย การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตนั้นเริ่มตั้งแต่ การประเมินความปวด แต่การประเมินความปวด ในผู้ป่วยวิกฤตปฏิบัติได้ยากเนื่องจากความสามารถ ในการสื่อสารของผู้ป่วยลดลง จึงเป็นอุปสรรคใน การประเมินความปวดผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยไม่ สามารถบอกได้ด้วยตัวเอง (self-report) ว่า มี ความปวดเกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมิน ความปวด ติดตาม บันทึก และการจัดการความ ปวดผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การจัดการ ความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

งานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาล แพร์ เป็นหน่วยงานขนาด 8 เตียง ให้การดูแล ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยศัลยกรรม ประสาท ศัลยกรรมอุบัติเหตุ และศัลยกรรมทั่วไป มีแนวทางการจัดการความปวดเฉียบพลัน ประกอบด้วย มาตรฐานวัดประเมินความปวดแบบ ตัวเลข ความถี่ในการประเมินความปวดแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ทำ การประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ 2) ระยะ 24-72

ชั่วโมง หลังผ่าตัด ทำการประเมินทุก 4 ชั่วโมง บรรเทาปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ติดตามภาวะแทรกซ้อนจากยาบรรเทาปวด โดยมีเป้าหมายให้ระดับความรุนแรงความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาที่นิยมใช้ คือ มอร์ฟิน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) การจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ถือเป็นบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของพยาบาล ยังไม่ได้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ⁽⁷⁾ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ตามมาตรฐานการจัดการความปวดขององค์การตรวจสอบคุณภาพการดูแลสุขภาพ⁽⁸⁾ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าสามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปใช้ได้ มีความสะดวกในการปฏิบัติ ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย และผู้ใช้มีความพึงพอใจ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มาใช้ประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผลการวิจัยจะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2564 ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติฯ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2564 จำนวน 22 ราย และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติฯ ตั้งแต่เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2564 จำนวน 22 ราย การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างโคเฮน⁽⁹⁾ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทำนาย (power) ที่ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) ที่ 0.60 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 18 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการวิจัย จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นกลุ่มละ 4 คน รวมกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 44 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ และสามารถตัดสินใจเองได้
2. ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) เช่น

การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดต่อ
ลำไส้ เป็นต้น

3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสาร
ด้วยภาษาไทยหรือเข้าใจภาษาไทย

4. ไม่ได้รับการระงับปวดทางไขสัน
หลัง (epidural/spinal anesthesia)

5. ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วม
โครงการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก (exclusion
criteria)** คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการ
รักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) มีความ
ดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี
ญาติหรือผู้ปกครอง หรือ กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอม
เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความ
ปวดในผู้ป่วยวิกฤต ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม
โรงพยาบาลแพร่ ที่พัฒนาจาก สุภาภรณ์ บุญโย
ทยาน และคณะ⁽⁷⁾ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน
ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การ
ประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด
(ใช้ยาและไม่ใช้ยา) 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความ
ปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตาม
อย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนา
คุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของ
ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ได้รับการรักษาด้วยการ
ผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งที่ได้รับการ
ผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัด และเครื่องมือ
ประเมินความปวด

2.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมิน
ผลลัพธ์การจัดการความปวด ประกอบด้วย

2.2.1 แบบประเมินผลลัพธ์
ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
ดังนี้

2.2.1.1 แบบประเมิน
ความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข (numeric
rating scale [NRS] มีช่วงคะแนน 0-10 สำหรับ
ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่รู้สึกตัวและสื่อสารทางการ
พูดได้ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมบอกตัวเลขที่แสดงถึง
ความปวดที่ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีขณะนั้น

