

การพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

นิสรา มาลาทอง พย.บ.* ปาริชาติ วงศ์ก้อม ปส.ค.**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยนำรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของชุมชนมาใช้ในการพัฒนา ประเมินคุณภาพโดยการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและประเมิน Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้และประเมินความเป็นไปได้ในผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ จำนวนกลุ่มละ 10 ราย

ผลการศึกษา ได้งานวิจัยจำนวน 31 เรื่อง แล้วนำมาสังเคราะห์หมวดหมู่องค์ความรู้ และสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การประเมินปัจจัยรบกวนการนอนหลับ 2) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสรีรวิทยา ด้านจิตใจ ด้านกิจกรรมการพยาบาลและการรักษา และการใช้อุปกรณ์เสริม และ 3) การประเมินและติดตามคุณภาพการนอนหลับ คุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่า CVI=0.98 และมีคะแนน AGREE II ร้อยละ 93.33-100.00 โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน แนะนำให้ใช้แนวปฏิบัตินี้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต การศึกษาความเป็นไปได้ พบว่า ในคืนที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยทั้งหมดมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ร้อยละ 100.00 (ค่าเฉลี่ย = 60.40 ± 15.28 และ 67.20 ± 12.33 ตามลำดับ) ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80.75 และค่าเฉลี่ย = 4.03 ± 0.22)

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต นอกจากนี้ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ: การรบกวนการนอนหลับ การส่งเสริมการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต

วันที่รับบทความ 10 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 31 พฤษภาคม 2566

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล parwon@kku.ac.th

The development and feasibility study of nursing practice guidelines for promoting sleep in postoperative patients in the intensive care unit

Nisara Malatong B.N.S.* Parichat Wonggom Ph.D.**

Abstract

This study is part of the research on the effect of Clinical Nursing Practices Guidelines (CNPG) for promoting sleep in postoperative patients in the intensive care unit. The study aimed to develop and evaluate the feasibility of CNPG for sleep promotion in postoperative patients in the intensive care unit. The Soukup model was adopted in CNPG development. Quality was measured in terms of content validity index (CVI) and Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II), which were verified by five experts. The CNPG was tried out in 10 patients and 10 nurses to evaluate the feasibility.

Thirty-one studies were included and synthesized to develop the CNPG. This CNPG is composed of 3 main parts, including 1) Assessment of risk factors for sleep disturbances; 2) Nursing intervention for sleep promotion in terms of environment, physiology, psychology, nursing and treatment activities, and use of accessories; and 3) Assessment and monitoring of sleep quality. Validity test obtained CVI of the CNPG=0.98, AGREE II=93.33–100.00%. Five experts recommended applying this CNPG in the postoperative patients in the intensive care unit. The results of the feasibility test revealed that on the first and second night, all patients had good sleep quality at 100.00 % (Mean = 60.40 ± 15.28 and 67.20 ± 12.33 , respectively). The overall of nurse's opinion on the feasibility in applying the CNPG was at high level (80.75%, Mean= 4.03 ± 0.22).

The developed CNPG had adequate quality and feasibility in applying for sleep promotion among postoperative patients in the intensive care unit. Future research should be carried out to evaluate effectiveness of the CNPG.

keywords: sleep disturbance; sleep promotion; sleep quality; clinical nursing practice guideline; critically ill patients

Received 10 April 2023 Revised 29 May 2023 Accepted 31 May 2023

*A student of the Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Lecturer, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University Corresponding author,

E-mail: parwon@kku.ac.th

บทนำ

การถูกรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 54¹ เนื่องจากผู้ป่วยต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ร่วมกับการถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย และกิจกรรมการรักษา² โดยลักษณะการนอนหลับของผู้ป่วยจะมีการกระจายตัวและตื่นบ่อย³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่ามีการนอนหลับตื่นหรือการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว (non-rapid eye movement: NREM) ระยะที่ 1 และ 2 เพิ่มขึ้น และมีการนอนหลับลึกหรือการนอนหลับระยะที่ 3 ของ NREM ซึ่งเป็นช่วงที่มีการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกาย และระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (rapid eye movement: REM) ลดลง ซึ่งพบได้มากในช่วง 1-2 วันหลังผ่าตัด⁴ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ถูกรบกวนการนอนหลับมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁵

คุณภาพการนอนหลับเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลต่อการรับรู้คุณภาพการนอนหลับ การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ ความลึกของการนอนหลับ ความเร็วของระยะเวลาที่เริ่มนอนหลับ จำนวนการตื่น ร้อยละของระยะเวลาการตื่น และคุณภาพการนอนหลับตามการรับรู้⁶ มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตพบว่า มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 47.00 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.70 ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ⁷ คุณภาพการนอนหลับไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ตามมาได้ ดังนั้น การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติกรรพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย

ผู้ป่วยวิกฤตที่ถูกรบกวนการนอนหลับอาจส่งผลกระทบได้หลายประการ ได้แก่ เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน⁸ ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น⁹ ระบบภูมิคุ้มกันลดลงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น¹⁰ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่ม

