

การวิจัยและพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น โรงพยาบาลลำปาง

สมพร เลิศวิริยเสถียร¹ และ ถาวร ล่อกา²

¹กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง, ²สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น โรงพยาบาลลำปาง

วิธีการ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ใช้แนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิก ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 133 คน และผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น 275 คน โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล 3) การทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาล และ 4) การประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการศึกษา ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย เวลาที่ได้รับการประเมินภาวะวิกฤต เวลาที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเข้าถึงช่องทางด่วนในการรักษาเฉพาะเจาะจง จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต พบว่าเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินระยะวิกฤตลดลงจาก 15.04 ± 11.12 เป็น 9.26 ± 7.55 นาที และเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจลดลงจาก 17.84 ± 15.96 เป็น 13.76 ± 9.46 นาที การเข้าถึงช่องทางด่วนในการรักษาเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 64.57 จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลลดลงจาก 6.32 ± 8.29 เป็น 5.69 ± 4.30 วันและมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.71 ผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะภายหลังพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป รูปแบบการพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น โรงพยาบาลลำปาง ภายใต้การนำแนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิกสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการและสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ **เชียงใหม่เวชสาร 2564;60(2):233-44. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.21**

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น การกำกับดูแลทางคลินิก พยาบาลเฉพาะทาง

บทนำ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น (non-ST segment elevation acute coronary syndrome [NSTEMI-ACS]) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบบ่อย ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบผู้ป่วย NSTEMI-ACS เสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 4.0-12.0 (1) ประเทศไทย พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย NSTEMI-ACS ร้อยละ 37.9 และเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 13.9-25.0 (2,3) สำหรับจังหวัดลำปาง พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย NSTEMI-ACS ในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 จำนวน 510, 486, 506 ราย ตามลำดับ ในผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 9.8, 13.7, 9.4 ตามลำดับ และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.2, 6.9, 7.2 วัน ตามลำดับ (4)

จากผลการนิเทศทางคลินิกและรายงานการประชุมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยไม่ทราบสาเหตุ พบว่าเป็นผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจไม่ชัดเจน และไม่มีความรู้เป็นเหตุให้เข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจงล่าช้าร้อยละ 18.8 ผู้ป่วยไม่ใช้ระบบการบริการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญแล้วเกิดอาการและอาการแสดงภาวะ NSTEMI-ACS ร้อยละ 41.1 อุปกรณ์สำหรับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจประจำหอผู้ป่วยไม่พร้อมใช้งานหรือไม่มีเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อีกทั้งเป็นพยาบาลจบใหม่ ขาดประสบการณ์ในการประเมินอาการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และพยาบาลมีประสบการณ์ให้การประเมินและดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งขาดแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลและจัดการผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยขาดการเฝ้าระวังและ

ติดตามอาการที่ต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยข้างต้นเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัย

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง ได้นำนโยบายการดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักความปลอดภัยและใช้หลักกลยุทธ์พัฒนาความเป็นเลิศทางการบริการพยาบาล ดำเนินการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น โรงพยาบาลลำปาง ภายใต้แนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) (5) มุ่งหวังให้ผู้ป่วย NSTEMI-ACS มีความปลอดภัย โดยมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการภาวะวิกฤตจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS การนำหลักการกำกับติดตามการนิเทศทางคลินิก 7 ด้าน (seven-eyed supervision model) (6) อีกทั้งขับเคลื่อนระบบการบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปาง

วิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้แนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 5 หอผู้ป่วย โดยนำเสนอขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 โดยจัดประชุมกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 20 คน และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย NSTE-ACS ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 60 รายตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (patient care process)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น ดำเนินการเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย 1) กลยุทธ์การกำกับดูแลทางคลินิกเพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง 3) คู่มือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS 4) คู่มือการนิเทศทางคลินิก 7 ด้าน สำหรับการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS 5) โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะสำหรับการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS

ขั้นตอนที่ 3 และ 4 การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลและประเมินผล ดำเนินการเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 5 หน่วยงานโรงพยาบาลลำปาง ประเมินผลลัพธ์ดังนี้ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ เวลาที่ได้รับการประเมินภาวะวิกฤต เวลาที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเข้าถึงช่องทางด่วนในการรักษาเฉพาะเจาะจง จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต 2) ผลลัพธ์ด้านระบบบริการพยาบาล ได้แก่ คะแนนความรู้ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ และเพิ่มข้อมูลผู้ป่วย NSTE-ACS

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS จำนวน 20 คน

ขั้นตอนที่ 2 คือ พยาบาลวิชาชีพแกนนำ (clinical champion) ด้านการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS จำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ จำนวน 108 คน รวมทั้งหมด 113 คน

ขั้นตอนที่ 3 และ 4 คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 113 คน และเพิ่มข้อมูลผู้ป่วย NSTE-ACS ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 275 คน

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือวิเคราะห์สถานการณ์การบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วย 1) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (focus group interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิก มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1] การทบทวนหรือการตรวจสอบทางคลินิก 2] การบริหารความเสี่ยง 3] การจัดการสารสนเทศ/ผลสัมฤทธิ์ 4] การเรียนรู้และฝึกอบรมของวิชาชีพ 5] การวิจัยและพัฒนา และ 6] ประสิทธิภาพเชิงกลยุทธ์ การเปิดเผยข้อมูล/ประสบการณ์แก่ผู้ป่วย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ค่า CVI=0.90)

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS ประกอบด้วย 2.1 คู่มือกลยุทธ์การกำกับดูแลทางคลินิก เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง

2.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งผ่านการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน (ค่า CVI=0.92)

2.3 คู่มือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ในเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (CVI=0.89)

2.4 คู่มือการนิเทศทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โดยใช้การนิเทศทางคลินิกแบบ 7 ด้าน ที่ประกอบด้วย 1) ด้านผู้รับบริการ 2) ด้านกลวิธีและการจัดกระทำของผู้รับการนิเทศ 3) ด้านความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้รับการนิเทศ 4) ด้านผู้รับการนิเทศ 5) ด้านความสัมพันธ์ของผู้รับการนิเทศกับผู้ให้การนิเทศ 6) ด้านผู้ให้การนิเทศ 7) ด้านบริบทการนิเทศ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (CVI= 0.82)

2.5 โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS จัดในลักษณะการจัดอบรมภายในโรงพยาบาล (in-house training) โดยทีมพัฒนางานวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมออกแบบหลักสูตร (Residency Training Program) ระยะเวลา 35 ชั่วโมง เนื้อหาหลักสูตร ได้แก่ นโยบายการบริการสุขภาพ ความรู้และการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS พัฒนาสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS

3. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วย 1) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย NSTEMI-ACS ได้แก่ ระยะเวลาการประเมินภาวะวิกฤตหลังเกิดอาการ เวลาตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวนการเข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจง จำนวนวันนอน อัตราเสียชีวิต 2) แบบประเมินผลลัพธ์

ด้านพยาบาล ได้แก่ แบบวัดความรู้และแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 60/62 วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการพยาบาล พบว่าอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย NSTEMI-ACS ในโรงพยาบาลสูง เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาการไม่ชัดเจน ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ เมื่อเกิดอาการได้รับการประเมินและการจัดการเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเฉพาะเจาะจงล่าช้า เครื่องตรวจและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เพียงพอ ไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS ไม่มีระบบการนิเทศทางคลินิกในการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS ที่ชัดเจน

และพยาบาลวิชาชีพพบใหม่มีความรู้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม พยาบาลมีระดับของประสบการณ์ในการทำงานและความรู้ที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน ทักษะและสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS คະแนนการประเมินอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าร้อยละ 80 เมื่อแยกรายด้านพบว่า การประเมินผู้ป่วยระยะแรกรับและการจัดการเมื่อเกิดอาการในระยะวิกฤตไม่ครอบคลุม

รูปแบบการบริการพยาบาล การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS มีองค์ประกอบดังนี้

1. กลยุทธ์การกำกับดูแลทางคลินิกเพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง เป็นหนึ่งในกลยุทธ์พัฒนาความเป็นเลิศทางการพยาบาล ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลตามแผนปีงบประมาณ 2562 ที่นำมากำหนดนโยบายและพัฒนาเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปางภายใต้แนวคิด การกำกับดูแลทางคลินิกขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTE-ACS พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน และสามารถทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง ประกาศใช้ เมื่อวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ที่พัฒนาขึ้นโดย สมพร เลิศวิริยเสถียร และคณะ