2.2.1.2 แบบสังเกต
ความปวดของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยใช้
critical care pain observation tool [CPOT]
โดยพยาบาลสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยตามเครื่องมือ
ซึ่งมีอยู่ 4 หมวด แต่ละหมวดมีคะแนน 0-2
คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 0 สูงสุดคือ 8 ประกอบด้วย
หมวดที่ 1 การแสดงออกทางสีหน้า (facial
expression) หมวดที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย
(body movement) หมวดที่ 3 การเกร็งของ
กล้ามเนื้อ (muscle tension) หมวดที่ 4 การ
หายใจสอดคล้องกับเครื่องช่วยหายใจ

(compliance with the ventilator) สำหรับผู้ป่วยป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และการเปล่งเสียง (vocalization) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2.1.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ใช้เครื่องมือประเมิน visual analogue scale (VAS) เป็นเส้นตรงแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร⁽¹⁰⁾ ซึ่งให้ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทำเครื่องหมายขีดลงบนเส้นที่บ่งชี้ความพึงพอใจของตนเองต่อการจัดการความเจ็บปวดที่ได้รับโดยภาพรวมในขณะเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาสาระการปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดเฉียบพลัน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.96 คณะผู้วิจัยประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพทางคลินิก (The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation [AGREE])⁽¹¹⁾ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดเฉียบพลัน 1

ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาสาระการปฏิบัติทางคลินิก 1 ท่าน ได้คะแนนร้อยละ 87.64 จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (feasibility) โดยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 17 คน พบว่า 1) แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ร้อยละ 91.30 2) แนวปฏิบัติใช้งานไม่ยุ่งยากซับซ้อน ร้อยละ 93.45 3) แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการปฏิบัติ ร้อยละ 90.65 4) แนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 89.0 5) แนวปฏิบัติทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล ร้อยละ 92.38 และ 6) ทีมพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 92.48 ซึ่งคณะผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติจนเหมาะสมและใช้ได้จริงกับผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

2. การทดสอบความเชื่อมั่น คณะผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นในการสังเกต โดยใช้แบบสังเกตความปวดของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (critical care pain observation tool [CPOT]) กับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในหอผู้ป่วย (inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

ขั้นตอนและวิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลแพร่โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังจากที่ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษ ผู้วิจัยได้พบหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต การรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือขอรับรองพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร์ หมายเลขใบรับรอง 14/2564 ลงวันที่ 28 มกราคม 2564

3. จัดประชุมให้แก่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ดังนี้

3.1 จัดประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 15 มกราคม 2564 ผู้วิจัยนำเสนอการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต แก่พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 17 คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และปรึกษาหารือเพื่อปรับปรุงให้มีความเหมาะสมตามบริบทหน่วยงาน และชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม

3.2 จัดประชุมครั้งที่ 2 วันที่ 19 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยนำเสนอแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต แก่พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง

4. รวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ

ความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หลังได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

4.1 พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดก่อนจัดการความปวดตามปกติของหน่วยงาน คือ ประเมินความปวดทุก 4-6 ชั่วโมง และบันทึกคะแนนความปวดรวมถึงจัดการความปวดในผู้ป่วยบางราย

4.2 กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการความปวดตามปกติ คือ การบรรเทาปวดด้วยยาเพียงอย่างเดียวเมื่อผู้ป่วยมีความปวดเกิดขึ้นตามแผนการรักษาของแพทย์

4.3 ประเมินและบันทึกคะแนนความปวดทุกครั้งหลังจัดการความปวด และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ตามแบบผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

5. รวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

5.1 พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดก่อนการจัดการความปวด ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสื่อสารได้ ใช้แบบประเมินความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข (numeric rating scale [NRS] ผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้ ใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT]

5.2 พยาบาลให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด (ใช้

ยาและไม่ใช้ยา) 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ

5.2.1 บรรเทาปวดโดยการ
ใช้ยา ปฏิบัติดังนี้

5.2.1.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความปวดเล็กน้อย (คะแนนความปวด 1–3) ประเมินจากแบบประเมินความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข และคะแนนความปวด 1-2 ประเมินจากแบบสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT] ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์ (Non-opioids) เช่น paracetamol เป็นต้น

