

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ
ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Procedural Pain
Management in Surgical Critical Patients, Songklanagarind Hospital

ขนิษฐา แซ่มไธ^{1*}, ลัพณา กิรุงโรจน์², และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร³

Khanittha Chaemlai, Luppana Kitrungrrote, and Wongchan Petpichetchian

¹นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

Critically ill patients have often experienced pain in treatment procedures. This study aimed to develop a clinical nursing practice guideline (CNPNG) for pain management of three common nursing procedures including suctioning, positioning, and deep breathing and effective cough, of surgical critical patients at Songklanagarind Hospital. This CNPNG was constructed based on the framework of the development of clinical practice guideline of Australian National Health and Medical Research Council (1998). Ten articles were obtained which comprised of two systematic reviews, four quasi-experimental studies, one cohort study, one descriptive study, two experts' opinion papers, and one academic review. The empirical evidences were analyzed and synthesized yielding the CNPNG. The content and feasibility of developed CNPNG was approved by three experts and corrected following their suggestion. Finally, achieving appropriate content of CNPNG of procedural pain management composed of three components: (1) Providing information regarding procedures and procedural pain management, (2) Managing patients' pain before, during, and after procedures, and (3) Documenting nursing record.

The recommendations for nursing practice were mentioned. The CNPNG should include a pilot study in order to evaluate the process and outcomes of this CNPNG. The application into practice should be integrated in continuous quality improvement and using outcome research.

Keywords: *procedural pain, critical, guideline, suctioning, positioning, deep breathing, effective cough*

บทคัดย่อ

ความปวดจากหัตถการพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการทางการพยาบาลที่พบบ่อยประกอบด้วย การดูดเสมหะในท่อนช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไออย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย

(National Health and Medical Research Council, 1998) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง งานวิจัยการพัฒนาข้อเสนอแนะ 2 เรื่อง งานวิจัยเชิงพรรณนา 1 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมในการนำไปใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไข จนได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลการทำหัตถการและวิธีการจัดการความปวดจากหัตถการ (2) การจัดการความปวดก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และ(3) การบันทึกทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ ก่อนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ควรมีการศึกษานำร่องร่วมกับการประเมินผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์เพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานโดยบูรณาการเข้ากับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานร่วมกับการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์

คำสำคัญ: ความปวดจากหัตถการ, วิกฤต, แนวปฏิบัติ, คุณสมพะ, การเปลี่ยนท่า, หายใจลึก, ให้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทนำ

การตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลเป็นหัตถการที่พบบ่อยเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อย่างไรก็ตามการทำหัตถการดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความปวดและไม่สบาย (ชุดิมา อรุโณทยานันท์, 2547) โดยมีหลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงมากจากการทำหัตถการทางการพยาบาล เช่น การเปลี่ยนท่า การดูดเสมหะ การหายใจลึกและการไอ (Milgrom *et al.* 2004; Siffleet *et al.*, 2007; Yorke *et al.*, 2004) แม้ว่าความปวดจากหัตถการเหล่านี้เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเพียงชั่วระยะหนึ่ง แต่หากเกิดขึ้นบ่อยครั้งและไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนียวล้า เคลื่อนไหวได้น้อยลง (Carr and Goudas, 1999; อ้างโดย Apfelboum *et al.*, 2003) หายใจเร็วตื่น มีความบกพร่องของการแลกเปลี่ยนก๊าซ และปอดแฟบ ความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น (Lome, 2005) ความทุกข์ทรมาน (Van de leur *et al.*, 2004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการพลิกตะแคงตัว (Granja *et al.*, 2005) และการดูดเสมหะที่รุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดเหมือนใจจะขาด (ภัทรพร จันท์ประดิษฐ์, 2543) จนเป็นผลให้ผู้ป่วยหลายคนไม่ให้ความร่วมมือในการดูดเสมหะ (เกศินี สมศรี และคณะ, 2548) และดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเอง (สิริรัตน์ เหมือนขวัญ, 2550)