3. คู่มือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS ประกาศใช้เมื่อวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ที่พัฒนาขึ้นโดย สมพร เลิศวิริยเสถียร และคณะ ประกอบด้วย

3.1 บทบาทของพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS (nursing role development) มีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ชัดเจน

สาระสำคัญได้แก่ 1) หัวหน้าพยาบาล ในฐานะพยาบาลผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาล 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง/ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS ในฐานะ clinical educator 3) พยาบาลวิชาชีพที่เป็นแกนนำ 4) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ (RNs)

3.2 สมรรถนะของพยาบาล (nurse competency development) มีข้อกำหนด สมรรถนะพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS ประกอบด้วย 1) คุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล 2) ความรู้ ทักษะที่จำเป็นและเป็นปัจจุบันเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การคิดเชิงวิเคราะห์ และการคิดสะท้อนกลับ 4) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาล 5) ความกระตือรือร้น ในการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ 6) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงาน 7) การจัดการข้อมูลทางด้านสุขภาพ พัฒนาเป็นนวัตกรรมและงานวิจัย 8) การเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านอาการแนวทางการรักษาและอื่น ๆ

4. คู่มือการนิเทศทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS ที่กำหนดแผนการนิเทศโดย สมพร เลิศวิริยเสถียร และคณะ ตามกรอบแนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิกและการนิเทศทางคลินิกแบบ 7 ด้าน นำสู่การปฏิบัติเมื่อวันที่ 12 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 มีรูปแบบและแผนการนิเทศชัดเจนและมีระยะการติดตามนิเทศทางคลินิกทุก 1 เดือน บันทึกรายงานผลการนิเทศกำกับติดตามจากหัวหน้าพยาบาล สู่หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse; APN) พยาบาลวิชาชีพแกนนำ และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย

5. โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะสำหรับ

การดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS เนื้อหาหลักสูตร นโยบาย การบริการสุขภาพ ความรู้และการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS พัฒนสมรรถนะและบทบาทพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติ เกิดความมั่นใจและสามารถตัดสินใจในการดูแล ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาล ผู้ป่วย NSTEMI-ACS

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลัง พัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ผู้ป่วย NSTEMI-ACS จำนวน 275 คน เพศหญิง 146 คน คิดเป็นร้อยละ 53.09 เพศชาย 129 คน คิดเป็นร้อยละ 46.91 อายุเฉลี่ย 71.52 ± 11.17 ปี มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงสุด จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 93.45 รองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง 229 คน คิดเป็นร้อยละ 83.27 อาการและอาการแสดงที่พบทุกรายมีอาการเจ็บอก ระดับความปวดเล็กน้อย จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 57.82 รองลงมาคือ หน้ามืดหรือเป็นลม จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 40.72 ระดับความเสี่ยงของ ACS อยู่ในระดับสูง จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 78.55 ดังแสดงตารางที่ 1

เวลาที่ได้รับการประเมินภาวะวิกฤต (time to emergency assessment; TEA) เฉลี่ย 12.95 ± 9.72 นาที เวลาที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (time to electrocardiogram; TEKG) เฉลี่ย 16.08 ± 13.28 นาที จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (length of stay; LOS) เฉลี่ย 5.80 ± 6.58 วัน การเข้าถึงช่องทางด่วนในการรักษาเฉพาะเจาะจง (timely emergency intervention; TEI) จำนวน 113 คน ร้อยละ 41.09. ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาด้วย Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