ขึ้น¹¹ นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีการรับรู้ความรุนแรงของความปวดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วง 1-3 วันหลังผ่าตัด¹² ส่งผลให้การจัดการความปวดยากขึ้น¹³ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการ ทำให้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการถูกรบกวนการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับอาจมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตมาจากหลายสาเหตุ เช่น เสียงและแสงภายในหอผู้ป่วย¹⁴ ความปวดหลังผ่าตัด¹⁵ อาการคลื่นไส้อาเจียน¹⁶ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การใช้เครื่องช่วยหายใจ⁷ ความวิตกกังวล¹⁶ และกิจกรรมการรักษาที่มีอย่างต่อเนื่อง¹⁷ เป็นต้น จะเห็นว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นทั้งปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น การค้นหาปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลในการจัดการกับปัจจัยรบกวนการนอนหลับได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการส่งเสริมการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลมีหลายวิธี เช่น การควบคุมเสียงและแสงสว่าง^{18,19} การใช้หน้ากากปิดตาและที่อุดหู²⁰ การจัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลในเวลากลางคืน²¹ การใช้น้ำมันหอมระเหย²² การฟังดนตรี²³ การนวดหลัง²⁴ การจัดการอาการปวด²⁵ การให้ข้อมูลประโยชน์ของการนอนหลับ²⁶ เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายมีปัจจัยรบกวนการนอนหลับหลายปัจจัยและมีข้อจำกัดต่างกัน ดังนั้นจึงควรใช้การส่งเสริมการนอนหลับหลายวิธีร่วมกันโดยควรคำนึงถึงความชอบส่วนบุคคล²⁵ และการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงในแต่ละบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตด้วย

การส่งเสริมการนอนหลับเป็นสิ่งที่ท้าทายในสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยหลายประการข้างต้น แนวทางที่เหมาะสมและน่าจะมีประสิทธิภาพ คือ การผสมผสานวิธีและควรมีข้อกำหนดหรือแนวปฏิบัติ³ จาก

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการใช้ข้อกำหนดหรือแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตทั้งในและต่างประเทศ ดังเช่น การศึกษาผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับวิธีส่งเสริมการนอนหลับ การประเมินและการติดตามการส่งเสริมการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้²⁷ แต่ยังพบข้อจำกัดด้านบทบาทอิสระของพยาบาลในการเลือกรูปแบบการช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ และการส่งเสริมการนอนหลับโดยใช้ยา และ Li และคณะ²⁸ ศึกษาประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่า การกำหนดขั้นตอนกิจกรรมการพยาบาลและการควบคุมเสียงในเวลากลางคืนทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาสนับสนุนประสิทธิภาพของแนวทางการควบคุมเสียงรบกวนเวลากลางคืนและกิจกรรมการดูแลเพื่อปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย

หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีผู้ป่วยหลังผ่าตัดเข้ารับการรักษานในปี 2561-2563 จำนวน 342, 396 และ 410 รายตามลำดับ ข้อมูลดัชนีชี้วัดความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยจำนวน 150 ราย พบว่าผู้ป่วยถูกรบกวนการนอนหลับจากความปวดหลังผ่าตัด ร้อยละ 50.67 ข้อมูลจากการสังเกตและใช้แบบสอบถามผู้ป่วย จำนวน 10 ราย และพยาบาล จำนวน 15 ราย พบว่า ความปวดกิจกรรมการพยาบาลในเวลากลางคืน เสียงและแสงภายในหอผู้ป่วย และความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย พยาบาลใช้วิธีประเมินการนอนหลับแตกต่างกันโดยใช้การสอบถามการสังเกตการหลับตา และการส่งเสริมการนอนหลับยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาล นอกจากนี้หอผู้ป่วยยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุมตามปัญหาหรือปัจจัยการรบกวนการนอนหลับที่พบ

ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการนอนหลับ ผลกระทบของการรบกวนการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการส่งเสริมการนอนหลับ แต่อาจยังไม่ครอบคลุมบริบทในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการผ่าตัด ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการส่งเสริมการนอนหลับ และช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกรบกวนการนอนหลับ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

กรอบแนวคิดการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของซุคัพ (Soukup) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สนใจ ระยะที่ 3 การนำสู่การปฏิบัติ และระยะที่ 4 การเผยแพร่ข้อค้นพบ ซึ่งการศึกษานี้ทำการศึกษาในระยะที่ 1-3

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการพัฒนาของซุคัพในระยะที่ 1-3 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก จากตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงานทางคลินิก (practice trigger) หรือตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge trigger) ดังนี้

1.1 practice trigger จากการสำรวจข้อมูล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยง่วงนอนและนอนหลับในเวลากลางวันมากผิดปกติ จากข้อมูลดัชนีชี้วัดความปวดเฉียบพลันของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 150 ราย พบว่า ความปวดรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ร้อยละ 50.67 ข้อมูลจากแบบสอบถามการนอนหลับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของ ริชาร์ด แคมป์เบลล์⁶ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 10 ราย พบว่า กิจกรรมการพยาบาลในเวลากลางคืน เสี่ยงและเสี่ยงภายในหอผู้ป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ผู้ป่วย 7 ใน 10 ราย มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจำนวน 15 ราย พบว่า ประเมินการนอนหลับไม่สม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการสอบถามสังเกตการหลับตา และส่งเสริมการนอนหลับผู้ป่วยตามประสบการณ์ของพยาบาล หอผู้ป่วยไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

2.2 knowledge trigger จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยมีปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับทั้งก่อนและขณะเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สรีรวิทยา จิตใจ กิจกรรมการพยาบาลและการรักษา²⁵ ดังนั้น วิธีการส่งเสริมการนอนหลับต้องใช้วิธีจัดการกับปัจจัยรบกวนต่าง ๆ³ ได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งต้องมีการประเมินและติดตามคุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤต²⁹ ซึ่งหากมีแนวปฏิบัติที่ช่วยกำหนดแนวทางให้พยาบาลปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการถูกรบกวนการนอนหลับได้

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางคลินิก โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 กำหนดคำถามทางคลินิก (clinical question) เพื่อสืบค้น คือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตควรเป็นอย่างไร”

2.2 กำหนดกรอบการสืบค้นโดยใช้ PICO framework P (Population) คือ (“critical ill” OR “intensive care unit” OR “critical care”) AND (“postoperative” OR “post-surgery” OR “surgical patients”) I (Intervention) คือ “sleep promotion” OR “sleep protocol” OR “sleep bundle” OR “sleep project” C (Comparison) ไม่มี O (Outcome) คือ sleep OR “sleep quality”

2.3 กำหนดแหล่งสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, Pubmed, Science Direct, Scopus, Google scholar, Thaijo มีเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐาน (inclusion criteria) คือ ศึกษาในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป หลักฐานภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ฉบับเต็ม (full text) ตีพิมพ์ในปี 2016-2022 และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ การศึกษาที่รวมผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

2.4 ประเมินคุณภาพของหลักฐานตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute: JBI) โดยประเมินระดับความน่าเชื่อถือและระดับข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปพัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยคำนึงถึงบริบทของหน่วยงาน

2.5 ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

ส่วนที่ 1 แนวทางการประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ เป็นการค้นหาและประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยก่อนเจ็บป่วย^{3,25,30} ปัจจัยขณะเจ็บป่วยทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม^{17,21,25} ด้าน

สรีรวิทยา^{3,7,16,25,30-34} ด้านจิตใจ^{16, 25} ด้านกิจกรรม การพยาบาลและการรักษา^{17,21,25} แล้วนำไปกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเรื่องแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน และวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

ส่วนที่ 2 แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับตามปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับแบบผสมผสาน^{3,25} ดังนี้

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม 1) ในเวลากลางวัน เปิดม่านหรือจัดแสงสว่างให้เพียงพอเพื่อส่งเสริมระบบนาฬิกาชีวิต²¹ 2) ในเวลากลางคืน ตั้งค่าสัญญาณเตือนเครื่องควบคุมสสารน้ำให้เหมาะสม 3) ปรับระดับเสียงเครื่องวัดสัญญาณชีพข้างเตียงที่ความดังระดับ 1 และตั้งค่าการเตือนของสัญญาณชีพและสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย¹⁸ 4) ปิดประตูทางเข้าหอผู้ป่วย¹⁸ 5) ปิดม่าน ปิดไฟทางเดินระหว่างเตียง ใช้ไฟหัวเตียงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย¹⁸ 6) จัดอภิปรายประเด็นที่ไม่เกี่ยวกับทางคลินิกในบริเวณพื้นที่เตียงผู้ป่วย¹⁸ 7) สอบถามความรู้สึกร้อนหรือหนาวเกินไป เสนอแนะผ้าห่มหรือพัฒตามตามความต้องการของผู้ป่วย³ 8) แง้เวลาสำหรับการนอนให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบ³⁵

การจัดการด้านสรีรวิทยา 1) ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข กรณียาผู้ป่วยปวด ≥ 4 คะแนน จัดการความปวดแบบใช้ยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา สังเกตอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และรักษาอาการที่เกิดขึ้น กรณียาผู้ป่วยปวด ≤ 3 คะแนน จัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดท่าที่สุขสบาย แนะนำเทคนิคผ่อนคลาย แนะนำเทคนิคการประคบแผล และเสนอแนะการฟังดนตรีโดยคำนึงถึงความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย^{18,27,36-38} 2) กรณียาผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และใช้ระบบแรงดันสนับสนุน (pressure support ventilation: PSV) ตรวจสอบการตั้งค่า apnea backup

สังเกตและติดตามการเตือนของเครื่องช่วยหายใจ ถ้าเครื่องช่วยหายใจเตือนการหยุดหายใจบ่อยครั้ง พิจารณารายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนไปใช้รูปแบบที่เหมาะสมในเวลากลางคืน³⁴

การจัดการด้านจิตใจ 1) ประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินมาตราวัดสายตา กรณียาความวิตกกังวล คะแนนความวิตกกังวล ≥ 34 คะแนน ให้จัดการกับสาเหตุ เช่น การให้ข้อมูลหรือประสานให้คุยกับแพทย์เมื่อผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับโรค อาการแผนการรักษา 2) แนะนำการจัดการความวิตกกังวลโดยการฟังดนตรีหรือใช้น้ำมันหอมระเหยโดยคำนึงถึงความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย³⁹

การจัดการด้านกิจกรรมการพยาบาล 1) แจ้งทีมว่าเป็นช่วงสำหรับการนอนหลับของผู้ป่วย 2) จัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความถี่ของการรบกวนผู้ป่วยในเวลากลางคืน^{7,18,40}

