



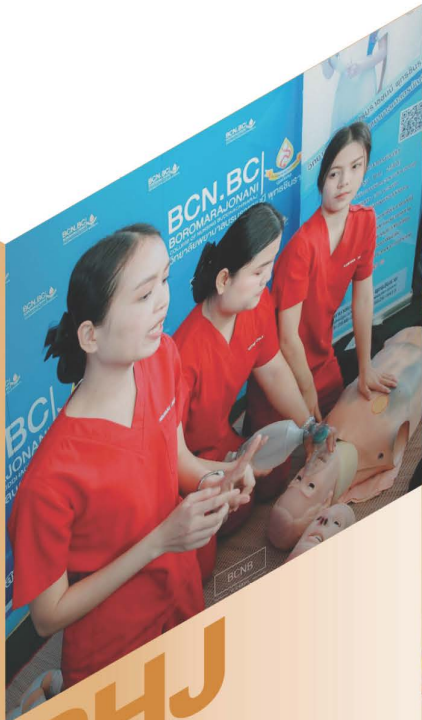
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
Boromarajonani College of Nursing
Buddhachinaraj

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) 2565

ISSN 2774-082X (Online)

Nursing, Health, and Public Health Journal



NH PHJ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
Nursing, Health, and Public health Journal
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร นักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ส่งบทความตีพิมพ์เผยแพร่
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาอื่น ๆ
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทร. 0-5525-2546 - 8 ต่อ 1207 โทรสาร 0-5525-9410
E-mail: nhphj@bcnb.ac.th

ที่ปรึกษา		กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	1.Professor Jane M. Amer 2.ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหิทธิวงศ์ 3.รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	University of Missouri at St. Louis คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์	4.Dr. Elizabeth A. Anderson 5.รศ.ดร.นิทรา กิจธรรมาวุฒิชัย 6.รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนะ	English Language Editor คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	7.รศ.ดร.ชัคคเณต์ แพรขาว 8.รศ.ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ 9.ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง 10.ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ 11.ผศ. ดร .อินทิรา ปากันทะ 12.ผศ.ดร.ภก.ศราวุฒิ อู่พัฒน์นันท์ 13.ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง 14.นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชยเจริญพร 15.นางสาวสุธีภรณ์ สุวรรณโอสถ 16.นายจตุพร เสือมี 17.นางสาวนงลักษณ์ บุญเยี่ย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	
บรรณาธิการ			
ดร.อัสนี วันชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	18.นางสาวนาดยา คำสว่าง 19.นางนิรมล พิมพ์น้ำเย็น 20.นางสาวอัญชลี แก้วสระศรี 21.นางสาวเกศกาญจน์ ทันประภัสสร	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ			
อาจารย์ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ ดร. สิริรักษ์ เจริญศรีเมื่อง นางสาวสุภัตรา ระยาพล นางสาวจิรนันท์ คล้ายทรัพย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	22.นางสาวรุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์ 23.นายกิรติ กิจธรรมาวุฒิชัย 24.นางสาวเบญญาภา พรหมพุก 25.นางปานันันท์ คนสูง 26.นางสาวกรวิภา พรหมจวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช	
กำหนดออก			
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม			
เจ้าของ			
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช			

บทบรรณาธิการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชได้ดำเนินการจัดทำวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Journal of Nursing, Health, and Public Health: JNHPH) ฉบับนี้เป็นฉบับที่ ๒ ปีที่ ๑ เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๕ สำหรับบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ในฉบับนี้เป็นผลงานวิชาการที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของการดำเนินการวิจัยในคลินิก การวิจัยทางการศึกษาพยาบาลและกรณีศึกษา บทความทั้งหมดได้รับการประเมินคุณภาพของผลงานวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องจำนวนอย่างน้อย ๒ ท่าน ก่อนที่จะได้รับการตีพิมพ์

เนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้มีทั้งหมด ๕ เรื่อง ดังนี้ ๑) ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติตามบทของพยาบาลคัดกรอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๒) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๑ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ๓) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ๔) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID – ๑๙ ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช และ ๕) การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีและมีภาวะแทรกซ้อนสายระบายน้ำดีอุดตัน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก: กรณีศึกษา

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระของผลงานวิชาการทั้ง ๕ เรื่องนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป และในโอกาสนี้กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://heom.tci-thaijo.org/index.php/nhphj>

ดร. อัสนี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อ ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติบทบาทของ พยาบาลคัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน <i>Effect of Using the MOPH ED Triage on Waiting Time of Patients, Accuracy of Triage, and Triage Roles Professional Nursing Practice in Emergency Department</i> วัชรภรณ์ โต๊ะทอง Watcharaporn Tothong	1 - 11
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก <i>Developing Nursing Care Guidelines for Patients with Septicemia at Female Medical Ward1, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital</i> พรรณี ชูศรี, อิศราภรณ์ ปัญญา, ปิยะเนตร ปานเกิด Phanee Choosri, Isaraphon Panya, Piyanate Parnkerd	12 - 27
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา <i>Developing Nursing Practice Guideline for Patients with Ischemic Heart Disease, Undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization</i> กรรณิการ์ เกียรติสนธิ์ Kannika Keattison	28 - 42

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของ ของไวรัส COVID –19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช <i>Relationship between the Selection Factors and Result of the Nursing Council Licensure Examination in the situation of the COVID-19 Outbreak of Graduate Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bhuddhachinaraj</i> ปานชนก เบิกบานดี, เอื้อการย์ ทองอินทร์, กานติมา อินแพง, ณัฐนิชา กลิ่นคำตุ้ย, วิไลวัลย์ บุญอุบล, ฐานิตา เป้าสกุล, วรณวิสา กิจประกายมุข, ศรารัตน์ ทรงศิลา, บุญยาพร อ่ำเจ็ก, วรณพร วริทุม, อิศราภรณ์ เย็นขัน, พงศกร คุ่มห้างสูง, อัสนี วันชัย Panchanok Berkbandee, Aueakan Thongin, Kantima Inpang, Natnicha Klinkhamtui, Wilaiwan Boonubol, Thanita Baosakun, Wanwisa Kitprakaimuk, Sararat Songsila, Boonyaporn Am-chak, Wannaphon Warithum, Itsaraporn Yenkan, Pongsakorn Kumhangsoong, Ausanee Wanchai	43 - 53
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก: กรณีศึกษา <i>Nursing Care for Patient with Colangiocarcinoma with Obstructive Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok: Case study</i> สุประภษฏี ศรีสะเกตุ Suprakit Srisaket	54 - 66

ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอย
ของผู้ป่วย ความแม่นยำการคัดกรอง และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรอง
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Effect of Using the MOPH ED Triage on Waiting Time of Patients, Accuracy of
Triage, and Triage Roles Professional Nursing Practice in Emergency Department

วัชรภรณ์ โต๊ะทอง พย.ม.

Watcharaporn Tothong M.N.S.

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

Phetchabun Hospital

e-mail: watchraporn@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อ 1) ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย 2) ความแม่นยำของการคัดกรอง และ 3) การปฏิบัติหน้าที่การคัดกรองของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 25 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 320 ฉบับ ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) คู่มือการคัดกรองและเกณฑ์คัดกรองเร่งด่วน 2) แบบสังเกตการณ์การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์คัดกรองเร่งด่วน 3) แบบบันทึกระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย 4) แบบบันทึกความแม่นยำการคัดกรอง และ 5) แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรอง เครื่องมือทุกชุดผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองได้ค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ One Sample t-test, Chi-square test และ Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยทั่วไปน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความแม่นยำของการคัดกรองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 12.62$, $df = 1$, $p = .00$) แต่การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองหลังทดลองทั้งรายด้านและรายรวม ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05 ($t = -1.51$, $p = .15$) ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงการนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนสามารถลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และทำให้การคัดกรองมีความแม่นยำมากขึ้น พยาบาลจึงควรนำรูปแบบการคัดกรองดังกล่าวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การคัดกรองผู้ป่วย ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำของการคัดกรอง การปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) examine the effectiveness of using the MOPH ED Triage model on 1) waiting time of the patient, 2) accuracy of triage decision of nurses, and 3) performance of triage nurses. The samples consisted of 25 accident and emergency nurses and 320 patients' medical records from the emergency room selected by purposive sampling. Research instruments included 1) the manual for triage screening and its criteria, 2) the triage observation form, 3) the waiting time of the patient's record, 4) the accuracy of the triage decision form, and 5) the questionnaire on the performance of triage nurses. All instruments were tested for validity by experts. The Cronbach alpha coefficient of the questionnaire on the performance of triage nurses was .95. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics, including a one-sample t-test, Chi-square test, and Paired t-test. The study results showed that after using the MOPH ED Triage model, the waiting time for emergency patients was more than the Austrian patients and less urgency and non-urgency patients had waiting time less than at the .05 level. (p -value < 0.05). The accuracy of triage decisions of nurses was significantly higher than before using the MOPH ED Triage model at the .05 level ($\chi^2 = 12.62$, $df = 1$, $p = .00$). The performance of triage nurses before and after using the MOPH ED Triage model was not different ($t = 1.51$, $p < .15$). This research reflects that using the MOPH ED Triage model can reduce patients' waiting time and make the screening more accurate. Therefore, nurses should apply this model to other patients.

Keywords: triage of patient, patient waiting time, the accuracy of triage decision, the performance of triage nurses.

บทนำ

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) รายงานว่าในแต่ละปี มีผู้มารับบริการที่ห้องประมาณ 35 ล้านครั้ง/ปี คิดเป็นสถิติการใช้บริการห้องฉุกเฉินเท่ากับ 458: 1,000 ประชากร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System : ECS) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแผนงานที่สำคัญภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และมีระบบ ECS ที่มีมาตรฐานทั้งนี้การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เป็นจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบ ECS ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่ท้าทาย แต่มีความจำเป็นต้องขับเคลื่อนและต้องทำอย่างเป็นระบบ ทั้งการพัฒนาศักยภาพ การจัดทำมาตรฐานการบริการ และการลดความแออัด (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ) เป็นหนึ่งในจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบ ECS โดยมีมาตรการในการดำเนินงาน 3 เรื่อง คือ 1) ลดความแออัดห้องฉุกเฉิน (ER Crowding) 2) จัดมาตรฐานคุณภาพและบริการห้องฉุกเฉิน และ 3) พัฒนาศักยภาพ การพัฒนามาตรฐานการจัดบริการห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องพัฒนาเป็นเครือข่าย และต้องตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Need of Emergency Patient) รวมถึงเหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาล

ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีเครื่องมือที่ช่วยในการคัดกรอง/คัดแยก (Triage) ซึ่งสภาการพยาบาล (2563) ได้ให้ความหมายของการคัดแยกผู้ป่วยว่าหมายถึง การประเมินผู้ป่วยเพื่อการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนทาง การแพทย์ และสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกำหนดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย เป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยกะทันหันซึ่งเป็นอันตรายรุนแรงต่อการรอดชีวิต ระดับ 2 ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญและผู้อื่น ระดับ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยเฉียบพลันโดยไม่มีภาวะคุกคามถึงชีวิต ระดับ 4 ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยที่รุนแรงน้อยและไม่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต และระดับ 5 ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสาธารณสุข โดยไม่มีภาวะใดตาม ข้อ 1-4 (สภาการพยาบาล, 2563) ในขณะที่สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้แยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ระดับ 2 เจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ระดับ 3 เจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) ระดับ 4 เจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-urgent) และ ระดับ 5 เจ็บป่วยทั่วไป (Non-urgent)

นอกจากนี้สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้พัฒนาแนวทางและเกณฑ์การคัดแยกและการจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) สำหรับโรงพยาบาลต่าง ๆ ใ้ภายใต้เงื่อนไขที่สำคัญคือ บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการคัดแยกต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดี (Well-trained) และมีการจัดทำแนวปฏิบัติการคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน (Triage policy and procedure) และคาดหวังว่าผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการคัดแยกตามเกณฑ์ ไม่สูงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (Over or under triage) ภายใน 4 นาที มีระยะเวลารอคอยแพทย์ (Waiting time) ที่เหมาะสม ตามระดับการคัดแยก (สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยตามแนวคิดของวิทยาลัยแถบออสเตรเลียสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน (Australasian College for Emergency Medicine, 2016) สามารถแบ่งได้ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องช่วยเหลือทันที ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้รับการรักษาภายใน 10 นาที ระดับที่ 3 ผู้ป่วยเร่งด่วนได้รับการรักษาภายใน 30 นาที ระดับที่ 4 ผู้ป่วยไม่รุนแรง ได้รับการรักษาภายใน 60 นาที ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป ได้รับการรักษาภายใน 120 นาที ในขณะที่การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลคัดกรองตามแนวคิดของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลในการวินิจฉัยทาง การพยาบาลและสั่งการพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลและสังเกตอาการและอาการแสดง ภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย และตัดสินใจจัดระดับความรุนแรง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะวิกฤตที่เป็นอันตราย และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการคัดกรอง 2) บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลในการแสดงออกถึงการประสานงานและติดต่อสื่อสาร โดยส่งต่อข้อมูลกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และให้ข้อมูลทางสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ กับผู้ป่วยและญาติขณะรอพบแพทย์ เนื่องจากหากมีการคัดแยกผู้ป่วยที่ผิดพลาดอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการมากมาย อาทิ หากคัดแยกไม่ถูกต้อง มีการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารักษาในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น การรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น ในขณะที่การคัดแยกที่สูงกว่าเกณฑ์อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยราย

อื่นที่มีความรุนแรงมากกว่า ทำให้เข้ารับการรักษาช้ากว่าที่ควร และอาจเกิดอันตรายและความไม่พึงพอใจได้ (กฤษฎา สวมชัยภูมิ และคณะ, 2562)

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ได้มีการดำเนินงานการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED. Triage) โดยเริ่มให้ความรู้แก่บุคลากรร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ในเดือน พฤษภาคม 2562 และนำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยยังมีจุดที่ต้องพิจารณาในประเด็นความแม่นยำในการคัดกรองจากการส่ง-รับเวร โดยข้อมูลพบว่ามีทั้งการคัดแยกที่สูงและต่ำกว่าเกณฑ์ การประเมินในเรื่องความเจ็บปวดยังมีความสับสนของการประเมินผู้ป่วยที่ประเมินเป็นระดับเร่งด่วน (Emergency) ไม่ได้มีการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อสังเกตอาการ ขณะรับ-ส่งเวร มีการเปลี่ยนระดับความเร่งด่วนมาอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับสูงขึ้นสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพอยู่ในระดับอันตราย (Danger zone) ดังนั้นผู้วิจัยในบทบาทที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลที่รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์โดยตรงจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการคัดกรองตามแนวคิดการคัดแยกความเร่งด่วนของผู้ป่วย MOPH ED Triage 2561 ที่เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ และศึกษาประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วนที่มีผลต่อระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยความแม่นยำในการคัดกรอง และการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลคัดกรอง โดยหวังว่างานวิจัยนี้จะช่วยพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

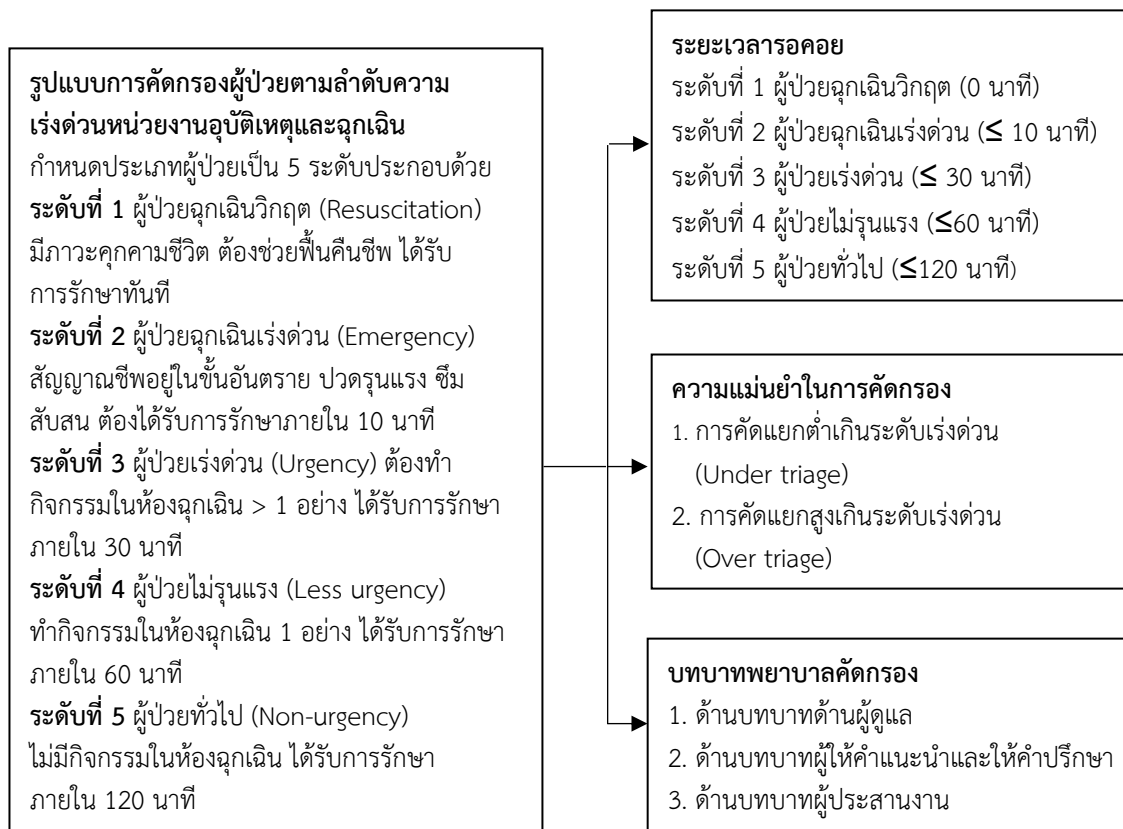
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยระหว่างการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วนกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย
2. เพื่อเปรียบเทียบความแม่นยำการคัดกรอง ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรอง ก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยระหว่างการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วนไม่แตกต่างกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย
2. หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน คะแนนความแม่นยำการคัดกรองสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองฯ ที่พัฒนาขึ้น
3. หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน พยาบาลมีการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการคัดกรองฯ ที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 25 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 39,889 ฉบับ โดยในส่วนของเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงเฉพาะเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในเดือน 1 มีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2563 แบ่งตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน 5 ระดับ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = .05 และ Effect size = 0.70 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 แพ้ม จำนวน 160 แพ้ม โดยแบ่งเป็นแต่ละระดับระดับละ 32 แพ้ม ก่อนการทดลอง 160 ฉบับ หลังการทดลอง 160 ฉบับ รวมทั้งหมด 320 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยในการวิจัย ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน ประกอบด้วย เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยปรับมาจากแนวคิดของการคัดกรองเร่งด่วนของ MOPH ED Triage ของสำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกความเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้นเริ่มตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลจากการ

ประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่ง จากการวัดสัญญาณชีพ จากการวัดระดับความเจ็บปวด และจากการสังเกต โดยพยาบาลทำการประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อระบุความเร่งด่วน โดยผู้ป่วยทุกรายจะถูกประเมินด้วยการประเมินลักษณะ (Acuity) เพื่อคัดแยกเป็นผู้ป่วยเร่งด่วนระดับ 1 หรือระดับ 2 และเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ในระดับ 1 หรือระดับ 2 ผู้ป่วยจะถูกประเมินการใช้ทรัพยากรเพื่อคัดกรองเป็นระดับ 3, 4 หรือ 5 ในลำดับต่อไป

