

**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

การศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยสูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อในการศึกษา ดังนี้

1. ภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ
  - 1.2 กลไกการเกิดภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ
  - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดน้ำต่อผู้สูงอายุ
  - 1.4 ผลกระทบของภาวะขาดน้ำต่อผู้สูงอายุ
  - 1.5 การประเมินภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ
  - 1.6 การป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
  - 2.1 ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก
  - 2.2 ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก
  - 2.3 หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
  - 2.4 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
  - 2.5 การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก

## ภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ

### ความหมายของภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ

ภาวะขาดน้ำ (dehydration) เป็นภาวะที่ไม่มีสมดุลของน้ำในร่างกายซึ่งเกิดจากการได้รับปริมาณน้ำเข้าไปน้อยหรือการสูญเสียน้ำที่มากเกินไปหรืออาจเกิดจากทั้งการได้รับน้ำเข้าไปในร่างกายน้อยร่วมกับมีการสูญเสียปริมาณน้ำออกจากร่างกายมาก (Mentes, 2006)

### กลไกการเกิดภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ

ร่างกายของมนุษย์มีน้ำเป็นส่วนประกอบหลัก จำนวนร้อยละ 45 ถึง 75 ของค้ำชีวมวลกาย ภาวะขาดน้ำจะเกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียน้ำออกไปมากกว่าน้ำที่ได้รับเข้าไปในปริมาณมาก น้ำที่อยู่ในร่างกายจำนวน 2 ใน 3 จะอยู่ในเซลล์ (intracellular fluid) ขณะที่อีกหนึ่งส่วนที่เหลือจะพบอยู่นอกเซลล์ (extracellular fluid) และข้างๆ เซลล์ น้ำที่อยู่บริเวณนอกเซลล์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ พลาสมา และ สารน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์ (interstitial fluid) ซึ่งส่วนประกอบทั้งสองนี้จะทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างสองตำแหน่งโดยผ่านเยื่อต่างๆ และจะคงความสมดุลระหว่างสารน้ำที่อยู่ในเซลล์และในหลอดเลือด การคงความสมดุลของสารน้ำเป็นสิ่งปกติที่จะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เมื่อมีการลดลงของปริมาณน้ำ หรือร่างกายมีการกระตุ้นศูนย์ควบคุมการกระจายน้ำในร่างกาย ซึ่งโดยปกติจะนำไปสู่การกระตุ้นให้มีการดื่มน้ำเพื่อน้ำไปเก็บในเซลล์ให้เกิดความสมดุลของสารน้ำ ภาวะขาดน้ำน้อยจะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายสูญเสียน้ำประมาณร้อยละ 2 ของค้ำชีวมวลกาย ถ้าการตอบสนองต่อความรู้สึกหิวน้ำช้าลงหรือถูกยับยั้ง อาจเกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ซึ่งมักจะเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุผู้ซึ่งมีการตอบสนองต่อความรู้สึกกระหายน้ำลดลง และการทำงานของระบบไตลดลง การเกิดภาวะขาดน้ำในระดับที่รุนแรงจะมีการสูญเสียน้ำจากร่างกายประมาณร้อยละ 10-15 และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง สามารถทำให้เกิดภาวะไตและหัวใจล้มเหลว เกิดอาการชักและเสียชีวิตได้

ภาวะขาดน้ำเกิดจากการที่มีการลดลงของปริมาณน้ำลายในปาก การที่เลือดมีความเข้มข้นเพิ่มมากขึ้น และปริมาณเลือดมีปริมาณลดลง ส่งผลให้เกิดปากแห้ง เกิดการกระตุ้นต่อมไฮโปธาลามัส และความดันโลหิตลดลง เมื่อความดันโลหิตลดลงจะทำให้มีการปล่อยสารเรนิน (renin) จากไตออกมามากขึ้น และมีสารแองจิโอเทนซิน 2 (angiotensin II) เพิ่มขึ้น เพื่อกระตุ้นศูนย์ควบคุมการกระจายในต่อมไฮโปธาลามัส ให้ส่งสัญญาณให้ร่างกายเกิดการกระจายน้ำ มีการนำน้ำ

เข้าสู่ร่างกาย เมื่อปริมาณน้ำในร่างกายมีปริมาณเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับปกติ ก็จะบรรเทาภาวะขาดน้ำได้ (Bryant, 2007)

### ปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะขาดน้ำมีได้หลายสาเหตุที่พบบ่อย (JBI, 2001) ได้แก่

1. อายุ โดยผลกระทบของการมีอายุมากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานที่ที่ผู้สูงอายุอยู่ หากเป็นสถานพยาบาลมักจะมีผลต่อ การได้รับน้ำลดลงเนื่องจากมีความรู้สึกระหายน้ำลดลง

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การที่ผู้สูงอายุนอนติดอยู่กับเตียงในสถานพยาบาลถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการเกิดภาวะขาดน้ำได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ อย่างไรก็ตามมีการรายงานว่าผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในการรับประทานอาหารก็ต้องการการช่วยเหลือในด้านการดื่มน้ำด้วย แต่ก็ได้รับอย่างเพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในบางอย่าง นอกจากนี้ผู้ที่มีความผิดปกติในการมองเห็นก็ได้รับการดูแลด้านการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพราะผู้ดูแลได้เตรียมการดูแลไว้ที่เหมาะสม แต่กลับพบว่าผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำมากที่สุด เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน โดยคิดว่าคนเหล่านี้จะสามารถดื่มน้ำด้วยตนเองได้ แต่กลับไม่ดื่ม อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยอื่นๆ ที่ระบุผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลระยะยาว กลุ่มจิตเวช และผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้รับน้ำไม่เพียงพอ

3. เพศ ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการขาดน้ำ หรือเป็นปัจจัยที่ทำให้การดื่มน้ำลดลง โดยในสถานพยาบาลพบว่าเพศหญิงมีภาวะขาดน้ำได้มากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุน

4. การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในการดูแลระยะยาว หรือสถานพยาบาล พบว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะขาดน้ำ อย่างไรก็ตามก็ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำลดลงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ เนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่าการได้รับน้ำลดลงจะทำให้ลดภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้

5. ระดับสติปัญญา เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ โดยวัดจากผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล คะแนนของระดับสติปัญญาพบมีความสัมพันธ์ที่ตรงกันข้ามกับระดับของการขาดน้ำที่พบในผู้ป่วย มีองค์ความรู้ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีระดับสติปัญญา

ที่ลดลงไม่ได้รับผลกระทบจากภาวะขาดน้ำ และจากการติดตามผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน ในด้านปริมาณน้ำและอาหารที่ได้รับเข้าไปทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างปริมาณอาหารและน้ำกับความสามารถทางด้านสติปัญญา

6. ปัจจัยเสี่ยง อื่น ๆ เช่น โรคหลายโรค ยาหลายชนิด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ระยะเวลาในการดื่มน้ำ ความยากลำบากในการรับประทานอาหาร และดื่มน้ำ อาการคลื่นไส้ อาเจียน การติดเชื้อเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง (JBI, 2001) ท้องเสีย การเสียน้ำ การเสียน้ำ การได้รับน้ำที่ไม่เพียงพอ ภาวะไข้ และการมีภาวะผิดปกติที่ต้องมีการปัสสาวะมาก เช่น โรคเบาหวาน และการมีแคลเซียมในเลือดสูง (Mentes, 2006)

### ผลกระทบของภาวะขาดน้ำต่อผู้สูงอายุ

ผลกระทบของภาวะขาดน้ำที่มีต่อผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยภาวะขาดน้ำ ถึงร้อยละ 17 ต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 30 วัน และในช่วงระยะเวลา 1 ปี พบว่ามีอัตราตายของผู้สูงอายุด้วยภาวะขาดน้ำถึงร้อยละ 50 (Gordon et al., 1998)

ภาวะขาดน้ำมีผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของการเกิดโรคไตวาย ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในกระแสเลือด ภาวะช็อก การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะท้องผูก การเกิดพิษของยาจากการได้รับยาที่สะสมในร่างกาย ภาวะสับสนเฉียบพลัน กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงลดลง รวมไปถึงอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ หากมีภาวะดังกล่าวเป็นเวลานาน ๆ จะส่งผลต่อการหายใจของแผล ทำให้เป็นแผลกดทับเพิ่มขึ้น (Mentes, 2006)