การใช้อุปกรณ์เสริม 1) ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) เสนอแนะอธิบายประโยชน์ของอุปกรณ์เสริมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ซึ่งการใช้อุปกรณ์เสริมเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจ และมีความปลอดภัย^{26, 41} พร้อมทั้งให้ผู้ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกด้วยตนเอง ได้แก่ ใช้หน้ากากปิดตาช่วยลดแสง ทำให้สารเมลาโทนิที่กระตุ้นการนอนหลับหลังเพิ่มขึ้น การใช้ที่อุดหูช่วยลดการกระตุ้นจากเสียง^{20,42} การฟังดนตรีที่มีลักษณะคลื่นเสียงเดลด้า เสียงสีขาว หรือเสียงธรรมชาติก่อนนอน โดยใช้หูฟังเป็นเวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง^{23,39,43,44} ซึ่งสามารถช่วยลดปวด คลายความวิตกกังวล และส่งเสริมการนอนหลับ การใช้้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์หยดใส่ผ้าก๊อชจำนวน 3 หยด วางไว้ข้างหมอนระยะห่างประมาณ 20 เซนติเมตร ทำให้ผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง และคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้น^{26,45,46}

ส่วนที่ 3 แนวทางประเมินและติดตามคุณภาพการนอนหลับ เพื่อประเมินและติดตามคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ดังนี้ 1) ประเมินอาการและอาการแสดงของคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ได้แก่ ว่างนอนตอนกลางวัน อ่อนเพลีย ขาดความกระตือรือร้น ขาดสมาธิในการทำกิจกรรม 2) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจทั้งก่อนและขณะนอนหลับ โดยขณะนอนหลับอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจจะมีค่าต่ำกว่าขณะตื่น 3) ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของริชาร์ด แคมเบลล์ ฉบับภาษาไทย 4) แจ้งผลให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์และความสำคัญของการส่งเสริมการนอนหลับ^{7,20,23,27,29,39,41,42,47}

2.6 ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยการประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) และ AGREE II จากผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์นิทราเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมจำนวน 3 ท่าน

ระยะที่ 3 การนำสู่การปฏิบัติ เป็นการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยศึกษานำร่องในผู้ป่วย จำนวน 10 ราย และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 ราย ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระหว่างวันที่ 15 มีนาคม ถึงวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2566 ติดตามผลลัพธ์ 2 คืน เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตถูกรบกวนการนอนหลับมากที่สุด ในคืนที่ 1 ถึง 2 หลังผ่าตัด โดยประเมินผลลัพธ์ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับ และ 2) ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตต่อ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง เลขที่โครงการวิจัย HE611036 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รับรอง ณ วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ.2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานำร่อง ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI=0.98 ซึ่งเกณฑ์คุณภาพคือ 0.80 ขึ้นไป และมีค่าคะแนน AGREE II ร้อยละ 93.33-100.00

2) แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและปัญหาที่เฉพาะ (focus charting) เรื่อง แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน ตามรหัสมาตรฐานการวินิจฉัยทางการพยาบาลของ NANDA-I (the North American Nursing Diagnosis Association-International) มีรูปแบบ AIE (Assessment Intervention Evaluation) ทำให้พยาบาลเข้าใจขั้นตอนการส่งเสริมการนอนหลับได้อย่างชัดเจน รวดเร็ว เหมาะกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งเป็นเครื่องมือสื่อสารภายในทีมเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI=1.0

3) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ค่าคะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI=1.0

4) แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของริชาร์ด แคมป์เบลล์ 6 ฉบับภาษาไทย (Thai version of the Richards-Campbell sleep questionnaire: T-RCSQ) แปลโดย นวลแพรว กิตติสิน²⁹ มีคำถาม 5 ข้อ ลักษณะมาตรวัดสายตา แต่ละข้อมีคะแนน 0-100 โดยคะแนน 0 หมายถึง การนอนหลับที่น้อยที่สุด

คะแนน 100 หมายถึง การนอนหลับที่มากที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมทั้ง 5 ข้อ หมายถึง คุณภาพการนอนหลับทั้งหมด 6 ถ้าคะแนนรวมเฉลี่ย ≥ 50 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ดี⁷ จากการศึกษาของ Kitisin และคณะ²⁹ มีความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ = 0.97 มีความสอดคล้องภายในโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.96 ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล ทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 21 (statistical package for the social science) ดำเนินการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของชูชีพ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 31 เรื่อง โดยมีความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ JBI ที่ระดับ 1.a จำนวน 6 เรื่อง^{8,20,23,26,43,45} ระดับ 1.b จำนวน 6 เรื่อง^{3,18,25,34,38,47} ระดับ 1.c จำนวน 4 เรื่อง^{39,41, 2, 4} ระดับ 2.b จำนวน 2 เรื่อง^{21, 3} ระดับ 2.c จำนวน 1 เรื่อง⁴⁶ ระดับ 2.d จำนวน 1 เรื่อง²⁷ ระดับ 3.b จำนวน 1 เรื่อง³¹ ระดับ 3.c จำนวน 2 เรื่อง^{9, 6} ระดับ 3.e จำนวน 2 เรื่อง^{17, 9} ระดับ 4.a จำนวน 1 เรื่อง⁴⁰ ระดับ 4.b จำนวน 2 เรื่อง^{7,30} และระดับ 5.a จำนวน 3 เรื่อง^{32,35,37} มีระดับข้อเสนอแนะ ระดับ A 18 เรื่อง^{3,8,9,17,23,25,29-35,37,39-41,44} และระดับ B 13 เรื่อง^{7,16,8,20,21,26,27,38,42,43,45-47} โดยมีสาระสำคัญ 3 ส่วน คือ

- 1) แนวทางการประเมินปัจจัยรบกวนการนอนหลับ
- 2) แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ
- 3) แนวทางการประเมินและติดตามคุณภาพการนอนหลับ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังภาพที่ 1