2. เครื่องมือประเมินผลการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบบันทึกระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของวิทยาลัยแพทยออสเตรเลียสำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน (Australasian College For Emergency Medicine, 2016) ลักษณะแบบบันทึกระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วยเป็นช่องว่างให้เติมเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการและเวลาที่พบแพทย์ แล้วนำมาคิดส่วนต่างของเวลาเป็นระยะเวลาารอคอย

2.2 แบบบันทึกความแม่นยำของการคัดกรอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของสำนักวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ตั้งแต่การรับทั้งการประเมินลักษณะ (Acuity) และทรัพยากร (Resources)

2.3 แบบสังเกตการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสังเกตของสุคนธ์จิต อุปนันชัย (2559) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แยกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทผู้ดูแล 10 ข้อ บทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 7 ข้อ และบทบาทผู้ประสานงาน 5 ข้อ ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง ไม่จริงที่สุด มีเกณฑ์การแปลค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-1.50	การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองในการคัดกรองอยู่ในระดับต่ำมาก
1.51-2.50	การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองในการคัดกรองอยู่ในระดับต่ำ
2.51-3.50	การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองในการคัดกรองอยู่ในระดับปานกลาง
3.51-4.50	การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองในการคัดกรองอยู่ในระดับมาก
4.51-5.00	การปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองในการคัดกรองอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางทางด้านงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 คน อาจารย์ด้านงานวิจัย จำนวน 1 คน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) มากกว่า 0.50 ทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองเพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้ คือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ส่วน คือ แบบสังเกตการจำแนกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การจำแนกความเร่งด่วน แบบบันทึกระยะเวลาารอคอยของผู้ป่วย และแบบบันทึกความแม่นยำของการคัดกรองไปทดลองใช้โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คนใช้เครื่องมือดังกล่าวไปพร้อมกัน และเป็นอิสระต่อกันกับผู้ป่วยจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกตของเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน เท่ากับ 1.00 ทั้งหมด และในส่วนของการทดสอบการปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรอง ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 24 คน

แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะคือระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง

1. ระยะเตรียมการ

1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความแม่นยำในการคัดกรองจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดกรองเร่งด่วน 5 ระดับระดับละ 32 ฉบับ รวม 160 ฉบับ ประเมินการปฏิบัติบทบาทพยาบาลคัดกรองที่ปฏิบัติหน้าที่คัดกรองจากแบบสอบถามจำนวน 25 คน ในเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2563

1.2 ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ ได้แก่ เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วนและคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยที่พัฒนาแล้วมาปฏิบัติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นเวลา 1 เดือน กรณีพบข้อผิดพลาด จัดประชุม ให้คำปรึกษาวิทยุบุคคลเพื่อแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาหรือเข้าใจไม่ตรงกันจนการปฏิบัติงานคงที่

2. ระยะทดลอง

2.1 เริ่มใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยพยาบาลทุกคนคัดกรองปฏิบัติตามคู่มือการคัดกรองผู้ป่วยที่สร้างขึ้น

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยโดยสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2563 ตามเกณฑ์คัดกรองเร่งด่วน 5 ระดับระดับละ 32 ฉบับ รวม 160 ฉบับ นำมาเปรียบเทียบกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย (สுகนธจิต อุปนันชัย, 2559)

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลความแม่นยำในการคัดกรองจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดกรองเร่งด่วน 5 ระดับ ระดับละ 32 ฉบับ รวม 160 ฉบับ และประเมินการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรองหลังการทดลองในเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยนำคะแนนที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาคำนวณหาค่าสถิติ ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกับระยะเวลารอคอยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย โดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (One sample t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
3. เปรียบเทียบร้อยละความแม่นยำการคัดกรองโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรองโดยใช้ค่าสถิติทดสอบที (Paired sample t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ รหัสเลขที่ สสจ.พช. 1/63- 10 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ที่ใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี และ

41-50 ปี ร้อยละ 40 เท่ากัน ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่ จบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 96 จบหลักสูตรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ร้อยละ 20

2. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองจากเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 และมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 56.20 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.10 และมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 28.10 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.40 และมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.80 ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.10 และมีอายุ 1 วัน-10 ปี 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป เท่ากันคือ ร้อยละ 18.80 ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 และมีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 31.20

3. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 และมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 65.60 ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 และมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.80 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50.0 และมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 31.20 ผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.20 และมีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25 ผู้ป่วยเจ็บป่วยทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.10 และมีอายุ 1 วัน-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.50

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วนกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย

ประเภทความเร่งด่วน	n (คน)	เกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย (นาที)	ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ				t	p-value
			Min	Max	$\bar{X}$	SD		
1. วิกฤต	32	0	0.00	30	11.31	13.86	4.62	.00*
2. เจ็บป่วยรุนแรง	32	10	0.00	85	19.78	21.18	2.61	.01*
3. เจ็บป่วยปานกลาง	32	30	4.00	121	28.81	27.24	-.25	.81
4. เจ็บป่วยเล็กน้อย	32	60	5.00	253	39.97	45.26	-2.50	.02*
5. เจ็บป่วยทั่วไป	32	120	0.00	364	39.75	64.15	-7.08	.00*
รวม	160		0.00	364	27.55	39.83		

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วนระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ผู้ป่วยทั่วไป น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางระยะเวลารอคอยเท่ากับเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละความแม่นยำการคัดกรอง ก่อน-หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความเร่งด่วน ระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน

ความแม่นยำการคัดกรอง		หลังการทดลอง		รวม
		ตรง	ไม่ตรง	
ก่อนการทดลอง	ตรง	82 (77.40)	24 (22.60)	106 (100)
	ไม่ตรง	26 (48.10)	28 (51.90)	54 (100)
รวม		108 (67.50)	52 (32.50)	160 (100)

$\chi^2 = 12.615$, df = 1, p = .000

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนความแม่นยำการคัดกรองก่อน-หลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความแรงตัวน ระยะเวลาย่างกัน 1 เดือน หลังการทดลองร้อยละความแม่นยำในการคัดกรองสูงกว่าก่อนการทดลองคือ ร้อยละ 77.4 และ 48.1 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรอง ก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกแรงตัวน ระยะห่างกัน 1 เดือน

การปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรอง ของพยาบาลคัดกรอง	ก่อนการทดลอง n=25		หลังการทดลอง n=25		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
บทบาทผู้ดูแล	4.30	0.76	4.30	0.76	-0.58	.57
บทบาทผู้แนะนำ	4.57	0.91	4.60	0.92	-2.00	.06
บทบาทผู้ประสาน	4.14	0.50	4.42	0.66	-1.91	.07
โดยรวม	4.14	0.52	4.32	0.63	-1.51	.15

จากตารางที่ 3 การปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรอง ก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกแรงตัวน ระยะห่างกัน 1 เดือน รายด้านและโดยรวมไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความแรงตัวน แล้วศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยฯ ที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความแรงตัวนไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยพบว่า ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง มีระยะเวลามากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย ซึ่งต้องดำเนินการให้การรักษารักษาโดยแพทย์ ในผู้ป่วยวิกฤตโดยทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึงที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และไม่เกิน 10 นาทีในผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรง หลังการทดลองยังมีระยะเวลามากกว่าเกณฑ์ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์จิต อุปนันชัย (2559) ที่ได้ผล การศึกษาต่อการใช้รูปแบบในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้จะมีแพทย์ประจำอยู่ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยในแต่ละเวรมีผู้ป่วย แต่ละระดับของความรุนแรงตัวนเข้ามารับการรักษาอย่างต่อเนื่องแพทย์ผู้ดูแลจะมีการให้การรักษายาบาลกับผู้ป่วย รายอื่นอยู่อาจทำให้การเข้าไปให้แผนการรักษาผู้ป่วยที่วิกฤต และบาดเจ็บรุนแรงมีระยะเวลามากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียได้ อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อย ผู้ป่วยทั่วไป มีระยะเวลารอคอยน้อยกว่า เกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลางระยะเวลารอคอยเท่ากับเกณฑ์มาตรฐาน อาจแสดงให้เห็นถึงภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคในระดับปานกลาง เล็กน้อย และทั่วไป อาจมีผลต่อระยะเวลา การรอคอยของผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงได้

ในส่วนของความแม่นยำของการคัดกรอง เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความแม่นยำการคัดกรองก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองความแรงตัวน พบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยพบว่าในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน หลังการทดลองร้อยละความแม่นยำในการคัดกรองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือ ร้อยละ 77.4 และ 48.1 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญ อาจอธิบายได้ว่า การจัดทำคู่มือและเกณฑ์การคัดกรองที่ชัดเจน ฝึก การใช้นาบทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ช่วยส่งผลให้การคัดกรองแรงตัวนมีความแม่นยำได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา

ของ พรทิพย์ วชิรดิolk และคณะ (2559) ที่ศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่าแต่ละเขตบริการสุขภาพมีการใช้ระบบการคัดแยกที่แตกต่างกัน บุคลากรที่ทำการคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกันซึ่งมีผลต่อคุณภาพการคัดแยกได้

ส่วนการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรอง ก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วนพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือในระยะเวลาห่างกัน 1 เดือน การปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองรายด้านและโดยรวมไม่แตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่ารูปแบบของการคัดกรองเร่งด่วนมีขั้นตอนการปฏิบัติใกล้เคียงกับการปฏิบัติที่หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินดำเนินการอยู่ ส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรองรายข้อด้านบทบาทผู้ดูแล ก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน ระยะห่างกัน 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า การปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรองรายข้อด้านบทบาทผู้แนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน ระยะห่างกัน 1 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ ข้อ 1) รายงานและส่งผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ ข้อ 6) เกณฑ์การคัดกรองช่วยอธิบายเหตุผลของการตรวจที่ล่าช้ากับผู้ป่วยและญาติได้อย่างกระจ่าง ข้อ 7) ให้ข้อมูลระยะเวลาตรวจผู้ป่วยแต่ละระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะตรวจหรือไม่ กรณีที่ห้องฉุกเฉินคับคั่ง การปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดกรองของพยาบาลคัดกรองรายข้อด้านบทบาทผู้ประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อน-หลัง การใช้เกณฑ์การคัดแยกเร่งด่วน ระยะห่างกัน 1 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ ข้อ 4) ประสานงานกับหน่วยงานอื่นในกรณีส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่เหมาะสมกับระดับความเร่งด่วนได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์จิต อุพนันชัย (2559) ที่ศึกษาพบว่ารูปแบบการคัดกรองที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันจะช่วยให้พยาบาลคัดกรองสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและมั่นใจได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในด้านการบริการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การใช้รูปแบบคัดกรองโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วน สามารถเพิ่มความแม่นยำของการคัดกรองได้ อย่างไรก็ตามการทดลองนี้ใช้เวลาในการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเพียง 3 เดือนเท่านั้น จึงควรติดตามพัฒนาเกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนในผู้ป่วยที่หลากหลายอาการเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยเข้าถึงบริการได้เร็วตามความเหมาะสม

2. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนนี้ไปใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลคัดกรองเรียนรู้ และอาจนำไปปรับใช้ในบริบทของโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิภาพ ประสิทธิผลระยะเวลาการคัดกรองเร่งด่วนของพยาบาลคัดกรองนักระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. พัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมที่ทำให้ลดระยะเวลารอคอยในผู้ป่วยวิกฤตหรือเจ็บป่วยรุนแรงให้มีระยะเวลาเท่ากับหรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

กฤษฎา สวมชัยภูมิ, วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวิชัย, อรพรรณ โตสิงห์ และอภิษฐา มั่นสมบุรณ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4), 34-47.

พรทิพย์ วชิรดิolk, ธีระ ศิริสมุท, สนิษฐา ชัยสิทธิ์, และ อนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 96-108.

- สภาการพยาบาล. (2563). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง หลักการคัดแยกกระตือรือร้นความรุนแรงด่วนของผู้ป่วย พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2565 จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_00344.PDF
- สุคนธ์จิต อุปนันชัย. (2559). ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกลาง (วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์.
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED.TRIAGE (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). Guideline for ER Service Delivery คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สามชัย 2017.
- Australasian College for Emergency Medicine. (2016). Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments. สืบค้นเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2563, จาก https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Developing Nursing Care Guidelines for Patients with Septicemia at Female Medical Ward 1, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

พรรณี ชูศรี*, ร.ป.ม, อิศราภรณ์ ปัญญา พย.บ, ปิยะเนตร ปานเกิด พย.บ
Phanee Choosri, M.P.A, Isaraphon Panya, B.N.S, Piyane Parnkerd B.N.S
Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital
*E-mail: polang09@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์โดยการศึกษาเอกสาร งานวิจัย และสนทนากลุ่ม 2) ระยะพัฒนาแนวทางฯ และ 3) ระยะประเมินผลแนวทางฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 15 คน ผู้ป่วย 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi square, Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหา 3 ด้านคือ 1) ด้านการบริหาร 2) ด้านการปฏิบัติ 3) ด้านการสนับสนุน และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางฯ ที่ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ทักษะปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและ 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดวงจรการพัฒนาคูณภาพ ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางฯ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ ช่วยชีวิตใน 1 ชั่วโมงหลังพัฒนา มากกว่าก่อนพัฒนาแนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ และการเสียชีวิตมีแนวโน้มน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาแนวทางฯ และคะแนนความรู้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีค่ามัธยฐานหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การพัฒนาแนวทางฯ นี้ สามารถพัฒนาการพยาบาลให้มีคุณภาพเพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ การพัฒนาแนวทางการดูแล, การพยาบาล, ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

The purposes of this research and development were to develop and examine the effects of guidelines for caring patients with septicemia. The research was divided into 3 phases: 1) the situation analysis phase by studying the related documents and group discussion, 2) the development phase of care guidelines for patients with septicemia, and 3) the evaluation phase of the care guidelines. The subjects were 15 professional nurses and 30 patients. Qualitative data were analyzed by content analysis, and quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, paired t-test, and Wilcoxon Signed Ranks Test, with statistical significance at the level of 0.05

The situation analysis results revealed that there were 3 problems, including 1) administration, 2) operation, and 3) support. These lead to the development of guidelines for caring the patients with septicemia, consisting of 3 components: 1) supervising the caring for patients with septicemia, 2) nursing skills in nursing care for patients with septicemia, and 3) process of caring for patients with septicemia. Using PDCA quality management concepts, the study found that patients who received resuscitation in 1 hour after developing the care guideline were significantly more than those before. In addition, incidences of organ failure and death were less than those before the developing care guideline. Furthermore, after developing the care guideline, median scores of nursing practice knowledge of professional nurses were significantly higher than those before the guideline development ($p=0.001$). In addition, the mean scores of nursing practice after developing the guidelines were significantly higher than those before the development ($p<0.001$). Therefore, this care guideline can be applied as a guideline to improve nursing quality, and patients will be safer.

Keywords: Developing nursing care guidelines, Nursing care, Patients with septicemia

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากเมื่อร่างกายติดเชื้อและเข้าสู่ร่างกายเชื้อโรคจะสร้างสารพิษ (Toxin) ส่งผลให้มีการกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้เซลล์เสื่อมสภาพ หลอดเลือดเกิดการขยายตัวสูญเสียความสามารถในการซึมผ่าน มีการลดลงของสารต้านการแข็งตัวของเลือด เกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated intravascular coagulation: DIC) ส่งผลให้มีลิ่มเลือดขนาดเล็กอุดตันในหลอดเลือด ขัดขวางระบบไหลเวียนเลือด อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ รวมถึงการทำงานของหัวใจด้วยตามมามีภาวะช็อก และเสียชีวิตในที่สุด (ทัญญู ศรีวิสัย และวิมล อ่อนแสง, 2560; Singer et al., 2016) ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี เสียชีวิตประมาณ 45,000 ราย/ต่อปี โดยอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในปี 2562-2564 เท่ากับ 32.92 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราการตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข (2564) ตั้งเป้าหมายไว้ คืออัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดต้องน้อยกว่าร้อยละ 28 โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการเช่นบุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหาระบบการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้าจึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น (จิตติยา วาระนัง, 2562; ประภาศิต เทนสิทธิ์ และคณะ, 2563; Amland & Hahn-Cover, 2016).

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตอยู่ในภาวะ 5 โรคแรกของหน่วยงานในปี 2560-2562 เท่ากับ 206, 165 และ 217 ราย พบอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในภาวะ 5 โรคแรกในปี 2560-2562 เท่ากับ 33.68, 33.58 และ 37.57 ตามลำดับ (เกณฑ์ $<30\%$) แต่อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ไต่ย้ายเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก เท่ากับ 21.92, 21.93 และ 18.45 (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2562) พบว่าจำนวน

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้ย้ายเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในอัตราที่น้อยมาก ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่จึงอยู่ในหอผู้ป่วย ทั้งนี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียเป็นจำนวนมาก ทั้งการดูแลและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (ประกาศิต เทนสิทธิ์ และคณะ, 2563)

ในปี 2562 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกได้กำหนดนโยบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิด 4R2P ซึ่ง 4R ประกอบด้วย 1) Recognition 2) Resuscitation ใช้ 1 hour sepsis bundle 3) Refer to ICU 4) Remove Source ส่วน 2P ประกอบด้วย 1) Prevention 2) Palliation ในส่วนการ Management และการ Resuscitation ใช้ 1 hour sepsis bundle เช่นการให้สารน้ำ การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการให้ Vasopressor ให้ทำภายใน 1 ชั่วโมงซึ่งจะช่วยให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความรุนแรงลดลง (กลุ่มงานอายุรกรรม, 2562) ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในปี 2562 จากนโยบายแนว 4R2P ลงสู่การปฏิบัตินั้นยังไม่เป็นรูปธรรม พบปัญหาตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้มีการรายงานแพทย์และวินิจฉัยล่าช้าและยังพบปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลด้านการ Resuscitation - 1 hour sepsis bundle ใช้เวลาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่า 1 ชั่วโมง เช่น การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยเท่ากับ 1 ชั่วโมง 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 53.33 จากเกณฑ์ $\geq 90\%$ (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2562) ร่วมกับบุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตั้งแต่การคัดกรองรวมถึงการทำ 1 hour sepsis bundle ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ชั้น เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพด้านการพยาบาลต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
 - ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้และทักษะทางการพยาบาลและความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น
 - ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การได้รับการตรวจ Lactate และเจาะเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต การได้รับออกซิเจน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

- 1) การนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
- 2) ทักษะปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
- 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้แนวคิด PDCA

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1. ความรู้และทักษะทางการพยาบาลและความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแล ของพยาบาล
2. การได้รับการตรวจ Lactate และเจาะเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต การได้รับออกซิเจนของผู้ป่วย

วิธีดำเนินงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งออกเป็น

3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 15 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่มาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป
2. ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล
3. มีความพร้อมและยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดออกคือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 น้อยกว่า 1 ปี
2. พยาบาลวิชาชีพที่เจ็บใหม่ รับประทานยา โอน ในระหว่างปี 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อค้นหา และรวบรวมปัญหาประเด็นด้านความรู้และทักษะ การดูแลด้านการสนับสนุน และความต้องการในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 3 ท่าน และมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แยกเป็นหมวดหมู่แล้วนำเสนอ ในรูปแบบของการบรรยาย