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล รัฐฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ระยะเวลาในการรักษาภาวะขาดน้ำ เฉลี่ย 4.6 วัน และใช้ค่ารักษาสำหรับการรักษาภาวะดังกล่าว โดยรวมตั้งแต่การเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และส่งต่อไปรักษาที่หอผู้ป่วย เฉลี่ยเท่ากับ 7,442 ดอลลาร์ต่อครั้ง เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะขาดน้ำซึ่งจะเสียค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเพียง 1,628 ดอลลาร์ต่อครั้ง (Xiao et al., 2004)

## การประเมินภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะขาดน้ำสามารถทำได้ 3 แนวทาง ดังนี้

1. การประเมินภาวะขาดน้ำ โดยการสังเกตอาการและติดตามอาการแสดงที่จำเป็นต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ (Ontario Ministry of Health and Long Term Care, 2007) ได้แก่

- 1.1 เยื่อบุแห้ง: ริมฝีปากแตก ลิ้นเป็นร่อง ตาลึกกลาง น้ำลายลดลง
- 1.2 ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง
- 1.3 ผิวหนังแห้งแตกเป็นขุย
- 1.4 น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว
- 1.5 ซีพจรเร็ว
- 1.6 อ่อนแรง
- 1.7 ความดันโลหิตต่ำ
- 1.8 ปัสสาวะออกน้อยลง
- 1.9 ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง: มึนงง สับสน
- 1.10 ท้องผูก ท้องเดิน อาเจียน
- 1.11 มีไข้

โดยอาการเหล่านี้เป็นอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อย เป็นอาการที่สำคัญที่จะบ่งชี้ถึงภาวะขาดน้ำ

2. การประเมินภาวะขาดน้ำ โดยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย (Mentes, 2006) ดังนี้

- 2.1 ประวัติสุขภาพ (health history) ได้แก่
  - 2.1.1 โรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) โรคไตเรื้อรัง (chronic renal disease) โรคขาดสารอาหารและโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า
  - 2.2.2 การมีโรคเรื้อรังมากกว่า 4 โรคขึ้นไป
  - 2.2.3 การได้รับยา โดยดูทั้งจำนวน และชนิดของยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาโรคจิตประสาท ยาระบาย ได้รับยามากกว่า 4 ชนิด, ยาสเตียรอยด์
  - 2.2.4 ประวัติของการเกิดภาวะขาดน้ำ และการติดเชื้อซ้ำ

2.2 การตรวจร่างกาย (physical assessments) โดยการตรวจสิ่งต่างเหล่านี้ ได้แก่ สัญญาณชีพ น้ำหนัก และส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การตรวจร่างกายในทุกระบบ พิจารณา

ตัวชี้วัดของการเกิดภาวะขาดน้ำ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ สีของปัสสาวะ สัดส่วนระหว่างค่ายูเรีย กับครีอะตินินในเลือด (BUN)/creatinine ratio) โซเดียมในเลือด ค่าออสโมลาริตีของเลือด

2.3 พฤติกรรมการดื่มน้ำของแต่ละบุคคล

2.4 อายุมากกว่า 85 ปี

3. การประเมินภาวะขาดน้ำ โดยการใช้แบบประเมินและเครื่องมือในการประเมิน ประกอบด้วยวิธีการประเมิน 5 วิธี (JBI, 2001) ได้แก่

3.1 การประเมินโดยใช้แบบประเมิน โดยใช้เครื่องมือประเมินที่เรียกว่า Minimum Data Set (MDS) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการซักประวัติ และการประเมินภาวะสุขภาพ โดยส่วนหนึ่งของเครื่องมือจะเป็นการประเมินภาวะขาดน้ำและปัจจัยเสี่ยง ใช้เพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดน้ำ สำหรับการวินิจฉัยอาการต่อไป

3.2 การวัดเหงื่อที่รักแร้ เพื่อประเมินความชุ่มชื้นของผิวหนังจากการใช้กระดาษทาบบริเวณรักแร้แล้วว่ากระดาษแห้ง หรือชุ่มชื้น โดยพบว่าจะมีความสอดคล้องกับการประเมินทางชีวเคมี คือ ค่าสัดส่วนระหว่างยูเรีย กับ ครีอะตินินในเลือด ค่าออสโมลาริตีหรือยูเรียในเลือด ถึงร้อยละ 57

3.3 การวัดแรงดันในลูกตา (intra ocular pressure) เป็นวิธีที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแรงดันในลูกตาและค่าออสโมลาริตีหรือยูเรียในเลือด