FOCUS

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

แบบแผนการนอนหลับถูกรบกวน เนื่องจากมีปัจจัยรบกวน

☐ ก่อนเจ็บป่วย
 ☐ ด้านสรีรวิทยา
 ☐ ด้านจิตใจ
 ☐ ด้านสิ่งแวดล้อม
 ☐ ด้านกิจกรรมการพยาบาลและการรักษา

A

ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ		วันที่	
ก่อนเจ็บป่วย		1. มีปัญหาการนอนหลับไม่หลับที่บ้าน	
		2. มีประวัติใช้ยานอนหลับ	
		3. เพศชาย	
	ขณะเจ็บป่วย	ด้านสรีรวิทยา	1. Under GA (ในคืนที่ 1 หลังผ่าตัด)
			2. Major surgery
			3. Emergency surgery
			4. APACHE II > 14 คะแนน
			5. pain NRS > 4/10 คะแนน
			6. คลื่นไส้ อาเจียน
		7. ใช้เครื่องช่วยหายใจ	
	8. หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ		
	9. on PSV mode มี apnea บ่อยครั้ง		
	ด้านจิตใจ	1. anxiety VAS > 34/100 คะแนน	
	ด้านสิ่งแวดล้อม	1. เข้ารับการรักษาใน ICU ครั้งแรก	
		2. เสียงในห้องผู้ป่วยระยะวิกฤตรบกวน	
		3. แสงในห้องผู้ป่วยระยะวิกฤตรบกวน	
	ด้านกิจกรรมการพยาบาล	1. มีกิจกรรมการรักษาในเวลากลางคืน	
รวม		ปัจจัยรบกวนการนอนหลับทั้งหมด	

I

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต		วันที่
สรีรวิทยา		1. ประเมินความปวดโดยใช้ NRS
		2. ถ้า NRS > 4 จัดการความปวดแบบให้ยาตามแผนการรักษา
		3. จัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การจัดท่า เทคนิคผ่อนคลาย ประคบแผล
		4. กรณีใช้เครื่องช่วยหายใจ รายงานแพทย์เมื่อหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง
		5. กรณี on PSV mode ดูแล set apnea back up
		6. กรณี on PSV รายงานแพทย์เมื่อ ventilator alarm apnea บ่อยครั้ง
จิตใจ		1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน
		2. ประสานให้คุยกับแพทย์ถ้าผู้ป่วยต้องการ
สิ่งแวดล้อม		1. เปิดม่าน จัดแสงสว่างให้เพียงพอในกลางวัน
		2. ตรวจสอบสารน้ำและตั้งค่า infusion pump ให้เหมาะสมกับปริมาณสารน้ำ
		3. ก่อนนอน ปรับระดับเตียง monitor bedside ที่ความสูงระดับ 1
		4. กรณีใช้เครื่องช่วยหายใจ ปรับตั้งค่า alarm ventilator ให้เหมาะสม
		5. แจ้งเวลาสำหรับการนอนให้ผู้ป่วยรับทราบ
		6. ปิดประตูทางเข้าหอผู้ป่วยในเวลากลางคืน
		7. ก่อนการนอนหลับ ดูแลเปิดพัดลมหรือหม้อทำความร้อนตามความต้องการของผู้ป่วย
		8. ปิดม่านหรือปิดไฟในห้องในเวลากลางคืน
		9. ใช้ไฟห่อเตียงผู้ป่วยเฉพาะรายเมื่อมีกิจกรรมการพยาบาลในเวลากลางคืน
		10. หลีกเลี่ยงการอภิปรายบริเวณเตียงขณะการนอนหลับของผู้ป่วย
กิจกรรม		1. จัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาลในเวลากลางคืนเพื่อลดการรบกวนการนอนหลับ
		2. แจ้งทีมหรือชวนผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการรบกวนที่ไม่จำเป็นขณะผู้ป่วยนอนหลับ
อุปกรณ์เสริม		1. เสนอแนะการใช้อุปกรณ์เสริม ได้แก่ หน้ากากปิดตา ที่อุดหู นอนหมอนหนุน ฟันคั่นกร่อนอน (หากผู้ป่วยเลือกใช้ กรุณาระบุอุปกรณ์ เลือกได้มากกว่า 1 ชนิด)
		อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยเลือกคืนที่ 1.....
		อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยเลือกคืนที่ 2.....

คำชี้แจง ถ้าคะแนนรวม > 1 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต

E

ประเมินคุณภาพการนอนหลับ เวลา 06.00-10.00 น.		วันที่
คะแนนเฉลี่ย T-RCSQ		

แปลผลคุณภาพการนอนหลับ เวลา 06.00-10.00 น.		วันที่
	Good sleep quality (คะแนนเฉลี่ย T-RCSQ ≥ 50)	
	Poor sleep quality (คะแนนเฉลี่ย T-RCSQ < 50)	

เปรียบเทียบสัญญาณชีพขณะตื่นและขณะหลับ		วันที่
	ค่าเฉลี่ย HR เวลา 18-22 น.	
	ค่าเฉลี่ย HR เวลา 23-04 น.	
ผลต่างค่าเฉลี่ย HR		
	ค่าเฉลี่ย RR เวลา 18-22 น.	
	ค่าเฉลี่ย RR เวลา 23-04 น.	
ผลต่างค่าเฉลี่ย RR		

