



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง โรงพยาบาลเลย

ฉัตรพร หัตถกรรม ปพ.ส.*

วนิดา เคนทองดี พย.ม.**

พรวิณัส โสภณทัต พย.ม.***

(วันรับบทความ: 13 มีนาคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 4 มิถุนายน พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 7 มิถุนายน พ.ศ.2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง (Non ST segment Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) ในโรงพยาบาลเลย ตามกรอบแนวคิด ของ Kemmis & McTaggart มีผู้ร่วมวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 แห่ง และศัลยกรรม 5 แห่ง รวม 28 คนและผู้ป่วย NSTEMI 100 ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบสอบถามความจำเป็นในการพัฒนา แบบบันทึกการปฏิบัติและผลลัพธ์ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แนวทางการสนทนากลุ่ม และ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI ประกอบด้วย 2 วงรอบ ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัย พบว่า เกิดแนวปฏิบัติการพยาบาล 3 หมวด ได้แก่ 1) การคัดกรอง 2) การดูแลเพื่อความปลอดภัย และ 3) การเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุการรื้อแรง ประกอบด้วย เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูง และเสี่ยงต่ำ เกิดผลลัพธ์คือ พยาบาลมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดต่อแนวปฏิบัติ เฉลี่ยร้อยละ 4.54 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.40) อัตราการคัดกรองถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 76.7 เป็น 96.7 การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพตามแนวปฏิบัติที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 80 และไม่พบอุบัติเหตุการรื้อแรง สรุปว่า แนวปฏิบัติดังกล่าวส่งผลให้ที่ดีต่อผู้ป่วยและเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลเลย

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด คลื่น เอส ที ไม่ยกสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเลย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลย

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเลย

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: kenthongdeev@gmail.com Tel: 085-7522979



Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Non-ST segment Elevation Myocardial Infarction Loei Hospital

Chatraporn Hattakam D.N.S.*

Wanida Kenthongdee M.N.S.**

Pornvenus Shokantat M.N.S.***

(Received Date: March 13, 2021, Revised Date: June 4, 2021, Accepted Date: June 7, 2021)

Abstract

This action research study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a nursing practice guideline for patients with non-ST segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) in Loei hospital. The framework for a guideline based on action research of Kemmis & McTaggart model. Participants were 1 Emergency department, 1 Out Patients department, 6 medical wards, and 5 surgical wards, as 13 units at Loei Hospital. The study participants were 28 registered nurses and 100 patients with NSTEMI. The study was conducted from March 2020 to February 2021. The quantitative measurements consisted of a development needs questionnaire, a record of practice and results, and a satisfaction questionnaire. The qualitative measurements consisted of participant observation, focus group, and in-depth interview guidelines. There were 3 phases including 1) situation analysis 2) NSTEMI nursing practice guideline development, and 3) evaluation of nursing practice guideline implementation.

The findings revealed that there were 3 categories of guidelines for nursing as follows: 1) screening; 2) safety care; and 3) surveillance according to the level of risk of severe incidence. The outcomes that nurses had more an average mean score in the high level of satisfaction of 4.54 (Mean=4.54, S.D.= 0.40). Patient outcomes were: the correct screening rate increased from 76.7 % to 96.7 %. Quality of patient care established guidelines that were $\geq 80\%$. No incidences were found. In conclusion, this nursing practice guideline for patients with NSTEMI had positive outcomes for patients and was appropriated to use in Loei Hospital.