หรือ Cardiac Catheterization Angiography (CAG) 48 ราย ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธ PCI หรือ CAG และมีชีวิตอยู่ภายหลังการจำหน่าย 55 ราย และผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธ PCI หรือ CAG และเสียชีวิต 10 ราย และกรณีไม่เร่งด่วน จำนวน 162 คน ร้อยละ 58.91 การจำแนกผลลัพธ์ของการพัฒนาเป็นระยะ ที่ 1 2 และ 3 พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะวิกฤตหลังเกิดอาการ เฉลี่ย 15.04, 13.83, 9.29 นาที เวลาที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เฉลี่ย 17.84, 16.45, 13.76 นาที และจำนวนวันนอน เฉลี่ย 6.32, 5.45, 5.63 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 100 ผู้ป่วยเสียชีวิตกรณีผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธ PCI หรือ CAG และเสียชีวิตในแต่ละระยะ เท่ากับ 4, 6, 0 ราย ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพแกนนำและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย มีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS ก่อนการพัฒนาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 74.73 ± 1.34 , 71.35 ± 7.19 ตามลำดับและภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของทั้งสองกลุ่มโดยรวม เท่ากับ 98.9 ± 4.98 , 93.3 ± 0.84 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาล ภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) และด้านสมรรถนะของพยาบาลแกนนำและพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS ค่าเฉลี่ยโดยรวมมีคะแนนสมรรถนะของพยาบาล เท่ากับ 2.73 ± 0.53 , 2.68 ± 0.64 ตามลำดับ และภายหลังการพัฒนาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาล ทั้งสองกลุ่มโดยรวม เท่ากับ 3.98 ± 0.53 , 3.54 ± 0.63 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการพัฒนา สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1. ลักษณะผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น ST segment ไม่ยกขึ้น

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)			
	รวม (n=275)	ระยะที่ 1 ต.ค.-พ.ย. (n=90)	ระยะที่ 2 ธ.ค. (n=101)	ระยะที่ 3 ม.ค.-มี.ค. (n=101)
เพศ				
ชาย	129 (46.91)	31 (34.44)	42 (41.58)	39 (46.43)
หญิง	146 (53.09)	59 (65.56)	59 (58.42)	45 (53.57)
อายุ (mean $\pm$ SD) (range)	71.52 $\pm$ 11.17 (30-93)	70.78 $\pm$ 10.26 (36-92)	72.88 $\pm$ 11.64 (33-93)	70.67 $\pm$ 11.48 (30-91)
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด				
โรคหลอดเลือดหัวใจ	209 (76.00)	77 (85.56)	74 (73.27)	58 (69.05)
โรคเบาหวาน	160 (58.18)	50 (55.56)	60 (59.41)	50 (69.52)
โรคความดันโลหิตสูง	257 (93.45)	83 (92.22)	95 (94.06)	79 (94.05)
ภาวะไขมันในเลือดสูง	229 (83.27)	83 (92.22)	78 (77.23)	68 (80.95)
การสูบบุหรี่	133 (48.36)	32 (35.56)	59 (58.42)	42 (50.00)
ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ	9 (3.27)	0	5 (4.95)	4 (4.76)
อาการและอาการแสดงทางคลินิก				
เจ็บเค้นอก	275 (100.00)	90 (100.00)	101 (100.00)	84 (100.00)
หน้ามืดหรือเป็นลม	112 (40.72)	42 (46.67)	35 (34.65)	35 (41.67)
ใจสั่น	83 (30.18)	25 (27.78)	39 (38.61)	19 (22.62)
ระดับความปวด (ช่วงคะแนน)				
ปวดเล็กน้อย (1-3)	159 (57.82)	33 (36.67)	66 (65.35)	60 (71.43)
ปวดปานกลาง (4-6)	101 (36.73)	52 (57.78)	32 (31.68)	17 (20.24)
ปวดมาก (7-10)	15 (5.45)	5 (5.56)	3 (2.97)	7 (8.33)
Cardiac marker (troponin I level)				
ความเสี่ยงต่ำ (male < 6, female < 4 pg/mL)	21 (7.64)	11 (12.22)	9 (8.91)	1 (1.19)
ความเสี่ยงปานกลาง (male 6-12, female 4-10 pg/mL)	18 (6.55)	10 (11.11)	4 (3.96)	4 (4.76)
ความเสี่ยงสูง (male >12, female > 10 pg/mL)	236 (2,285.82)	69 (76.67)	88 (87.13)	79 (94.05)
Risk criterion for ACS				
ความเสี่ยงต่ำ	3 (1.09)	2 (2.22)	1 (0.99)	0
ความเสี่ยงปานกลาง	26 (9.45)	8 (8.89)	11 (10.89)	7 (8.33)
ความเสี่ยงสูง	216 (78.55)	64 (71.11)	84 (83.17)	68 (80.95)
ความเสี่ยงสูงมาก	30 (10.91)	16 (17.78)	5 (4.95)	9 (10.71)