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 58.40 ปี (SD=8.92) ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 20.00 คะแนน APACHE II เฉลี่ย 7.70 คะแนน (SD=3.83) มีความวิตกกังวล ร้อยละ 60.00 คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 37.90 คะแนน (SD=8.28) คะแนนความปวดเฉลี่ย 8 คะแนน

(SD=2.31) ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 100.00 และข้อมูลทั่วไปของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุเฉลี่ย 28.60 ปี (SD=4.16) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 อายุการทำงานในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตเฉลี่ย 6.20 ปี (SD=4.56) ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 100.00

ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับไปทดลองใช้ พบว่า ในคืนที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยทั้งหมดมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

คุณภาพการนอนหลับ T-RCSQ คืนที่ 1 เฉลี่ย 60.40 คะแนน (SD=15.28) คืนที่ 2 เฉลี่ย 67.20 คะแนน (SD=12.33) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n=10)

คืนที่ศึกษา	คะแนนคุณภาพการนอนหลับ			การแปลผลคุณภาพการนอนหลับ			
	Min	Max	Mean (SD)	การนอนหลับไม่ดี (T-RCSQ < 50)		การนอนหลับที่ดี (T-RCSQ ≥ 50)	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คืนที่ 1	50	92	60.40 (15.28)	0	0.00	10	100.00
คืนที่ 2	54	94	67.20 (12.33)	0	0.00	10	100.00

พยาบาลมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้โดยภาพรวมในระดับเห็นด้วยมาก (Mean=4.03, SD=0.22) โดยพยาบาลส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด คือ

แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความประหยัค คุ่มค่า คุ่มทุน (Mean=4.20, SD=0.42) พยาบาลมีระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดในด้านการใช้งานได้ง่าย ไม่ซับซ้อน (Mean=3.80, SD=0.42) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต (n=10)

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้	ระดับความคิดเห็นของพยาบาล (n=10)		
	Mean (SD)	ร้อยละ	การแปลผล
1. เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน	4.10 (0.32)	82.00	เห็นด้วยมาก
2. มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน	3.90 (0.32)	78.00	เห็นด้วยปานกลาง
3. ช่วยให้การตัดสินใจในการพยาบาลทางคลินิกง่ายขึ้น	4.10 (0.32)	82.00	เห็นด้วยมาก
4. ใช้งานได้ง่าย ไม่ซับซ้อน	3.80 (0.42)	76.00	เห็นด้วยปานกลาง
5. มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย	4.10 (0.32)	82.00	เห็นด้วยมาก
6. มีความประหยัค คุ่มค่า คุ่มทุน	4.20 (0.42)	84.00	เห็นด้วยมาก
7. ความพึงพอใจต่อการใช้	4.00 (0.00)	80.00	เห็นด้วยมาก
8. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย	4.10 (0.32)	82.00	เห็นด้วยมาก
รวม	4.03 (0.22)	80.75	เห็นด้วยมาก

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตใช้กรอบแนวคิดของซูคัพ ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจน ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ JBI จำนวน 31 เรื่อง แล้วนำมาพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีความถูกต้องของเนื้อหาและมีคุณภาพดี เนื่องจากถูกสร้างจากหลักฐาน เชิงประจักษ์ที่ทันสมัยครอบคลุมปัญหาที่พบและมีระดับความน่าเชื่อถือสูง ขั้นตอนการพัฒนามีความเข้มงวด โปร่งใส⁴⁸ และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยในบางข้อของแนวปฏิบัติได้มีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ ผลการศึกษานำร่องกับผู้ป่วย จำนวน 10 คน พบว่า ทั้งหมดมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีในคืนที่ 1 และ 2 อภิปรายได้จากผู้ป่วยแต่ละรายนั้นมีปัจจัยรบกวนการนอนหลับที่หลากหลายและแตกต่างกัน²⁵ ซึ่งแนวปฏิบัตินี้มีการประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับอย่างครอบคลุมก่อนเริ่มส่งเสริมการนอนหลับ ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับโดยจัดการกับปัจจัยรบกวนการนอนหลับที่ประเมินพบได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโดยใช้หลายวิธีการซึ่งสอดคล้องตามคำแนะนำของสมาคมเวชศาสตร์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตใน PADIS guideline 2018³ ที่แนะนำให้ส่งเสริมการนอนหลับผู้ป่วยวิกฤตด้วยหลายวิธีการเพื่อจัดการกับปัจจัยรบกวนการนอนหลับต่าง ๆ เมื่อเทียบเคียงกับแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ ที่มีเฉพาะวิธีการส่งเสริมการนอนหลับ^{27,28} ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการส่งเสริมการนอนหลับที่สอดคล้องตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้วิธีการในแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้จริงในสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งมีความปลอดภัย ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Patel และคณะ⁴⁹ ที่พบว่าการจัดการปัจจัยรบกวนการนอนหลับโดยการควบคุมเสียงและแสงสว่างในเวลากลางคืน การจัดกลุ่มกิจกรรมการพยาบาล และการจัดการความปวด ช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับในแนวปฏิบัตินี้มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยวิกฤต แบบประเมินมีความน่าเชื่อถือ สามารถช่วยให้ประเมินผลลัพธ์ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ และด้านพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