Keywords: clinical nursing practice guideline, non-ST elevation myocardial infarction

*Registered Nurse, Senior Professional Level, Head nurse, Loei Hospital

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Loei Hospital

***Registered Nurse, Professional Level, Loei Hospital

*Corresponding Author, Email: kenthongdeev@gmail.com Tel: 085-7522979



บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง (Non ST segment Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) เป็นหนึ่งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของคนไทย จากปี พ.ศ. 2553- 2557 พบอัตราการตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเพศชายและเพศหญิง และเพิ่มขึ้นตามอายุ เฉพาะปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการตายในกลุ่มอายุ 50-59 ปี อายุ 60-69 ปี และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปในเพศชายเท่ากับ 22.7, 54.4 และ 249.3 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในเพศหญิง เท่ากับ 16.9, 50.5 และ 194.5 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ¹ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 50 เสียชีวิตในโรงพยาบาล และมักเสียชีวิตเฉียบพลันภายใน 24-48 ชั่วโมงโดยประมาณ และร้อยละ 48-63 ของการเสียชีวิตจะเกิดขึ้นเฉียบพลันใน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการของโรค เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ดังนั้น เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและให้การรักษาที่เหมาะสมภายในเวลา 1 ชั่วโมง และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องภายใน 24-48 ชั่วโมง ดังกล่าวข้างต้น

จากสถิติการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเฉียบพลันของผู้ป่วยดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหรือการดูแลรักษาเมื่อแรกพบผู้ป่วยมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือ การคัดกรองและการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว พยาบาลเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินหรือคัดกรองเพื่อเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป^{3,4} ในโรงพยาบาลเลย มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดคลื่นเอสทียกสูง (ST segment Elevation Myocardial Infarction: STEMI) ใน พ.ศ. 2552 แต่การพัฒนาดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI จึงทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย NSTEMI ยังเป็นปัญหาระดับโรงพยาบาลตลอดมา จากสถิติปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 พบว่า มีผู้ป่วย NSTEMI เข้ารับการรักษา จำนวน 289, 326 และ 354 ราย ตามลำดับ และ

มีการเสียชีวิต ร้อยละ 9.7, 10.1 และ 10.2 ตามลำดับ⁵ จาก การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย NSTEMI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย (มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2563) จำนวน 30 ราย พบอัตราการคัดกรองถูกต้องและนำไปสู่การรักษาที่รวดเร็ว ร้อยละ 76.7 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 5 นาทีในผู้ป่วยที่สงสัย ร้อยละ 66.7 การรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีหลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ร้อยละ 60.0 กลุ่มที่เหลือนอกจากนี้คือกลุ่มที่ได้รับการรักษาล่าช้า ในจำนวนนี้พบอุบัติการณ์รุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว 2 อับัติการณ์ ซึ่งเกิดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนในหอผู้ป่วยในพบ 1 อับัติการณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 2 อับัติการณ์ (ร้อยละ 6.7) นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลระหว่างรอเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและรอการส่งต่อสถานบริการไม่เหมาะสมในประเด็นการเพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สและการดูแลอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยที่มีระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอับัติการณ์รุนแรง ส่งผลให้เกิดอับัติการณ์รุนแรง ได้แก่ ภาวะช็อกจากหัวใจ 1 อับัติการณ์ จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า เกิดจากการไม่ทราบแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการที่ไม่เด่นชัด และหรือการขาดสมรรถนะหรือความเชี่ยวชาญของบุคลากรพยาบาลที่พบคนไข้ แม้จะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วย NSTEMI ที่กำหนดโดยอายุรแพทย์ แต่ยังขาดการเชื่อมโยงแนวทางการรักษาสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เจาะจง ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจึงขึ้นกับการทำความเข้าใจแนวทางการรักษาและสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคน กล่าวโดยสรุป คือ ขาดข้อกำหนดหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด คลื่นเอสที ไม่ยกสูง ที่เป็นหลักปฏิบัติเดียวกัน จากผลการศึกษาของจันทิมา พรเชน ศรพรพงษ์ จันทร์นภา คำวัจนัง และ กวินทร์นาถ บุญชู⁶ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วย STEMI แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก พบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภายใน 5 นาที ร้อยละ 88.6 ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที ร้อยละ 84.6 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 73.0 ระดับความเจ็บบอ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.5, p < .01$) และผลการศึกษาของ จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ อรุณศรี รัตนพรหม และ ปิยธิดา บวรสุชาติน⁷ ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ



ยาลดลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า สามารถให้ยาลดลิ่มเลือดได้ร้อยละ 100 พยาบาลวิชาชีพมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถลดการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการได้รับยาและเพิ่มการเข้าถึงยาลดลิ่มเลือด แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และการพัฒนาระบบที่สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติสามารถทำให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ตามมาตรฐาน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

จากเหตุผลที่กล่าวมาผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล มีหน้าที่สำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรค NSTEMI โรงพยาบาลเลย เพื่อเชื่อมโยงแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline: CPG) สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของพยาบาลผู้ปฏิบัติ การสื่อสาร การทบทวน และชักชวนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น และออกแบบระบบการพยาบาลภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและทรัพยากรให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลเลย อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถลดอุบัติการณ์รุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI โรงพยาบาลเลย
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI ภายหลังการพัฒนา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วงจรการพัฒนาตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart^๑ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกตการณ์ (observation) และการสะท้อนผล (reflection) และประยุกต์ใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm & Larrabee^๑ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน มาใช้ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอส ที ไม่ยกสูง ตามวงจรการพัฒนาของ Kemmis & McTaggart^๑ 2 วงรอบๆ ละ 4 ขั้นตอน และ 3 ระยะการประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติหลังการพัฒนา สถานที่ทำวิจัย คือ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 แห่ง และหอผู้ป่วยศัลยกรรม 5 แห่ง รวม 13 แห่ง ระยะเวลาศึกษา 12 เดือน (เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามความจำเป็นในการพัฒนา 2) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ เพื่อประเมินสถานการณ์ ความต้องการการเปลี่ยนแปลงของผู้เกี่ยวข้อง การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และสรุปปัญหา สังเกตการปฏิบัติ และระดมสมองเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือเชิงปริมาณ (แบบบันทึกการปฏิบัติ แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method) 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์และศัลยกรรม 2 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยรวมของทั้ง 3 เครื่องมือเท่ากับ .7, .8 และ .7 ตามลำดับ และเครื่องมือเชิงคุณภาพมีข้อคำถามที่เหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลย รหัสโครงการ EC 022/2563 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย ให้อาสาเข้าร่วม



การวิจัยโดยอิสระ กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพจะได้รับสิทธิ์ที่พึงมีซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและหน้าที่การทำงาน หรืออคติที่จะเกิดขึ้นแม้จะถอนตัวออกจากโครงการ และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวม ก่อนขอคำยินยอมการเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) (มีนาคม- เมษายน พ.ศ. 2563) โดย 1) ประชุมหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 แห่ง ศัลยกรรม 5 แห่ง (รวม 13 แห่ง) และพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกและหอผู้ป่วยดังกล่าวจำนวน 28 คน เพื่อนำเสนออุบัติการณ์และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรค NSTEMI 2) ร่วมกันศึกษารับท 3) ศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิก โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย NSTEMI 30 ราย และสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม 4) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI ดำเนินการตามขั้นตอนของ Kemmis & McTaggart⁸ 2 วงรอบๆ ละ 4 ขั้นตอน

วงรอบที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI (เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2563)

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน โดย 1) แบ่งทีมผู้ร่วมวิจัยเป็นทีมพยาบาลวิชาชีพจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm & Larrabee⁹ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดยนำเสนอปรากฏการณ์ทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและการสังเกตการปฏิบัติแก่ผู้เกี่ยวข้อง และผลการวิเคราะห์ปัญหา จากนั้นสอบถามความต้องการและระดมสมองเพื่อกำหนดวิธีแก้ปัญหา 2) การเชื่อมโยงปัญหากับการปฏิบัติและผลลัพธ์ โดยกำหนดปัญหาทางการพยาบาล การปฏิบัติ และตัวชี้วัด 3) การสังเคราะห์เพื่อให้ได้หลักการที่ดีที่สุด โดยร่วมกันทบทวนและสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พิจารณาและเลือกใช้งานวิจัย เพื่อยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI 4) การออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยออกแบบเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถ

นำกร่างแนวปฏิบัติไปใช้ได้สอดคล้องกับบริบท 5) ปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ โดย 1) นำกร่างแนวปฏิบัติที่ผ่านการออกแบบไปศึกษานำร่องในผู้ป่วย NSTEMI จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2) รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติและผลลัพธ์ เพื่อปรับปรุงกร่างเป็นแนวปฏิบัติ และ 6) การผสมผสานให้การปฏิบัติคงอยู่อย่างยั่งยืน โดย 1) นำเสนอแนวปฏิบัติแก่คณะกรรมการบริหารการพยาบาล 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสื่อสารแนวปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพ 3) ประกาศใช้แนวปฏิบัติ และนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยกสูง 30 รายและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) โดยรวบรวมผลการใช้แนวปฏิบัติ การสังเกตการณ์ปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรคเพื่อนำเข้าสู่การสะท้อนผลในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล โดย 1) ผู้วิจัยจัดประชุมกับผู้ร่วมวิจัย หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม เพื่อนำเสนอข้อมูลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์และปัญหาอุปสรรค 2) เปรียบเทียบผลการพัฒนาจากตัวชี้วัดที่กำหนด 3) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสะท้อนความคิดเห็นต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงระบบการพยาบาลที่สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ (เดือนสิงหาคม- ตุลาคม พ.ศ. 2563) โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ร่วมวิจัยและคณะกรรมการบริหารการพยาบาล เพื่อ 1) นำเสนอปัญหาและความคิดเห็นที่ได้จากการสะท้อนผล 2) ระดมสมองเพื่อกำหนดระบบการพยาบาลที่สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ 3) นำระบบการพยาบาลที่กำหนดไปใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที่ไม่ยกสูง จำนวน 30 รายและประเมินผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 แห่ง ศัลยกรรม 5 แห่ง (รวม 13 แห่ง) จำนวน 28 คน และผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที่ไม่ยกสูง จำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ 30 ราย กลุ่มทดสอบใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 10 ราย และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ 2 วงรอบๆ ละ 30 ราย ข้อมูลการ



ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ รวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ การประเมินความจำเป็นในการพัฒนา และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการออกแบบตาราง และการออกแบบคู่มือลงรหัส

ผลการวิจัย

นำเสนอตามระยะของการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า 1) บุคลากรพยาบาลยังขาดองค์ความรู้และความชำนาญในการคัดกรองเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การวินิจฉัยโดยเร็ว โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยถูกส่งไปรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และเกิดอุบัติการณ์รุนแรง (หัวใจล้มเหลว) จนเสียชีวิต 2) พบผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (แผนกผู้ป่วยนอก 1 ราย หอผู้ป่วยใน 1 ราย) และไม่ได้รับการรายงานแพทย์ จนเกิดอุบัติการณ์รุนแรง (ภาวะช็อกจากหัวใจ) 1 ราย 2) ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยพบการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันในประเด็นการลดอาการเจ็บอกและการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนแก๊ส 3) ขาดแนวปฏิบัติที่ทันสมัย โดยแนวปฏิบัติเดิมมีการแบ่งระดับความเสี่ยงที่กว้างเกินไปและยังไม่ถูกนำสู่การปฏิบัติ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI แบ่งเป็น 2 วงรอบได้แก่