3.4 การวัดจำนวนครั้งของการมีไข้ (febrile episodes) เป็นการดูจำนวนครั้งของการมีไข้ โดยใช้เกณฑ์ 37.8 องศาโดยการวัดทางปาก และ 38.3 องศา โดยวัดทางทวารหนัก อาจจะสามารถเป็นตัวบ่งชี้ได้ว่าเกิดภาวะขาดน้ำ หรือ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะขาดน้ำได้

3.5 การประเมินการได้รับน้ำของผู้ป่วย โดยการใช้ An in house Intake/Situation Modifier Sheet เพื่อประเมินปริมาณน้ำที่ได้รับจริง และสถานการณ์ที่มีผลต่อการได้รับน้ำ ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

### การป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ

1. การป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ (JBI, 2001) ได้แก่

1.1 ประเมินการได้รับน้ำในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

1.2 ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำไม่ต่ำกว่า 1,600 ml ต่อวัน

- 1.3 ควรติดตามประเมินการได้รับน้ำในแต่ละวันของผู้สูงอายุโดยใช้แบบบันทึกปริมาณสารน้ำ
- 1.4 การวินิจฉัยภาวะขาดน้ำควรจะดูจากการตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ
- 1.5 อาการของภาวะขาดน้ำจากการตรวจร่างกาย จะพบลิ้นแห้ง เยื่อบุแห้ง เบ้าตาลึก สับสน กล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกายอ่อนแรง
- 1.6 ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำทุก ชั่วโมงครึ่งในช่วงเวลาที่ตื่น
- 1.7 ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำในช่วงของการได้รับยา
- 1.8 มีการประเมินสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง เยื่อบุ ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ สีของปัสสาวะ ปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ใน 1 วัน แบบแผนการดื่มน้ำ พฤติกรรมการดื่มน้ำ แผนการรักษาของแพทย์ เช่น การจำกัดอาหารทางปาก เป็นต้น ระดับสติปัญญา ความสามารถในการทำกิจกรรม ภาวะอารมณ์ การได้รับยา ประวัติการขาดน้ำ และการได้รับยาในปัจจุบัน โดยเมื่อประเมินสิ่งเหล่านี้แล้ว ให้คิดป้ายที่ถาดอาหารว่าผู้ป่วยควรได้รับอาหารและน้ำให้ได้ถึง ร้อยละ 75-100 ต่อวัน (RNAO, 2008)

### การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

#### ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก

สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อความที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยผู้ให้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ผู้รับบริการ และผู้บริหารมีการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2549) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง เอกสาร/ ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยผู้ปฏิบัติทางคลินิก/ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย/ ผู้รับบริการในประเด็น/ ปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) กล่าวว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นชุดของข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่ได้มาจากผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกรูปแบบอย่างเป็นระบบ มีประเด็นการปฏิบัติที่กว้างและครอบคลุมกว่าการปฏิบัติที่เป็นเลิศ โดยผ่านขั้นตอนสร้างตามมาตรฐานของแนวปฏิบัติทางคลินิก

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้น สรุปว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความหรือเอกสารที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพมีการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

### ประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ในการศึกษารุ่นนี้แบ่งระดับของแนวปฏิบัติเป็น 5 ประเภท (New Zealand Guideline Group [NZGG], 2001) ซึ่งแบ่งเป็น

ประเภทที่ 1 แนวปฏิบัติที่ได้จากผลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการที่เห็นว่าดีและมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ข้อดี ผู้ปฏิบัติ หรือผู้รับบริการอาจมีความพึงพอใจจากผลลัพธ์ของการปฏิบัติ แต่แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติอาจมีข้อขัดแย้งกับผลการวิจัยในปัจจุบัน อาจทำให้เกิดความเสียหายและขาดโอกาสในการพัฒนาการปฏิบัติงาน

ประเภทที่ 2 แนวปฏิบัติที่อยู่ในรูปแบบของกลุ่มมือ (protocol) เป็นแนวปฏิบัติที่ยกร่างขึ้นมาเพื่อใช้เฉพาะบางหน่วยงานเพื่อลดความแตกต่างในการปฏิบัติ มีลักษณะเป็นคู่มือหรือวิธีการปฏิบัติ เป็นข้อตกลงของการปฏิบัติ ได้แก่ คู่มือการดูแลก่อนและหลังผ่าตัด ข้อดี เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานที่ง่ายต่อการใช้ แต่มีข้อเสีย คือวิธีการปฏิบัติอาจมีความจำเพาะสำหรับบางหน่วยงานและไม่มีแนวทางช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน

ประเภทที่ 3 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากการประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (consensus-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่ได้จากข้อตกลงร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ ข้อดี คือ ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แต่มีข้อเสีย คือ กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แนวปฏิบัติไม่ได้มีส่วนในการพัฒนาแนวปฏิบัติอาจเกิดการไม่ยอมรับและไม่ปฏิบัติตาม

ประเภทที่ 4 แนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guidelines) เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ถึงประโยชน์และความเสี่ยง ข้อดี คือ ทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ปฏิบัติจริงและเกิดการพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย

ประเภทที่ 5 แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน (explicit evidence-based guidelines) มีกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 4 แต่ผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ความเสี่ยงของการนำไปใช้และความคุ้มค่า คุ่มทุน ข้อดี คือ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ



ผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ เนื่องจากผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยงและความคุ้มค่า คุ่มทุน แต่มีข้อเสีย คือ กระบวนการพัฒนามีขั้นตอนที่ซับซ้อน ใช้ระยะเวลาในการพัฒนานาน

จากการแบ่งประเภทของแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว การศึกษานี้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในประเภทที่ 4 เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based guideline) มีขั้นตอนการสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ถึงประโยชน์และความเสี่ยง มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนามาตรฐานและคุณค่าในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

### หลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี ควรพัฒนาบนหลักพื้นฐานของการควบคุมกระบวนการให้เป็นระบบ (system) ซึ่งสถาบันต่าง ๆ ทั่วโลกมีการกำหนดหลักการพื้นฐานของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่คล้ายคลึงกัน สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้ พัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย

1. กระบวนการพัฒนาและการประเมินคุณค่าแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ ซึ่งมีการวัดจากอัตราความอยู่รอดจนถึงการมีคุณภาพของชีวิตที่ดีของผู้ป่วย
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด มีการวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ถึงระดับคุณภาพความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ความเกี่ยวข้องและความเที่ยงตรงของหลักฐาน โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของหน่วยงานหลักฐาน
3. วิธีการสังเคราะห์ระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ ควรเป็นวิธีที่มีความน่าเชื่อถือ โดยมีการระบุระดับและคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างรัดกุม
4. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีคุณภาพ ควรจะทำเป็นสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้ง ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคลินิก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้รับบริการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
5. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีความยืดหยุ่นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ตามลักษณะของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และหน่วยงาน โดยมีการคำนึงถึงทัศนคติของผู้รับบริการ

6. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรคำนึงถึงทรัพยากรและภาวะเศรษฐกิจที่มีอยู่ โดยทีมพัฒนาควรมีการประเมินความคุ้มค่าในการปฏิบัติซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุทางเลือกในการปฏิบัติที่ชัดเจน

7. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นควรมีการเผยแพร่ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการเห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติและมีความต้องการใช้แนวปฏิบัติ

8. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปปฏิบัติและผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติต้องได้รับการประเมินผลก่อนการนำไปใช้

9. แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ควรมีการปรับปรุงให้มีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์และตรงความต้องการของผู้รับบริการอยู่เสมอ

### ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มีขั้นตอนที่หลากหลายขึ้นอยู่กับรูปแบบของแต่ละองค์กร ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ยึดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เป็นหลัก โดยกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในครั้งนี้ ได้รับการยอมรับและมีความน่าเชื่อถือขององค์กรทางด้านสุขภาพ มีขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นระบบ ชัดเจน และมีมาตรฐาน สามารถนำมาเป็นต้นแบบของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านสุขภาพในปัจจุบันได้ ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ (determining the need for and scope of guidelines) เป็นขั้นตอนระบุปัญหา ความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติทางคลินิกการเลือกปัญหาควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการจัดทำและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมหรือควรได้รับการปรับปรุงคุณภาพ โดยการปฏิบัตินั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษา/คุณภาพในการให้บริการ การเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ซึ่งปัญหานั้นควรสัมพันธ์กับสิ่งที่ทำให้ยุ่งยากในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่าย หรือการปฏิบัติที่มีความหลากหลาย และความเพียงพอของหลักฐานที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพของปัญหาทางคลินิกนั้น ๆ

