

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย
และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม*

The Development of Clinical Practice Guideline
for Pain Agitation and Delirium Management
in Critically Ill Surgical Patients

เอมอรุณ สุขศิริ**

Maroon Suksiri

กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์***

Kusuma Khuwatsamrit

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์****

Nirobol Kanogsunthornrat

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*A part of thesis of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

**Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300

***โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,
Bangkok 10400

Corresponding author, E-mail: kusuma.khu@mahidol.ac.th

Received: June 12, 2018; Revised: January 24, 2019; Accepted: May 31, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ร่วมกับการศึกษาแนวโน้มความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคฟ์เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลจำนวน 65 คน เลือกแบบจำเพาะเจาะจง และเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความเป็นไปได้ของความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และคู่มือแนวปฏิบัติตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม มีสาระสำคัญแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประกอบด้วย การประเมินความปวด การบรรเทาความปวด การประเมินความปวดซ้ำและการติดตามต่อเนื่อง และการบันทึกการจัดการความปวด (2) การจัดการภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม และ (3) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดยพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่ายและภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย ภาวะสับสนเฉียบพลัน
ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

Abstract

This research and development aimed to develop clinical practice guideline for pain, agitation, and delirium management in critically ill surgical patients and to study the feasibility of guideline. The evidence-based practice model of Soukup was used as a conceptual framework. The participants were 65 nurses who worked in the surgical intensive care unit by purposive sampling and evidence-based documents. Data were collected by using personal information questionnaires, the feasibility of applying guideline questionnaires and manual guideline, questionnaires which were validated content validity of .98 Data were analyzed by using descriptive statistics.

The study revealed three main parts of this guideline: (1) Pain management in critically ill surgical patients comprised of 4 components (pain assessment, pain treatment, reassessment, and record) (2) agitation management in critically ill surgical patients, and (3) delirium management in critically ill surgical patients. Over 90 percent of nurses agreed with this guideline. The feasibility of this guideline could be applied for pain, agitation, and delirium management in critically ill surgical patients.

Keywords: Clinical practice guideline, Pain management, Agitation, Delirium, Critically ill surgical patients

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงมักมีอาการปวด กระสับกระส่ายและสับสนเฉียบพลันอาการเหล่านี้พบบ่อยครั้งและมีโอกาสเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยร้อยละ 64 มีประสบการณ์ความปวดขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต¹ และมากกว่าร้อยละ 50 มีความปวดในระดับปานกลางถึงมาก² ส่วนอาการกระสับกระส่ายพบร้อยละ 59 โดยร้อยละ 86 พบได้ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต³ และภาวะสับสนเฉียบพลันพบร้อยละ 61 โดยพบได้สูงถึงร้อยละ 72 ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการหนักขึ้นรุนแรง (coma)⁴

ความปวดภาวะกระสับกระส่าย และสับสนเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจโดยอาการเหล่านี้จะไปกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลด้านร่างกายโดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดมีผลให้ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มความต้องการใช้ปริมาณออกซิเจนของเนื้อเยื่อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจและส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งทำให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง⁵ ด้านจิตใจผู้ป่วยมีความเครียด กลัวและวิตกกังวลมีการแสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม การนอนหลับไม่เพียงพอส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาบรรเทาความปวดและยาสงบประสาทมากเกินไปก็อาจได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยาซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาครองเตียงผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นเพราะต้องต่อระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น⁶ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีแนวทาง

การจัดการความปวดอย่างไม่จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่มีลักษณะแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น⁷ จากผลการสำรวจการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่าผลลัพธ์การจัดการความปวดยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลางถึงมาก แม้ว่าตัวชี้วัดความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยจะบรรลุเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80⁸ นอกจากนี้ จากการสอบถามพยาบาลและจากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ประเมินความปวดผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวโดยการสังเกตพฤติกรรมและสัญญาณชีพ อาศัยความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคนไปคะแนนระดับความปวด มีผลให้การปฏิบัติไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงสถานการณ์เร่งรีบฉุกเฉินในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้พยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดไม่ครอบคลุมและไม่เพียงพอ ส่วนภาวะกระสับกระส่ายและภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบชัดเจนจากสถานการณ์ดังกล่าวเห็นได้ว่าหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่ายและภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่จะช่วยลดสภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจุบันมีแนวทางการดูแลการจัดการความปวดภาวะกระสับกระส่ายและภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ⁹ รวมถึงมีการนำมาใช้ปฏิบัติจริงกับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งพบว่าให้ผลลัพธ์ที่ดี¹⁰ อย่างไรก็ตามแนวทางการดูแลดังกล่าวใช้ในกลุ่มประเทศที่มีความพร้อมของทรัพยากร ความสามารถบุคลากร ค่าใช้จ่ายและวัฒนธรรมองค์กรซึ่งมีความแตกต่างจากประเทศไทย นอกจากนี้ความปวด ภาวะกระสับกระส่ายและภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันโดยเป็นสาเหตุและปัจจัยการเกิดซึ่งกันและกันการจัดการทั้ง 3 กลุ่มอาการให้มี

ประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องทำควบคู่กันไป¹¹ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางการดูแลแบบบูรณาการทั้ง 3 กลุ่มอาการร่วมกันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ผิดกับผู้วิจัยต้องการแนวปฏิบัติที่เน้นบทบาทพยาบาลตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรเพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน เกิดการยอมรับและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมตรงกับตามความต้องการของผู้ใช้และสามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้จัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup¹² ประกอบด้วย 4 ระยะคือ (1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-trigger phase) ซึ่งมาจาก 2 แหล่งคือตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงานและตัวกระตุ้นจากความรู้ การศึกษาค้นคว้า (2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-supported phase) (3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (evidence-observed phase) และ (4) การนำแนว

ปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานและเผยแพร่เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างกว้างขวาง (evidence-based phase) อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการถึงระยะที่ 2 เท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่ายและภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ¹² ดังนี้

ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-trigger phase) ซึ่งได้มาจาก 2 แหล่งคือ (1) การสำรวจปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและปัจจัย (practice triggers) ที่ทำให้เกิดความปวด ภาวะกระสับกระส่ายและสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และ (2) การทบทวนวรรณกรรม (knowledge triggers)

ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-support phase) ซึ่งดำเนินการดังนี้

2.1 สืบค้นงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ฉบับเต็ม และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อถือได้ ได้แก่ Pubmed, CINAHL, Proquest nursing, Ovid, Science direct, ThaiLIS ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และจากเว็บไซต์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่ายและสับสนเฉียบพลัน โดยคัดเลือกรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวครอบคลุมหัวข้อด้านการประเมิน การบรรเทา และการติดตามผลลัพธ์ รวมถึงพิจารณาความเป็นไปได้ที่นำไปใช้ทางคลินิก¹³ วิเคราะห์และประเมินคุณภาพจัดระดับ

หลักฐานโดยใช้เกณฑ์พิจารณาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย¹⁴ ซึ่งได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 33 งาน เป็นงานวิจัยหลักฐานระดับ A, B, C และ D จำนวน 8, 9, 6, 3 เรื่องตามลำดับ และเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 7 แนวทาง สังเคราะห์และสรุปองค์ความรู้จัดเป็นคู่มือแนวปฏิบัติทั้งหมด 3 ส่วนในเรื่องการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

2.2 ศึกษาความเป็นไปได้ของความคิดเห็นในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ทำการศึกษาความเป็นไปในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ด้วยการให้ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเลือกแบบจำเพาะเจาะจงโดยเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมทั้ง 3 หน่วยงาน คือ หออภิบาลศัลยกรรม 4A, 4B และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 7B จำนวน 65 คน และเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรมตามขั้นตอนดำเนินการดังนี้

2.2.1 ขั้นสร้างแบบสอบถาม ผู้วิจัย

สร้างแบบสอบถามความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตและคู่มือปฏิบัติโดยนำไปหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98

2.2.2 ขั้นศึกษาความเป็นไปได้ของความคิดเห็นในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นที่ 1 ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยจัดกลุ่มสนทนากลุ่มละ 6-13 คน ระยะเวลาของการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 90-120 นาทีระหว่างการสนทนากลุ่มมีการบันทึกเสียงการสนทนาร่วมด้วย

โดยสนทนาเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติทั้งในประเด็นที่เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ รวมถึงข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นในส่วนที่จะช่วยส่งเสริมอำนวยความสะดวกเพื่อง่ายต่อการนำไปใช้