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระยะเวลาตั้งแต่เดือน 1 มีนาคม 2563 ถึงเดือน 20 มิถุนายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ ด้านพยาบาลประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15 คน ด้านผู้ป่วยประชากรเป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่า ติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาศักดิ์ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2563
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด

กำหนดเกณฑ์การคัดออกดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เปลี่ยนการวินิจฉัยไม่ใช่ติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
3. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนเข้ารับการรักษาศักดิ์ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย 1) คู่มือการนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) คู่มือทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3) คู่มือกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ลักษณะข้อคำถามข้อสอบปรนัยจำนวน 30 ข้อเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

2) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 18 ข้อแบ่งเป็นด้านการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (Screening sepsis) จำนวน 3 ข้อ ด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์ (Nursing diagnosis) 4 ข้อ ด้านการรวบรวมข้อมูล (Data collection) 2 ข้อ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing care) 5 ข้อ ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation) 1 ข้อและด้านการบันทึกทางการแพทย์ (Nursing record) 3 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้ น้อยกว่าร้อยละ 20
- คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนภายใต้การนิเทศได้ ร้อยละ 21-40
- คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 41-60
- คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนได้และสามารถสอนผู้อื่นได้ ร้อยละ 61-80
- คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติการพยาบาลที่ซับซ้อนและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้มากกว่าร้อยละ 80

สรุปผลการประเมิน ผ่าน หมายถึง ระดับคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80

ไม่ผ่าน หมายถึง ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80

3) แบบบันทึกข้อมูลสถิติตัวชี้วัดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 เป็นแบบบันทึกข้อมูลเช่น การได้รับการตรวจ Lactate และเจาะเลือดเพาะเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต การได้รับออกซิเจน การเกิด Organ failure และการเสียชีวิต

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการควบคุมคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้ค่า IOC (Index of item objective congruence) นำตารางวิเคราะห์ค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องแล้วเลือกข้อที่มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป

วิธีดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนำข้อมูลและปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มาอภิปรายร่วมกันระหว่างพยาบาลในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมาร่างแนวทาง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อ

1) ประเมินความสอดคล้องของแนวทาง โดยพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence) ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป 2) ประเมินความเหมาะสมของแนวทาง โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเหมาะสมตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป

ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย สอบถามความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องแล้วนำข้อมูลไปปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้จริงในหอผู้ป่วย 14 สัปดาห์เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้พยาบาลวิชาชีพเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวทางโดยใช้สถิติเปรียบเทียบวิเคราะห Wilcoxon Signed Ranks Test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวทางโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการใช้แนวทางโดยใช้สถิติ Chi-Square Test

ระยะที่ 3 การประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน -5 กรกฎาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 15 คน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

วิธีดำเนินการ ประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพุทธชินราช รหัสเลขที่ IRB No.041/63 เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ปัญหา	สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	โอกาสพัฒนา
1. ด้านการบริหาร	- การนำนโยบายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลงสู่การปฏิบัติยังไม่เป็นรูปธรรม - ขาดผู้ประสานงานดูแลในเวรทำให้เกิดการรายงานที่ซ้ำซ้อน ไม่มีการกระตุ้นเตือนระหว่างกัน - การนิเทศกำกับดูแลไม่ต่อเนื่อง	- นำนโยบายลงสู่กระบวนการดูแลให้เป็นรูปธรรม - จัดให้มีผู้ประสานงานการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดทุกเวร - วางแผนการนิเทศ/ติดตามการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ปัญหา	สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ในกระแสเลือด	โอกาสพัฒนา
2. ด้านการปฏิบัติ	- พร่องความรู้การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วย screening tool คือ SOS - ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing care) ตามแนวทาง 1-hour sepsis bundle - ขาดการสื่อสารส่งต่อค่า SOS	- ทบทวนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด - เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในหน่วยงาน - สร้างความตระหนักการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและทบทวนการดูแลสม่ำเสมอ
3. ด้านการสนับสนุน	- แนวปฏิบัติที่มีเกิดจากการกำหนดโดยส่วนกลางไม่สามารถลงใช้ปฏิบัติหน้างานได้จริง - บุคลากรมีความเข้าใจไม่ตรงกันในการ ปฏิบัติ	- ทบทวนการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างสม่ำเสมอ - ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1. การพัฒนาแนวทางการดูแลฯ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะที่ 2 ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 ระดับ

1.1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วย วางแผนและการตรวจการเยี่ยมทางการพยาบาล สอนงานให้คำปรึกษาและและแก้ปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในขณะรับส่งเวรทุกวัน

1.1.2 พยาบาลผู้ประสานงานประจำหน่วยงาน CN- Sepsis (Chief nurse sepsis) วางแผนกำกับติดตามสมาชิกทีมในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้ Code "1 hour" และรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลสื่อสารให้กับสมาชิกทีม

1.2 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยขั้นตอนปฏิบัติ 6 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การรวบรวมข้อมูล 4) การปฏิบัติการพยาบาล 5) การประเมินผล 6) การบันทึกการพยาบาล

1.3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงาน โดยใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพ PDCA

1.3.1 ขั้นเตรียมการ เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพโดยชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงาน

1.3.2 ขั้นปฏิบัติการ

1.3.2.1 ร่วมกันจัดทำวัตรกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดดังนี้ 1) แบบตารางแสดงการคิดค่า SOS 2) สมุดบันทึก CN-Sepsis เพื่อลงข้อมูล SOS ในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือด 3) จัดทำ Flow การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเมื่อค่า SOS มากกว่าหรือเท่ากับ 4) การจัดทำแท่งเสียบบรรดาขสื่อสารค่า SOS 5) กระบวนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ประสาน Chief nurse

1.3.2.2 พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ ค่า SOS

1.3.2.3 ปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยค่า SOS มากกว่าหรือเท่ากับ 4

1.3.2.4 ส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีคะแนน SOS มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ในทีมและระหว่างเวร

1.3.3 ขั้นตอนติดตามและประเมินผล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหาการดูแล รับฟังปัญหา และความคิดเห็นและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสร้างแรงจูงใจให้กับในการพัฒนาคุณภาพพยาบาลกับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรวมทั้งติดตามตัวชี้วัดข้อมูลความเสี่ยงการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดทุกวัน/ทุกเดือน

2. ผลการตรวจสอบแนวทางและปรับปรุงแนวทาง ผลการประเมินความสอดคล้องของแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.70 - 1.0 และผลการประเมินความเหมาะสมของแนวทางมีคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับ 4.78 อยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1.00

3. ผลการทดลองใช้และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

3.1 ผลการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าต้องมีการปรับปรุงกิจกรรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความชัดเจนและมีการทบทวนหลายๆรอบในขั้นตอนของการพัฒนาตามวงจรคุณภาพ PDCA เช่น ขั้นตอน 1) การนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงาน

3.2 ผลการทดลองใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็นด้านพยาบาลวิชาชีพ และด้านผู้ป่วยดังตาราง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของด้านพยาบาลวิชาชีพ (n=15)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า25ปี	1	6.67
31-35ปี	6	40
25-30ปี	4	26.67
36-40ปี	2	13.33
40-45ปี	2	13.33
มากกว่า45ปีขึ้นไป	-	-
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	15	100
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย		
1 – 5 ปี	6	40
6 – 10 ปี	5	33.33
10 ปีขึ้นไป	4	26.67
ประสบการณ์การอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต(ผู้ใหญ่)		
เคย	5	33.33
ไม่เคย	10	66.67
การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด		
ผ่านการอบรม	15	100
ไม่ผ่านการอบรม	0	0

จากตารางที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 15 คน ส่วนมากมีอายุ 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่) คิดเป็นร้อยละ 66.67 และพยาบาลทั้งหมด 15 คนผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความรู้การปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตาม Sepsis CNPG ก่อนและหลังพัฒนาแนวทาง (n=15)

ระดับคะแนนความรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคะแนน		Median	Q1	Q3	p-value ^a
			ต่ำสุด	สูงสุด				
คะแนนสอบวัดความรู้ [†]								0.001
ก่อนอบรม	18.47	1.40	16	21	18	17	20	
หลังอบรม	24.40	0.73	23	25	25	24	25	

[†]คะแนนเต็ม 30 คะแนน; ^a Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าคะแนนมัธยฐานความรู้หลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.001$) โดยค่าคะแนนมัธยฐานคะแนนวัดความรู้การปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพก่อนพัฒนาแนวทางได้ 18 คะแนน ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยได้ 18.47 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ± 1.40 ค่าพิสัยคะแนนต่ำสุดได้ 16 คะแนน สูงสุด 21 คะแนน ค่าควอร์ไทล์ที่ 1 ได้ 17 คะแนน ค่าควอร์ไทล์ที่ 3 ได้ 20 คะแนน และค่าคะแนนมัธยฐานวัดความรู้หลังการใช้แนวทางได้ 25 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 24.40 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 ค่าพิสัยคะแนนต่ำสุดได้ 23 คะแนน สูงสุดได้ 25 คะแนน ค่าควอร์ไทล์ที่ 1 ได้ 24 คะแนน ค่าควอร์ไทล์ที่ 3 ได้ 25 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนมัธยฐานความรู้การปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1

ตารางที่ 4 แสดงผลค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตาม Sepsis CNPG ก่อนและหลังพัฒนาแนวทาง (n=15)

ทักษะการปฏิบัติพยาบาล	ก่อนการพัฒนาแนวทาง		หลังการพัฒนาแนวทาง		p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
- การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง	3.33	0.41	4.20	0.27	<0.001
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล	3.48	0.49	4.23	0.27	<0.001
- การรวบรวมข้อมูล	3.20	0.36	4.17	0.36	<0.001
- การปฏิบัติการพยาบาล	3.39	0.31	4.29	0.30	<0.001
- การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล	3.20	0.41	3.93	0.25	<0.001
- การบันทึกทางการพยาบาล	3.36	0.32	3.82	0.24	<0.001
โดยรวม	3.36	0.26	4.15	0.17	<0.001

* คะแนนเต็มแต่ละด้าน 5 คะแนน; ^a Paired t-test

จากตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนพัฒนาแนวทางฯ รายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 3.48 และด้านที่น้อยที่สุดเป็นเรื่องการรวบรวมข้อมูลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 3.20 ส่วนหลังการพัฒนาแนวทางฯ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 4.29 และด้านที่น้อยที่สุดเป็นเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย 3.82

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อนำการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ผลการประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลรายด้านทั้ง 6 ด้าน ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ($p < 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมก่อนและหลังพัฒนาแนวทางฯ คือ 3.36 ± 0.26 และ 4.15 ± 0.17 คะแนนตามลำดับ ($p \leq 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งรายด้านและโดยรวมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดกลุ่มก่อนและกลุ่มหลังพัฒนาแนวทางการดูแล (n=60)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยฯ	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	ก่อนพัฒนาแนวทาง (n=30)	หลังพัฒนาแนวทาง (n=30)	
อายุ (ปี)			0.498
น้อยกว่า 20 ปี	-	-	
20 – 40 ปี	4 (13.3)	1 (3.3)	
41 – 60 ปี	7 (23.3)	6 (20)	
61 – 80 ปี	14 (46.7)	18 (60)	
80 ขึ้นไป	5 (16.7)	5 (16.7)	
อาชีพ			0.711
เกษตรกร	18 (60)	21 (70)	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	-	-	
พนักงานเอกชน/ลูกจ้าง	3 (10)	2 (6.7)	
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	9 (30)	7 (23.3)	
ระดับการศึกษา			0.218
ไม่เคยเรียน	9 (30)	13 (43.3)	
ประถมศึกษา	17 (56.7)	16 (53.3)	
มัธยมศึกษา	2 (6.7)	-	
อนุปริญญา	2 (6.7)	-	
ปริญญาตรี	-	1 (3.3)	
การวินิจฉัยโรค			0.637
เบาหวาน	12 (40)	10 (33.3)	
ความดันโลหิตสูง	5 (16.7)	8 (26.7)	
ไขมันในเลือดสูง	2 (6.7)	3 (10)	

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	ก่อนพัฒนาแนวทาง (n=30)	หลังพัฒนาแนวทาง (n=30)	
หลอดเลือดสมอง	7 (23.3)	5 (16.7)	
หัวใจ	3 (10)	1 (3.3)	
ไตวายเรื้อรัง	1 (3.3)	3 (10)	
การติดเชื้อในกระแสเลือด			0.500
ติดเชื้อจากชุมชน (CI sepsis)	21 (70)	22 (73.3)	
ติดเชื้อในโรงพยาบาล (NI sepsis)	9 (30)	8 (26.7)	

^aChi-square test

จากตารางที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61 - 80 ปี ก่อนพัฒนาแนวทาง 14 ราย (ร้อยละ 46.7) และหลังพัฒนาแนวทาง 18 ราย (ร้อยละ 60) อาชีพผู้ป่วยส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ก่อนพัฒนาแนวทาง 18 ราย (ร้อยละ 60) และหลังพัฒนาแนวทาง 21 ราย (ร้อยละ 70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ก่อนพัฒนาแนวทาง 17 ราย (ร้อยละ 56.7) และหลังพัฒนาแนวทาง 16 ราย (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน ก่อนพัฒนาแนวทาง 21 ราย (ร้อยละ 70) และหลังพัฒนาแนวทาง 22 ราย (ร้อยละ 73.3) มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ก่อนพัฒนาแนวทาง 12 ราย (ร้อยละ 40) และหลังพัฒนาแนวทาง 10 ราย (ร้อยละ 33.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.637$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลัง (n=60)

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	ก่อนพัฒนาแนวทาง (N=30)	หลังพัฒนาแนวทาง (N=30)	
ได้ตรวจเลือดเทปในซีรัมใน 1 ชม.	18 (60)	26 (86.70)	0.02
ได้รับสารน้ำทดแทนภายใน 1 ชม.*	9 (30)	25 (83.30)	<0.001
ได้เจาะเลือดเพาะเชื้อใน 1 ชม.	18 (60)	26 (86.70)	0.02
ได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชม.	14 (46.70)	25 (83.30)	0.003
ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต	15 (50)	23 (76.70)	0.03
ได้รับการดูแลระบบทางเดินหายใจ	20 (66.70)	26 (86.70)	<0.001
เกิดอวัยวะล้มเหลว	14 (46.70)	10 (33.30)	0.29
เสียชีวิต	14 (46.70)	10 (33.30)	0.29

^aChi-square test; *ชนิด NSS 30 มล./กก.

จากตารางที่ 6 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาแนวทางพบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจปริมาณเลือดเทปในซีรัมภายใน 1 ชั่วโมง 18 ราย (ร้อยละ 60) และ 26 ราย (ร้อยละ 86.70) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.02$) การได้รับสารน้ำทดแทน load IV fluid ชนิด NSS 30 ml/kg ภายใน 1 ชั่วโมง จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 30) และ 25 ราย (ร้อยละ 83.30) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$) ได้เจาะเลือดเพาะเชื้อใน 1 ชั่วโมง 18 ราย (ร้อยละ 60) และ 26 ราย (ร้อยละ 86.70) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.02$) ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง 14 ราย (ร้อยละ 46.70) และ 25 ราย (ร้อยละ 83.30)

ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.003$) ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต 15 ราย (ร้อยละ 50) และ 23 ราย (ร้อยละ 76.70) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.03$) และการได้รับการดูแลระบบทางเดินหายใจจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 66.70) และ 26 ราย (ร้อยละ 86.70) ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

สำหรับการเกิดอวัยวะล้มเหลวและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($p = 0.29$) พบว่าทั้งก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางฯ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการพัฒนาแนวทางฯ มีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางฯ (ร้อยละ 33.30 และ 46.70 ตามลำดับ)

3. ผลการประเมินการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ($n = 15$)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านการนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.37	0.35	มาก
1.1 รูปแบบการนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.27	0.45	มาก
1.2 ช่วยให้การการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง	4.47	0.51	มาก
2. ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.23	0.32	มาก
2.1 ได้รับความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด	4.13	0.35	มาก
2.2 สามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้	4.23	0.48	มาก
3. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงาน	4.40	0.33	มาก
3.1 สามารถแก้ไขปัญหาได้จริงและตรงเป้าหมาย	4.33	0.48	มาก
3.2 มีความเหมาะสม และเป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	4.47	0.51	มาก
เฉลี่ยความพึงพอใจรวม	4.33	0.48	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ค่าเฉลี่ย 4.33) อยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมตามรายด้านพบมากที่สุด ได้แก่ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานที่คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 และรองลงมาที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากคือด้านการนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ค่าเฉลี่ย 4.37) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจตามรายข้อต่อการใช้นิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีค่าสูงสุด ได้แก่ความพึงพอใจด้านการนิเทศที่ช่วยให้การการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง (ค่าเฉลี่ย 4.47) และความพึงพอใจด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสม เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 4.47) และพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่น้อยที่สุดได้แก่ได้รับความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ค่าเฉลี่ย 4.13)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบันแล้วนำมาพัฒนาแนวทางการดูแล ใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย มีการนำไปทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนของผู้ให้และผู้รับบริการ ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามกระบวนการ ดำเนินการที่เกิดขึ้นดังนี้

ในส่วนของการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการวิจัยพบว่า จากสถานการณ์ปัจจุบันในปีพ.ศ.2562 ที่กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช ได้กำหนดนโยบาย และเปลี่ยนใหม่เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เน้นความต้องการแบบรายผู้ป่วยร่วมกับเพื่อนร่วมเรียนรู้ CCB (Case Classify & Complete Care with Buddy) ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลแบบใหม่ส่งผลต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือด ที่ขาดผู้ประสานงานการดูแลเนื่องจากการมอบหมายงานที่ทุกคนเป็นหัวหน้าเวรและดูแลประจำ lock จากสภาพ ปัญหาและความต้องการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องการให้มีผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในเวรเพื่อช่วย กำกับดูแล นิเทศ สอนงานและเป็นที่ปรึกษาช่วยตัดสินใจในยามเร่งด่วน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดของด้านการ นิเทศการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้น ว่าระดับผู้นิเทศจะประกอบด้วยระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยและ ระดับพยาบาลผู้ประสานงานประจำหน่วยงาน Chief Nurse Sepsis (CN- Sepsis) ผู้นิเทศต้องให้การช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์ที่ตามมาคือ ความร่วมมือในการทำงาน และเกิดประสิทธิผลที่ ดีกับผู้ป่วย (อรรถยา อมรพรหมภักดี และคณะ, 2563) และบทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ ประสานงานประจำหน่วยงาน CN- Sepsis จะช่วยในเรื่องของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ไปใช้ผ่านกระบวนการเฝ้าตรวจทางพยาบาลโดยเป็นผู้สอนงาน ให้คำปรึกษา ให้การช่วยเหลือและสื่อสาร ประสานงานประจำหน่วยงานส่งผลให้สุดท้ายที่ต้องการของคุณภาพบริการพยาบาลคือผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนและมีความพึงพอใจ (Daniel, 2016) นอกจากนี้การมีแนวคิด ระบบและกลไกนโยบายการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมการพยาบาล ในการจัด กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพ PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Plan- P) 2) การปฏิบัติตามแผน (Do-D) 3) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check- C) 4) การแก้ไขปัญหา (บิดินทร์ภัทร์ สายบุตร, 2562)

ผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ พบว่าแนวทางการ ดูแล ที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลได้ ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติด เชื้อในกระแสเลือดพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้และทักษะในการค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด และดักจับอาการของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตได้รวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย จาก สถานการณ์ปัญหาความต้องการด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน ต้องการในการอบรมความรู้การดูแลและการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด hour-1 sepsis bundle ในการ resuscitation and management ซึ่งการที่พยาบาลมีทักษะดังกล่าวจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี (Schorr, 2018) จากการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าความรู้ และทักษะการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลวิจัยของปัญญา เกื้อนดวง และคณะ (2562) ผลวิจัยของยุวดี เทียมสุวรรณ และคณะ (2560) กับ

ผลการวิจัยของกรรณิกา อำพนธ์ และคณะ (2560) ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งตรงกับแนวคิดของแม็คแนบ (McNab et al., 2018) ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในหน่วยงานนั้น ต้องมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะของการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นรายบุคคลหรือมุ่งเน้นที่กระบวนการดูแลซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเข้าใจและให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ

ในส่วนของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่าหลังการพัฒนาแนวทางการพยาบาลมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนการพัฒนาแนวทาง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.33) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจตามรายชื่อต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีค่าสูงสุดได้แก่ความพึงพอใจด้านการนิเทศที่ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง (ค่าเฉลี่ย 4.47) และความพึงพอใจด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสม เป็นการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย 4.47) สอดคล้องกับงานวิจัยของยุวดี เทียมสุวรรณ และคณะ (2560) กับงานวิจัยของกรรณิกา อำพนธ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าความพึงพอใจด้านการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.09)

นอกจากนี้ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าแนวทางการดูแล ที่พัฒนาขึ้นยังส่งผลดีต่อผู้ป่วยในทางที่ดี กล่าวคือ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการปฏิบัติการพยาบาล 1 hour sepsis bundle 5 เรื่องดังนี้ 1) การได้รับการตรวจ Blood Lactate ภายใน 1 ชั่วโมง มีการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 86.70 2) การ load IV fluid ชนิด NSS 30 mL/kg ใน 1 ชั่วโมง มีการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 83.30 3) การได้รับการเจาะ Hemoculture ภายใน 1 ชั่วโมง มีการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 86.70 4) การได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง มีการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 83.30 และ 5) การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิตมีการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 76.7 และการได้รับการดูแลระบบทางเดินหายใจมีการปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 86.7 ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาล 1 hour sepsis bundle ภายใน 1 ชั่วโมงสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ การส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัยและทำให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ประกาศิต เทนสิทธิ์และคณะ, 2563; Alberto et al., 2017) เช่นเดียวกับผลวิจัยของยุวดี เทียมสุวรรณ และคณะ (2560) กับผลการวิจัยของกรรณิกา อำพนธ์ และคณะ (2560) ที่พบว่าอัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ได้รับสารน้ำทดแทนภายใน 6 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น นั่นคือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับการเกิดอวัยวะล้มเหลวและอัตราการเสียชีวิตหลังการพัฒนาแนวทางฯ มีแนวโน้มลดลงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางฯ (ร้อยละ 33.30 และ 46.70 ตามลำดับ) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.29$) พบว่าทั้งก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางฯ ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับผลการวิจัยของยุวดี เทียมสุวรรณ และคณะ (2560) ที่พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยสรุปได้ว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การนิเทศการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด องค์ประกอบที่ 2 ทักษะปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และองค์ประกอบที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานโดยใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพ PDCA ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการ

resuscitation in 1 hour หลังพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเกิด Organ Failure และการเสียชีวิตมีแนวโน้มน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาแนวทางและคะแนนความรู้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพมีค่ามัธยฐานหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลหลังการพัฒนาแนวทางสูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. สามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการวางแผน ป้องกัน และเฝ้าระวังความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่จะติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยสามัญทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อให้เห็นกระบวนการและผลลัพธ์การพยาบาลของผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานที่ให้พยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ศึกษาวิจัยรูปแบบการนิเทศการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามการปฏิบัติพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. ศึกษาวิจัยการพัฒนาแนวทางป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด *community-acquired*. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2565 จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1448>
- กรรณิกา อำพนธ์, ชัชฎาภา บุญโยประการ, และพัชรินทร์ ศิลปกิจเจริญ. (2560). ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลพระปกเกล้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(3), 222-234.
- กลุ่มงานอายุรกรรม. (2562). *แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด*. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- จิตยา วาระนัง. (2562). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *เชียงใหม่รายเวชสาร*, 11(1), 1-8.
- ทัญญู ศรีวิสัย และ วิมล อ่อนแสง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์*, 9(2), 152-162.
- บดินทร์ภัทร์ สายบุตร. (2562). กระบวนการพัฒนาระบบประกันคุณภาพการศึกษาตามวงจร PDCA ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 2(1), 39-53.
- ประกาศิต เทนสิทธิ์, ชัยนรินทร์ ปทุมานนท์, สุชี พบลาก, ชลิสานันท์ และ ธนิตา มนต์วี. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตเร็วและช้าในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(1), 101-109.



- ปัญญา เกื่อนดวง และนัตยา คำสวาง. (2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(2), 180-193.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2562). สถิติบริการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- ยุวดี เทียมสุวรรณ, อรชร มาลาหอม, อธิษฐ ยินดีสุข ประภัสสร, ความรู้ช่าง, และนุสรุ ประเสริฐศรี. (2560). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยหนักโดยใช้การจัดการรายกรณี ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 184-192.
- อรรธยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุภร์ จันทรประเสริฐ, และอมราพร สุการ. (2563). การนิเทศทางการพยาบาล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 144-157.
- Alberto, L., Marshall, A. P., Walker, R., & Aitken, L. M. (2017). Screening for sepsis in general hospitalized patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 96(4), 305–315.
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.05.005>
- Amland, R. C., & Hahn-Cover, K. E. (2016). Clinical decision support for early recognition of sepsis. *American Journal of Medical Quality*, 31(2), 103–110.
<https://doi.org/10.1177/1062860619873225>
- Daniels, J. F. (2016). Purposeful and timely nursing rounds: A best practice implementation project. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 14(1), 248-267. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2537>
- McNab, D., Freestone, J., Black, C., Carson-Stevens, A., & Bowie, P. (2018). Participatory design of an improvement intervention for the primary care management of possible sepsis using the functional resonance analysis method. *BMC Med*, 16(1), 174.
<https://doi.org/10.1186/s12916-018-1164-x>
- Schorr, C. (2018). *Surviving sepsis campaign hour-1 bundle*. Retrieved 2020 April 22, from:
<https://www.myamericannurse.com/surviving->
- Singer, M, Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., & Bauer, M. et al. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Jama*, 315(8), 801-810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา Developing Nursing Practice Guideline for Patients with Ischemic Heart Disease, Undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization

กรรณิการ์ เกียรติสนธิ์, พยม.
Kannika Keattison, MS.N.
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok
E-mail: aqua2477@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนา 2) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา 3) นำแนวทางที่พัฒนาไปใช้ 4) ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา แบ่งเป็นกลุ่มก่อนการพัฒนา 32 คน และกลุ่มหลังการพัฒนา 28 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, paired t-test และ Wilcoxon Signed Rank Test ผลวิจัยพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา และความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการพัฒนา ($p < 0.001$, $p = 0.001$ ตามลำดับ) การปฏิบัติการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ($p < 0.001$) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาเกิด hematoma น้อยกว่าก่อนการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย ($p < 0.001$) แต่พบความคลาดเคลื่อนทางยาและอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลควรใช้รูปแบบการพัฒนานี้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการดูแล, โรคหัวใจขาดเลือด, การสวนหัวใจเพื่อการรักษา

Abstract

The purpose of this research and development was to examine the effects of using nursing practice guidelines for the care of patients with ischemic heart disease undergoing therapeutic cardiac catheterization, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. The research was divided into 4 steps: 1) problem analysis and development planning; 2) developing the nursing practice guideline; 3) Implementing the developed nursing practice guidelines; and 4) evaluating nursing outcomes. The sample group consisted of a group of patients with ischemic heart disease receiving therapeutic cardiac catheterization. Patients were divided into two groups: 32 patients before developing the nursing practice guideline and 28 patients after developing the nursing practice guideline. The sample of registered nurses was 15 registered nurses working in Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. Data were analyzed by using frequency, percentage, median, standard deviation, chi-square test, paired t- test, and Wilcoxon Signed Rank Test. The results showed that the median knowledge scores of registered nurses according to the caring for patients with ischemic heart disease undergoing therapeutic cardiac catheterization and satisfaction with the use of the patient care guideline were significantly higher than those before development ($p < 0.001$, $p = 0.001$, respectively). After guideline development, nurses performed nursing care followed the guideline more than those before development ($p < 0.001$). The incidence of hematoma was significantly less than before using the patient care guideline ($p < 0.001$), but there were no differences in drug discrepancies and adverse incidences before and after using the patient care guideline. Therefore, nursing administrators should use this development model in the nursing practice of patients with ischemic heart disease undergoing therapeutic cardiac catheterization to cover the entire hospital in order to make the patient safer.

Keywords: Developing nursing care guidelines, ischemic heart disease, therapeutic cardiac catheterization

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตันซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น (Severino et al., 2020) เป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดถึงปีละ 17 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2019) และสถิติในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาทั่วโลกพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 19 (O’Riordan, 2017) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดและหัวใจที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขที่พบอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 – 2559 เท่ากับ 23.40, 26.90, 27.80, 29.90 และ 32.30 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน ปี 2554 – 2558 เท่ากับ 412.70, 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 ตามลำดับ (ณัฐธีวรรณ พันธมุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และสรายุรัตน์ ลัทธิ, 2561)

ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงตีบร้อยละ 50 หรือมากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลม หหมดสติ โดยสามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือ ภาวะเจ็บแน่นอกคงที่ (Stable angina) และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary) (Severino et al., 2020) แนวทางหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดคือ การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นการรักษาโรคหัวใจที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างผ่านทางสายสวนหัวใจ อย่างไรก็ตามการสวนหัวใจถือเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วย โดยภาวะแทรกซ้อนในการสวนหัวใจสามารถเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนในกระบวนการสวนหัวใจและเกี่ยวข้องกับทุกโครงสร้างในระบบไหลเวียน เช่น การเกิดภาวะเลือดคั่ง (Hematoma) เลือดออก หลอดเลือดทะลุ เกิดฟองอากาศในหลอดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือแม้กระทั่งภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะอื่นๆ เช่น ไตวาย หลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ประมาณ 0.082% (Al-Hijji et al., 2019) โดยความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นตามภาวะความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนของกระบวนการในการสวนหัวใจ (Al-Hijji et al., 2019)

ดังนั้นพยาบาลในฐานะที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีความพร้อมที่จะได้รับการสวนหัวใจอย่างปลอดภัย เป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาลคือ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจ การดูแลความพร้อมของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดย 1) การประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการรักษา เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การงดน้ำและอาหาร เป็นต้น รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและ 2) การพยาบาลระยะหลังการสวนหัวใจ สิ่งสำคัญของการพยาบาลในระยะนี้คือ การค้นหาความผิดปกติ และการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Yoshimachi & Ikari, 2018)

จากสถิติข้อมูลบริการของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปี 2560, 2561 และ 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 5,063, 5,075 และ 4,842 ราย ตามลำดับ และจากสถิติข้อมูลบริการของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกพบว่า โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่มีผู้ป่วยเข้ามารับบริการมากที่สุดเป็น 2 อันดับแรก โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาในกลุ่มงานอายุรกรรม จำนวน 4,131, 4,127 และ 3,952 ราย ตามลำดับ และทั้งสองโรคยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นลำดับที่สองรองจากโรคปอดอักเสบ และที่น่าสนใจคือผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจในโรงพยาบาล จำนวนคน/ครั้ง เท่ากับ 2,249/2,431, 2,120/2,339 และ 1,936/2,153 ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2561) สถิติข้อมูลบริการของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ปี 2560, 2561 และ 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 1,316, 910 และ 828 ตามลำดับ ในจำนวนนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจในหอผู้ป่วยจำนวน 1,132, 837 และ 800 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2562) และพบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังสวนหัวใจ 5 อันดับ ได้แก่ Shock, Chest pain, Heart failure, Hematoma และ Bradycardia ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2562)

ซึ่งที่ผ่านมาหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาตามแนวทางการดูแลทั่วไป ได้แก่ การดูแลระยะแรกเริ่ม ต่อเนื่องและจำหน่ายโดยยังไม่มีแนวทางที่เป็นระบบกลไกชัดเจน และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการตรวจสวนหัวใจโดยการประชุมกลุ่มระดมสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 จำนวน 5 คน ได้ข้อมูลเบื้องต้นประกอบด้วย 2 ด้าน (1) ด้านพยาบาล พบว่า ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษามีความแตกต่างกัน และมีพยาบาลจบใหม่ทุกปี ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน

(2) ด้านผู้ป่วย พบว่า ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนส่งสวนหัวใจไม่ครบถ้วน รวมถึงมีอุบัติการณ์นอนนานขึ้นและงดทำหัตถการ

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า โฟกัสพิดีซีเอ ตามแนวคิดของเดมมิง (The W. Edwards Deming Institute, 2022) ประกอบด้วย 1) Planing คือการวางแผน 2) Doing คือการลงมือปฏิบัติตามแผน 3) Checking คือการตรวจสอบการดำเนินงาน และ 4) Action คือ การปรับปรุงการดำเนินงานตามผลการประเมินมาเป็นกรอบในการพัฒนา ทั้งนี้กรอบแนวคิดนี้ได้มีผู้นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และพบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยให้พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลในช่องทางด่วนเพิ่มขึ้น ทำให้ได้รับการรักษาทันเวลาที่และลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ (ศศิธร กระจายกลาง, 2563) แต่ยังไม่พบการนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 โดยผู้วิจัยหวังว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาได้ถูกต้องตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา และผู้ป่วยปลอดภัย

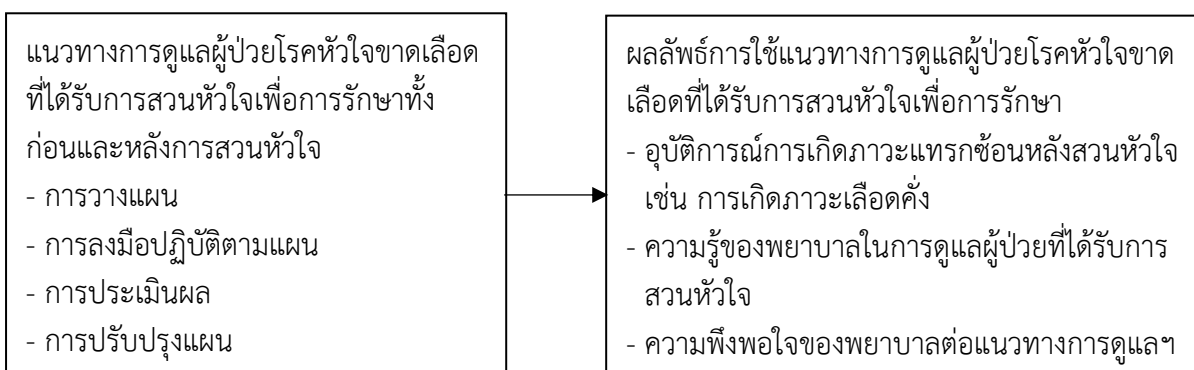
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นเวลา 7 เดือน ช่วงเดือนมกราคม 2563 – กรกฎาคม 2563

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้การพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research 1 [R1])

โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา รวมทั้งความต้องการและวิธีการในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลห้องสวนหัวใจ จำนวน 2 คน พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและความต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ 3 คน และนำไปทดลองสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 จำนวน 3 คนก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง

การรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาและทำการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อนำไปเป็นแนวในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนออกแบบและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา (Design and development [D1]) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้กำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาพร้อมจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ซึ่งแนวทางที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ จำนวน 5 ท่านก่อนที่จะนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้แนวทาง (Implementation: Research [R2]) เป็นการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 จำนวน 5 คน จากนั้นรวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรคของการใช้แนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นเพื่อการปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้จริงอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (Evaluation: development [D2]) นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ที่มีการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาทดลองใช้ โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research with one group pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) จำนวน 28 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ที่ผ่านอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและการดูแลผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ จำนวน 15 คน และกำหนดเกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพลาออกหรือย้ายที่ทำงานหรือมีภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและแพทย์มีแผนการรักษาให้สวนหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ

- 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) และ
- 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวม ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2552) และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสียหลอดเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของสุชาติดา บุญยานัน (2552) มาเป็นแนวทางในการกำหนด

1.2 การจัดระบบบริการพยาบาลแบบ CCB (Case classification complete care and buddy) เป็นการมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเข้าในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่ต่อเนื่องมีวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ตลอด 24 ชั่วโมงของทีมการพยาบาล โดยเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ในหน่วยงานรายงานผลปฏิบัติการเป็นรายเดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ และประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวทางของแบบสอบถามความพึงพอใจในงานและการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลของกองการพยาบาลปี 2557 โดยผู้วิจัยพัฒนาดัดแปลงข้อความมาประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา มีข้อความจำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนนของน้ำหนัก 5 ระดับ ในการให้คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|------------------------------------|
| ระดับ 5 | หมายถึง | มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด |
| ระดับ 4 | หมายถึง | มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก |
| ระดับ 3 | หมายถึง | มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง |
| ระดับ 2 | หมายถึง | มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย |
| ระดับ 1 | หมายถึง | มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด |

แบบสอบถามความพึงพอใจได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนคะแนนค่าเฉลี่ยดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับ
1.00 - 1.49	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด
1.50 - 2.49	มีความพึงพอใจน้อย
2.50 - 3.49	มีความพึงพอใจปานกลาง
3.50 - 4.49	มีความพึงพอใจมาก
4.50 - 5.00	มีความพึงพอใจมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อสอบวัดความรู้จำนวน 30 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คำตอบสำหรับคะแนนรวมของการทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา 0-30 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน (Bloom, 1968) ดังนี้

การแปลผลคะแนน	ค่าคะแนน	การแปลผล
มากกว่าร้อยละ 80	25-30 คะแนน	มีความรู้การพยาบาลในระดับมาก
ร้อยละ 60 - 79	18-24 คะแนน	มีความรู้การพยาบาลในระดับปานกลาง
น้อยกว่าร้อยละ 60	น้อยกว่า 18 คะแนน	มีความรู้การพยาบาลในระดับน้อย

นำแบบวัดความรู้มาทดสอบความน่าเชื่อถือด้วย Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 และนำข้อสอบมาหาค่าอำนาจจำแนกความยากมาก ยากน้อย ได้ปรับแก้ไขข้อสอบให้ใช้ได้จนได้ค่าความง่ายรายข้ออยู่ระหว่าง .02 -.08 จึงจะเป็นค่าความง่ายพอเหมาะและมีคุณภาพดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วยข้อความด้าน เพศ อายุ โรคประจำตัว ข้อวินิจฉัยโรคหลังการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลการปฏิบัติพยาบาลด้านการเตรียมผู้ป่วยก่อนการสวนหัวใจเพื่อการรักษา การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ (วันที่ทำหัตถการ) และการดูแลผู้ป่วยภายหลังการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ และชนิดของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา เป็นแนวทางการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2552) และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากการสวนหัวใจโดยการฉีดสียหลอดเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจของสุชาติดา บุญยานัน (2552) มาเป็นแนวทางในการกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ได้ค่า Index of item objective congruence (IOC) เท่ากับ 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.80 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในด้านความชัดเจนของภาษาและรูปแบบที่ใช้ให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้

การหาค่าความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรความน่าเชื่อถือด้วย Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ .02 -.08

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและพยาบาลวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละและเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยด้วยสถิติ Chi-square ข้อมูลการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาของพยาบาลวิชาชีพและข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาที่พัฒนาขึ้นวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้นโยบายการดูแลที่พัฒนาขึ้นด้วยสถิติ Paired T-test ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังสวนหัวใจวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังสวนหัวใจก่อนและหลังการใช้นโยบายการดูแลที่พัฒนาขึ้นด้วยสถิติ Chi-square สำหรับข้อมูลคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้นโยบายการดูแลที่พัฒนาขึ้นด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รหัสเลขที่ 021/63

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาและศึกษาผลลัพธ์การใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วย

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

จากการสนทนากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา จำนวน 3 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 11-20 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ มากกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ ได้ผลการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านพยาบาล พบว่า ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษามีความแตกต่างกัน และมีพยาบาลจบใหม่ทุกปี ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างต่อไปนี้

“...พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยๆ แต่ละคนทำไม่เหมือนกัน...”