จากผลกระทบดังกล่าวอาจเนื่องจากการจัดการความปวดโดยการให้ยาและหรือไม่ให้ยาก่อน ระหว่างและหลังการทำหัตถการยังมีน้อย (Punttillo *et al.*, 2002; Siffleet *et al.*, 2007) ร่วมกับการที่บางหน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการที่ชัดเจน ทำให้เกิดการตัดสินใจทางการพยาบาลที่หลากหลายและนำไปสู่การจัดการความปวดที่แตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบภายใต้กรอบแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council-[NHMRC], 1998) เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นการบูรณาการผลงานวิจัยเข้ากับความรู้ทางคลินิกของพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน โดย

คาดว่าเมื่อนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จะช่วยปรับปรุงคุณภาพการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

กรอบแนวคิด

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนด้วยกันดังนี้ (1) กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา (2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ (4) การสืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ (5) การยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล และ (6) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับการประยุกต์ชุดข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากหัตถการของ Czamecki *et al.* (2001) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษานำขั้นตอนของแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา จากการสำรวจโดยการสอบถามระดับความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตและการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าความปวดจากหัตถการที่พบบ่อยได้แก่ การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก การจัดการกับความปวดจากการทำกิจกรรมการพยาบาลยังมีน้อย ร่วมกับการไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ศึกษาจึงนำเสนอปัญหาเข้าที่ประชุมในหอผู้ป่วยซึ่งได้รับความเห็นชอบว่าเป็นปัญหาที่พยาบาลควรนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน (รวมทั้งผู้ศึกษา) โดยทุกคนประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมมากกว่า 10 ปี มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 1 คน สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 2 คน และกำลังศึกษาในระดับปริญญาโท 2 คน และมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นที่ปรึกษาของทีมพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมที่รู้สึกตัวดี หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาล

สงขลานครินทร์ โดยผลลัพธ์ที่คาดหวังได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้อย่างเหมาะสม ลดความปวดจากหัตถการและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นและการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ สืบค้นบทความและงานวิจัย จากคำรณวารสาร ฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้คำสำคัญหลักในการสืบค้นคือ “procedural and pain”, “tracheal suction”, “suctioning”, “turning”, “positioning”, “deep breathing”, “cough”, “pain management”, “guideline” หรือ “protocol” และเพิ่มคำร่วมคือ “critically ill patient” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2554 และนำงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้นมาประเมินคุณภาพโดยการจัดระดับความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHNRC, 1998) และคัดเลือกข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามเกณฑ์การจัดระดับข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบัน โจแอนนา บริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008)

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยรวบรวมข้อเสนอแนะการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์และนำเสนอต่อทีมพัฒนาเพื่อหาข้อสรุปของเนื้อหาในการจัดทำ “ร่าง” แนวปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่าง

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์วิศัญญาแพทย์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในด้านความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่สำคัญและจำเป็นในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม

ผลการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกอบด้วย การดูแลห่มหะในท่อนช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า และการหายใจลึกและไอ ที่พัฒนาได้มาข้อเสนอแนะซึ่งเป็นผลจากงานวิจัยที่คัดเลือกจำนวน 10 เรื่องประกอบด้วย งานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง (Given, 2010: ระดับ 4, เกรด A; Pedersen, *et al.*, 2009: ระดับ 2, เกรด A) งานวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง (กรรตัน สุวรรณฉาย, 2552: ระดับ 3.2 เกรด A; เกศินี สมศรี และคณะ, 2548: ระดับ 3.2 เกรด A; Chanques, *et al.*, 2010: ระดับ 3.2 เกรด A; Gerbershagen, *et al.*, 2011: ระดับ 3.3 เกรด A) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อเสนอแนะ 2 เรื่อง (Czarnecki, *et al.*, 2011; Pasero, *et al.*, 2009: ระดับ 4 เกรด A) งานวิจัยเชิงพรรณนา 1 เรื่อง (Faigeles, *et al.*, 2010: ระดับ 4 เกรด A) และบทความวิชาการในตำรา 1 เรื่อง (Timby, 2009: ระดับ 4 เกรด A)

ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่สำคัญและความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตัดสาระเรื่องการจัดการความปวดด้วยการประคบความเย็นบริเวณ

แผลผ่าตัดก่อนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจลึกเนื่องจากอาจเสี่ยงต่อการเกิดความเป็ยขึ้นของแผลผ่าตัด ผลความตรงเชิงเนื้อหาโดยคำนวณความสอดคล้องเฉลี่ย (Scale-CVI-Average) เท่ากับ .95

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการและการจัดการความปวดจากหัตถการ การจัดการความปวดก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการ และการบันทึกทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับจัดการความปวดจากหัตถการ ประกอบด้วย วิธีการทำหัตถการ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการทำหัตถการ วิธีการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและหรือไม่ใช้ยา

2. การจัดการความปวด ก่อน ระหว่างและหลังทำหัตถการ

2.1 ก่อนทำหัตถการ

2.1.1 ประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข ระดับความปวดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ปวดระดับเล็กน้อย (0-2 คะแนน) สอบถามผู้ป่วยว่ามีความต้องการการจัดการความปวดโดยการให้ยาและหรือไม่ให้ยาหรือไม่ เช่น ใช้หมอนประคองแผลผ่าตัด การผ่อนคลาย สำหรับผู้ป่วยที่เลือกวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดต้องรอเวลาให้ยาออกฤทธิ์สูงสุดก่อนเริ่มทำหัตถการนั้นๆ

2) ปวดระดับปานกลาง (3-4 คะแนน) ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และประเมินความปวดซ้ำอีกครั้งก่อนเริ่มทำหัตถการ

3) ปวดระดับมาก (5-10 คะแนน) การจัดการความปวดเช่นเดียวกับระดับปานกลาง

เมื่อประเมินความปวดซ้ำ หากผู้ป่วยยังคงมีความปวดอยู่ระดับปานกลางถึงมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้ยาบรรเทาปวดที่เพียงพอ

2.1.2 เป้าหมายระดับความปวดก่อนทำหัตถการ คือ ผู้ป่วยไม่มีความปวดหรือปวดระดับเล็กน้อย

หมายเหตุ กรณีผู้ป่วยที่มีอาการไอจากการมีเสมหะมากและจำเป็นต้องดูดเสมหะทันที ให้จัดการความปวดด้วยการให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาได้ทันที ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่องควบคุมสารน้ำ (infusion pump หรือ syringe pump) และใช้หมอนประคองแผลผ่าตัดแล้วจึงดูดเสมหะ นอกจากนี้ควรมีการเตรียมอุปกรณ์ก่อนดูดเสมหะ ได้แก่ ขนาดสายดูดเสมหะ เริ่มดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้และปรับค่าแรงดันที่ใช้ดูดเสมหะไม่เกิน 200 มิลลิเมตรปรอท

2.2 ระหว่างทำหัตถการ

2.2.1 ประเมินความปวดระหว่างทำหัตถการ โดยใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น หน้ามึน คว้ามวดยกมือ ให้พิจารณาหยุดทำหัตถการชั่วคราว และประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข

1) ปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (0- 4 คะแนน) ให้ประคองแผลผ่าตัดผู้ป่วย พุดคุยกับผู้ป่วยและกระทำหัตถการด้วยความนุ่มนวล ดังนี้

ก. การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงก่อน และหลังดูดเสมหะอย่างน้อย 30 วินาที ความลึกในการใส่สายดูดเสมหะไม่ควรเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ ทำการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 รอบการดูดเสมหะ และระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที

ข. การเปลี่ยนท่า เปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยมีผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน ตรวจสอบสายระบายต่าง ๆ ไม่ให้มีการดึงรั้ง ใช้ผ้าเลื่อนช่วยในการเลื่อนตัวผู้ป่วยขึ้นหัวเตียง ระหว่างเปลี่ยนท่าให้กระดูกสันหลังให้อยู่ในแนวตรงไม่บิดเบี้ยว จัดทำให้อุปกรณ์ต่างๆ อยู่ในลักษณะงอเล็กน้อย ยกแขนขาสูงเพื่อลดการบวมหรือให้สุขสบาย (ถ้าไม่มีข้อห้าม)