ขั้นที่ 2 ดำเนินการสนทนากลุ่มกับตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคคลสำคัญของหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมทั้ง 3 หน่วยงานที่สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้โดยจัดกลุ่มสนทนากลุ่มละ 7 คน ระยะเวลาของการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 90-120 นาที การสนทนากลุ่มทั้งหมดผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการถอดเทปเสียง เมื่อได้ข้อมูลเนื้อหาสาระในเทปเสียงสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลไปให้กลุ่มตัวอย่างยืนยันว่าตรงกันตามที่สนทนาไป ผู้วิจัยเป็นผู้ทำลายเทปเสียงนั้นโดยข้อมูลจากการสนทนาของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการเลขที่ ID 07-59-33 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รหัสโครงการเลขที่ 099/59

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติแบบรายข้อ ข้อมูลความคิดเห็นโดยรวมต่อแนวปฏิบัติ คู่มือแนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติบรรยาย ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนำการถอดเทปการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาอีกครั้ง จัดกลุ่มข้อมูลวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในแบบสอบถามและข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปการสนทนา

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะ กระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วย วิกฤตทางศัลยกรรม ประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ส่วน และความเป็นไปได้ของความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1 การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1. การประเมินความปวด

ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย วิกฤตทางศัลยกรรมจะได้รับการประเมินความปวดอย่าง น้อยทุก 2 ชั่วโมงทั้งก่อนการทำหัตถการ ระหว่างทำ หัตถการและหลังทำหัตถการโดยเลือกใช้เครื่องมือ ประเมินความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย^{9,15} ดังนี้

ผู้ป่วยวิกฤตที่สื่อสารได้ใช้มาตรวัดชนิดตัวเลข (Numerical Rating Scale [NRS])^{9,15-17} ส่วนผู้ป่วยวิกฤต ที่สื่อสารไม่ได้แต่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกประเมิน ความปวดโดยใช้เครื่องมือสังเกตความปวดจากพฤติกรรม ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต^{9,16} (Critical care Pain Observation Tool [CPOT]) และกรณีผู้ป่วย ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ถูกประเมินความปวด โดยสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่นการแสดงออก ทางสีหน้า การเปล่งเสียง รวมถึงการใช้สัญญาณชีพ (การหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ) และ การประเมินขนาดรูม่านตามาใช้ประเมินความปวดใน ผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁸ กรณีผู้ป่วยนอนหลับไม่ต้องปลุกผู้ป่วยให้ ตื่นเพื่อประเมินระดับความปวด แต่ให้พิจารณาแยกว่า ผู้ป่วยนอนหลับหรือมีภาวะทางเดินหายใจถูกกด โดยประเมินจากการหายใจและวัดค่าความอิ่มตัวของ ก๊าซออกซิเจนในเลือด (SpO₂)

2. การบรรเทาความปวด

ใช้หลักการบรรเทาปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) คือการใช้ยาหลายขนานหรือ

เทคนิคการระงับปวดหลายวิธีร่วมกัน^{9,15-17} แบ่งเป็นดังนี้ การบรรเทาความปวดแบบใช้ยาได้แก่ การใช้ยาแบบ ทัวร่างกาย (systemic administration) และการใช้ยา เฉพาะที่ (regional administration) ซึ่งเป็นเทคนิค การบริหารยาโดยวิสัญญีแพทย์ซึ่งไม่กล่าวถึงในการศึกษา นี้ การใช้ยาแบบทัวร่างกาย (systemic administration) มีทั้งชนิดกินและฉีด ได้แก่ ยากลุ่มไมโซปออยด์ยากลุ่ม โอปิออยด์และยาเสริม (adjuvant)

การบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่

(1) วิธีการบำบัดทางกายเช่น การจัดทำ การสัมผัส การดูแลแผลผ่าตัดให้อยู่นิ่ง¹⁷ (2) วิธีการบำบัดทางจิต สังคมคือใช้วิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพการดูแลอย่างใกล้ชิด การแสดงความเห็นใจเข้าใจปลอบโยนให้กำลังใจ การให้ ข้อมูล การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเช่นการฟัง ดนตรีดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ และการใช้เทคนิค ผ่อนคลาย เป็นต้น¹⁶⁻¹⁷ และ (3) วิธีการบำบัดอื่น ๆ เช่น การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น การควบคุมแสง เสียงที่รบกวนผู้ป่วย การจัดวางสาย รุกถ้าร่างกายไม่ให้เกิดการตึงรั้งการกำจัดสิ่งคัดหลั่ง ความเปียกชื้นที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วย การยืดหยุ่นกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยม เป็นต้น¹⁹