“...ส่วนใหญ่เราจะสอนกันเองตามที่เคยทำกันมา พี่แต่คนก็บอกไม่เหมือนกัน...”

“...น้องพยาบาลใหม่ที่ทำงานได้ประมาณ 2 ปีเราก็จะให้มาลองดูคนไข้คู่กับพี่ใหญ่...ในทีมจะช่วยกันประเมินว่าน้องผ่านทำได้...”

1.2 ด้านผู้ป่วย พบว่า ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนส่งสวนหัวใจไม่ครบถ้วน รวมถึงมีอุบัติการณ์นอนนานขึ้นและงัดขาหักถลอก ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างต่อไปนี้

“...พยาบาลห้อง cath บอกว่าเราเตรียมผู้ป่วยไม่ครบ ดูจากใบเตรียม...”

“...เราเคยคนไข้ค่าไตขึ้นหลังสวนหัวใจทำให้นอนนานขึ้น...”

“...คู่มือกับบัตรนัดยังเย็บติดกัน ผู้ป่วยไม่ได้อ่านคำแนะนำ เราต้องมาสอนใหม่หมด...”

“...ผู้ป่วยกังวลนอนไม่หลับพอส่งลงไป หัวใจเต้นผิดปกติต้องเลื่อนไปก่อน...”

1.2 ลักษณะของแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยขั้นที่ 1 มาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการสวนหัวใจ แบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย

2.1 ระยะแรกเริ่ม (Day 1) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนการสวนหัวใจ โดยการประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการสวนหัวใจ

2.2 ระยะต่อเนื่อง (Day 2) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการ (วันที่ทำหัตถการ) และการปฏิบัติการพยาบาลหลังการสวนหัวใจ

2.3 ระยะจำหน่าย (Day 3) เป็นการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ และการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสวนหัวใจ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (n=15)

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0.00
หญิง	15	100
อายุ (ปี)		
20 - 30	7	46.70
31 - 40	4	26.70
41 - 50	4	26.70
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	15	100
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (ปี)		
1 - 10	10	46.70
11 - 20	4	20.70
21 - 30	1	6.70
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ (ปี)		
1 - 2	5	33.30
3 - 5	7	46.70
>5	3	20
การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ		
เคย	15	100
ไม่เคย	0	0.00

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อยู่ระหว่าง 1-10 ปี

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 รองลงมา คือ 10-20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.70 และกลุ่มตัวอย่างผ่านการอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังสวนหัวใจ ร้อยละ 100

2.2 ข้อมูลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วย ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา (n=15)

คะแนนความรู้ (คะแนนรวม 10 คะแนน)	Median (Q ₁ , Q ₃)	p-value
- ก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา (ต่ำสุด-สูงสุด)	7 (6,7) (5-8)	< 0.001
- หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา (ต่ำสุด-สูงสุด)	9 (9,9) (8-10)	

^a Wilcoxon Signed Rank Test

จากตารางที่ 2 พบว่ามีฐานของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาที่พัฒนาขึ้น ได้ 7 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน) และ 9 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน) ตามลำดับ โดยค่ามัธยฐานของคะแนนหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา สูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังการใช้นวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาที่พัฒนาขึ้น

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจ	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ก่อนพัฒนา (n=32)	หลังพัฒนา (n=28)	
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม (Day 1)	56 (87.5)	56 (100.0)	0.006
- การเตรียมด้านร่างกาย	32 (100.0)	28 (100.0)	1.00
- การเตรียมพร้อมด้านจิตใจ	24 (75.0)	28 (100.0)	0.004
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง (Day 2)	97 (75.8)	110 (98.2)	0.001
- การเตรียมพร้อมก่อนส่งสวนหัวใจ	24 (75.0)	28 (100.0)	0.004
- การประเมินแรกเริ่มหลังจากสวนหัวใจ	25 (78.1)	27 (96.4)	0.037
- การพยาบาลหลังสวนหัวใจด้านร่างกาย	23 (71.9)	27 (96.4)	0.011
- การพยาบาลหลังสวนหัวใจด้านจิตใจ	25 (78.1)	28 (100.0)	0.008
การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะจำหน่าย (Day 3)	54 (84.4)	56 (100.0)	0.002
- การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	27 (84.4)	28 (100.0)	0.029
- การวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน	27 (84.4)	28 (100.0)	0.029
ภาพรวมการปฏิบัติการ	207 (80.9)	222(99.1)	<0.001

^a Chi-square test

จากตารางที่ 3 พบว่า จำนวนและร้อยละที่ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา จำนวน 207 ครั้ง ร้อยละ 80.90 และจำนวนและร้อยละที่ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา จำนวน 222 ครั้ง ร้อยละ 99.10 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละที่ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา สูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาแบบเดิมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ($n=15$)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD ($n=15$)	ระดับ	p-value ^a
คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา			0.001
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา แบบเดิม	3.92 $\pm$ 0.10	มาก	
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา ที่พัฒนาขึ้น	4.91 $\pm$ 0.12	มากที่สุด	

^a Paired t-test

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา แบบเดิมเท่ากับ 3.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ได้เท่ากับ 4.91 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.12 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่สูงกว่าก่อนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษาก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อรักษา

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	ก่อนพัฒนา ($n=32$)	หลังพัฒนา ($n=28$)	
เพศ			0.21
ชาย	4 (12.50)	7 (25)	
หญิง	28 (87.50)	21 (75)	
อายุ (ปี)			0.43
15 - 30	0 (0.0)	0 (0.0)	

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	ก่อนพัฒนาฯ (n=32)	หลังพัฒนาฯ (n=28)	
31 - 45	0 (0.0)	2 (7.10)	0.48
46 - 60	11 (34.30)	10 (35.70)	
61 - 75	15 (45.90)	10 (35.70)	
มากกว่า 75	6 (18.80)	6 (21.40)	
การวินิจฉัยโรค			
CAD	2 (6.30)	2 (7.10)	0.64
IHD	1 (3.10)	3 (10.70)	
TVD	6 (18.80)	7 (25)	
CHF	0 (0.0)	1 (1.70)	
NSTEMI	11 (34.40)	3 (10.70)	
SVD	6 (18.80)	5 (17.90)	
DVD	4 (12.50)	4 (14.30)	
UA	2 (6.30)	3 (10.70)	
ช่วงคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย (คะแนน 1-80)			
น้อยกว่า 45 คะแนน	26 (81.30)	24 (85.70)	0.64
45 – 59 คะแนน	6 (18.80)	4 (14.30)	
60 – 74 คะแนน	0 (0.0)	0 (0.0)	
≥ 75 คะแนน	0 (0.0)	0 (0.0)	

^a Chi-square test

จากตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค และคะแนนความวิตกกังวล ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

2.4 ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประกอบด้วย การได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา การเกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (Hematoma) ความผิดพลาดในการให้ยา (Medication error) และอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังสวนหัวใจ

ตารางที่ 6 ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดฯ ก่อนและหลังพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	ก่อนพัฒนาฯ (n=32)	หลังพัฒนาฯ (n=28)	
การได้รับการดูแลในระยะแรกก่อนการสวนหัวใจครบถ้วนตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย (day 1)	28 (87.5)	28 (100.0)	0.053
การได้รับการดูแลในระยะต่อเนื่องก่อนส่งทำหัตถการ (วันที่ทำหัตถการ) และหลังการสวนหัวใจครบถ้วนตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย (day 2)	30 (93.8)	28 (100.0)	0.178
การได้รับการดูแลในระยะจำหน่ายหลังการสวนหัวใจครบถ้วนตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย (day 3)	28 (87.5)	28 (100.0)	0.053

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value ^a
	ก่อนพัฒนา (n=32)	หลังพัฒนา (n=28)	
Hematoma			< 0.001
เกิด	12 (37.5)	0 (0.0)	
ไม่เกิด	20 (62.5)	28 (100)	
Medication error (ให้ยาไม่ครบ)			0.346
เกิด	1 (3.1)	0 (0.0)	
ไม่เกิด	31 (96.9)	28 (100)	
อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อนสวนหัวใจดทำหัตถการ			0.923
เกิด	1 (3.1)	1 (3.6)	
ไม่เกิด	31 (96.9)	27 (96.4)	
อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์หลังสวนหัวใจนอนนานเกิน 3 วัน			0.346
เกิด	1 (3.1)	0 (0.0)	
ไม่เกิด	31 (96.9)	28 (100)	

^a Chi-square test

จากตารางที่ 6 ข้อมูลด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดฯ ก่อนและหลังพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางฯ ผลวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิด hematoma ในผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ในส่วนของความคลาดเคลื่อนทางยาและอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ

การอภิปรายผล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาตามวงจรพัฒนางานของเดิมมี ซึ่งจะแบ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย โดยในระยะแรกเริ่ม เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนการสวนหัวใจ โดยการประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการสวนหัวใจระยะต่อเนื่องเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการ (วันที่ทำหัตถการ) และการปฏิบัติการพยาบาลหลังการสวนหัวใจ และระยะจำหน่ายเป็นการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมทั้ง 3 ระยะสามารถนำมาปฏิบัติแล้วได้ผลจริง โดยพบว่าอุบัติการณ์การเกิด Hematoma ในผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า และดิลก ภิกขุโยทัย (2562) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะแทรกซ้อนและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่งานการพยาบาล รพ.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ Ahmed et al. (2019) ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการสวนหัวใจพบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจปัจจัยเสี่ยงการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อน ขั้นตอนการทำหัตถการจนกระทั่งการดูแล

หลังการทำการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้ในด้านผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวคิดของพยาบาลพบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ที่พัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาสูงขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thabet et al. (2019) ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ ทำให้ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2562) ที่ได้ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงเดียวภายหลังการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด ที่แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 แกรับหลังทำการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดทางหลอดเลือดแดงเดียว ระยะที่ 2 ขณะนำสายรัดข้อมือออก ระยะที่ 3 หลังนำสายรัดข้อมือออกและระยะที่ 4 หลังการสวนหลอดเลือด และผลการวิจัยพบว่า การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจน ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมบทบาทที่พยาบาลพึงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ตั้งแต่การนัดเข้ามารับการรักษาก่อนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อทำการสวนหัวใจทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ การพยาบาลก่อนและหลังทำการสวนหัวใจ ตลอดจนการดูแลติดตามวางแผนในการจำหน่าย (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, และณฤทัย นฤมานโกติน, 2562)

จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่าการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา สามารถช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่การรับจนกระทั่งจำหน่าย และส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในการวิจัยคือ การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะบุคลากรทางการพยาบาลไม่รวมถึงสหสาขาวิชาชีพอื่นอาจทำให้การปฏิบัติตามแนวทางไม่ชัดเจน และศึกษาเฉพาะในหอผู้ป่วยเดียว ผลการวิจัยมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรขนาดใหญ่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมการใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำการหัตถการอื่นๆ เช่น การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiogram) การใส่บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angioplasty) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (Permanent pacemaker implantation) การขยายหลอดเลือดและการใส่ขดลวดรักษาการตีตันของหลอดเลือดหัวใจต่อไป

2. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงโรงพยาบาลเดียวและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดเล็ก ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยในโรงพยาบาลอื่น ๆ และเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, และณฤทัย นฤมานโกติน. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 2-14.
ณัฐจิราวรรณ พันธมุง, อลิศรา อยู่เลิศลบ, และสรายุรัตน์ ลัทธิต. (2561). *ประเด็นสารธรรมดวันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2561*. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2562 จาก

<http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/61.pdf>

- โรงพยาบาลพุทธชินราช. (2561). รายงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2561. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช. (2562). รายงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2562. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.
- ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2562). ผลของโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเรเดียลภายหลังการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 4(2), 20-31.
- ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า และดิลก ภิชัยทัย. (2562). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ธท.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *พยาบาลสาร*, 46(4), 149-157.
- ศศิธร กระจ่ายกลาง. (2563). ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(3), 619-633.
- Al-Hijji, M. A., Lennon, R. J., Gulati, R., Sabbagh, A. E., Park, J. Y., Crusan, D., ...Singh, M. (2019). Safety and risk of major complications with diagnostic cardiac catheterization. *Circulation: Cardiovascular Interventions*, 12(7), 1-9.
<https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.119.007791>
- Ahmed, N. M., Azer, S. Z., Abdelmohsen, S., & Mohsen, A. A. (2019). *Effect of nursing guidelines on minimizing incidence rate of post cardiac catheterization complications*. Retrieved 24 April 2022, from
https://www.researchgate.net/publication/337414016_Effect_of_nursing_guidelines_on_minimizing_incidence_rate_of_post_cardiac_catheterization_complications
- O’Riordan M. (2017). *Ischemic heart disease the leading cause of death globally*. Retrieved 24 April 2022, from
<https://www.tctmd.com/news/ischemic-heart-disease-leading-cause-death-globally>
- Severino, P., D’Amato, A., Pucci, M., Infusino, F., Adamo, F., Birtolo, L. I., Netti, L., Montefusco, G., Chimenti, C., Lavalle, C., Maestrini, V., Mancone, M., Chilian, W. M., & Fedele, F. (2020). Ischemic heart disease pathophysiology paradigms overview: From plaque activation to microvascular dysfunction. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(21), 1-71.
<https://doi.org/10.3390/ijms21218118>
- Thabet, O. F., Ghanem, H. M., Ahmed, A. A., & Abd-ElMouhsen, S. A. (2019). Effect of developing and implementing nursing care standards on outcome of patients undergoing cardiac catheterization. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 8(1), 42-54. <https://doi.org/10.9790/1959-0801054254>
- The W. Edwards Deming Institute. (2022). PDSA Cycle. Retrieved from
<https://deming.org/explore/pdsa/>.
- Yoshimachi, F., Ikari, Y. (2018). Patient preparation, vascular access, and guiding catheter selection. In T. Watson, P. Ong, & J. Tcheng, J. (eds) *Primary Angioplasty*. Singapore: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-981-13-1114-7_7
- World Health Organization. (2019). *Cardiovascular disease*. Retrieved from
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส
COVID – 19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

Relationship between the Selection Factors and Result of the Nursing Council
Licensure Examination in the situation of the COVID-19 Outbreak of Graduate
Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Bhuddhachinaraj

ปานชนก เบิกบานดี, พยบ.¹; เอื้อการย์ ทองอินทร์, พยบ.¹; กานติมา อินแพง, พยบ.¹; ณัฐนิชา กลิ่นคำตุ้ย, พยบ.²; วิไลวัลย์
บุญอุบล, พยบ.²; ธาณิตา เป้าสกุล, พยบ.²; วรณวิสา กิจประกายมุข, พยบ.³; ศรารัตน์ ทรงศิลา, พยบ.³; บุญยาพร อ่ำเจ็ก,
พยบ.⁴; วรณพร วริทุม, พยบ.⁵; อิศราภรณ์ เย็นชื่น, พยบ.⁶; พงศกร คุ่มห้างสูง, พยบ.⁷; อัสณี วันชัย, ปร.ด.⁸

Panchanok Berkbandee, BSN.¹; Aueakan Thongin, BSN.¹; Kantima Inpang, BSN.¹; Natnicha Klinkhamtui,
BSN.²; Wilaiwan Boonubol, BSN.²; Thanita Baosakun, BSN.²; Wanwisa Kitprakaimuk, BSN.³; Sararat Songsila,
BSN.³; Boonyaporn Am-chak, BSN.⁴; Wannaphon Warithum, BSN.⁵; Itsaraporn Yenchan, BSN.⁶; Pongsakorn
Kumhangsoong, BSN.⁷; Ausanee Wanchai, Ph.D.⁸

¹โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; ²โรงพยาบาลเพชรบูรณ์; ³โรงพยาบาลนครปฐม; ⁴โรงพยาบาลดอนตูม; ⁵โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนคร
ไทย; ⁶โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพระ; ⁷สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์; ⁸วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

¹Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok; ²Phetchabun Hospital; ³ Nakhon Pathom Hospital; ⁴Don Tum Hospital; ⁵ Nakhonchai
Crown Prince Hospital; ⁶ Nong Pra Health Promoting Hospital; ⁷Phetchabun Provincial Public Health Office;
⁸Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสม
ตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้
ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของ
บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธ
ชินราชที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2562 – 2563 (รุ่นที่ 68-69) จำนวน 165 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย
วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม
เกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ และแบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.90 เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อย
ละและ ไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแรงจูงใจใฝ่
สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ
การผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .05, .05 ตามลำดับ ดังนั้นวิทยาลัย
ควรส่งเสริมให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการเตรียมตัวสอบ การสะสมเกรดเฉลี่ยและควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจ
ใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษาทุกชั้นปี เพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

คำสำคัญ: การสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง,
พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ, แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the correlation among grade point average, pre-examination behaviors, and achieved motivation with the nursing license examination of the nursing profession and midwifery registration in the situation of the COVID-19 outbreak of graduate nursing students Boromarajonani College of Nursing, Bhuddhachinaraj. The samples were selected by a simple random sampling method, comprised 165 graduated nurses from the bachelor of nursing science program in the 2019 and 2020 academic years. Data were collected by questionnaires, including four parts: personal data questionnaires, the preparation of the license examination, and achieved motivation for the license examination. The Cronbach's alpha coefficient was used to evaluate the reliability of the questionnaires. They were .90 and .98, respectively. The data were analyzed by frequency, percentage, and Chi-Square Test.

The results of the study reported that grade point average, pre-examination behaviors, and achieved motivation were significantly related to the results of nursing license examination of the nursing profession and midwifery registration in the situation of the COVID-19 outbreak of graduate nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bhuddhachinaraj ($p < .001$, .05, .05, respectively). Based on these findings, education institutions should emphasize the importance of pre-examination preparation and grade point average of nursing students and increase their motivation for taking the nursing license examination of the nursing profession and midwifery registration.