ตารางที่ 2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยหลังการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)			
	รวม (n=275)	ระยะที่ 1 ต.ค.-พ.ย. (n=90)	ระยะที่ 2 ธ.ค. (n=101)	ระยะที่ 3 ม.ค.-มี.ค. (n=101)
การประเมินภาวะวิกฤต (minute)				
Mean ± SD	12.95±9.72	15.04±11.12	13.83±9.18	9.26±7.55
(range)	(1-66)	(1-66)	(1-24)	(1-30)
น้อยกว่า 5 นาที	87 (31.64)	28 (31.11)	25 (32.67)	36 (42.86)
6-10 นาที	75 (27.27)	17 (18.89)	31 (29.33)	29 (34.52)
11-20 นาที	11 (4.00)	4 (4.44)	1 (2.67)	7 (8.33)
20-30 นาที	102(37.09)	51 (56.67)	44 (35.33)	12 (14.29)
ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจ EKG (minute)				
Mean ± SD	16.08±13.28	17.84±15.96	16.45±13.24	13.76±9.46
(range)	(1-87)	(1-87)	(1-47)	(1-35)
ภายใน 10 นาที	123(44.73)	42 (46.67)	37 (36.63)	44 (52.38)
11-20 นาที	69 (25.09)	19 (21.11)	32 (31.68)	18 (21.43)
21-30 นาที	40 (14.55)	12 (13.33)	12 (11.88)	16 (19.05)
มากกว่า 30 นาที	43 (15.64)	17 (18.89)	20 (19.80)	6 (7.14)
จำนวนวันนอน				
Mean ± SD	5.80±6.58	6.32±8.29	5.45±6.46	5.69±4.30
(range)	(1-51)	(1-46)	(1-51)	(1-23)
การรักษาเฉพาะเจาะจง				
การเข้าถึงบริการช่องทางด่วน	113 (41.09%)	36 (100.00)	46 (100.00)	31 (100.00)
ได้รับ PCI หรือ CAG	48 (17.45%)	20 (55.56)	12 (26.09)	16 (51.61)
ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธ PCI หรือ CAG และ มีชีวิตอยู่ภายหลังการจำหน่าย	55 (20.00%)	12 (33.33)	28 (60.87)	15 (48.39)
ผู้ป่วยหรือญาติปฏิเสธ PCI หรือ CAG และเสียชีวิต	10 (3.64%)	4 (11.11)	6 (13.04)	0
การเข้าถึงบริการอื่น	162 (58.9)	54 (60.00)	55 (54.46)	53 (63.10)
วางแผนทำ PCI หรือ CAG หลังจำหน่ายหลัง ออกจากโรงพยาบาล	69 (25.09)	27 (30.00)	21 (20.79)	21 (25.00)
ไม่มีแผนการรักษาในการทำ PCI หรือ CAG	93 (33.82)	27 (30.00)	34 (33.66)	32 (38.10)
ส่งต่อ Coronary clinic	8 (2.91)	3 (3.33)	3 (2.97)	2 (2.38)
ส่งต่อคลินิกอายุรกรรมทั่วไป	73 (26.55)	19 (21.11)	29 (28.71)	25 (29.76)
ไม่มีแผนการนัดหรือติดตามผลการรักษา	12 (4.36)	5 (5.56)	2 (1.98)	5 (5.95)

อภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปาง ภายใต้แนวคิด

การกำกับดูแลทางคลินิก ครั้งนี้ เกิดจากผู้วิจัยร่วมกับทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการที่เกิดขึ้นจริงภายใต้แนวคิด

ตารางที่ 3. คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS ก่อนและหลังการอบรมตามรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง

ลักษณะคะแนนเฉลี่ยโดยรวม	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	p-value
1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพแกนนำ (n=5)			
- คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพแกนนำ (mean ± SD)	74.73 ± 1.34	98.9±4.98	< 0.001
- คะแนนเฉลี่ยการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแกนนำ (mean ± SD)	2.73 ± 0.53	3.98±0.53	< 0.001
2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน (n=113)			
- สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน (mean ± SD)	2.68 ± 0.64	3.54±0.63	< 0.001
- ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ (mean ± SD)	71.35 ± 7.19	93.3±0.84	< 0.001