5.2.1.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความปวดปานกลาง (คะแนนความปวด 4–6) ประเมินจากแบบประเมินความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข และคะแนนความปวด 3-5 ประเมินจากแบบสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (critical care pain observation tool [CPOT] ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ชนิดออกฤทธิ์มาก เช่น morphine, fentanyl เป็นต้น

5.2.1.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความปวดมาก (คะแนนความปวด 7–10) ประเมินจากแบบประเมินความปวดด้วยการบอกเป็นตัวเลข และคะแนนความปวด 6 - 8 ประเมินจากแบบสังเกตความปวดของผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ critical care pain observation tool [CPOT] ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ชนิดออกฤทธิ์มาก เช่น morphine, fentanyl เป็นต้น

5.2.2 บรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ปฏิบัติดังนี้

5.2.2.1 ใช้การบรรเทาความปวดด้วยยาร่วมกับบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา

5.2.2.2 ใช้การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เมื่อผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดด้วยยาอย่างเพียงพอ

5.2.2.3 บรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) การจัดท่า 2) การสัมผัส 3) การสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการดูแลใกล้ชิดแสดงความเห็นใจ เข้าใจและปลอบโยนให้กำลังใจ ขณะผู้ป่วยปวด 4) การสอนหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับปวดและบรรเทาปวด 5) การให้ข้อมูลที่เป็นความรู้สึแก่ผู้ป่วยขณะทำหัตถการหรือกิจกรรม 6) การเบี่ยงเบนความสนใจ

5.3 พยาบาลประเมินและบันทึกคะแนนความปวดทุกครั้งหลังจัดการความปวดและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ปฏิบัติดังนี้

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการระงับปวดด้วยยาฉีด ประเมินภายใน 30 นาที หลังได้รับยา หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการระงับปวดชนิดรับประทาน ประเมินภายใน 60 นาที หลังได้รับยา หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการระงับปวดโดยไม่ใช้ยา ประเมินภายใน 30-60 นาที หลังให้การบรรเทาความปวด หลังจากนั้นประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบ ด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact prob test)

2. เปรียบเทียบระดับความปวด และคะแนนความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มที่ไม่ใช้และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยสถิติ Independent t-test ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test แล้วพบว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัด และเครื่องมือประเมินความปวด (n=44)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=22)		กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=22)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	13	59.1	15	68.2	0.531
หญิง	9	40.9	7	31.8	
อายุ (ปี)					
18-35	3	13.6	3	13.6	0.619
36-60	10	45.5	7	31.8	
>60	9	40.9	12	54.5	
ตำแหน่งที่ได้รับ การผ่าตัด					
ช่องท้อง	12	54.5	13	59.1	0.761
ศีรษะ	10	45.5	9	40.9	
เครื่องมือประเมิน ความปวด					
NRS	9	40.9	7	31.8	0.531
CPOP	13	59.1	15	68.2	

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้และที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีจำนวนกลุ่มละ 22 คน เท่ากัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.1 และ 68.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุ 36-60 ปี ร้อยละ 45.5 และ มากกว่า 60 ปี ร้อยละ 54.5 ตามลำดับ ตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัดมากที่สุด คือ ช่องท้อง ร้อยละ 54.5 และ 59.1 ตามลำดับ และเครื่องมือประเมินความปวดใช้

CPOP เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.1 และ 68.2 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact prob test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดที่ลดลงหลังการบรรเทาความปวด ระหว่างกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=44)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	t	df	p-value
ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	2.246	0.493	-4.000	21	0.001
ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก	1.532	0.566			

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระดับความปวดที่ลดลงหลังบรรเทาความปวด ระหว่างกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีคะแนนระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง

ที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต (n=44)

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D	t-test	df	p-value
ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (range = 6.0 –10.0)	7.91	0.207	-8.386	40.125	<0.001
ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (range = 4.0 – 7.0)	5.68	0.780			