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ (convene a multidisciplinary panel to oversee the development of the guidelines) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ และเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลายและ

สามารถใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้ในวงกว้าง ทีมพัฒนาควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษัชกร และโภชนากร เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพัฒนา ตลอดจนมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ

3. กำหนดกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ (define the purpose of and target audience for the guidelines) การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (care providers) และผู้รับบริการ (consumers) กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยพิจารณาถึงสภาพปัญหา (อุบัติการณ์และสถานการณ์ทางคลินิก) สถานที่ที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งมาตรฐานการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของแต่ละประเด็นปัญหาจะแตกต่างกันตามลักษณะของปัญหาทางคลินิกนั้นๆ

4. กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (identify health outcomes) โดยการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติมาใช้ และเป็นวิธีการดูแลรักษาที่ดีที่สุดที่สถานการณปัจจุบัน อาจจะเป็นเป้าหมายในระยะสั้น หรือระยะยาวก็ได้ ควรกำหนดผลลัพธ์ด้านปริมาณที่สามารถวัดจริง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา/ทำหัตถการ อัตราการเสียชีวิต/การเจ็บป่วย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ควรกำหนดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต เช่น ความสามารถในการดำเนินชีวิต แหล่งสนับสนุนทางสังคมและการอยู่ร่วมกันในสังคม เป็นต้น และควรออกแบบเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติที่เหมาะสม

5. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ (review the scientific evidence) เป็นการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการ และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานโดยปราศจากการลำเอียง พิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้หลักฐาน ประโยชน์ที่ได้รับและจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้น จากการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด ทำการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ประเมินคุณค่าของหลักฐาน และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สืบค้น ดังนี้

5.1 คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้รูปแบบการตัดสินใจในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The JBI Model of Evidence-based Health Care, FAME) พิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ในหน่วยงาน (feasibility) ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (appropriateness) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติมีความเห็นสอดคล้องกัน (meaningfulness) และประสิทธิผลทางคลินิกของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เลือกมาใช้ (effectiveness) (Person, Field, & Jordan, 2007)

5.2 ประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นตามประเภทของหลักฐาน  
ได้แก่

5.2.1 งานวิจัย ประเมินจากความตรงของงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการ  
ดำเนินการวิจัยสามารถเชื่อถือได้ว่าจะให้ผลการวิจัยที่เป็นความจริง น่าเชื่อถือ และมีการประเมินทุก  
ขั้นตอนของงานวิจัย ได้แก่ ปัญหาหรือคำถามงานวิจัย การเลือกหรือสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การวัดตัวแปร  
หรือผลลัพธ์ ความตรงในการสรุป ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยของ  
สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2008)

5.2.2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประเมินโดยใช้เกณฑ์ในการ  
ประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2000) ดังนี้

- 1) มีความชัดเจนของคำถามการทบทวนหรือไม่
- 2) มีความชัดเจนของวัตถุประสงค์การทบทวนหรือไม่
- 3) กลยุทธ์การสืบค้นงานวิจัยมีความครอบคลุมและครบถ้วนหรือไม่
- 4) มีความชัดเจนของเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยหรือไม่
- 5) มีการประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่คัดเลือกหรือไม่
- 6) งานวิจัยปฐมภูมิที่คัดเลือกมีรายละเอียดและการนำเสนอข้อมูลที่  
สังเคราะห์หรือไม่
- 7) มีการรวบรวมผลการวิจัยอย่างเหมาะสมหรือไม่
- 8) มีการสรุปผลการทบทวนหรือไม่

5.3 ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก  
โดยมีการจัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) และ  
ระดับของข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจ  
แอนนาบริกส์ (JBI, 2008) ดังนี้

5.3.1 ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of  
evidence) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ โดย  
งานวิจัยทุกเรื่องเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีระดับความเหมือนหรือคล้ายกัน มีการออกแบบให้มี  
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยไม่ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะอยู่ในกลุ่ม  
ทดลองหรือกลุ่มควบคุม หรือมีอย่างน้อย 1 งานวิจัยที่เป็นการทดลองขนาดใหญ่ และมีช่วงของ  
ความเชื่อมั่นแคบ (Meta-analysis with homogeneity of experimental studies [eg RCT with concealed  
randomization] or 1 or more large experimental studies with narrow confidence interval)