พยาบาลมีความคิดเห็นว่ แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งานโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และมีความพึงพอใจต่อการใช้งานในระดับมาก อภิปรายได้จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลทำให้พยาบาลเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ง่าย มีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนทำให้พยาบาลสามารถเลือกตัดสินใจในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยตามบทบาทอิสระของพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกวีวรรณ ใจกล้า และคณะ²⁷ พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นด้วยในระดับมากต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตไปใช้งาน เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติมีความยืดหยุ่น ทำให้ผู้ใช้ไม่รู้สึกเป็นภาระงานที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตามพยาบาลเห็นด้วยในระดับปานกลางในประเด็นแนวปฏิบัติใช้งานได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน อภิปรายได้จาก แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนและระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 2 คืน ทำให้พยาบาลมีความสับสนในขั้นตอนกระบวนการได้ รวมทั้งพยาบาลแสดงความคิดเห็นว่า กิจกรรมการเปรียบเทียบอัตราการหายใจและอัตราการเต้น

ของหัวใจขณะนอนหลับและขณะตื่น มีความยุ่งยาก และอาจยังไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ในการติดตามการนอนหลับ

โดยสรุป แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้มีคุณภาพ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้ในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่รู้สึกตัว เนื่องจากการประเมินปัจจัยรบกวนการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับใช้ได้เฉพาะในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ควรประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และควรศึกษาวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ

References

1. Iftikhar A, Arif M, Hanif A. Factors affecting quality of sleep in intensive care unit. *Int J Front Sci* 2020;4(1):7-12.
2. Miranda-Ackerman RC, Lira-Trujillo M, Gollaz-Cervantez AC, Cortes AO, Zuloaga CJ, Garcia LA et al. Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients admitted to the intensive care unit: A cohort study. *BMC health services research* 2020; 20(1):1-10.
3. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJ, Pandharipande PP et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in ICU. *Crit Care Med* 2018; 46(9):825-73.
4. Leong RW, Davies LJ, Fook-Chong S, Ng SY, Lee YL. Effect of the use of earplugs and eye masks on the quality of sleep after major abdominal surgery: A randomised controlled trial. *Anaesthesia* 2021;76(11):1482-91.
5. Medrzycka-Dabrowska W, Lewandowska K, Kwiecien-Jagus K, Czyz-Szypenbajl K. Sleep deprivation in intensive care unit-systematic review. *Open Med* 2018;13(1):384-93.
6. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Measurement of sleep in critically ill patients. *J Nurs Meas* 2000;8(2):131-44.
7. Naik RD, Gupta K, Soneja M, Elavarasi A, Sreenivas V, Sinha S. Sleep quality and quantity in intensive care unit patients: A cross-sectional study. *Indian J Crit Care Med* 2018;22(6):408.
8. Wang H, Zhang L, Zhang Z, Li Y, Luo Q, Yuan S, et al. Perioperative sleep disturbances and postoperative delirium in adult patients: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Front Psychiatry* 2020;11:570362.
9. Thille AW, Reynaud F, Marie D, Barrau S, Rousseau L, Rault C, et al. Impact of sleep on weaning duration in mechanically ventilated patients. *Eur Respir J* 2018;51: 1702465.
10. Zhang Y, Wu Y, Xu D, Xiao P, Xie B, Huang H, et al. Very-short-term sleep deprivation slows early recovery of lymphocytes in septic patients. *Front Med* 2021;8:656615.
11. Elías MN, Munro CL, Liang Z, Fortunatti CF, Calero K, Ji M. Nighttime sleep duration is associated with length of stay outcomes among

- older adult survivors of critical illness. *Dimens Crit Care Nurs* 2020;39(3):145-54.
12. Landis CA. Is melatonin the next “new” therapy to improve sleep and reduce pain. *Sleep* 2014;37(9):1405-6.
13. Hagenauer MH, Crodelle JA, Piltz SH. The modulation of pain by circadian and sleep-dependent processes: A review of the experimental evidence [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 11]. Available from: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/098269v1.full.pdf>
14. Guisasola-Rabes M, Sola-Enriquez B, Velez-Pereira AM, de Nadal M. Noise levels and sleep in a surgical ICU. *J Clin Med* 2022;11(9):2328.
15. Dolan R, Huh J, Tiwari N, Sproat T, Camilleri-Brennan J. A prospective analysis of sleep deprivation and disturbance in surgical patients. *Ann Med Surg* 2016;6:1-5.
16. Yang S, Zhang Q, Xu Y, Chen F, Shen F, Zhang Q, et al. Development and validation of nomogram prediction model for postoperative sleep disturbance in patients undergoing non-cardiac surgery: A prospective cohort study. *Nat Sci Sleep* 2021;13:1473-83.
17. Casida JM, Davis JE, Zalewski A, Yang JJ. Night-time care routine interaction and sleep disruption in adult cardiac surgery. *J Clin Nurs* 2018;27(7-8):e1377-84.
18. Beck Edvardsen J, Hetmann F. Promoting sleep in the intensive care unit. *SAGE Open Nurs* 2020;6:2377960820930209.
19. Gimenez MC, Geerdinck LM, Versteylen M, Leffers P, Meekes GJ, Herremans H, et al. Patient room lighting influences on sleep, appraisal and mood in hospitalized people. *J Sleep Res* 2017;26(2):236-46.
20. Fang CS, Wang HH, Wang RH, Chou FH, Chang SL, Fang CJ. Effect of earplugs and eye masks on the sleep quality of intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* 2021;77(11):4321-31.
21. DuBose JR, Hadi K. Improving inpatient environments to support patient sleep. *Int J Qual Health Care* 2016; 28(5):540-53.
22. Ko LW, Su CH, Yang MH, Liu SY, Su TP. A pilot study on essential oil aroma stimulation for enhancing slow-wave EEG in sleeping brain. *Sci Rep* 2021;11(1):1078.
23. Kakar E, Venema E, Jeekel J, Klimek M, van der Jagt M. Music intervention for sleep quality in critically ill and surgical patients: A meta-analysis. *BMJ open* 2021;11(5):e042510.
24. Hsu WC, Guo SE, Chang CH. Back massage intervention for improving health and sleep quality among intensive care unit patients. *Nurs Crit Care* 2019;24(5):313-9.
25. Honarmand K, Rafay H, Le J, Mohan S, Rochwerg B, Devlin JW, et al. A systematic review of risk factors for sleep disruption in critically ill adults. *Crit Care Med* 2020; 48(7):1066-74.
26. Bellon F, Mora-Noya V, Pastells-Peiro R, Abad-Corpa E, Gea-Sanchez M, Moreno-Casbas T. The efficacy of nursing interventions on sleep quality in hospitalized patients: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2021;115:103855.