Keywords: The license examination of the first class of nursing and midwifery, Pre-examination behavior, The achieved motivation

บทนำ

การประกอบอาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2561) ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพของสังคม และสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย การควบคุมและรับรองมาตรฐานการศึกษาพยาบาลของประเทศไทยกระทำโดยสภาการพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันคุณภาพของการบริการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องสำเร็จการศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง และผ่านการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง ตามที่ระบุในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 (สภาการพยาบาล, 2561) โดยสภาการพยาบาลกำหนดให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต้องทดสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง วิชาที่จัดสอบ มี 8 รายวิชา ได้แก่ การผดุงครรภ์ การพยาบาลมารดาและทารก, การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น, การพยาบาลผู้ใหญ่, การพยาบาลผู้สูงอายุ, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์, การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น และกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีคะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ทุกรายวิชา (สภาการพยาบาล, 2564)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานการศึกษาพยาบาลโดยสภาการพยาบาล และทำหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาเป็นปีที่ 73 แล้ว ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ทำให้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ทั้งหมด ตามมาตรการของทางจังหวัดพิษณุโลก ทำให้มีผลกระทบต่อการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตทุกชั้นปี โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 ที่กำลังจะจบการศึกษาและจะต้องทดสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ซึ่งผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์สภาการพยาบาลชั้นหนึ่ง จากสถิติย้อนหลังสามปี พบว่าปีการศึกษา 2561 สอบผ่าน ร้อยละ 67.42 ปีการศึกษา 2562 สอบผ่านร้อยละ 93.53 และปีการศึกษา 2563 สอบผ่านร้อยละ 51.08 ซึ่งจะเห็นได้ว่าในปีการศึกษา 2563 มีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 51.08 แม้ว่าในที่สุดบัณฑิตจะสามารถสอบผ่านและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ แต่หากพิจารณารายละเอียดจะพบว่า ร้อยละในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งผ่านมีเปอร์เซ็นต์ลดลง โดย พิจารณาจาก ปีการศึกษา 2562 สอบผ่านร้อยละ 93.53 และปีการศึกษา 2563 สอบผ่านร้อยละ 51.08 ในปีการศึกษา 2563 มีผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ร้อยละในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งผ่านมีเปอร์เซ็นต์ลดลง ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ บัณฑิตพยาบาลที่ไม่มีใบอนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจะสามารถปฏิบัติงานได้เฉพาะในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว และอาจไม่ได้รับค่าตอบแทนต่างๆ ได้แก่ ค่าตอบแทนสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข ค่าตอบแทนวิชาชีพขาดแคลนและค่าประสบการณ์ ค่าตอบแทนตามประกาศของแต่ละสถานพยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตามบัณฑิตที่สอบไม่ผ่านในครั้งแรกต้องใช้เวลาในการทบทวนเนื้อหาเพื่อเตรียมสอบใหม่ในขณะที่อาจกำลังเริ่มเข้าทำงาน สร้างความกังวลใจและความยากลำบากในการปรับตัวในการทำงานอีกครั้ง (เกศราภรณ์ ชูพันธ์ และคณะ, 2563)

ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2564 ยังพบการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ในประเทศไทย และพบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แพร่กระจายในหลายจังหวัดและมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ตามคำสั่งจังหวัดพิษณุโลก ที่ 5137/2564 เรื่องมาตรการป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19 ตามข้อที่ 4 มาตรการปิดสถานที่ชั่วคราว กำหนดให้ปิดสถานที่ชั่วคราว หอพักในโรงเรียน มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษาหากมีความจำเป็นต้องใช้สถานที่ดังกล่าว ให้ขออนุญาตต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิษณุโลก สำหรับโรงเรียน มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา สถาบันกวดวิชา ให้ใช้การเรียนการสอนในระบบออนไลน์หรือรูปแบบอื่น ๆ ที่มีใช้การเรียนการสอนในชั้นเรียน หากไม่สามารถดำเนินการได้ให้ขออนุญาตต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดพิษณุโลก (ผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก, 2564) ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชจึงได้มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ทั้งหมด อีกทั้งยังมีการปรับการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยให้เป็นการฝึกในห้องปฏิบัติการ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มีหลายปัจจัย อาทิการศึกษาของณัฐพร อุทัยธรรม และคณะ (2561) ที่พบว่า ปัจจัยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การเตรียมตัวก่อนสอบ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของบัณฑิตและ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการเตรียมความพร้อมให้กับบัณฑิต มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิต ในขณะที่การศึกษาของสกวเดือน โอตมี และคณะ (2561) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ผลการสอบรวบยอดของสถาบันอุดมศึกษา เอกชน (สสอท.) ในขณะที่เกรตเฉลียสะสม พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ ทักษะคิดต่อการสอบ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเตรียมตัวสอบไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบของนักศึกษา

อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยที่ได้กล่าวมาเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่งในช่วงสถานการณ์ที่ปกติ ไม่มีการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 แต่ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่งในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เนื่องจากได้รับผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนวิธีการสอนจากการระบาดของไวรัส COVID-19 โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชในรุ่นปัจจุบันที่ยังได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 ให้มีความพร้อมก่อนสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

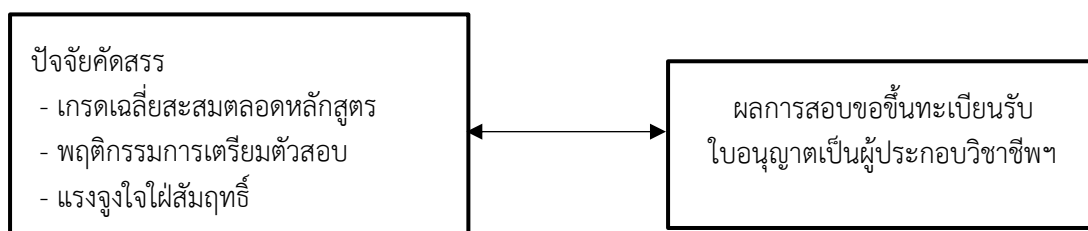
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช โดยเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช รุ่นที่ 68 และ 69 จำนวน 165 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราชที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2562 (รุ่นที่ 68) จำนวน 138 คน และบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2563 (รุ่นที่ 69) จำนวน 142 คน รวมทั้งหมด 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 165 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการสุ่มแบบจับฉลาก โดยการเขียนชื่อสมาชิกของประชากรทุกตัวลงในฉลาก แล้วจับฉลากตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแบบไม่ใส่กลับคืน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, รุ่นที่สำเร็จการศึกษา, เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรและผลการสอบใบประกอบวิชาชีพพยาบาลในการสอบครั้งแรก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามของชลธิชา ชลสวัสดิ์ และกรองแก้ว ราชวรดี (2558) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบด้านวิชาการและด้านร่างกาย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง เป็นประจำ, 4 หมายถึง บ่อยครั้ง, 3 หมายถึง ปานกลาง, 2 หมายถึง เป็นบางครั้ง, และ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

1.00 - 1.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบระดับน้อยที่สุด 1
1.51 - 2.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบระดับน้อย 2
2.51 - 3.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบระดับปานกลาง 3
3.51 - 4.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบระดับมาก 4
4.51 - 5.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบระดับมากที่สุด 5

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามของชลธิชา ชลสวัสดิ์ และกรองแก้ว ราชวรดี (2558) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความทะเยอทะยาน จำนวน 7 ข้อ, ด้านความกระตือรือร้น จำนวน 8 ข้อ, ด้านความกล้าเสี่ยง จำนวน 7 ข้อ, ด้านความรับผิดชอบตนเอง จำนวน 7 ข้อ, ด้านการวางแผน จำนวน 5 ข้อ และด้านการมีเอกลักษณ์ของตนเอง จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 39 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง มากที่สุด, 4 หมายถึง มาก, 3 หมายถึง ปานกลาง, 2 หมายถึง น้อย, และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

1.00 - 1.50	หมายถึง	มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในระดับน้อยที่สุด
1.51 - 2.50	หมายถึง	มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในระดับน้อย
2.51 - 3.50	หมายถึง	มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในระดับปานกลาง
3.51 - 4.50	หมายถึง	มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในระดับมาก
4.51 - 5.00	หมายถึง	มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในระดับมากที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ชลธิชา ชลสวัสดิ์ และกรองแก้ว ราษฎร์ (2558) ได้นำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.87 และ 0.98 ตามลำดับ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำทดลองใช้กับบัณฑิตพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมและแบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เท่ากับ 0.904 เท่ากับ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะขอรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ได้รับการรับรองเลขที่ SN 01/2564 ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมีคำอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและบทบาทของการเข้าร่วมการวิจัยในหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ ก่อนขอรับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผลใด ๆ และผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับผู้เข้าร่วมวิจัยว่าการขอถอนตัวจากการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลที่เป็นความลับ เก็บไว้ในสถานที่ที่ปลอดภัย มีการใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเพื่อการศึกษา และนำเสนอโดยภาพรวม ไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับประธานบัณฑิตรุ่นที่ 68 และ รุ่นที่ 69 เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับบัณฑิตรุ่นที่ 68 และรุ่นที่ 69 ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการส่งแบบสอบถามทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน จากนั้นผู้วิจัยติดตามรวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ
2. ระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทั้งโดยภาพรวม วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID – 19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชโดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=165)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	15.2
หญิง	140	84.8
รุ่น		
รุ่นที่ 68	86	52.1
รุ่นที่ 69	79	47.9
เกรดเฉลี่ย		
2.01 - 2.50	1	0.6
2.51 - 3.00	42	25.5
3.01 - 3.50	103	62.4
3.51 - 4.00	19	11.5
ผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯ		
ผ่าน	134	81.2
ไม่ผ่าน	31	18.8
รวม	165	165

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.8 เป็นบัณฑิตรุ่นที่ 68 ร้อยละ 52.1 มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01 - 3.50 ร้อยละ 64.4 และสอบผ่านการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯ ชั้นหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 81.2

ข้อมูลระดับพฤติกรรมเตรียมตัวสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมเตรียมตัวสอบของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมเตรียมตัวสอบ	ความถี่	ร้อยละ
น้อย ($\bar{X}$ = 1.51-2.50)	4	2.40
ปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.51-3.50)	32	19.40
มาก ($\bar{X}$ = 3.51-4.50)	116	70.30
มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.51-5.00)	13	7.90
รวม	165	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมเตรียมตัวสอบ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.4 ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.9 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 2.4

ข้อมูลระดับแรงงใจไฟ้สัณฤธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับแรงงใจไฟ้สัณฤธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ระดับแรงงใจไฟ้สัณฤธิ์	ความถี่	ร้อยละ
ปานกลาง ($\bar{X} = 2.51 - 3.50$)	18	10.90
มาก ($\bar{X} = 3.51 - 4.50$)	116	70.30
มากที่สุด ($\bar{X} = 4.51 - 5.00$)	31	18.80
รวม	165	100.00

ตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ระดับแรงงใจไฟ้สัณฤธิ์ อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 70.3 รองลงมา คือ ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.8 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.9

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแรงงใจไฟ้สัณฤธิ์ กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแรงงใจไฟ้สัณฤธิ์ กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯ ชั้นหนึ่ง				χ^2	p-value
	ผ่าน		ไม่ผ่าน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร						
สูงมาก (3.51-4.0)	19	11.52	0	0	20.8	.000*
สูง (3.01-3.50)	89	53.94	14	8.49		
ปานกลาง (2.51-3.00)	26	15.76	16	9.70		
ต่ำ (2.01-2.50)	0	0	1	0.60		
พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ						
มากที่สุด	12	7.27	1	0.60	22.7	.05*
มาก	102	61.82	14	8.49		
ปานกลาง	19	11.52	13	7.88		
น้อย	1	0.60	3	1.82		
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์						
มากที่สุด	31	18.79	0	0	15.02	.05*
มาก	93	56.36	23	13.94		
ปานกลาง	10	6.60	8	4.85		

*p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่าเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบและแรงงใจไฟ้สัณฤธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 70.3 ($\bar{X} = 3.51-4.50$) เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สำเร็จการศึกษามีพฤติกรรมในการเตรียมตัวสอบที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของชลธิชา ชลสวัสดิ์ และกรองแก้ว ราชฤทธิ์ (2558) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการสนับสนุนจากอาจารย์ในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของผู้สำเร็จการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ที่พบว่าผู้สำเร็จการศึกษามีพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.52$, $SD=0.61$) และการศึกษาของเกศราภรณ์ ชูพันธ์ และคณะ (2563) ที่พบว่าพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560 อยู่ในระดับดี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 70.3 ($\bar{X} = 3.51-4.50$) เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้สำเร็จการศึกษามีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเตรียมตัวสอบที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของชลธิชา ชลสวัสดิ์และกรองแก้ว ราชฤทธิ์ (2558) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการสนับสนุนจากอาจารย์ในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพของผู้สำเร็จการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ที่พบว่าผู้สำเร็จการศึกษามีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.40$)

ผลการวิจัยพบว่าเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรของบัณฑิต มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรเป็นตัวแสดงให้เห็นถึงความสามารถของบัณฑิตแต่ละบุคคลในด้านต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการได้รับประสบการณ์จากกระบวนการเรียนการสอนของอาจารย์ ผ่านการวัดและประเมินผลอย่างเป็นระบบ และยังแสดงให้เห็นถึงการมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาที่เรียนในหลักสูตรและสามารถนำไปใช้ในการคิดวิเคราะห์ข้อสอบในการสอบขึ้นทะเบียน เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ในการสอบครั้งแรก ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของชุดิมา บุณณนิต และคณะ (2562) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยสะสมมีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์อย่างไม่มีนัยสำคัญและสอดคล้องกับวิจัยของศิริญา คงอยู่ (2560) ที่พบว่า เกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับวิจัยของณัฐพร อุทัยธรรม และคณะ (2561) ที่พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรของบัณฑิต (GPA) มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในการสอบครั้งแรกของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมค่อนข้างสูง (3.01-3.50) ดังนั้นข้อค้นพบนี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบมีความสัมพันธ์กับผลการสอบขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การที่บัณฑิตมีพฤติกรรมในการเตรียมตัวก่อนที่ที่จะช่วยให้บัณฑิตมีความพร้อมในตนเอง การจัดการตนเองในการอ่านหนังสือ มีการนำข้อสอบเก่ามาทบทวน ทำให้ความพร้อมในเรื่องของความรู้ที่จะใช้สอบ และมีอาจารย์ช่วยเหลือในโครงการทบทวนความรู้ก่อนสอบเป็นผลให้บัณฑิตมีความพร้อมในการสอบ (สกวเดือน โอตมี และคณะ, 2561) ทั้งนี้หากสถาบันการศึกษามีโปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้สำเร็จการศึกษาได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้น

ทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความพร้อมให้นักศึกษามากขึ้น (ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล และคณะ, 2560)

ผลการวิจัย พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบัณฑิตมีความปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน จะไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคที่ขัดขวางเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งพบว่าผลการสอบขึ้นทะเบียน เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ครั้งแรกนี้มีความสำคัญในชีวิต เพราะส่งผลต่อค่าตอบแทนต่างๆ และเป็นความภูมิใจของบัณฑิตเป็นอย่างดีซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ญัฐพร อุทัยธรรม และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของบัณฑิตมีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในการสอบครั้งแรกของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่าเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรมีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยควรเพิ่มกระบวนการบริหารวิชาการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น เพิ่มการทบทวนความรู้ระหว่างการฝึกปฏิบัติในทุกวิชา สร้างกลยุทธ์ในการพัฒนาการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในทุกระดับชั้นให้มีความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาวิชาที่เรียนทุกรายวิชา เพื่อให้ผลการเรียนอยู่ในระดับดี กระตุ้นให้นักศึกษาในทุกระดับชั้นตระหนักถึงความสำคัญของการสะสมความรู้ในการเรียนทุกรายวิชาตลอดหลักสูตร

2. จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมเตรียมตัวสอบมีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยควรเน้นย้ำและชี้ให้นักศึกษาเห็นถึงความสำคัญของการเตรียมตัวสอบ ทั้งในด้านความรู้ และการเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนการสอบ เช่น การนำข้อสอบเก่ามาอ่านทบทวนครบทั้ง 8 วิชาก่อนสอบ เป็นต้น

3. จากการศึกษาพบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์กับผลการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษาทุกชั้นปี โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียน เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ตั้งใจเรียนในรายวิชาต่างๆ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานและการสอบข้อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัส COVID-19 ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช โดยศึกษานักศึกษาที่อยู่ชั้นปีที่ 4 และมีการติดตามผลสัมฤทธิ์จากการใช้ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น การจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง รูปแบบการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้สอน ฐานะทางการเงินของผู้ปกครอง ความพร้อมของอุปกรณ์สนับสนุนการเรียนและระบบเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศกับการเรียนแบบออนไลน์ของนักศึกษา เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการสอบวัดความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนที่มีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของผู้สำเร็จการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- เกศราภรณ์ ชูพันธ์, พนิดา พาลี, และปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 74-84.
- กองการพยาบาล. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. นนทบุรี: กองการพยาบาล.
- ชุติมา บุณยนิสิต, อธิศา สีนาค, นกัศวรณ บุญประเสริฐ และราตรี เทียงจิตต์. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่*, 10(2), 229-248.
- ชลธิชา ชลสวัสดิ์ และกรองแก้ว ราษฎร์ดี. (2558). พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการสนับสนุนอาจารย์ในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพของผู้สำเร็จการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. *วารสารพยาบาล*, 64(3), 59-67.
- ณัฐพร อุทัยธรรม, ภูษณิศา ไทยสงฆ์, ปวีณา ศรีศิริยะกุล, และสุภาดา พุ่มพวง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(3), 35-45.
- ธนวันต์ ศรีอมรรตกุล, จันทร์เพ็ญ นิลวัชรณ, จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร, มัตถก ศรีคล้อ, อุไร นิโรธนันท์, และจิตรลดา ศรีสารคาม. (2560). ผลของการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อความพร้อมและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 33(2), 43-53.
- ผู้ว่าราชการจังหวัดพิษณุโลก. (2564). *คำสั่งจังหวัดพิษณุโลกที่ 5137/2564 เรื่อง มาตรการป้องกันการแพร่โรคติดเชื้อโควิด 19*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2564. จาก https://www.hinlad.go.th/dnm_file/news/825331841_center.pdf
- ศิริณญา คงอยู่. (2560). ปัจจัยทำนายผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 228-236.
- สกาเดือน โอตมี, ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์, วราภา สิทธิภิมย์, และชยมน บุญลักษณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 4(1-2), 54-66.
- สภาการพยาบาล. (2561). *สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2565 จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
- สภาการพยาบาล. (2564). *กำหนดการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประจำปี พ.ศ. 2565*. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2565. จาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/pagard_2565.pdf

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก: กรณีศึกษา

Nursing Care for Patient with Colangiocarcinoma with Obstructive Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok: Case study

สุประภัสร์ ศรีสะเกตุ, พยบ.

Suprakit Srisaket, BSN.