วิธีการบรรเทาปวดพิจารณาตามระดับความ รุนแรงของความปวดตามหลักบันได 3 ขั้นขององค์การ อนามัยโลก^{15-17,19} ดังนี้

1) ความปวดระดับน้อย คะแนน NRS 1-3 หรือ คะแนน CPOT 1-2 ใช้ยากลุ่มไมโซปออยด์ เช่น Paracetamol, nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) และหรือการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา

2) ความปวดระดับปานกลาง คะแนน NRS 4-6 หรือคะแนน CPOT 3-5 ใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดฤทธิ์อ่อน เช่น Tramol หรือใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิด ออกฤทธิ์มากในปริมาณต่ำ เช่น มอร์ฟิน เฟนทานิลหรือ ใช้ร่วมกับยา Paracetamol, NSAID และหรือ การบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วย ส่วนยาเสริม

(adjuvant) ใช้ร่วมกับยาในกลุ่มโอปิออยด์กรณีการผ่าตัดบางอย่างที่อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท

3) ความปวดระดับมาก คะแนน NRS 7-10 หรือคะแนน CPOT 6-8 ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์มากเช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล และหรือใช้ร่วมกับยา Paracetamol, NSAID และหรือการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาาร่วมด้วย ส่วนยาเสริมใช้ร่วมกับยาในกลุ่มโอปิออยด์กรณีการผ่าตัดบางอย่างที่อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท

วิธีการในการให้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมนิยมให้ทางหลอดเลือดดำโดยให้ยาตามเวลาในรอบ 24 ชั่วโมง หรือให้แบบหยดอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้ระดับยาอยู่ในกระแสเลือดคงที่สามารถควบคุมความปวดได้ดี^{9,19} ส่วนการควบคุมการให้ยาโดยผู้ป่วยเอง (Patients Control Analgesia [PCA]) ถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยพึงพอใจระดับสูง ใช้ในกรณีผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวดีและสามารถใช้เครื่อง PCA ได้²⁰

3. การประเมินความปวดซ้ำและการติดตามต่อเนื่อง

การประเมินผลการรักษา ติดตามและเฝ้าระวังผลข้างเคียงหรืออาการแทรกซ้อนจากการระงับปวดโดยประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังนี้ การให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำประเมินซ้ำภายใน 30 นาที¹⁵ การให้ยาแก้ปวดชนิดรับประทานประเมินซ้ำภายใน 60 นาทีและการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาประเมินซ้ำภายใน 60 นาทีและหากการจัดการความปวดไม่สำเร็จหรือไม่บรรลุตตามเป้าหมายผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำเพื่อวินิจฉัยและวิเคราะห์หาสาเหตุของความปวดหรือปรึกษาทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเพื่อความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย¹⁵⁻¹⁷

4. การบันทึกการจัดการความปวด

บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของผู้ประเมินเอง คำบอกเล่าจากผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและ

ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือประเมิน บันทึกอย่างครบถ้วนถูกต้อง ครอบคลุมทั้งการประเมินความปวด การบรรเทาความปวดและการประเมินความปวดซ้ำ¹⁶⁻¹⁷ ดังนี้ (1) การประเมินความปวด บันทึกกระดับความรุนแรงความปวด เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ตำแหน่งบริเวณที่ปวดลักษณะที่ปวด และเวลาที่ประเมิน (2) การบรรเทาความปวดต้องบันทึกเกี่ยวกับชนิดของยา ปริมาณ วิธีการที่ให้ยาและเวลาที่ให้ยา กรณีไม่ใช้ยาให้บันทึกวิธีการบำบัดและเวลาที่ใช้ (3) การประเมินซ้ำให้บันทึกกระดับความปวดหลังได้รับการบรรเทาความปวด ผลข้างเคียงจากการรักษา ผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต โดยบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับบันทึกในใบบันทึกสัญญาณชีพและกำหนดความปวดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตทุกราย

ส่วนที่ 2 การจัดการภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินระดับสงบประสาทอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมายระดับการสงบประสาท (sedated) ให้อยู่ในระดับง่วงซึมเล็กน้อย (lightly sedated) ถึงระดับที่ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี (wake and calm) (คะแนน RASS -2 ถึง 0) โดยใช้ Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) เป็นเครื่องมือประเมินระดับการสงบประสาท ซึ่งประเมินได้ 2 ส่วน คือภาวะกระสับกระส่ายและภาวะง่วงซึม^{9,21} การจัดการภาวะกระสับกระส่าย มีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา กรณีใช้ยาพิจารณาใช้เมื่อคะแนน RASS 1 ถึง 4 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีภาวะกระสับกระส่ายให้ประเมินความปวดและบรรเทาความปวดอย่างเพียงพอก่อน แล้วจึงให้การรักษภาวะกระสับกระส่ายโดยเลือกใช้ยาในกลุ่ม non benzodiazepines (dexmedetomidine) แทนยาในกลุ่ม benzodiazepines (midazolam, lorazepam) ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา แต่ถ้าคะแนน RASS -3 ถึง -5 หมายถึง ผู้ป่วยมี

ระดับง่วงซึมมาก (deeply sedated) ให้หยุดการให้ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาท ให้ออกซิเจน ประเมินสัญญาณชีพ และรายงานแพทย์ กรณีไม่มีข้อห้ามผู้ป่วยที่ได้รับยาสงบประสาททางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องควรพิจารณาหยุดการให้ยาสงบประสาทในทุกเช้า เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว^{9,22}

ส่วนที่ 3 การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งโดยใช้เครื่องมือ ICU Delirium Screening Checklist (ICUDSC) ซึ่งมีช่วงคะแนน 0-8 (คะแนน ≥ 4 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันมีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา หากไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นเคลื่อนไหวเร็วที่สุด (early ambulation) ส่งเสริมการนอนหลับโดยควบคุมแสง เสียง กิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ที่รบกวนผู้ป่วย และลดสิ่งกระตุ้นในช่วงเวลากลางคืน^{9,19} เมื่อจำเป็นต้องใช้ยาควบคุมภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตให้เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา หรือจิตแพทย์ที่ร่วมรักษา กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ อยู่เดิม หากได้รับยาต้านอาการทางจิตเวชเพื่อควบคุมภาวะสับสนเฉียบพลัน ควรมีการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อระวังการเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติชนิดร้ายแรง⁹

ความเป็นไปได้ของความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม จำนวน 65 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 62 คน (ร้อยละ 95.40) มีอายุเฉลี่ย 29.09 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 62 คน (ร้อยละ 95.40) ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

โดยเฉลี่ย 5.92 ปี และส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 39 คน (ร้อยละ 60) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 ให้ความเห็นว่าทุกข้อของแนวปฏิบัติพยาบาลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ ยกเว้นประเด็นการจัดการความปวดด้วยการบริหารยาโดยผู้ป่วยควบคุมการให้ยาเอง พยาบาลให้ความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ในคลินิกได้ร้อยละ 80 และประเด็น การจัดการภาวะกระสับกระส่ายที่เกี่ยวข้องกับการเลือกให้ยาสงบประสาท และการหยุดยาสงบประสาท พยาบาลให้ความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ในคลินิกได้ร้อยละ 89.20 และ 87.70 ตามลำดับ

ส่วนความคิดเห็นต่อแผนภูมิแนวปฏิบัติตารางการบริหารยาแก้ปวด แผนภูมิการบริหารยากลุ่มโอปิออยด์และคู่มือแนวปฏิบัติซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความเห็นในเชิงบวก โดย 3 อันดับแรก คือ อ่านเข้าใจง่าย รายละเอียดชัดเจน ครบถ้วน และสามารถนำไปปฏิบัติได้ร้อยละ 58.46, 36.92 และร้อยละ 16.92 ตามลำดับ โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมอำนวยความสะดวก และง่ายต่อการนำไปใช้ดังนี้ คือ 1) ควรจัดทำคู่มือเป็นรูปเล่มที่ชัดเจนสำหรับใช้ในหน่วยงานและเล่มขนาดเล็กพกพาแจกให้บุคลากรในตึกเพื่อช่วยเตือนความจำและสะดวกต่อการใช้งาน จัดทำแนวปฏิบัติเป็นแผนภูมิบรรจุในแฟ้มประวัติผู้ป่วย และทำแผนผังขนาดใหญ่ติดในบริเวณที่มองเห็นเด่นชัด จัดป้ายนิเทศการให้ความรู้ทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวก 2) ปรับเพิ่มช่องการประเมินความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในแบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ร่วมกับช่องประเมินสัญญาณชีพอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อลดจำนวนการใช้เอกสาร และปรับช่วงเวลาการประเมินให้สอดคล้องกับรอบเวลาการทำงานประจำของพยาบาลเพื่อลดภาระงาน 3) จัดประชุมสหวิชาชีพ ปรึกษาหาข้อตกลงร่วมกัน