การกำกับดูแลทางคลินิก ทำให้ทราบประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วย NSTE-ACS มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูง อุปกรณ์สำหรับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เพียงพอในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม พยาบาลมีสมรรถนะและความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ จากประเด็นดังกล่าวนำไปวางแผนการพัฒนาเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการรักษาและเกิดความปลอดภัย โดยเริ่มจากกำหนดแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTE-ACS โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTE- ACS และการเตรียมความพร้อมของพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลในทิศทางเดียวกันและให้พยาบาลที่ครอบคลุม เป็นผลดีต่อพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (7,8) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจงเร็วขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย NSTE-ACS ในโรงพยาบาลลำปาง 2) การจัดโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะสำหรับการดูแลผู้ป่วย

NSTE-ACS เพื่อพัฒนาบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพแกนนำและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลและหลักสูตรการอบรมขึ้น 3) การกำกับดูแลทางคลินิกและการนิเทศทางคลินิก โดยนำมาใช้ในทุกขั้นตอนของการพัฒนาเพื่อสนับสนุนการนิเทศ กำกับ ติดตามการพัฒนาการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แสดงผลสำเร็จการพัฒนาที่ดี (9) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทรงลักษณ์ ณ นคร และกัญญาดา ประจุศิลป์ ผู้บริหารองค์การพยาบาลควมมีกระบวนการบริหารงานที่มุ่งสู่ประสิทธิผล โดยมีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีการวางแผนกลยุทธ์อย่างมีประสิทธิภาพ มีการตัดสินใจอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และมีการทบทวนผลลัพธ์ ให้บรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร (10)

ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลครั้งนี้ เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ 1) กลยุทธ์ของหัวหน้าพยาบาล นำมา

กำหนดนโยบายและพัฒนาเป็นรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปางภายใต้แนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิกขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTEMI-ACS พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและมีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน และสามารถทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้ 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปาง 3) คู่มือการอบรมพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่จัดขึ้นภายในโรงพยาบาล (In-house training) โดยการออกแบบหลักสูตร (Residency Training Program) ขึ้น และ 4) คู่มือการนิเทศทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS

ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปาง ที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะวิกฤต เวลาที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดลง การเข้าถึงช่องทางด่วนในการรักษาเฉพาะเจาะจงได้เร็วขึ้น และอัตราการเสียชีวิตลดลง จากผลลัพธ์ดังกล่าวหมายความว่า รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปาง ที่พัฒนาขึ้นโดยการนำเอาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTEMI-ACS มาใช้และมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องส่งผลดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นระบบนี้ควรมีอยู่

ปัจจัยของความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปาง เกิดจากหัวหน้าพยาบาลในบทบาทผู้นำองค์กรพยาบาลที่กำหนดทิศทางนโยบายที่ตอบสนองต่อปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สนับสนุนและดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI-ACS โรงพยาบาลลำปางภายใต้

ได้แนวคิดการกำกับดูแลทางคลินิกขึ้น และการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ มีผลต่อการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้เร็วขึ้น ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะ สนับสนุนและช่วยพัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วย NSTEMI-ACS ในลักษณะการจัดอบรมภายในโรงพยาบาล โดยทีมพัฒนาวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมออกแบบหลักสูตร ส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติเกิดความมั่นใจและสามารถตัดสินใจในการการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของพยาบาล พบว่า การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงร่วมกับการแก้ปัญหาร่วมกันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วและลดอัตราการเสียชีวิต (11) และการกำกับดูแลทางคลินิก ร่วมกับการนิเทศทางคลินิกแบบ 7 ด้าน ที่นำมาใช้ในการนิเทศ กำกับติดตามการพัฒนาการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอนที่ชัดเจนและมุ่งทำความเข้าใจกับระบบบริการที่เชื่อมโยงไปถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย NSTEMI-ACS โดยจุดเน้นของการนิเทศ ประกอบด้วย การประเมินและการจัดการภาวะวิกฤตของผู้ป่วย การกำกับติดตามผลลัพธ์การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือระหว่างพยาบาลวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาแบบการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (12)

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: การพัฒนาเพื่อสร้างกลยุทธ์การบริการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจงได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านการบริการ: การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง ช่วยให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย: ควรศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย NSTE-ACS และญาติ เพื่อลดการปฏิเสธการรักษา และควรศึกษาผลลัพธ์ของระบบให้ความรู้แก่พยาบาลใหม่ในการดูแลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง

ข้อเสนอแนะการศึกษาต่อเนื่อง: บรรจุหลักสูตรและจัดอบรมพัฒนาสรณะของพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย NSTE-ACS โรงพยาบาลลำปาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้ผลงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ดี

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยไม่มีความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ทับซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการวิจัย หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020. Samutprakan: Nextstep Design Limited Partnership; 2020.
2. Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S, Boonsom W, Veerakul G, Tresukosol D. Demographic, management practices and in-hospital outcomes of Thai acute coronary syndrome registry (TACSR): the difference from the western world. J Med Assoc Thai. 2007;90:1-10.
3. Leedumrong W. Incidence and risk factors associated on patients with abnormal treadmill exercise stress test at Pranangkla Hospital. Region 4-5 Med J. 2016;35:46-55.
4. Lampang Hospital databased. www.lph.go.th (Intranet) 5. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Management of menorrhagia. York: University of York; 1995.
6. Hawkins P, Shohet R. Supervision in the helping professions. Milton Keynes: Open University Press; 2010.
7. Tilokskulchai F. Evidence-based nursing: principle and method. 6th ed. Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University, 2010. (in Thai)
8. Thaiudom A, Lumnok N. Development and evaluation of evidence-based nursing protocol for patients with moderate to severe traumatic brain injury. J Royal Thai Army Nurses. 2018;19:107-16. (in Thai)
9. Office of the Public Sector Development Commission. Good governance rating. Bangkok: Premier Pro; 2009.
10. Nanakorn S, Prachusilpa G. The development of good governance scale for nursing organization. J Royal Thai Army Nurses. 2014;15: 225-31. (in Thai)
11. Kasorn J. The development of capabilities to be a specialty nurse in acute coronary syndrome patients at Damnoensaduak Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2015;32: 139-51.
12. Sawasde R, Moolsart S. The development of the clinical supervision model of head nurse at general hospital in Regional Health 2. Buddhachinaraj Med J. 2019;36:197-210.

Study of a nursing service model for patients with Non-ST Segment elevated acute coronary syndrome at Lampang Hospital

Lertwiriyasathira S¹ and Lorga T²

¹Nursing Department, Lampang Hospital, ²School of Nursing Mae Fah Luang University

Objectives This study aimed to examine the outcome of a nursing service model for patients with Non-ST segment elevated acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS) at Lampang Hospital.

Methods This research and development study, conducted between July 2019 and March 2020, was based on the concept of clinical governance. The subjects included 133 registered nurses and 275 NSTEMI-ACS patients. The study was divided into four phases: 1) situational analysis, 2) development of a nursing service model, 3) implementation of the model and 4) evaluation of the model. Data were collected using focus groups, questionnaires and patients records. Descriptive statistics and paired t-test were used in the analysis.

Results Patient outcome categories consisted of time to emergency assessment (TEA), time to electrocardiogram (TEKG), receipt of timely emergency intervention (TEI), length of stay (LOS) and mortality rate. The average TEA and TEKG (in minutes) after implementation of the nursing service model decreased from 15.04 ± 11.12 to 9.26 ± 7.55 minutes and 17.84 ± 15.96 to 13.76 ± 9.46 minutes, respectively. Of the NSTEMI-ACS patients, 64.57% received TEI. LOS decreased from 6.32 ± 8.29 to 5.69 ± 4.30 days. The mortality rate was 5.71% compared to 9.80%, 13.78% and 9.48% in the three respective years preceding the study. Knowledge and skills of registered nurses increased significantly following implementation of the model ($p < 0.001$).

Conclusion The specialist nursing services model for NSTEMI-ACS patients based on clinical governance was effective in improving the quality of care as well as nurses' competencies. **Chiang Mai Medical Journal 2021;60(2):233-44. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.21**

Keywords: Non-ST segment elevation acute coronary syndromes (NSTEMI-ACS), clinical governance, specialist nursing service