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

E-mail: Suprakit_lk@hotmail.com

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีกลับไปบ้านมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสายระบายน้ำดีอุดตันซึ่งนำไปสู่ภาวะอื่นได้ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะแทรกซ้อนสายระบายน้ำดีอุดตัน จำนวน 1 รายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีประวัติกลับมาใส่สายระบายน้ำดีซ้ำหลายครั้งจากภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาในระดับปานกลาง จากการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการเปลี่ยนสายระบายน้ำดี และได้รับการพยาบาลขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 1) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการ และระยะหลังทำหัตถการ และ 2) การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และแพทย์ได้อนุญาตให้กลับบ้านได้หลังจากเปลี่ยนสายระบายน้ำดีใหม่และผู้ป่วยมีอาการคงที่ คำแนะนำก่อนกลับบ้านประกอบด้วยคำแนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการไข้ การดูแลสายระบายน้ำดีและแผล การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติหรืออาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การมาตรวจตามนัด และการส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี การใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

Patient with cholangiocarcinoma who is discharged from a hospital is more likely to have a complication, such as obstructive percutaneous transhepatic biliary drainage that can lead to other complications. This case study aimed to present nursing care for one patient admitted at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok who had obstructive percutaneous transhepatic biliary drainage. Data were collected from medical records and interviewed patients. The nursing process was used to perform nursing diagnoses and nursing care. The results of the study found that the case study had a history of the obstruction of percutaneous transhepatic biliary drainage many times after discharge. The patient had moderate anxiety about the disease. For this admission, patients received treatment by changing the drainage. Nursing care was divided into 2 objectives: 1) nursing care to prevent complications while treated in the hospital, which was divided into 3 phases: 1) nursing care before the procedure, 2) nursing care during the procedure, and 3) nursing care after the procedure; and 2) nursing care to prevent complications when patients were discharged from the hospital. The patient was discharged by a doctor after revising the percutaneous transhepatic biliary drainage and the symptom was stabilized. Health education before discharge included continuing home medication, observing fever symptoms, taking care of bile drains and wounds, responding to abnormal signs and symptoms that require a doctor's appointment before, and promoting proper nutrition.

Keywords: Cholangiocarcinoma, Percutaneous transhepatic biliary drainage, Complication

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นภาวะที่รุนแรงและสามารถคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยอุบัติการณ์โดยรวมของมะเร็งท่อน้ำดีระหว่างปี 2544 ถึง 2558 อยู่ที่ 1.26 ต่อ 100,000 คนต่อทั้งในผู้ชายและผู้หญิงซึ่งพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี (Patel & Benipal, 2019) ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุโดยเฉพาะคนเอเชีย คนผิวขาว และชาวแอฟริกันอเมริกัน et, 2016) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 14.6 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ซึ่งส่วนมากมักพบในผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมักจะอาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Treeprasertsuk et al., 2017) มะเร็งท่อน้ำดีอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ การรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบๆ มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง และการดื่มสุรา (Kamsa-ard et al., 2018) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมักมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลาม เนื่องจากผู้ป่วยไม่แสดงอาการในระยะแรกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกในตับทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี การรักษาโดยการผ่าตัดไม่ได้ผล รวมไปถึงการตอบสนองต่อยาต้านมะเร็งไม่ดี และการใช้รังสีรักษาไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายได้ (Banales et al., 2016) ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงมักจะเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการเกี่ยวข้องกับภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (ดีซ่าน ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีซีด หรือคันตามผิวหนัง) การจัดการที่เหมาะสมคือการระบายน้ำดีเพื่อบรรเทาอาการอุดตันของทางเดินน้ำดี (Acquisto et al., 2018) ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การส่องกล้องตรวจรักษาท่อน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic

retrograde cholangiopancreatography: ERCP) และการใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD) จากการศึกษาเปรียบเทียบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำ ERCP และ PTBD พบว่า เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยรวมเท่ากับ 8.6% สำหรับการระบายน้ำดีสองกล้อง (ERCP) และ 12.3% สำหรับการระบายน้ำดีทางเดินน้ำดีทางผิวหนัง (PTBD) (Inamdar et al., 2016) ถึงแม้ว่า PTBD จะส่งผลกระทบต่อและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยมากกว่าการทำ ERCP แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะดีซ่านจากท่อน้ำดีอุดตันและไม่สามารถทำการรักษาผ่านทาง ERCP ได้สำเร็จก็ยังคงมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาโดย PTBD

Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage (PTBD) หมายถึงการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีเพื่อช่วยระบายน้ำดี เป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีการอุดตันของทางเดินน้ำดีแบบประคับประคองที่ค่อนข้างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการลดอาการดีซ่าน (Riauka, Ignatavičius, & Barauskas, 2018) จากการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดี พบว่า ผู้ป่วยหลังใส่สายระบายน้ำดีมีค่าเฉลี่ยการรอดชีวิตอยู่ที่ 46 วัน เมื่อศึกษาที่ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนและ 12 เดือนเท่ากับ 64%, 27%, 7% และ 1% ตามลำดับ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับบิลิรูบิน ระดับครีเอตินินในเซรัม อัลบูมินในเซรัม น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด และการแพร่กระจายของมะเร็งในตับ (Tuqan et al., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่มีสายระบายน้ำดี (PTBD) มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการระบายน้ำดี (Nennstiel et al., 2015)

การใส่สายระบายทางเดินน้ำดีอาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงถึงชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากการคายระบายน้ำดีกลับบ้าน เช่น การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในระหว่างการรักษาด้วย PTBD ได้แก่ มีการปัสสาวะรั่วซึมออกนอกสายระบาย มีไข้ ปวด การเคลื่อนหลุดของสายและ ท่อน้ำดีอักเสบจากการอุดตันของสายสวน (Rafiq, et al., 2019) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหลังใส่สายระบายน้ำดีกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดทำหัตถการจนถึงหลังทำหัตถการและผู้ป่วยกลับบ้าน ได้แก่ น้ำดีรั่วซึมออกนอกสายระบาย เลือดออก ปวดท้อง ลำไส้ทะลุ ท่อน้ำดีอักเสบ ท่อระบายอุดตัน ปวดและมีไข้หลังทำหัตถการ น้ำดีออกน้อย และเกิดฝีในช่องท้อง (Sarwar et al., 2019) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีจำเป็นต้องมีการพยาบาลทั้งระยะก่อน ขณะและหลังจำหน่าย โดยเฉพาะการติดตามและการประเมินผลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น ท่อน้ำดีอักเสบ ติดเชื้อ และอุดตัน ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อาจลดลงจากการเจ็บป่วยได้

ปัจจุบันมีการศึกษาถึงการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีจำนวนมาก เพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลในการกลับไปอยู่ที่บ้านและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Rattanakanlaya et al., 2021) และการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบองค์รวม คือ การประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทุกด้าน ตั้งแต่การช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและรวดเร็ว การให้ข้อมูลวิธีการตรวจ เน้นการให้ข้อมูลการดูแลตนเอง (Phujomjit, 2021) แต่ยังไม่มีการการศึกษาถึงการพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีขณะอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นในการศึกษารังนี้ผู้ศึกษาจึงตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล โดยการแบ่งการศึกษาออกเป็นระยะก่อนทำหัตถการ ระหว่างทำหัตถการ และหลังทำหัตถการ ผ่านการศึกษากฎนิศึกษาจำนวน 1 ราย ที่มีอาการตัวตาเหลือง ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีและกลับมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดซ้ำด้วยภาวะสาย

ระบายน้ำดีอุดตัน โดยพยาบาลจะต้องมีการประเมิน การวางแผน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปพัฒนาระบบการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีในแผนกรังสีร่วมรักษา ผู้ศึกษาคาดว่าการศึกษานี้จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันให้กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหน่วยรังสีรักษา อีกทั้งหน่วยงานยังสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายจากการเปลี่ยนสายระบายน้ำดีซ้ำ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีและมีภาวะแทรกซ้อนสายระบายน้ำดีอุดตัน
2. เพื่อเผยแพร่กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดีและมีภาวะแทรกซ้อนสายระบายน้ำดีอุดตัน

ขอบเขตการศึกษา

1. การศึกษาประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล
2. เป็นการศึกษาผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังการได้รับการใส่สายระบายน้ำดี
3. ศึกษากรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ในระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน – 30 กันยายน พ.ศ. 2563

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาข้อมูลประวัติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี และคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาสายระบายน้ำดีอุดตัน มีการเปลี่ยนสายระบายน้ำดี และมีประวัติการเข้ารับการรักษาเปลี่ยนสายระบายน้ำดีซ้ำ ในระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน – 30 กันยายน พ.ศ. 2563
2. ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษาและเผยแพร่ข้อมูลการศึกษาโดยไม่มีชื่อผู้ป่วย เป็นการให้เกียรติในความเป็นบุคคลและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
3. นำข้อมูลที่ได้รวบรวมมาทำการวิเคราะห์ดำเนินการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ทั้งก่อน ขณะ และหลังการได้รับการใส่สายระบายน้ำดี

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ น้ำดีขี้นรอบแผล และไม่ไหลลงถุงรองรับน้ำดี 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน (Obstruction PTBD) โดยผู้ป่วยให้ประวัติว่า 5 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลได้รับการรักษามะเร็งท่อน้ำดีโดยการใส่สายระบายน้ำดีแบบคาไว้ที่บ้าน หลังจากนั้นผู้ป่วยมีประวัติกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ด้วยอาการสายระบายน้ำดีเลือดหลุด มีเลือดซึมออกมารอบสาย มีปวดท้องและอาเจียนร่วมด้วยบ่อยครั้ง ล่าสุด 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการน้ำดีไม่ไหลลงถุงรองรับน้ำดี และมีน้ำดีขี้นรอบแผล ไม่มีไข้ ไม่อึดแน่นท้อง

การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยแรกรับ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีสารเข้าใจ ช่วยเหลือตนเองได้ ตาเหลืองตัวเหลืองมาก ไม่มีไข้ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 116/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ตรวจร่างกายทั่วไปพบผู้ป่วยมีรูปร่างผอมบางผิวเหลืองซีด อุณหภูมิผิวหนังเย็น มีอาการอ่อนเพลีย เยื่อบุตาซีดตาขาวมีลักษณะสีเหลือง มีแผลผ่าตัดเต้านมด้านขวา เมื่อประมาณ 5 ปีที่แล้ว Capillary refilling time > 2 seconds หน้าท้องมีแผลใส่สายระบายน้ำดี มีน้ำดีซึมเปื้อนก๊อชบริเวณรอบๆ แผล มีอึดแน่นท้อง กดไม่เจ็บ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct = 28%, Hb = 8.7 g/dl มีค่าการแข็งตัวของเลือดต่ำกว่าปกติ PTT = 17.4 sec และมีผลการตรวจการทำหน้าที่ของตับผิดปกติ (Albumin=3.1, Globulin = 5.2, Total bilirubin = 5.4, Direct = 2.6, Indirect = 2.8, Alkaline phosphatase = 298, SGOT = 92, SGPT = 53) จากการสอบถาม ผู้ป่วยให้ประวัติว่าไม่เข้าใจกระบวนการรักษาและการปฏิบัติตัวที่บ้านจึงทำให้มารับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่สายระบายน้ำดี โดยผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางวิตกกังวลกับการต้องมาโรงพยาบาลบ่อยเนื่องจากไม่มีญาติที่จะคอยช่วยเหลือและพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

การตั้งข้อวินิจฉัยทางพยาบาล

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาจากภาวะแทรกซ้อนหลังใส่สายระบายน้ำดี โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน เช่น การดูแลแผล การสังเกตการไหลของน้ำดี และการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่อย่างไรก็ตามการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะการทำหัตถการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมตัวก่อนได้รับการทำหัตถการ ตลอดจนการเตรียมผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้น การพยาบาลสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำดี ในกรณีศึกษาจึงประกอบไปด้วย 1 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการ และระยะหลังทำหัตถการ และ 2 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำที่ตับจากการใส่ขดลวดนำทางตามท่อน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกรู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง
2. จากการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยที่ผิวหนังเหลืองซีด เย็น มีลักษณะของเปลือกตาซีดหน้าท้องมีแผลใส่สายระบายน้ำดี มีน้ำดีซึมเปื้อนก๊อชบริเวณรอบๆ แผล มีอึดแน่นท้อง capillary refilling time >2 seconds
3. จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยมีค่าการแข็งตัวของเลือดต่ำ PT = 17.4 sec, PTT = 32.5 sec, INR = 1.58 และผู้ป่วยมีค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำ Hct = 28%, Hb = 8.7 g/dl plt = 217,000

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำที่ตับจากการใส่ขดลวดนำทางตามท่อน้ำดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับก่อนทำหัตถการ (BP > 90/60 , < 140/90 mmHg, PR = 60-100 ครั้งต่อนาที RR = 16-20 ครั้งต่อนาที O₂ Sat > 95%)
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด อึด แน่นท้อง

3. ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการแข็งตัวของเลือดปกติ (PT = 10 - 12.5 sec PTT = 19 - 28.3 sec, INR < 1, plt = 140,00 - 450,000, Hct = 36 - 48%) 4. ไม่มีเลือดออกจากแผลที่ทำการเปลี่ยนสายระบายน้ำดี 5. ลักษณะของน้ำดีที่ระบายออกมามีลักษณะสีเหลืองปกติไม่มีเลือดปนออกมาในถุงรองรับน้ำดี 6. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะ shock ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ความดันเลือดต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง		
การพยาบาล		
ระยะก่อนทำหัตถการ	ขณะทำหัตถการ	ระยะหลังทำหัตถการ
1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และลงบันทึกทางการพยาบาล ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที 2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, PT, PTT และ INR รายงานแพทย์ก่อนทำหัตถการทุกครั้ง 3. ป้องกันการสูญเสียเลือดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยการแข็งตัวผิดปกติ โดยการหลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ และการเจาะเลือดโดยไม่จำเป็น	1. เฝ้าระวังสัญญาณชีพขณะทำหัตถการทุก 5 นาที โดยเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นระยะ รวมถึงการลงบันทึกทางการพยาบาล ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที 2. เฝ้าระวังอาการขณะทำหัตถการที่แสดงถึงภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงจากการเลือดออก เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าซีดและเย็น หากมีให้รับรายงานแพทย์รับทราบเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทันที	1. ประเมินสัญญาณชีพติดตามทุก 15 นาที 4 ครั้ง ถ้าคงที่ติดตามทุก 30 นาที หรือ 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ โดยประเมินและสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นระยะ รวมถึงการลงบันทึกทางการพยาบาล ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที 2. ตรวจสอบแผลบริเวณที่เปลี่ยนสายระบายน้ำดีและถุงรองรับน้ำดีทุก 15 นาที ถ้าพบว่ามีเลือดซึมออกที่บริเวณแผลและถุงรองรับน้ำดีต้องรับรายงานแพทย์รับทราบทันที 3. ประเมินอาการหลังทำหัตถการที่แสดงถึงภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าซีดและเย็น หากพบให้รับรายงานแพทย์รับทราบ 4. แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติหลังกลับบ้าน เช่น มีไข้ ปวดท้อง หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก มีเลือดออกรอบแผลที่ใส่สายระบายน้ำดี หรือที่ถุงระบายน้ำดีให้กลับมาพบแพทย์ทันที
สรุปผลการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน		
ระยะก่อนทำหัตถการ	ขณะทำหัตถการ	ระยะหลังทำหัตถการ
ก่อนทำหัตถการ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และมีภาวะซีด รายงานแพทย์ รับทราบ ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ	ในขณะทำหัตถการผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพเพื่อติดตามอาการทุก 5 นาที พบว่าปกติและไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะสูญเสียเลือดมากผิดปกติ	ระยะหลังได้รับการทำหัตถการ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีปวด อืด แน่นท้อง ไม่มีอาการหน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น บริเวณแผลที่เปลี่ยนสายระบายน้ำดีไม่มีเลือดซึมและน้ำดีไหลลงถุงรองรับน้ำดีปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลบริเวณตำแหน่งที่ได้รับการเปลี่ยนสายระบายน้ำดี
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดจุกท้องขณะเปลี่ยนสายระบายน้ำดี
2. สีหน้าไม่สุขสบายมีอาการขยับตัวเล็กน้อยขณะเปลี่ยนสายระบายน้ำดี หน้ามึนวิ้งๆขณะเปลี่ยนอิริยาบถจากการประเมินระดับความปวดขณะทำหัตถการ ระดับคะแนน Pain score = 7

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงและมีความสุขสบายมากขึ้นทั้งขณะทำหัตถการและหลังทำหัตถการ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำหัตถการเปลี่ยนสายระบายน้ำดี
2. ผู้ป่วยมีระดับ Pain score ไม่เพิ่มขึ้น หรือ ลดลงอย่างน้อย 2 ระดับ
3. ผู้ป่วยสามารถนอนราบได้ไม่ขยับตัวขณะเปลี่ยนสายระบายน้ำดี
4. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และบ่นปวดแผลลดลง

การพยาบาล

ระยะก่อนทำหัตถการ	ขณะทำหัตถการ	ระยะหลังทำหัตถการ
1. แนะนำขั้นตอนขณะเปลี่ยนสายระบายน้ำดีแก่ผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ โดยบอกถึงขั้นตอนทำหัตถการผู้ป่วยจะมีอาการปวดจุกแน่นท้องได้ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการขณะใส่สายระบายน้ำดี	1. ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมิน Numerical rating scale ขณะทำหัตถการ หากพบว่ามีค่าคะแนน > 7 ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อขอยาแก้ปวดให้แก่ผู้ป่วย 2. พูดคุย แนะนำ ให้กำลังใจขณะเปลี่ยนสายระบายน้ำดีเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ 3. ติดตามสัญญาณชีพขณะทำหัตถการ หากพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงอาจมีผลมาจากความเจ็บปวดและอีกเสบบริเวณแผลได้ ให้ลงบันทึกทางการพยาบาล และรายงานแพทย์ทราบทันที	1. ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยแบบประเมิน Numerical rating scale หลังทำหัตถการ โดยหากพบว่ามีค่าคะแนน > 7 ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อขอยาแก้ปวดให้แก่ผู้ป่วย 2. ดูแลความสุขสบาย จัดท่าให้เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายและใช้หมอนหนุนใต้เข่าเพื่อลดอาการปวดตึงแผล 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ลดสิ่งรบกวนหลังทำหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 4. สังเกตสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย และพูดคุยให้ข้อมูลเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

สรุปผลการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ระยะก่อนทำหัตถการ	ขณะทำหัตถการ	ระยะหลังทำหัตถการ
ผู้ป่วยได้รับการแนะนำขั้นตอนการเปลี่ยนสายระบายน้ำดีระยะก่อนเข้าทำหัตถการ ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพิ่มมากขึ้น และมีสีหน้าคลายวิตกกังวล	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำหัตถการเป็นอย่างดี ขณะทำหัตถการผู้ป่วยบ่นปวดเล็กน้อย Pain score = 5 พอทนได้ และไม่ได้ขอยาแก้ปวด ขณะทำหัตถการผู้ป่วยนอนราบในท่าเหมาะสมได้ มีการขยับตัวเล็กน้อยแต่ทนได้ มีสีหน้าไม่สุขสบายขณะที่เปลี่ยนสายระบายน้ำดี ไม่มีสัญญาณชีพผิดปกติ	ผู้ป่วยได้รับการจัดท่าให้สุขสบาย ไม่มีสิ่งรบกวน ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหลังจากได้พูดคุยกับทีมแพทย์และพยาบาลถึงวิธีการทำและการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวลและสามารถกลับบ้านได้โดยไม่มีอาการปวดรุนแรงหลังทำหัตถการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในถุงน้ำดีเนื่องจากสายระบายน้ำดีอุดตันหลังเปลี่ยนสายระบายน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากประวัติการมารับการเปลี่ยนสายระบายน้ำดีซ้ำ ผู้ป่วยบอกว่าน้ำดีไม่ไหลลงถุงรองรับน้ำดี มีอาการปวดอึดแน่นท้อง คลื่นไส้ รับประทานอาหารไม่ได้
2. สังเกตบริเวณรอบแผลมีน้ำดีรั่วซึมรอบสายระบายน้ำดี และระดับของน้ำดีในถุงรองรับน้ำดีมีจำนวนเท่าเดิม ผู้ป่วยมีอาการตัว ตา เหลือง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า Albumin = 3.1, Globulin = 5.2, Total bilirubin = 5.4, Direct = 2.6, Indirect = 2.8, Alkaline phosphatase = 298, SGOT = 92, SGPT = 53