และเสนอผู้บริหารกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ รวมถึงอบรมให้ความรู้ก่อนนำมาใช้และทบทวนแนวปฏิบัติฯ อย่างสม่ำเสมอ

ผลจากการทำสนทนากลุ่มพบว่าพยาบาลทุกคนให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้จัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้ โดยพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการทำสนทนากลุ่มดังนี้ ควรประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยนอนหลับไม่ต้องปลุกเพื่อประเมินความปวด แต่ให้พิจารณาระหว่างทางเดินหายใจถูกกดหรือนอนหลับโดยประเมินการหายใจ และตรวจวัดความอิ่มตัวของก๊าซออกซิเจนในเลือด ส่วนการบริหารยาสงบประสาทและยารักษาภาวะสับสนเฉียบพลันให้เป็นไปตามดุลยพินิจแพทย์ผู้รักษา และเสนอแนะควรนำแนวปฏิบัติมาทดลองใช้จริง ประเมินผลหลังการใช้ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้อีกทางหนึ่งและทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เนื้อหาทันสมัย

การอภิปรายผลการวิจัย

พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าทุกข้อของแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้มากกว่าร้อยละ 90 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแนวปฏิบัตินี้พัฒนามาจากแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถยืนยันถึงผลลัพธ์ของสถาบันและหน่วยงานที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงผ่านการใช้ศึกษากับผู้ป่วยวิกฤตและให้ผลลัพธ์ที่ดี เช่น แนวปฏิบัติจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตอเมริกา⁹ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

ศัลยกรรมของสุภาภรณ์ บุญโยทยาน¹⁷ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mansouri และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันกับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลัน รวมถึงลดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและลดอัตราการเสียชีวิต และการศึกษาของ Dale และคณะ²³ ที่ศึกษาในลักษณะคล้ายกันเกี่ยวกับประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันกับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี ลดระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ²³ และอีกหลายการศึกษา รวมถึงแนวปฏิบัตินี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงให้สั้นกระชับ เป็นรูปแบบที่เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ โดยจัดทำให้อยู่ในรูปแบบภูมิ ตาราง ร่วมกับมีคู่มือการใช้ สอดคล้องกับผลของการศึกษานี้ที่พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 58.46 ให้ความเห็นว่าแผนภูมิแนวปฏิบัติ ตารางการบริหารยาแก้ปวด และแผนภูมิการบริหารยากลุ่มโอปิออยด์อ่านเข้าใจง่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเพื่อให้เนื้อหาทันสมัยโดยเป็นหลักฐานที่มีความเข้มแข็งทางวิทยาศาสตร์ สร้างความน่าเชื่อถือ รวมถึงผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นสหวิชาชีพ ทั้งศัลยแพทย์ วิกฤตแพทย์ และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงได้คัดค้านความตรงทางเนื้อหาเท่ากับ .98 ทำให้ส่วนใหญ่ให้ความเห็นสอดคล้องกันสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ สิ่งอื่นได้นอกจากความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติ เหตุผลที่พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นสอดคล้องกันถึงความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ อาจเนื่องมาจากทุกคนรับรู้ปัญหาการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ และต้องการปรับปรุงแก้ไขร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม ส่วนน้อยให้ความเห็นว่าข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติบางข้อไม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ทั้งหมด เช่น การบริหารยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วยตนเอง การเลือกใช้ยาสงบประสาท และการหยุดยาสงบประสาท พยาบาลให้ความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 80, 89.20 และ 87.70 ตามลำดับ (< ร้อยละ 90) อธิบายได้ดังนี้ประเด็นการบริหารยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยควบคุมการให้ยาด้วยตนเอง พยาบาลให้ความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 80 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลไม่ทราบวิธีการบริหารยาด้วยวิธีการใช้เครื่อง PCA (Patient-Contolled Analgesia) ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงาน เฉลี่ย 5.92 ปี โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาใหม่ร้อยละ 21.54 สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา งามขำ และคณะ²⁴ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาใหม่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดน้อยมากในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการประเมินและการบรรเทาความปวด²⁴ และจากการทำสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ที่ตอบไม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ให้ความเห็นว่าไม่ทราบการบริหารยาด้วยวิธีนี้ และอ่านแนวปฏิบัติไม่ครบถ้วน รวมถึงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตทำให้พยาบาลพร่องความรู้ และเลือกตอบไม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ โดยมีหลายการศึกษาที่บ่งชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิกฤตส่วนใหญ่ยังพร่องความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด²⁵ ส่วนประเด็นการเลือกใช้ยาสงบประสาท พยาบาลให้ความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ร้อยละ 89.20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบริหารยาไม่ใช้บทบาทอิสระของพยาบาล เพราะแพทย์เป็นผู้สั่งใช้ยา ซึ่งการปฏิบัติจริงในปัจจุบันคัลยแพทย์นิยมสั่งใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines (midazolam, lorazepam, diazepam) เมื่อผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ส่วนยาในกลุ่ม non benzodiazepines (dexmedetomidine, propofol) ไม่เป็นที่นิยมใช้ แม้จะมีการศึกษาที่สนับสนุน