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทาง

คลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้และใช้แนวปฏิบัติทาง

คลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

วิจารณ์

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร์ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม 2) การประเมินความปวด 3) การบรรเทาความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด 5) การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก และ 6) การพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีระดับความปวดของลดลง และสามารถสร้างความพึงพอใจในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ได้มากขึ้นกว่าเดิมจากการวิเคราะห์แนวปฏิบัติทางคลินิก เกิดจาก

1. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และมีจริยธรรม โรงพยาบาลในหน่วยงานได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและมีจริยธรรม โดยมีการประเมินและหาสาเหตุของความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทุกราย และตระหนักว่าผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการจัดการความปวด ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลและเป็นตัวแทนของผู้ป่วยวิกฤตเพื่อจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ บุญโยทยาน, ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุลี สำราญญาติ⁽¹²⁾ ที่

ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยพบว่าการทำพยาบาลทำการประเมินความปวดให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ แสดงว่าพยาบาลเกิดความตระหนักต่อความปวดของผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดผลลัพธ์ในการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลง

2. การประเมินความปวด มีการประเมินความปวดแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้เมื่อใช้แบบสังเกตความปวดของผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ critical care pain observation tool [CPOT] ร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้รับการประเมินความปวดตรงตามสภาพจริง และสามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมมากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวดเพียงวิธีการเดียว

3. การบรรเทาความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) แนวปฏิบัติทางคลินิกมีแนวทางในการให้ยาบรรเทาปวดที่ชัดเจน มีการระบุเวลาในการประเมินซ้ำ การเตรียมยา การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกับการประเมิน sedative score ซึ่งการมีแนวทางในการบรรเทาปวดที่ชัดเจนร่วมกับมีแบบเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของยา จะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจ และสามารถตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาอาการปวดได้มากขึ้นภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดที่

เหมาะสม⁽¹³⁾ นอกจากนี้พยาบาลยังใช้การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาาร่วมด้วย เช่น การจัดทำที่ที่เหมาะสม การสัมผัส เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยวิตกกฤต ศัลยกรรมรู้สึกผ่อนคลายและลดความไม่สุขสบายลง ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลซึ่งช่วยเสริมฤทธิ์การบรรเทาปวดให้ดีขึ้น ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด และภาวะแทรกซ้อนของยาาลงได้⁽¹⁴⁾

4. การให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดและการบรรเทาความปวด การให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด และการบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยวิตกกฤตที่รู้สึกตัว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และสามารถควบคุมความปวดได้ดีขึ้น โดยการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นการสร้างความเชื่อมั่น ไว้วางใจในแผนการรักษา ซึ่งการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยวิตกกฤตต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย อาจมีเอกสารประกอบคำอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยวิตกกฤตทบทวนได้ด้วยตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวิตกกฤตซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมช่วยกันดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลควรสอนให้ผู้ป่วยวิตกกฤตที่รู้สึกตัวตั้งเป้าหมายว่า ความปวดหลังผ่าตัดอยู่ในระดับใด ถ้าผู้ป่วยตั้งเป้าหมายไว้ในระดับสูง พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ความปวดหลังการผ่าตัดอาจไม่สูงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เนื่องจากพยาบาลจะทำการประเมินความปวดเป็นระยะ ๆ และจะจัดการความปวดให้ผู้ป่วยวิตกกฤตโดยให้ยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และการจัดการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยชี้ทิศทางมองเห็นเป้าหมายได้ชัดเจน⁽¹⁴⁾

5. การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการบันทึก การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและการ

บันทึกประเมินผลของการบรรเทาความปวดและผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาบรรเทาปวด หากพยาบาลจัดการความปวดไม่สำเร็จหรือผลของการบรรเทาความปวดไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จะทำการประเมินผู้ป่วยวิตกกฤตซ้ำอีกครั้งเพื่อวินิจฉัยและวิเคราะห์หาสาเหตุของความปวด ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้แพทย์มีข้อมูลในการตัดสินใจปรับขนาดของยาบรรเทาปวดให้มากพอที่จะทำให้จัดการความปวดลงได้และผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการใช้ยา⁽¹³⁾

6. การพัฒนาคุณภาพบริการ โดยกระตุ้นและมีระบบติดตามกำกับเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิตกกฤตอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินความคิดเห็นและความต้องการของพยาบาลในหอผู้ป่วยถึงการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยวิตกกฤตเป็นระยะ ศึกษาผลการวิจัยหรือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด ซึ่งช่วยให้กระตุ้นให้พยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้นโยบายทางคลินิก จากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการประชุมกลุ่มย่อยหลังรับเวรเข้า การจัดสัปดาห์รณรงค์ให้ใช้นโยบายทางคลินิก การให้คำชมเชยแก่พยาบาลที่ใช้นโยบายทางคลินิกได้ถูกต้องจะช่วยให้เกิดกำลังใจที่ดีแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติ ทำให้เกิดการพัฒนากิจกรรมจัดการความปวด นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงานและโรงพยาบาล⁽¹³⁾

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยวิตกกฤตได้รับการจัดการความปวดที่ถูกต้องและเหมาะสม ในหน่วยงานควรบูรณาการการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการ

จัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเข้ากับกิจกรรมการ
พัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการทบทวนและติดตาม
หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวด
ในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ และคู่มือ
การจัดการความปวดให้เหมาะสมกับหน่วยงานทุก
ปี

2. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติทาง
คลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต
กับหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ และนำไปใช้
เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

สรุป

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ
จัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ช่วยบรรเทาความ
ปวดเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรม ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาล
แพร่

เอกสารอ้างอิง

1. Simpson RS. Acute pain management in the intensive care unit. In: PE. Macintyre, SM. Walker DJ. Rowbotham (Eds.). Clinical pain management: Acute pain. London: Hodder Arnold; 2008.
2. Lee K, Oh H, Seo W, Suh Y. Patterns and clinical correlates of pain among brain injury patients in critical case assessed with the

critical care pain observation tool. Pain Manag Nurs 2013;14(4):259-67.

3. Chen YY, Chi NH, Lai YH, Liao YM, Shun SC, Tsai PS. The chinese behavior pain scale for critically ill patients: Translation and psychometric testing. Int J Nurs Stud 2011; 48(4):438-48.
4. Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J, et al. The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. Comparative Study 2010;151(3): 711-21.
5. กันตา โกสุมภ์. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
6. Siffleet J, Young J, Nikoletti S, and Shaw T. Patients' self-report of procedure pain in the intensive care unit. Journal of Critical Nursing 2007;16: 2142-48.
7. สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, การดา อิมสงวน, พงษ์ศักดิ์ มูลกันทา, นงนุช ดวงสร้อย, นันทิยา คงเพ็ง, เกศินี ฌแยวกุล, และคนอื่นๆ. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนคร

- เชียงใหม่. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่; 2552.
8. David W. Baker. The Joint Commission's Pain Standards: Origins and Evolution. Division of Healthcare Quality Evaluation. The Joint Commission, Oakbrook Terrace, IL 60180; 2017.
 9. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 10. Lovatsis D, Jose JB, Tufman A, Drutz HP, Murphy KM. Assessment of patient satisfaction with postoperative pain management after ambulatory gynecologic laparoscopy. J Obstet Gynaecol Can 2007; 29(8):664-7.
 11. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. The AGREE Collaboration. London: George's Hospital Medical School; 2001.
 12. ลำดวน มีภาพ, ดลวิวัฒน์ แสนโสม และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหอบผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560;32(6):561-70.
 13. สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, ฉวีวรรณ ธงชัย และ มยุลี สำราญญาติ. ที่ทำการศึกษาลึถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหอบผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วารสารสภาการพยาบาล 2554;26(4):82-95.
 14. จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชุติพร ปิยสุทธิ, ศิริพร แก้วกุลพัฒน์. การจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับปวดหลังผ่าตัด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2562;11(2):161-71.