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในถุงน้ำดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ ได้แก่ ไม่มีไข้ อุณหภูมิน้อยกว่า 36.5 องศาเซลเซียส มีอัตราการเต้นของหัวใจปกติอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ไม่มีอาการปวดอึดแน่นท้อง
3. บริเวณรอบสายระบายน้ำดี ไม่มีน้ำดี เลือดหนองหรือสิ่งคัดหลั่งซึมออก
4. ระดับการระบายของน้ำดีอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาล

ระยะก่อนทำหัตถการ	ขณะทำหัตถการ	ระยะหลังทำหัตถการ
1. ประเมินสัญญาณชีพก่อนทำหัตถการ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 2. ดูแลให้ Ceftriaxone 1gm. vein ตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนทำหัตถการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 3. ดูแลและจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ทำหัตถการก่อนเริ่มทำหัตถการ โดยยึดตามหลัก sterile technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย	1. ประเมินสัญญาณชีพ ขณะทำหัตถการทุก 5 นาที ถ้าพบว่าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป 2. ช่วยเหลือส่งเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ขณะทำหัตถการโดยยึดตามหลัก sterile technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย	1. ประเมินสัญญาณชีพหลังทำหัตถการอย่างใกล้ชิด ถ้าพบว่าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และชีพจรถ้าเพิ่มขึ้นต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อให้ความช่วยเหลือ 2. สังเกตลักษณะการติดเชื้อ เช่น จำนวนของน้ำดี ตำแหน่งของท่อ อาการบวม แดง ร้อน บริเวณแผล และสัญญาณชีพ 3. สอบถามอาการปวดท้อง กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง หากมีให้รายงานแพทย์รับทราบทันที 4. ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลแนะนำการรับประทานยาปฏิชีวนะตามแพทย์สั่ง และอาการที่ควรพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้ ปวดท้อง ท้องอืด และการดูแลสายระบายน้ำดีด้วยตนเอง

สรุปผลการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ระยะก่อนทำหัตถการ	ขณะทำหัตถการ	ระยะหลังทำหัตถการ
ผู้ป่วยมีระดับสัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ได้รับยาต้านเชื้อแบคทีเรียตามแผนการรักษาของแพทย์ และไม่เกิดผลข้างเคียงหลังได้รับยาด้านเชื้อแบคทีเรีย	ผู้ป่วยไม่มีระดับสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.3 องศาเซลเซียส และชีพจรปกติ 96 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการปวดอึดแน่นท้อง และได้รับการทำหัตถการอย่างปลอดภัย	ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้ แผลไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง บริเวณหน้าท้อง บริเวณรอบสายระบายน้ำดี ไม่มีน้ำดี เลือด หนองหรือสิ่งคัดหลั่งซึมออกนอกสายระบายน้ำดี และมีน้ำดี

		ไหลลงถูกรองรับน้ำดี และผู้ป่วยเข้าใจ วิธีการรับประทานยาปฏิชีวนะตาม แพทย์สั่ง
--	--	--

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านผิวหนังจำเป็นต้องได้รับการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับการสอนก่อนกลับบ้านที่เหมาะสม เรื่องการรับประทานอาหารและปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัดหลังเปลี่ยนสายระบายน้ำดี ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยมีการย่อยและการดูดซึมในร่างกายไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการอึดแน่นท้อง รับประทานอาหารได้น้อยและอาเจียนหลังรับประทานอาหาร
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยมีค่า Albumin ในกระแสเลือดต่ำ มี Ketone ปนมาทางปัสสาวะเล็กน้อย และมีค่าเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ โดยเฉพาะ Na และ Cl

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการอึดแน่นท้องลดลง
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ไม่มีอาการอาเจียนหลังรับประทานอาหาร
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะค่า electrolyte และค่า Albumin ในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยหลังเปลี่ยนสายระบายน้ำดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทันทีที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยปกติใน 24 – 48 ชั่วโมงหลังทำหัตถการ ควรเป็นอาหารเหลวไขมันต่ำ ต่อมาเป็นอาหารอ่อนที่เน้นคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนสูงเพื่อชดเชยแคลอรีจากไขมัน โดยเฉพาะหลังใส่สายระบาย 2 – 3 วัน เพราะมีการใช้พลังงานมาก
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับสารอาหารที่จำเป็นโดยให้รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ใน 1 วัน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารทอด อาหารมันที่อาจส่งผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เลือดหมู เลือดไก่ ตับ เครื่องใน เนื้อสัตว์ เพิ่มอาหารที่อุดมด้วยวิตามินซีเพื่อช่วยในการดูดซึมเหล็ก ผักพื้นบ้าน เช่น ผักกูด ผักโขม ขมิ้นขาว ดอกโสน ยอดมะกอก กระถิน ใบชะพลู ขี้เหล็ก เป็นต้น แนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เพราะขัดขวางการดูดซึมเหล็ก และแนะนำอาหารที่มีโฟเลตสูง ได้แก่ ผักใบเขียว เนื้อสัตว์ นม ไข่
4. แนะนำผู้ป่วยรับประทานยา FBC และ Folic acid ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด
5. แนะนำให้รับประทานอาหารพร้อมอาหารทันทีเนื่องจากยาอาจจะคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้
6. ในผู้ป่วยที่เบื่ออาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้งในแต่ละวัน
7. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกอาหารที่รับประทานแต่ละวัน และชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของตนเอง
8. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากที่ดีเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร

การประเมินผล

ผู้ป่วยตั้งใจรับฟังและเข้าใจวิธีการดูแลตนเองด้านอาหารและโภชนาการหลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาล โดยสามารถรับประทานอาหารได้หลังจากได้รับการเปลี่ยนสายระบายน้ำดี และเข้าใจวิธีการรับประทานยาเพื่อเสริมธาตุเหล็กอย่างถูกวิธี พร้อมทั้งสามารถบอกอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัดหลังเปลี่ยนสายระบายน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน

จากประวัติการเข้ารับการรักษของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเข้ารับการรักษาลดลงด้วยสาเหตุสายระบายน้ำดีติดขัด หักพับงอ และเลื่อนหลุด จำนวนหลายครั้ง และจากการสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเท่าที่ควร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลสายระบายน้ำดีไม่มีการติดขัด หัก พับงอ หรือเลื่อนหลุด ภายใน 2 สัปดาห์ หลังกลับบ้าน
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการดูแลสายระบายน้ำดีที่บ้านได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยบอกอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ถูกต้อง

การพยาบาล

1. ประเมินทบทวนระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
2. ให้ความรู้ผู้ป่วยเพิ่มเติมถึงวิธีการดูแลแผล และสายระบายน้ำดีที่จำเป็นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยแนะนำให้ผู้ป่วยทำแผล 2-3 วัน/ครั้งหรือทุกครั้งที่มีเลือดหรือน้ำดีซึมเปื้อนผ้าก๊อซ เน้นให้ผู้ผู้ป่วยล้างมือฟอกสบู่ แล้วเช็ดด้วยผ้าสะอาดจนแห้งก่อนทำแผลทุกครั้ง
3. แนะนำการตรวจสอบสาย การสวนล้างสาย การบันทึกน้ำดีในถุงรองรับน้ำดีในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละวัน หากพบว่า น้อย/มากกว่าปกติครั้งหนึ่งของปริมาณเดิมให้รีบไปพบแพทย์ เน้นการจัดให้ถุงรองรับน้ำดีอยู่ในระดับต่ำกว่าแผลเพื่อไม่ให้ น้ำดีไหลย้อนกลับ
4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยควรอาบน้ำทุกวันเพื่อป้องกันการติดขัด การป้องกันแผลเปื่อยน้ำ และไม่ควรอาบน้ำที่อุ่นจัด เพราะอาจจะทำให้ผิวแห้งและคันได้
5. แนะนำการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้มีกิจกรรมได้ตามปกติแต่ไม่ควรยกของหนักเป็น เวลา อย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังเปลี่ยนสายระบายน้ำดี เพราะอาจกระทบกระเทือนแผลได้ เนื่องจากความดันในช่องท้องที่สูงขึ้น และอาจเริ่มทำงานหนักได้บ้างหลังเปลี่ยนสายระบายน้ำดีประมาณ 3 เดือน
6. แนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหารให้ลดอาหารประเภทไขมัน และเนื่องจากผู้ป่วยมีค่าโปรตีนในเลือดต่ำ จึงควรเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน แป้งผัก และผลไม้ และยังคงรับประทานอาหารไขมันต่ำ ประมาณ 6 เดือน
7. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยควรพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
8. แนะนำการรับประทานยาทุกชนิดตามคำสั่งแพทย์ และให้มาพบแพทย์ตามนัด โดยแพทย์จะมีการตรวจติดตามทุกๆ 3-6 เดือน
9. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีไข้ ปวด แผลบวมแดงหรือมีหนองไหลจากแผล รอบๆ แผลมีเลือดซึมและไหลไม่หยุด เจ็บแน่นบริเวณหน้าอกหรือหายใจขัด และอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ รับประทานอาหารไม่ได้

อาเจียน น้ำหนักลดลง สังเกตพบผิวน้ำ และตาขาวมีสีเหลืองมากขึ้น มีอาการคันมากบริเวณผิวน้ำ สายระบายน้ำดีมีการหักพับงอ น้ำระบายออกน้อยลง หรือสายเลื่อนจากตำแหน่งที่กำหนดไว้ เป็นต้น

การประเมินผล

หลังจากที่พยาบาลให้ความรู้ในการดูแลตนเองหลังจากทำหัตถการ โดยเป็นการให้ความรู้แบบรายบุคคล พบว่าผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจวิธีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นจากการสอบถามผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลสายระบายน้ำดีได้อย่างถูกต้อง แผลสายระบายน้ำดีไม่มีการติดเชื้อ หัก พับงอ หรือเลื่อนหลุด ภายใน 2 สัปดาห์ หลังกลับบ้าน และผู้ป่วยบอกอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายกรณีศึกษา

จากผลการศึกษาคณิศศึกษา จำนวน 1 ราย พบว่าปัญหาการอุดตันของสายระบายน้ำดีในผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ดังนั้นการป้องกันการอุดตันซ้ำขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจึงมีความสำคัญมาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ขนิษฐา รัตนกัลยา และคณะ (2021) ที่ได้ศึกษามุมมองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีกับความต้องการในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า การที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งที่ยังได้รับความรู้ในการดูแลตนเองไม่เพียงพออาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ ได้แก่ การปฏิบัติตัวใน เรื่องการดูแลท่อระบายและการดูแลสายท่อระบาย การรับประทานอาหารที่ถูกต้องกับโรคและอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค และการติดเชื้อจากการใส่สายระบายน้ำดี ซึ่งผู้ป่วยต้องการข้อมูลข่าวสารในด้านสุขภาพมากที่สุดก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ระยะเวลาในการสอนก็พบว่ามีความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากเนื้อหาในการสอนมีจำนวนมากประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจากจำนวนผู้ป่วยที่มีมากในแต่ละวัน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ไม่ครอบคลุมก่อนกลับบ้านและส่งผลให้ผู้ดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสมและถูกต้อง ซึ่งการสอนหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านอาจสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะแรกรับผู้ป่วย พยาบาลควรมีการประเมินปัญหาสุขภาพ รวมไปถึงข้อมูลสนับสนุนที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้หลังจำหน่ายได้ จากการศึกษาของ สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป เสาวณี ธนอารักษ์และ ธวัชชัย ทีปะบาล (2017) ได้เสนอแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักจะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายมากที่สุด โดยให้เริ่มตั้งแต่กระบวนการประเมินปัญหาของผู้ป่วย การวิเคราะห์ปัญหาและแนวโน้มที่อาจทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรครุนแรงมากขึ้นหลังจำหน่าย พิจารณาแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การกำหนดและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Eamchunprathip, Tnaarak, & Tepapal, 2017) ซึ่งในการศึกษาผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากประเด็นความสูงอายุ การรับรู้ข้อมูลด้านการรักษาและการดูแลตนเองต่ำ และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมที่จะส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวและวางแผนการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสมหน่วยงานการพยาบาลจะต้องมีการปรับปรุงระบบและโครงสร้างการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ตามการศึกษาของ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2014) ที่ได้ศึกษาถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุจากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายด้วยการควบคุมคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายและการประสานชุมชนสำหรับการดูแลหลังจำหน่าย (Panuthai, 2014)

ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยการพยาบาลรังสีวิทยาต้องสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการพยาบาลในทุกระยะ ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายน้ำดี พยาบาลต้องดูแลและให้ข้อมูลรวมถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังใส่สายระบายน้ำดีเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย การเฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะได้รับการทำหัตถการ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเน้นการให้ข้อมูลการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและญาติ ให้รู้จักวิธีการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่ต้องมาพบแพทย์ รวมไปถึงการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนตามบริบทของบุคคล การปรับปรุงระบบการจำหน่ายผู้ป่วย โดยเฉพาะระบบการ

สอนและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนที่ควรได้รับการพัฒนาหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. การนำรูปแบบการให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนทำหัตถการ ขณะได้รับการทำหัตถการ และหลังทำหัตถการ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลไปใช้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายน้ำดีโดยเน้นการประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ แนวโน้มความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใส่สายระบายน้ำดี
2. การพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง จากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีการติดตามผู้ป่วยในเรื่องของแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จำเป็นต้องมีการทำงานในลักษณะของเครือข่าย มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยแต่ละรายในชุมชน
3. การพัฒนากระบวนการสอนผู้ป่วยและการพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ ลักษณะของสื่ออาจประกอบไปด้วยข้อความที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และมีภาพประกอบหรือเสียงอธิบายที่เข้าใจง่าย เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเข้าถึงระบบการจำหน่ายที่เหมาะสมและนำไปใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Acquisto, S., Iyer, R., Rosati, L. M., Pinheirn, N., Driskill, K., Musto, K., Lowitzer, H., Bradley, E. H., Drapek, L. (2018). Cholangiocarcinoma: Treatment, outcomes, and nutrition overview for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(4). e97-e102. doi: 10.1188/18.CJON.E97-E102
- Banales, J. M., Cardinale, V., Carpino, G., Marziani, M., Andersen, J. B., Invernizzi, P., Lind, G. E., Folseraas, T., Forbes, S. J., Fouassier, L., Geier, A., Calvisi, D. F., Mertens, J. C., Trauner, M., Benedetti, A., Maroni, L., Vaquero, J., Macias, R. I. R., Raggi, C., Perugorria, M. J., Gaudio, E., Boberg, K. M., Marin, J. J. G., and Alvaro, D. (2016). Cholangiocarcinoma: Current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 13(5), 261-280. doi:10.1038/nrgastro.2016.51
- Eamchunprathip, S., Tnaarak, S., & Tepapal, T. (2017). Discharge planning for orthopedic patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27, 9-18.
- Inamdar, S., Slattery, E., Bhalla, R., Sejpal, D. V., & Trindade, A. J. (2016). Comparison of adverse events for endoscopic vs percutaneous biliary drainage in the treatment of malignant biliary tract obstruction in an inpatient national cohort. *JAMA Oncology*, 2(1), 112-117. doi:10.1001/jamaoncol.2015.3670
- Kamsa-ard, S., Kamsa-ard, S., Luvira, V., Suwanrungruang, K., Vatanasapt, P., & Wiangnon, S. (2018). Risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand: A systematic review and meta-analysis. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 19(3), 605-614. doi:10.22034/APJCP.2018.19.3.605
- Nennstiel, S., Weber, A., Frick, G., Haller, B., Meining, A., Schmid, R. M., & Neu, B. (2015). Drainage-related complications in percutaneous transhepatic biliary drainage: An analysis over 10 years. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 49(9), 764-770. doi:10.1097/mcg.0000000000000275
- Panuthai, S. (2014). Factors affecting readiness for hospital discharge among older persons. *Nursing Journal*, 41(4), 150-160.
- Patel, N., & Benipal, B. (2019). Incidence of cholangiocarcinoma in the USA from 2001 to 2015: A US cancer statistics analysis of 50 states. *Cureus*, 11(1), e3962. doi:10.7759/cureus.3962

- Phujomjit, W. (2021). The holistic nursing care for high risk cholangiocarcinoma patients : Case study 2 case. *Journal of Health and Environmental Education*, 6(3), 35-42.
- Rafiq, S., Khan, A., Suhail, J., Choh, N., & Shaheen, F. (2019). Complications of left and right sided percutaneous transhepatic biliary drainage. *International Journal of Advances in Medicine*, 6(4). doi:10.18203/2349-3933.ijam20193286
- Rattanakanlaya, K., Vuttanon, N., Noppakun, L., Sangwattanasarat, W., & Boonyu, N. (2021). Hospital discharge needs: Perspectives of patients with liver and bile duct cancer undergoing invasive percutaneous transhepatic biliary drainage and family caregivers. *Nursing Journal*, 48(3), 260-273.
- Riauka, R., Ignatavičius, P., & Barauskas, G. (2018). Percutaneous transhepatic biliary drainage—the first step in the treatment of malignant biliary obstruction. *Sveikatos*, 28(4), 33.
- Sarwar, A., Christopher, A. Hostage, J., Weinstein, J. L., Kim, G., Novack, V., Chakralla, N., Park, Y., Brook, O. R., Ahmed, M. (2019). Causes and rates of 30-day readmissions after percutaneous transhepatic biliary drainage procedure. *Radiology*, 290(3), 722-729. doi:10.1148/radiol.2018180279
- Treeprasertsuk, S., Poovorawan, K., Soonthornworasiri, N., Chaiteerakij, R., Thanapirom, K., Mairiang, P., Sawadpanich, K., Sonsiri, K., Mahachai, V., Phaosawasdi, K. (2017). A significant cancer burden and high mortality of intrahepatic cholangiocarcinoma in Thailand: A nationwide database study. *BMC Gastroenterology*, 17(1), 3. doi:10.1186/s12876-016-0565-6
- Tuqan, W. e., Innabi, A., Alawneh, A., Farsakh, F. A., & Al-Khatib, M. (2017). Prediction of survival following percutaneous biliary drainage for malignant biliary obstruction. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 127-131. doi:10.1515/jtim-2017-0014
- Yao, K. J., Jabbour, S., Parekh, N., Lin, Y., & Moss, R. A. (2016). Increasing mortality in the United States from cholangiocarcinoma: An analysis of the National Center for Health Statistics Database. *BMC Gastroenterology*, 16(1), 1-8. doi: 10.1186/s12876-016-0527-z