ค. การหายใจลึกและไอ จัดทำให้อุปกรณ์นั่งศีรษะสูง 45-90 องศา (ถ้าไม่มีข้อห้าม) ให้ผู้ป่วยหายใจลึก 3 ครั้ง หลังจากนั้นให้ออกมาแรง ๆ ทำทั้งหมด 3 รอบโดยระหว่างรอบให้ผู้ป่วยพักหายใจตามปกติจนกว่าจะปฏิบัติครบรอบ

2) ปวดระดับมาก (5-10 คะแนน) ให้ยาบรรเทาปวดเพิ่มตามแผนการรักษา (ถ้ามี) และหยุดทำหัตถการชั่วคราว หลังจากนั้นประเมินความปวดซ้ำ หากมีคะแนนความปวดน้อยกว่า 5 คะแนน ให้ดำเนินการทำหัตถการต่อจนเสร็จ หากยังคงปวดมากให้ยุติการทำหัตถการไว้ชั่วคราวหรือยุติการทำหัตถการ (ถ้ายุติได้) แต่หากไม่สามารถยุติการทำหัตถการได้ เช่น การดูดเสมหะในท่อทางเดินหายใจ ให้กระทำต่อด้วยความนุ่มนวลที่สุด

2.2.2 เป้าหมายของระดับความปวดระหว่างทำหัตถการไม่เกินระดับปานกลาง (น้อยกว่า 5 คะแนน)

2.3 หลังทำหัตถการ

2.3.1 ประเมินความปวดซ้ำหลังจากทำหัตถการเสร็จ 10 นาที

2.3.2 เป้าหมายระดับความปวด คือ ไม่มีหรือมีความปวดระดับเล็กน้อย (0-2 คะแนน) หากระดับความปวดมากกว่า 2 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและให้ผู้ป่วยพัก

3. บันทึกทางการพยาบาล ประกอบด้วย ระดับความปวดจากหัตถการและการตอบสนองต่อความปวดจากหัตถการของผู้ป่วย การจัดการความปวดทั้งก่อน ระหว่างและหลังทำหัตถการ อาการข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงจากการให้ยาบรรเทาปวด (ถ้ามี) ข้อเสนอแนะของการทำหัตถการครั้งต่อไป

การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาการจัดการความปวดจากหัตถการ ในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยมีทีมพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์สูงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ทำให้มีความเข้าใจในบริบทของหน่วยงาน นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดจากหัตถการซึ่งมีความน่าเชื่อถือว่าได้ผ่านการทดสอบทางคลินิกมาแล้วในระดับหนึ่ง ภายใต้การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติดังเช่นงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการให้อาหารทางสายยางในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ (วาสนา ธรรมศิริพงษ์, 2553) และ การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ดวงเพ็ญ แววันจิตร, 2554) นอกจากนี้แนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการจัดการความปวดและการพัฒนาแนวปฏิบัติ จึงพบว่าเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความถูกต้องเหมาะสม เข้าใจได้ง่ายและได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยการคำนวณความสอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .95 ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่มีความเหมาะสมซึ่งโดยทั่วไปมีค่าความ

ตรงเชิงเนื้อหาโดยการคำนวณความสอดคล้องเฉลี่ยไม่น้อยกว่า .90 (Polit and Beck, 2008) ดังนั้น แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมามีความเหมาะสมที่ควรนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ยังไม่ได้มีการศึกษานำร่อง ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่จะนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ และปรับให้เหมาะสมกับหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง และควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมีการบูรณาการเข้ากับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน นอกจากนี้ควรมีการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อทดสอบประสิทธิผลระยะสั้น คือ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติประเมินโดยพยาบาล และระดับความปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิณี สุวรรณฉาย. 2552. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกศินี สมศรี, เพชรไฉว ลี้มตระกูล, พรธงาม พรธมเชษฐ์ และสุนัน ปิ่นเจริญ. 2548. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ. ว.วิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (บศ.) 5: 122-134.
- ชุติมา อรุโณทยานันท์. 2547. การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอก. ใน คณะกรรมการจัดทำหนังสือ ฝ้ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2 (หน้า 373-386). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- ดวงเพ็ญ แววันจิตร. 2554. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภัทรพร จันทรประดิษฐ์. 2543. ประสิทธิภาพของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วาสนา ธรรมศิริพงษ์. 2553. การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สิริรัตน์ เหมือนขวัญ. 2550. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดึงท่อช่วยหายใจออกด้วยตนเองของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Apfelbaum, J. L., Chen, C. Mehta, S. S., and Gan, T. J. 2003. Postoperative pain experience: Results from a national surgery postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia* 97: 534-540.