ระดับ 2 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อย 1 เรื่อง ที่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยกว่าและมีช่วงของความเชื่อมั่นกว้าง หรือเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีกลุ่มควบคุม ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (One or more smaller RCTs with wider confidence intervals OR quasi-experimental studies [without randomization])\

ระดับ 3 แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับย่อย ได้แก่

ระดับ 3a เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามไปข้างหน้าที่มีกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มงานวิจัย (Cohort studies [with control group])

ระดับ 3b เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เกิดผลลัพธ์แล้วกับกลุ่มที่ไม่ได้เกิดผลลัพธ์กับวิธีการที่ผู้วิจัยสนใจโดยมีกลุ่มควบคุม (case controlled)

ระดับ 3c เป็นหลักฐานที่ได้จากการศึกษาโดยการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ที่ไม่มีกลุ่มควบคุมจากกลุ่มงานวิจัย (observational studies [without control groups])

ระดับ 4 เป็นหลักฐานที่ได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่มีเกณฑ์การประเมินหรือยืนยันอย่างเป็นระบบหรือจากฉันทามติหรืองานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาอย่างดีที่สุดหรืออยู่บนพื้นฐานด้านสรีรศาสตร์ (expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or consensus)

5.3.2 ระดับของข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) โดย พิจารณาถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ต้นทุน ค่าใช้จ่าย และหลักจริยธรรม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

เกรด A เป็นข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับมากมีประสิทธิภาพที่ดีเลิศสมควรนำมาประยุกต์ใช้มาก

เกรด B ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการฝึกทักษะ ผู้ปฏิบัติเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มปานกลาง การยอมรับทางด้านจริยธรรม ไม่ชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับปานกลาง ประสิทธิภาพที่ได้ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปประยุกต์ใช้

เกรด C ข้อเสนอแนะที่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติ ด้านจริยธรรมยังไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติไม่มีประสิทธิผล

6. ยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate the guidelines) การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความชัดเจน กระชับ และเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด ในขณะที่ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ ที่ต้องการได้ ร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกควรประกอบด้วย วัตถุประสงค์การพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนา กลุ่มประชากรเป้าหมาย หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ผลประโยชน์และผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายของแนวปฏิบัติทางคลินิก ความต้องการเฉพาะในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และมีการกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญก่อนทำการยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก

7. จัดทำกลยุทธ์ในการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate a dissemination and implementation strategy) เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและลักษณะของหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยพิจารณาจากแรงจูงใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่าง ๆ ขององค์กร ได้แก่ ทีมดูแลสุขภาพ (patient care team [PCT]) ดังนี้

7.1 กลยุทธ์การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก มีวิธีการในการเผยแพร่ให้เกิดประสิทธิภาพ โดยการจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เข้าใจง่าย วิธีการให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และเทคนิคการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสม

7.2 กลยุทธ์การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้ความคิดเห็นหรือการตรวจเยี่ยมของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับ จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของผู้ปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ควรมีรูปแบบส่งเสริมการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การจัดอบรม ให้ความรู้ การใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

8. จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิก (formulate an evaluation and revision strategy) ได้แก่

8.1 กลยุทธ์การประเมินผลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ หลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ควรประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับความชัดเจน ความง่าย การยอมรับในรายละเอียด ความตรงประเด็นกับปัญหา และความพึงพอใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก

8.2 กลยุทธ์การปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยทั่วไปควรปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกทุก 3-5 ปี ควรระบุเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติและข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบัน ควรมีการร่วมมือกันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการปรับปรุงแนวปฏิบัติ

ทางคลินิก โดยควรระบุวัน เวลา ที่แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการพัฒนาและวันเวลาที่แนวปฏิบัติควรได้รับการปรับปรุงใหม่ไว้ด้วย