ว่ายาในกลุ่ม benzodiazepines มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน²⁶ รวมถึงพยาบาลบางท่านอาจไม่ทราบวิธีปฏิบัติ ซึ่งจากข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ย 5.92 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาใหม่ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 21.54) มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60) ไม่เคยผ่านการอบรมการจัดการภาวะกระสับกระส่ายในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการไม่เคยผ่านการอบรมอาจเป็นผลให้พยาบาลพร่องความรู้และเลือกตอบไม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ ส่วนประเด็นการหยุดยาสงบประสาท พยาบาลให้ความเห็นว่าสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ร้อยละ 87.70 อาจเนื่องมาจากพยาบาลไม่สามารถหยุดยาสงบประสาทได้เองหากไม่มีคำสั่งรักษา เนื่องจากมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย⁵ รวมถึงพยาบาลบางท่านไม่ทราบวิธีปฏิบัติ จากข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤต เฉลี่ย 5.92 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาใหม่ ร้อยละ 21.54 และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60) ไม่เคยผ่านการอบรมการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการไม่เคยผ่านการอบรมอาจเป็นผลให้พยาบาลพร่องความรู้

พยาบาลทุกคนให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้จัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้ โดยพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการทำสนทนากลุ่มดังนี้ ควรประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยนอนหลับไม่ต้องปลุกเพื่อประเมินความปวด แต่ให้พิจารณาระหว่างทางเดินหายใจถูกกดหรือนอนหลับ โดยประเมินการหายใจและตรวจวัดความอึดตัวของก๊าซออกซิเจนในเลือด ส่วนการบริหารยาสงบประสาทและยารักษาภาวะสับสนเฉียบพลันให้เป็นไปตามดุลยพินิจแพทย์ผู้รักษา และเสนอแนะ

ควรนำแนวปฏิบัติมาทดลองใช้จริง ประเมินผลหลังการ
ใช้เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้อีกทางหนึ่ง ทบทวนและ
ปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เนื้อหา
ทันสมัย

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำไปทดลองใช้จริงในคลินิกและติดตาม
ประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ พร้อม
ปรับปรุงเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับหน่วยงาน
สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2. นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารเพื่อกำหนด
เป็นแนวทางการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่าย
และภาวะสับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตทาง
ศัลยกรรม เพื่อนำไปใช้อย่างเป็นระบบ

3. ก่อนนำไปใช้ต้องมีการประชุมปรึกษา
สหวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพ เพื่อสร้างความเข้าใจ
ตรงกันเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ เตรียมบุคลากรโดยจัดประชุม
เชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะ
เกี่ยวกับการจัดการความปวด ภาวะกระสับกระส่ายและ
ภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะความรู้และทักษะ
การใช้เครื่อง PCA ซึ่งจากผลการศึกษานักศึกษายังพร่อง
ความรู้เพื่อให้สามารถใช้แนวปฏิบัติและเครื่องมือต่าง ๆ
ได้อย่างถูกต้อง

4. ควรมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์
ที่เกี่ยวข้องอยู่เสมอ เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติใหม่เนื้อหา
ทันสมัยเป็นปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Asadi-Noghabi A, Gholizadeh M, Zolfaghari M, Mehran A, Sohrabi M. Nurses use of critical care pain observational tool in patients with low consciousness. *Oman Medical Journal* 2015;30(4):276-82.
2. Alikiaie B, Mousavi S, Ebrahimi A, Foroughi Z. Evaluation of pain assessment and management in critically ill intubated patients in a referral university hospital in Iran. *Journal of Pharmacy Practice and Research* 2019;8(3):137-42.
3. Burk RS, Grap MJ, Munro CL, Schubert CM, Sessler CN. Agitation onset, frequency, and associated temporal factors in the adult critically ill. *American Journal of Critical Care* 2014;23(4):296-304.
4. Bigatello LM, Amirfarzan H, Haghighi AK, Newhouse B, Rio MD, Allen K, et al. Effects of routine monitoring of delirium in a surgical/trauma intensive care unit. *Journal of Trauma Acute Care Surgery* 2013;74(3):876-83.
5. Saengchote W. Sedation in critically ill patients: weighing risks and benefits. In: Staworn D, Piyavechviratana K, Poonyathawon S, editors. *The Thai Society of Critical Care Medicine: the acute care*. Bangkok: Beyond Enterprise; 2015. p. 458-62. (in Thai)
6. Jayaswal AK, Sampath H, Soohinda G, Dutta S. Delirium in medical intensive care units: incidence, subtypes, risk factors, and outcome. *Indian Journal of Psychiatry* 2019;61(4):352-8.

7. Jovanovic G, Jakovljevic DK, Lukic-Sarkanovic M. Enhanced recovery in surgical intensive care: a review. *Frontiers in Medicine* 2018;5(256):1-6.
8. Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Annual report 2015: acute pain management. Bangkok: Navamindradhiraj University; 2015. (in Thai)
9. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2013;41(1):263-306.
10. Mansouri P, Javadpour S, Zand F, Ghodsbini F, Sabetian G, Masjedi M, et al. Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: a randomized clinical trial. *Journal of Critical Care* 2013;28(6):918-22.
11. Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *The New England Journal of Medicine* 2014;370(5):444-54.
12. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. *Nursing Clinic of North America* 2000;35:301-9.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Essentials of nursing research (method, appraisal, and utilization)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
14. The Royal College of Physicians of Thailand. Recommendations for development of clinical practice guidelines. *The Royal College of Physicians of Thailand* 2001;18(6):36-47. (in Thai)
15. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, Thai Association for the Study of Pain. Clinical guidance for management of acute postoperative pain management. Bangkok: The Royal College; 2011. (in Thai)
16. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical best practice guidelines: assessment and management of pain [Internet]. 2013 [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf>
17. Punyodyan S. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for pain management among critically ill patients in surgical intensive care unit. *Thai Journal of Nursing Council* 2011;26(4):82-95. (in Thai)
18. Lukaszewicz AC, Dereu D, Gayat E, Payen D. The relevance of pupil-lometry for evaluation of analgesia before noxious procedures in the intensive care unit. *Anesthesia & Analgesia* 2015;120(6):1297-300.

19. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trienza J. Acute pain management: scientific evidence [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 5]. Available from: http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final
20. Morad A, Winters B, Stevens R, White E, Weingart J, Yaster M, et al. The efficacy of intravenous patient-controlled analgesia after intracranial surgery of the posterior fossa: a prospective, randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia* 2012;114(2):416-23.
21. Stasevic K, Stasevic M, Jankovic S, Djukic DS, Dutina A, Grbic I. The validation and inter-rater reliability of the Serbian translation of the Richmond Agitation and Sedation Scale in post anesthesia care unit patients. *Hippokratia* 2016;20(1):50-4.
22. Shahabi M, Yousefi H, Yazdannik AR, Alikiaii B. The effect of daily sedation interruption protocol on early incidence of ventilator-associated pneumonia among patients hospitalized in critical care units receiving mechanical ventilation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2016;21(5):541-6.
23. Dale CR, Bryson CL, Fan VS, Maynard C, Yanez ND, Treggiari MM. A greater analgesia, sedation, delirium order set quality score is associated with a decreased duration of mechanical ventilation in cardiovascular surgery patients. *Critical Care Medicine* 2013;41(11):2610-7.
24. Ngamkham S, Khiewchaum R, Boonlue O. The naive nurses knowledge and attitude regarding pain. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2014;25(2):65-72. (in Thai)
25. Ngamkham S, Krutchan N, Sawangchai J, Wattanakul B, Chidnayee K, Kiewcha-um R. Knowledge about pain assessment and management of Thai nurses. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(1):81-9. (in Thai)
26. Gosselt AN, Slooter AJ, Boere PR, Zaal IJ. Risk factors for delirium after on-pump cardiac surgery: a systematic review. *Critical Care* 2015;19(1):346.