- Chanques, G., Viel, E., Constantin, J.M., Jung, B., Lattre, S.D., Carr, J., Cissé, M., Lefrant, J-Y., and Jaber, S. 2010. The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain*, 151: 711-721.
- Czarnecki, M.L., Turner, H.N., Collins, P.M., Doellman, D., Wrona, S., and Reynolds, J. 2011. Procedural pain management: A Position statement with clinical practice. *Pain Management Nursing* 12: 95-111.
- Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowskw, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C. Wild, L.R., and Puntillo, K. 2010. Predictors and use of non pharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*. 1-9. published online 05 July 2010. Doi; 10.1016/j.pmn.2010.02.004
- Gerbershagen, H.J., Rothaug, J., KalKman, C.J., and Meissner, W. 2011. Determination of moderate-to-severe postoperative pain on the numeric rating scale: A cut-off point analysis applying four different methods. *British Journal of Anaesthesia* 107: 619-626.
- Given, J. 2010. Management of procedural pain in adult patients. *Nursing Standard* 25: 35-40.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., Carneiro, A., and for the JMIP Study Group. 2005. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care* 9: R96-R109. Available: <http://ccforum.com/content/9/2/R96> (accessed 31 January 2009)
- Lome, B. 2005. Acute pain and the critically ill trauma patient. *Critical Care Nurse* 28: 200-207.
- Milgrom, L.B., Brooks, J.A., Qi, R., Bunnell, K., Wuestefeld, S., and Beckman, D. 2004. Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. *American Journal of Critical Care* 13: 116-125.
- National Health and Medical Research Council {NHMRC}. 1998. A guide to development, implementation and evaluation of clinical practice guideline. Available: http://www.health.qld.gov.au/cpre/pdf/nhmrc_clinprgde.pdf. (accessed on 20 March 2010)
- Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R.A., Grap, M.J., Erstad, B.L., Varkey, B. Gilbert, H.C., Medina, J., and Sessler, C.N. 2009. Structured approaches to pain management in the ICU. *Chest* 135: 1665-1672.
- Pedersen, C.M., Rosendahl-Nielsen, M., Hjermind, J., and Egerod, I. 2009. Endotracheal Suctioning of adult intubated patient-What is the evidence?. *Intensive and Critical Care* 25: 21-30.
- Polit, D.F., and Back, T. 2008. *Nursing research: Principle and methods* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Puntillo, K.A., Wild, L.R., Morris, A.B., Stanik, H.J., Thompson, C.L., and White, C. 2002. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *American Journal of Critical Care* 11: 415-431.

- Siffleet, J., Young, J., Nikoletti, S., and Shaw, T. 2007. Patients' self-report of procedure pain in the intensive care unit. *Journal of Critical Nursing* 16: 2142-2148.
- The Joanna Briggs Institute-[JBI]. 2008. Grades of recommendation. Available:
<http://www.joannabriggs.edu.au/Grades%20of%20Recommendation>. (accessed on 20 March 2010)
- Timby, B.K. 2009. Body mechanics, positioning, and moving. In B.K. Timby(Ed). *Fundamental Nursing Skill and Concepts* (9th ed.) (pp.516-542). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
- Yorke, J., Wallis, M., and McLean, B. 2004. Patients' perceptions of pain management after cardiac surgery in an Australian critical care unit. *Heart & Lung* 33: 33-41.
- Van de leur, J., Schans, C., Loef, B., Deelman, B.G., Geertzen, J.H.B., and Zwaveling, J. H. 2004. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care* 8: R467-R473.