9. จัดทำรายงานรูปเล่ม (the guidelines themselves) การจัดทำรายงานรูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกควรมีความชัดเจน สั้น กระชับ ได้ใจความ ซึ่งรูปแบบอาจมีความแตกต่างกันตามความเหมาะสม ได้แก่ รูปแบบเป็นความเรียงร้อยแก้ว หรือลักษณะเป็นขั้นตอน (flow chart) และควรมีความสม่ำเสมอ (consistent) ในการใช้คำศัพท์และสัญลักษณ์ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติตาม ส่วนเนื้อหาที่สำคัญหรือส่วนที่อาจจะมีการเข้าใจผิด ควรมีคำอธิบายให้ชัดเจน

10. จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (reporting on the guideline development process) รายงานควรประกอบด้วยองค์การที่ให้การสนับสนุนในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้เสนอผู้อนุญาต หรือรับรองแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ ทีมพัฒนา ขั้นตอนการพัฒนา การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ การเลือกหลักฐาน การให้ข้อเสนอแนะ ระบุทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวก หรือการฝึกอบรมที่จำเป็นต้องใช้ในการนำไปสู่การปฏิบัติ อธิบายกระบวนการทดสอบแนวปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ทดลองใช้ ระบุขั้นตอนการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำบรรณานุกรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

11. ประเมินแนวปฏิบัติ (assessing the guidelines document) โดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา ซึ่งอาจจะเป็นผู้ปฏิบัติ คณาจารย์หรือผู้บริหารองค์กร กลุ่มผู้รับบริการ เป็นต้น โดยในการศึกษารั้วนี้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 2 ท่านและพยาบาลปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและประสบการณ์ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความเหมาะสม ความยืดหยุ่นและความชัดเจนของแนวปฏิบัติ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในรูปแบบนี้เป็นการพัฒนาโดยใช้กระบวนการร่วมกันตัดสินใจ ผู้ที่เกี่ยวข้องอาจไม่เห็นด้วยกับคำแนะนำของรูปแบบการพัฒนาได้จากนั้นทีมพัฒนานำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุง ก่อนนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ต่อไปเพื่อประเมินความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

12. ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (consultation) โดยการทำประชาพิจารณ์ ซึ่งอาจจะเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยตรง ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับบริการ หรือผู้บริหารองค์กร เป็นต้น เพื่อหาข้อสรุประหว่างหลักการทางวิชาการและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงมาตรฐานแนวปฏิบัติ มีการระบุสิ่งที่จะเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ โดยบันทึกข้อคิดเห็นที่ขัดแย้งหรือไม่เห็นด้วยไว้ในภาพผนวก ก่อนจัดพิมพ์รูปเล่มแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับสมบูรณ์ต่อไป

## การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จะกระทำเพื่อช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ มีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจในการที่จะนำไปประยุกต์ใช้ ในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินคุณภาพซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ Appraisal of guideline for research and evaluation [AGREE instrument] โดยโครงสร้างการประเมินของ AGREE instrument (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation [AGREE] Collaboration, 2001) ประกอบด้วยการประเมิน 6 ขอบเขต (domain) ได้แก่

1. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์และขอบเขตของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (scope and purpose) ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ประเมินถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดของแนวปฏิบัติ ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติและคำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
2. ผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (stakeholder involvement) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ประเมินผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทีมพัฒนาโดยบุคคลหรือกลุ่มวิชาชีพ ระบุลักษณะของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติอย่างชัดเจน ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมายและผู้ใช้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
3. ความชัดเจนของขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (rigour of development) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ประกอบด้วยการประเมินระบบการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัย วิธีการกำหนดข้อเสนอแนะที่ชัดเจน การพิจารณาถึงประโยชน์ผลกระทบและความเสี่ยง ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน ตลอดจนการตรวจสอบโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญภายนอกก่อนการนำไปใช้ รวมทั้งระบุขั้นตอนการปรับปรุง/พัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย
4. ความชัดเจนในการนำเสนอ (clarify and presentation) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ประเมินเกี่ยวกับความชัดเจนของข้อเสนอแนะ เข้าใจง่าย ระบุทางเลือกในการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ มีเครื่องมือสนับสนุนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น algorithm คู่มือ เป็นต้น
5. การนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน (applicability) ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ประเมินเกี่ยวกับความชัดเจนของปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ การพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ ตลอดจนวิธีการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัยเสมอ



6. ความมีอิสระของทีมผู้พัฒนาในการจัดทำแนวปฏิบัติ (editorial independence) ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ประเมินความมีอิสระในการจัดทำแนวปฏิบัติและการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved