



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

ลำปางเวชสาร LAMPANG MEDICAL JOURNAL



นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย ห่องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

พัชรี ฤกษ์จันทร์ พย.บ.*, พิกุล ธวัชศิริธำรง พย.บ.**, วรณทนา เสาร์ชัย พย.บ.***

*กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

**กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง

***กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

รับต้นฉบับ: 19 กุมภาพันธ์ 2567

รับแก้ไข: 16 กรกฎาคม 2567

รับลงตีพิมพ์: 25 กรกฎาคม 2567

คำสำคัญ:

การพยาบาลผู้ป่วย,
การผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย,
มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง,
คุณภาพบริการ

ภูมิหลัง: การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย และศึกษาผลลัพธ์ด้านพยาบาลและด้านผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว ของห้องผ่าตัด รพ.ลำปาง

วัสดุและวิธีการ: เป็นงานวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของ โคนาบีเดียน (Donabedian model) ในพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็ง ลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป รพ.ลำปาง ตั้งแต่ เดือน มิ.ย.-พ.ย. 2566 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการประชุม กลุ่ม แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ และความพึงพอใจในการใช้ รูปแบบการพัฒนาฯ

ผลการศึกษา: พยาบาลวิชาชีพ 51 ราย วิเคราะห์อุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จาก การผ่าตัด ร่วมกันออกแบบรูปแบบการพัฒนาฯ และเมื่อนำมาใช้กับพยาบาลแล้วทดสอบความรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ฯ หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ, ค่าเฉลี่ยคะแนนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ฯ เพิ่มขึ้นในระยะก่อน ผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ, ค่าเฉลี่ยคะแนนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ, ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการเครื่องมือ ผ่าตัดในเรื่องการจัดทำผู้ป่วย การจัดวางตำแหน่งของทีมผ่าตัดและ monitor และการเตรียม เครื่องมือผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ, ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ, ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ, ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการเครื่องมือผ่าตัดของพยาบาลไม่แตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ย 4.9 และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

สรุป: การนำ Donabedian model มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาฯ และผลลัพธ์ที่พยาบาล มีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น มีความพึงพอใจในการปฏิบัติและผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะ แทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ติดต่อทวน:

พัชรี ฤกษ์จันทร์

กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด

โรงพยาบาลลำปาง 280 ถ.พหลโยธิน

ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000

โทร. 098-7471397

E-mail: kpms2011@hotmail.com



โรงพยาบาลลำปาง
LAMPANG HOSPITAL

ลำปางเวชสาร LAMPANG MEDICAL JOURNAL



ORIGINAL ARTICLE

Quality Improvement of Nursing Services for Colorectal Cancer Patients Undergoing Minimally Invasive Surgery in the Operating Room at Lampang Hospital

Patcharee Ruekchan M.N.S.*, Pikul Tawatsiritumrong M.N.S.***, Wantana Saochai M.N.S.***

*Operating Room Nursing Division, Lampang Hospital, Thailand

**Outpatient Nursing Division of Surgery Department, Lampang Hospital, Thailand

***Surgical Nursing Division, Lampang Hospital, Thailand

Abstract

Lampang Med J 2024;45(1):18-27

Received: 19 February 2024

Revised: 16 July 2024

Accepted: 25 July 2024

Keywords:

nursing service,
minimal invasive surgery,
colorectal cancer,
service quality

Background: Improving the quality of nursing services for patients undergoing minimally invasive colorectal cancer surgery is an important goal for developing nursing services that ensure patient safety and prevent operative complications.

Objective: To develop a quality nursing care model for colorectal cancer patients undergoing minimally invasive surgery, and to evaluate the nursing outcomes resulting from the implementation of this quality care model in the operating room of Lampang Hospital.

Material and methods: This research and development study utilized the Donabedian model of quality service development to achieve high-quality care. The study involved registered nurses providing care for colorectal cancer patients undergoing minimally invasive surgery in four units: the outpatient department of general surgery, the male surgical ward, the female surgical ward, and the general surgery operating room. The study was conducted from June to November 2023. The instruments used included in-depth interview guides, focus group discussion guidelines, knowledge tests, evaluation forms for the implementation of the development model, and satisfaction surveys regarding the development model.

Results: A total of 51 registered nurses analyzed the incidence of adverse events from surgical procedures using incident report forms. They collaboratively designed and developed a quality care model. Upon implementation and knowledge testing, it was found that the average knowledge scores regarding colorectal cancer, its treatment, and surgery significantly increased after using the new model. The average nursing care scores for colorectal cancer patients also significantly increased in the preoperative and postoperative phases. The average scores for preventing surgical complications did not show a significant difference post-implementation. However, the average scores for managing surgical instruments, including patient positioning, surgical team positioning, and the preparation of surgical instruments, significantly increased. The average preoperative nursing skill scores for colorectal cancer patients significantly increased, as did the intraoperative nursing skill scores. There was no significant difference in the average scores for surgical instrument management skills. The average postoperative nursing skill scores for colorectal cancer patients significantly increased. Service provider satisfaction had an average score of 4.9, and there were no postoperative complications among the patients.

Conclusion: The application of the Donabedian model in developing the quality of nursing care for colorectal cancer patients undergoing minimally invasive surgery resulted in an effective development model. Nurses involved gained knowledge, skills, and satisfaction from using this model, which in turn ensured patient safety and the absence of postoperative complications.

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์ลำดับที่ 4 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 1,360,602 รายต่อปี (ร้อยละ 9.7 ของผู้ป่วยมะเร็งใหม่รายใหม่) และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 693,933 รายต่อปี (ร้อยละ 8.5 ของผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง) การผ่าตัดรักษาในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง (exploratory laparotomy) และการผ่าตัดด้วยวิธีผ่านกล้อง (laparoscopic surgery) ซึ่งเป็นการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (minimally invasive surgery) ในประเทศไทย สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งลำไส้ฯ ด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องของรพ.ศิริราช, รพ.ขอนแก่นและสถาบันมะเร็งแห่งชาติมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รพ.ลำปางมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ฯ ที่ได้รับการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2563–2565 จำนวน 1,183, 1,134 และ 1,108 ราย คิดเป็นร้อยละ 27, 29 และ 27 ตามลำดับ โดยเป็นการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยร้อยละ 1.9, 3.7 และ 5.7 ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำจำนวน 10 ราย และพบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 เดือนจำนวน 1 ราย นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 – 2565 ยังมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการ minimally invasive surgery เพื่อให้บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่มีคุณภาพ⁽¹⁾

แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้หลายหน่วยงานโดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำแนวคิดโดนาบีเดียน (Donabedian model) มาเป็นกรอบในการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้าง (structure) เป็นรูปแบบการพัฒนา 2) กระบวนการ (process) ใช้การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และ 3) ผลลัพธ์ (outcome) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาการให้ข้อมูลผู้ป่วย⁽²⁾ เช่น ยูเรศ เสนาธรรมพบว่า การพัฒนาคุณภาพกระบวนการการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการจัดทำคู่มือสามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของผู้ป่วยและอุบัติการณ์ การเลื่อนผ่าตัด⁽³⁾, อัญชญา แก้วคำ ได้พัฒนาคุณภาพกระบวนการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนาไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดฯ⁽⁴⁾

และนิธิตี สุธรรมรักษ์ พัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปพบว่า การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผล ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและทำให้ลดระยะเวลาในการรักษา⁽⁵⁾ เป็นต้น

การผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยเป็นการผ่าตัดที่ยุ่ยากซับซ้อน ใช้ระยะเวลานาน ศัลยแพทย์ได้นำอุปกรณ์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการทำหัตถการผ่าตัดมะเร็งลำไส้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นกระบวนการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดดังกล่าวจำเป็นต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด⁽⁶⁾ การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลผู้ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยทั้ง 4 หน่วยงานของ รพ.ลำปาง ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและห้องผ่าตัด ศัลยกรรมทั่วไป ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวที่เป็นมาตรฐาน

ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดดังกล่าวโดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียนเพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดี การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยและศึกษาผลลัพธ์ด้านพยาบาลและด้านผู้ป่วยจากการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวของห้องผ่าตัด รพ.ลำปาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ฯ 36 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยใน รพ.ลำปาง ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน 2566 และพยาบาลวิชาชีพ 51 รายที่ปฏิบัติงานใน 4 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม, หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย, หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป รพ.ลำปาง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียนใน 3 องค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 โครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย องค์ความรู้และทักษะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย เอกสารความรู้คู่มือที่ใช้ในการสนับสนุนและให้ความรู้ และรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการ (Process) ผู้วิจัยได้ดำเนินการใน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (28 เมษายน-2 พฤษภาคม 2566) วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ ใช้กระบวนการดังนี้

F (Find): ค้นหาปัญหาหรือโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพ โดยศึกษาจากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์การสัมผัสเชิงลึกและการสนทนากลุ่มย่อย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บจากการจัดท่า, การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือผ่าตัด, สิ่งตกค้างของเครื่องมือและผ้าซับโลหิตและการติดเชื้อแผลผ่าตัด เพื่อค้นหาข้อมูลภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีแนวคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ ปัญหาและข้อเสนอแนะ รวมถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ โดยศึกษากับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั้ง 4 หน่วยงาน จำนวน 33 ราย

O (Organize): จัดตั้งคณะกรรมการที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 9 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย 2 ท่าน หัวหน้าหน่วยงานทั้ง 4 หน่วยงานและผู้วิจัย เพื่อร่างคู่มือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันโดยการสนทนากลุ่มย่อย

ระยะที่ 2 (15-21 พฤษภาคม 2566) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย ดังนี้

C (Clarify): ทำความเข้าใจและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยการประชุมร่วมกับคณะกรรมการเพื่อร่าง รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย และเครื่องมือสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้

U (Understand): ทำความเข้าใจกับพยาบาลทั้ง 4 หน่วยงานและทดลองการนำรูปแบบการพัฒนา ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย 10 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 6 ราย และศัลยกรรมหญิง 4 ราย และประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการพัฒนา กับพยาบาลวิชาชีพ 35 ราย

S (Select): นำผลการประเมินจากการนำรูปแบบการพัฒนา ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมาปรับปรุงเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ จำนวน 5 เล่ม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90⁽⁷⁾ และร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลาย

เนื้อเยื่อน้อย ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ระยะที่ 3 (15-21 พฤษภาคม 2566) นำรูปแบบการพัฒนาไปอบรมให้ความรู้กับพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประเมินความรู้และทักษะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา

P (Plan): นำรูปแบบการพัฒนา ไปอบรมให้ความรู้กับพยาบาลทั้ง 4 หน่วยงาน

D (Do): พยาบาลทั้ง 4 หน่วยงานนำรูปแบบการพัฒนาไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด จำนวน 36 ราย

C (Check): ประเมินความรู้และทักษะก่อนและหลังการนำรูปแบบการพัฒนา ไปใช้ โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีข้อคำถาม 45 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนแปลผลจากคะแนนที่ได้จริง และแบบประเมินทักษะของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา มีข้อคำถาม 44 ข้อ ลักษณะคำถาม 5 ระดับ มีค่าคะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1-5 ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาในภาพรวมเท่ากับ 0.90⁽⁷⁾

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลของการจัดบริการต่อสุขภาพของผู้ให้และผู้รับบริการ

A (Act): ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้รูปแบบการพัฒนา ใน 2 ด้าน คือ ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และคุณภาพการให้บริการ (ประเมินจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการพัฒนา มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถาม 5 ระดับ มีค่าคะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 1-5 และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ โดยมีข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำถาม 6 ระดับ มีค่าคะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0-5

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 หน่วยงาน ก่อนการนำรูปแบบการพัฒนา และหลังการนำรูปแบบการพัฒนา โดยใช้สถิติ dependent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$ โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รพ.ลำปาง เลขที่ 050/66

ผลการศึกษา

พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษา 51 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 41.2 โดยอายุเฉลี่ย 37.8 (SD 8.0) ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 98.0 ปฏิบัติงานที่ห้องตรวจคัดสรรร้อยละ 19.6 หอผู้ป่วยคัดสรรหญิงร้อยละ 31.4 หอผู้ป่วยคัดสรรชาย ร้อยละ 37.3 และห้องผ่าตัดคัดสรรทั่วไปร้อยละ 11.7 โดยมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาปฏิบัติงาน 11.0 ปี (IQR 7, 20) และร้อยละ 51.0 เคยได้รับอบรมการพัฒนาคุณภาพฯ (ตารางที่ 1)

ผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย

จากแบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลาย

เนื้อเยื่อน้อยของ รพ.ลำปางในช่วง พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวน 10 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 35 ราย (ร้อยละ 28.6) และพบอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 เดือน จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.9) การสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลผู้ปฏิบัติทั้ง 4 หน่วยงาน พบว่า พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจด้านทักษะความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย ในระดับน้อยและไม่เป็นทิศทางเดียวกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสนทนากลุ่มย่อยกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย และร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยที่ครอบคลุม 3 ระยะ (ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด) และเครื่องมือสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ จำนวน 5 เล่ม ประกอบด้วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ (n=51)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ		
21-30 ปี	11	21.6
31-40 ปี	21	41.2
41-50 ปี	17	33.3
51 ปี ขึ้นไป	2	3.9
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาโท	50	98.0
ปริญญาตรี	1	2.0
สถานที่ปฏิบัติงาน		
ห้องตรวจคัดสรร	10	19.6
หอผู้ป่วยคัดสรรหญิง	16	31.4
หอผู้ป่วยคัดสรรชาย	19	37.3
ห้องผ่าตัดคัดสรรทั่วไป	6	11.7
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	10	19.6
6-10 ปี	12	23.5
11-15 ปี	11	21.6
16-20 ปี	6	11.8
21 ปีขึ้นไป	12	23.5
ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ		
เคยอบรม	26	51.0
ไม่เคยอบรม	25	49.0

- 1) คู่มือเกี่ยวกับโรค การรักษา และการผ่าตัดของมะเร็งลำไส้
- 2) คู่มือการพยาบาลก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย
- 3) คู่มือการพยาบาลขณะผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย
- 4) คู่มือการพยาบาลหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย
- 5) คู่มือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย

ผู้วิจัยได้ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการพัฒนา กับพยาบาลจำนวน 35 รายพบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเห็นว่า ในภาพรวมมีความเป็นไปได้ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.9 (SD 0.7) คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.8–3.9 คะแนน

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 6.1 (SD 1.6) คะแนน และหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา มีค่าเฉลี่ย 8.2 (SD 2.1) ซึ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) คะแนนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนา ระยะก่อนผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 4.1 (SD 1.1) และระยะหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 4.6 (SD 0.8) คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.010$ และ $p=0.028$ ตามลำดับ) สำหรับระยะผ่าตัดพบว่า ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา ($p=0.093$) ดังตารางที่ 2

ในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา พบว่า

คะแนนความรู้ในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด, คะแนนความรู้ในการจัดทำผู้ป่วย ตำแหน่งของทีมและ Monitor และคะแนนทักษะการช่วยผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.010$, $p=0.020$ และ $p=0.004$ ตามลำดับ) สำหรับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด ความรู้ในการลำดับขั้นตอนการผ่าตัด ทักษะการส่งเครื่องมือผ่าตัด ทักษะการช่วยรอบนอกและทักษะการจัดเครื่องมือผ่าตัด มีคะแนนไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา (ตารางที่ 3)

คะแนนทักษะการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดภายหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม ($p=0.018$), หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม ($p<0.001$) และห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป ($p=0.018$) ดังตารางที่ 4

คะแนนทักษะการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนา พบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมทั่วไป ($p=0.043$) และในกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม ($p<0.001$) ดังตารางที่ 5

การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้รูปแบบการพัฒนา ใน 2 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและด้านคุณภาพการให้บริการ โดยประเมินจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย พบว่า ระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 6) ภายหลังจากนำรูปแบบการพัฒนา ไปใช้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน (จากการจัดทำ, การใช้เครื่องจีไฟฟ้า/เครื่องมือผ่าตัด, สิ่งตกค้างของเครื่องมือและผ้าซับโลหิต, การติดเชื้อแผลผ่าตัดและการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 เดือน) เกิดขึ้นเลย

ตารางที่ 2 คะแนนการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ทั้ง 3 ระยะ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ รูปแบบการพัฒนา

การพยาบาล	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		ค่า p
	Mean	SD	Mean	SD	
ระยะก่อนผ่าตัด (n=51)	3.5	1.1	4.1	1.1	0.010
ระยะผ่าตัด (n=6)	3.3	0.5	4.2	0.8	0.093
ระยะหลังผ่าตัด (n=41)	4.2	0.8	4.6	0.8	0.028

ตารางที่ 3 คะแนนประเมินของพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ จำแนกรายด้าน (n=6)

ด้านการประเมิน	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		ค่า p
	Mean	SD	Mean	SD	
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด	3.5	0.5	4.0	1.1	0.296
ความรู้การจัดการเครื่องมือผ่าตัด					
- การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด	2.7	0.5	4.0	0.6	0.010
- การจัดท่าผู้ป่วย ตำแหน่งของทิม และ Monitor ในการผ่าตัด	2.0	1.3	3.7	0.8	0.020
- การลำดับขั้นตอนการผ่าตัด	2.7	0.5	3.3	0.5	0.102
ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด					
- การช่วยผ่าตัด	4.1	0.4	5.0	0.0	0.004
- การส่งเครื่องมือผ่าตัด	4.7	0.5	5.0	0.0	0.178
- การช่วยรอบนอก	4.6	0.5	5.0	0.1	0.105
ทักษะการจัดเครื่องมือผ่าตัด					
- การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด	4.6	0.4	4.9	0.2	0.178
- การจัดท่าผู้ป่วย ตำแหน่งของทิม และ Monitor ในการผ่าตัด	4.8	0.4	5.0	0.0	0.363
- การลำดับขั้นตอนการผ่าตัด	4.6	0.0	5.0	0.0	0.205

ตารางที่ 4 คะแนนทักษะการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ จำแนกตามหน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพ

หน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		ค่า p
	Mean	SD	Mean	SD	
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม (n=10)	4.5	0.4	4.9	1.1	0.018
หอผู้ป่วยศัลยกรรม (n=35)	3.7	0.6	4.9	0.2	<0.001
ห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป (n=6)	4.3	0.5	5.0	0.0	0.016

ตารางที่ 5 ทักษะการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ จำแนกตามหน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพ

หน่วยงานของพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		ค่า p
	Mean	SD	Mean	SD	
ห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป (n=6)	4.4	0.6	5.0	0.0	0.043
หอผู้ป่วยศัลยกรรม (n=35)	3.6	0.6	4.8	0.2	<0.001

ตารางที่ 6 คะแนนและระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ (n=51)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
- ความพึงพอใจต่อรูปแบบ	4.9	0.2	มากที่สุด
- ความพึงพอใจต่อเนื้อหา	4.9	0.2	มากที่สุด
- ความพึงพอใจต่อขั้นตอน	4.9	0.1	มากที่สุด
รวม	4.9	0.1	มากที่สุด

วิจารณ์

การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ (ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด) ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโตนามิเดียน ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทั้ง 4 หน่วยงานมีความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจสูงขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย, การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด, ความรู้ในการเตรียมเครื่องมือ, การจัดท่าตำแหน่งของทิมและการเฝ้ารอ, ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและทักษะในการช่วยผ่าตัด สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับมฤติ เกษเพชร และคณะ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พยาบาลมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ สำหรับพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ฯ ระยะผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด การลำดับขั้นตอนการผ่าตัด ทักษะในการส่งเครื่องมือผ่าตัด การช่วยรอบนอกและทักษะการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปร้อยละ 88.3 มีประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัดมากกว่า 10 ปี จึงมีความรู้และทักษะการบริการพยาบาลในหัตถการที่ใกล้เคียงกัน

ผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมพบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย, ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยระยะก่อนผ่าตัด

สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับนิศากร ปากเมย และคณะ ที่พบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาทำให้มีแบบแผนการพยาบาลที่ชัดเจนเป็นแนวทางปฏิบัติที่ทำได้ง่าย สามารถประยุกต์เข้ากับการทำกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถประเมินและติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง⁽⁹⁾

ผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ฯ ความรู้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ฯ ระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับกัญจิรา พงษ์พานิช และคณะ ที่พัฒนารูปแบบระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด รพ.ราชวิถี พบว่า บุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามรูปแบบการพัฒนาฯ ได้ร้อยละ 99.2 โดยไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและการบาดเจ็บจากการทำงาน ภายหลังการใช้รูปแบบฯ เลย⁽¹⁰⁾ และ สอดคล้องกับพฤกษา เกตุนามญาติ และคณะ ที่พบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงมีความรู้และการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้หลังใช้รูปแบบการพัฒนาฯ และมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 76⁽¹¹⁾ ในทำนองเดียวกัน ดรุณี สมบูรณ์กิจ และคณะ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง พบผลลัพธ์เป็นแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Care Map ที่สามารถปฏิบัติตามได้ สูงถึงร้อยละ 96 มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก จำนวนวันนอนลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำจากการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลดลง⁽¹²⁾ ในขณะที่สุธาสนี ปวงฟู ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ หลังได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง รพ.ราชวิถี พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพตามวงจรเดมมิงใน 2 วงรอบ ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะเฉพาะทางทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

โดยใช้การอบรมเชิงปฏิบัติการด้วยสถานการณ์จำลองร่วมกับการติดตามผลเป็นรายบุคคล และการนิเทศทางการพยาบาล⁽¹³⁾

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพัฒนาฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาฯ เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนาร่วมกันของพยาบาลทั้ง 4 หน่วยงาน จึงสามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเกิดขึ้นเลย สอดคล้องกับปราณี ตรุณาวงษานนท์ และคณะ ที่พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดและรับยาเคมีบำบัด รพ.อุทัยธานีในระดับมาก⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกันกับทิพย์วัลย์ ศรีพิพัฒน์กุล และคณะ ที่พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัล พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมในระดับมาก ผู้ป่วยพึงพอใจในการได้รับการพยาบาลในระดับมากที่สุด และพบอุบัติการณ์ที่ต้องตามทีมพยาบาลมาช่วยผ่าตัดลดลงร้อยละ 80⁽¹⁵⁾ ในทำนองเดียวกันธีรา พงษ์พานิช และคณะ ได้พัฒนาระบบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดรพ.ราชวิถี พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบฯ ครั้งที่ 2 มากกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁰⁾ ในขณะที่นพวรรณ กฤตยภูษิต ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสอนงานสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.สุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มพยาบาลใหม่มีคะแนนทักษะการปฏิบัติงาน 15 ขั้นตอนเพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับเนื้อหาการสอนอย่างมีนัยสำคัญ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด⁽¹⁶⁾

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ ศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญการผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยมีเพียง 2 คน ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้มีเพียง 36 ราย ระยะเวลาในการวิจัยที่ค่อนข้างสั้นเพียง 6 เดือน จึงอาจทำให้ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด จึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไปและควรประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดด้วยอย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ฯ ครั้งแรกใน รพ.ลำปางที่ครอบคลุม 4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาจึงอาจใช้เป็นแนวทางปรับปรุงรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้น และควรส่งเสริมให้มีการนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติอย่างแท้จริงตลอดจนมีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

สรุป

ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้แบบทำลายเนื้อเยื่อน้อยทำให้ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามแนวคิดของโดนามิเดียน ผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้น โดยมีความพึงพอใจในการปฏิบัติและผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ปี 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press; 2003.
3. ยุวเรศ เสนาธรรม. การพัฒนาคุณภาพกระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
4. อัญญา แก้วคำ. การพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
5. นิธิวดี สุธรรมรักษ์. การพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง [การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
6. วชิราณี วงศ์ก้อม, ศักนาค์ ไชยศิริ, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ติระวัฒนานนท์. รายงานการวิจัยความคุ้มค่าและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของการผ่าตัดผ่านกล้องในระบบประกันสุขภาพสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
7. Rovinelli R.J., Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research. 1997;2(2):49-60.

8. มลฤดี เกษเพชร, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, ประกาศิต จิรปภา. โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วย มะเร็งเต้านม อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย. 2563;7(2):41-56.
9. นิศากร ปากเมย, สุนทรี, ศิริพร อุดลศิลป์, พงนา ไกรสร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มารับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ในโรงพยาบาล บุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2562;34(2):239-56.
10. ชีรา พงษ์พานิช, ธัญญาณ์ หล่อกิตติ์ชนม์, สุตาวัลย์ มากนวล. การพัฒนารูปแบบระบบความปลอดภัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(1):174-89.
11. พกษา เกตุนามญาติ, กัลยาณี เครือใหม่, นิชนันท์ ไชยรังสี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ในหอศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลลำปาง. วารสารศาสตร์ สุขภาพและการศึกษา. 2567;4(1):35-48.
12. ดร.ณิ สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร, รัชชยา มหาสิริมงคล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง โรงพยาบาล มหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561;15(3):24-34.
13. สุธาสินี ปวงฟู. การพัฒนาสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาล วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังได้รับ การผ่าตัด ผ่านกล้อง โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(3):131-7.
14. ปราณิ ตรุณาวางษานนท์, พาณี วิรัชกุล, จินดา ผุดผ่อง, ปริญา ศิริธราพิพัฒน์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดและ รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารสมาคม เวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2564;11(3): 671-94.
15. ทิพวัลย์ ศรีพิพัฒน์กุล, สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, สุทิพา ใจสมัค. การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ของพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ ไม่ทรีล. พุทธชินราชเวชสาร. 2562;36(3):282-95.
16. นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์. ผลของการใช้โปรแกรมการสอน สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2564;5(1):1-12.