27. Jaikla K, Chaiard J, Somrarnyart M. Effectiveness of clinical practice guidelines for sleep promotion among critically ill patients. *Nursing Journal* 2020;47(4):216–28. (in Thai)
28. Li SY, Wang TJ, Vivienne Wu SF, Liang SY, Tung HH. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *J Clin Nurs* 2011;20(3–4):396–407.
29. Kitisin N, Somnuek P, Thikom N, Raykateeraroj N, Poontong N, Thanakiattiwibun C, et al. Psychometric properties of a Thai version of the Richards–Campbell sleep questionnaire. *Nurs Crit Care* 2022;27(6):885–92.
30. Tegegne SS, Alemnew EF. Postoperative poor sleep quality and its associated factors among adult patients: A multicenter cross-sectional study. *Ann Med Surg* 2022;74:103273.
31. Luo M, Song B, Zhu J. Sleep disturbances after general anesthesia: Current perspectives. *Front Neurol* 2020;11:629.
32. Sipila RM, Kalso EA. Sleep well and recover faster with less pain—a narrative review on sleep in the perioperative period. *J Clin Med* 2021;10(9):2000. doi:10.3390/jcm10092000. PMID: 34066965; PMCID: PMC8124518.
33. Rampes S, Ma K, Divecha YA, Alam A, Ma D. Postoperative sleep disorders and their potential impacts on surgical outcomes. *J Biomed Res* 2020; 34(4):271.
34. Locihova H, Ziakova K. The effects of mechanical ventilation on the quality of sleep of patients in the Intensive Care Unit. *Rom J Anaesth Intensive Care* 2018;25(1):61.
35. Grimm J. Sleep deprivation in the intensive care patient. *Crit Care Nurs* 2020; 40(2):16–24.
36. Matthews EE, Tanner JM, Dumont NA. Sleep disturbances in acutely ill patients with cancer. *Crit Care Nurs Clin* 2016;28(2):253–68.
37. Phamornpon S. The Role of nurses in promoting early postoperative ambulation. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2016;9(2):14–23. (in Thai)
38. Yuwanich N, Chatchumni M, Latthithanatham N. Pain management guidelines on pain level of patient with post abdominal surgery: An integrative review. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2021;4(3):135–51. (in Thai)
39. Nasari M, Ghezeljeh TN, Haghani H. Effects of nature sounds on sleep quality among patients hospitalized in coronary care units: A randomized controlled clinical trial. *Nurs Midwifery Stud* 2018;7(1):18.
40. Sundstrom M, Sverresvold C, Solberg MT. Factors contributing to poor sleep in critically ill patients: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Intensive Crit Care Nurs* 2021;67:103108.
41. Farrehi PM, Clore KR, Scott JR, Vanini G, Clauw DJ. Efficacy of sleep tool education during hospitalization: A randomized controlled trial. *AMJ Med* 2016;129(12):1329–e9.
42. Mahran GS, Leach MJ, Abbas MS, Abbas AM, Ghoneim AM. Effect of eye masks on pain and sleep quality in patients undergoing cardiac surgery: A randomized controlled trial. *Crit Care Nurs* 2020;40(1):27–35.

43. Machado FD, Souza RC, Poveda VB, Costa AL. Non-pharmacological interventions to promote the sleep of patients after cardiac surgery: A systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017;25:e2926. doi: 10.1590/1518-8345.1917.2926.
44. Hansen IP, Langhorn L, Dreyer P. Effects of music during daytime rest in the intensive care unit. *Nurs Crit Care* 2018;23(4):207-13.
45. Cooke M, Ritmala-Castren M, Dwan T, Mitchell M. Effectiveness of complementary and alternative medicine interventions for sleep quality in adult intensive care patients: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2017;2017:2856592. doi: 10.1155/2017/2856592.
46. Cho EH, Lee MY, Hur MH. The effects of aromatherapy on intensive care unit patients' stress and sleep quality: A non-randomized controlled trial. *Evid-based Complement Altern Med* 2017;2856592
47. Richards KC, Wang YY, Jun J, Ye L. A systematic review of sleep measurement in critically ill patients. *Front Neurol* 2020; 11:542529.
48. Agree next steps consortium. The AGREE II instrument [Internet]. 2009 [cited 2022 Feb 11]. Available from: <http://www.agreetrust.org>
49. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia* 2014;69(6):540-9.