วงรอบที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน จากการแบ่งทีมผู้ร่วมวิจัย ได้ทีม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลแต่ละหน่วยงาน ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความยินดีเข้าร่วมวิจัยเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Rosswurm & Larrabee⁹ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ โดย 1) การเปรียบเทียบการปฏิบัติและอุบัติการณ์รุนแรงกับมาตรฐาน พบว่า ยังไม่บรรลุผลลัพธ์ที่กำหนด (เขตบริการสุขภาพที่ 8) 2) ข้อสรุปจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปร่วมกันว่า ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที่ไม่ยกสูง ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค และเชื่อมโยงแนวทางการรักษา (Clinical Practice Guideline: CPG) สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งบุคลากรพยาบาลที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการบริหารการพยาบาลต้องการแก้ไข

2. การเชื่อมโยงปัญหาสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์ โดย 1) ระบุประเด็นการพยาบาลที่ต้องการ ได้แก่ การคัดกรองถูกต้อง 2) การดูแลถูกต้องและเหมาะสม ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล $\geq$ ร้อยละ 80 3) การเฝ้าระวังถูกต้องตามความรุนแรงของโรค $\geq$ ร้อยละ 80 4) อุบัติการณ์รุนแรงลดลง

3. การสังเคราะห์เพื่อให้ได้หลักการที่ดีที่สุด ผลจากการพิจารณาใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ได้ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI 3 หมวด คือ 1) การคัดกรอง ประกอบด้วย การประเมิน การตรวจและรายงานผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2) การดูแลเพื่อความปลอดภัย ประกอบด้วย เตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤต การลดความต้องการออกซิเจนและเพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊ส การจัดการอาการเจ็บอก และ 3) การเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์รุนแรง ประกอบด้วย ความเสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูง และเสี่ยงต่ำ สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI ที่พัฒนาเปรียบเทียบกับแนวปฏิบัติเดิม (ตารางที่ 1)

4. การออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยผ่านการใช้กระบวนการพยาบาล เริ่มจากการประเมินอาการตามแนวทางการคัดกรอง การใช้คำสั่งทางการพยาบาลผ่านการวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น และกำหนดเกณฑ์ในการประเมินผลลัพธ์ที่สะท้อนเป้าหมายการพยาบาล

5. การปฏิบัติและประเมินผล ผลการทดสอบใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วย NSTEMI 10 ราย พบว่า ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ และไม่เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI รูปแบบเดิมและแนวปฏิบัติใหม่

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่
- การคัดกรองอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้แนวทางของโรงพยาบาล เพื่อคัดเลือผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาโดยเร็ว - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 5 นาทีหลังพบอาการสงสัย - การรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีหลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ - การเฝ้าระวังตาม TIMI Risk score for NSTEMI ที่ปรากฏใน progress note ของแพทย์ ประกอบด้วย	- การคัดกรองอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้แนวทางของโรงพยาบาลเพื่อคัดเลือผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาโดยเร็ว - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 5 นาทีหลังพบอาการสงสัย - การรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีหลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ - การเฝ้าระวังตาม Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) risk score¹⁰ ประกอบด้วย
ระดับความเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ เฝ้าระวังและติดตามอาการทุก 1 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง และเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักและหรือหอผู้ป่วยสามัญ	ระดับความเสี่ยงสูงมาก ให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน (resuscitation) เฝ้าระวังใกล้ชิดตลอดเวลาและเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
	ระดับความเสี่ยงสูง เฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งต่อสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
- การเตรียมรถฉุกเฉินและเครื่องกระตุ้นหัวใจให้พร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเตรียมไว้ในโซนวิกฤต แผนกผู้ป่วยนอก เตรียมไว้ในห้องตรวจ ในหอผู้ป่วยใน เตรียมไว้ในห้องทำงานพยาบาล - การจำกัดการออกแรงเพื่อลดความต้องการออกซิเจนโดยให้นอนพักบนเปลนอนหรือเตียงผู้ป่วย - การเพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สโดยให้ออกซิเจนทุกราย	ระดับความเสี่ยงต่ำ เฝ้าระวังและติดตามอาการทุก 15 นาที เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงและเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก - การเตรียมรถฉุกเฉินและเครื่องกระตุ้นหัวใจให้พร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเตรียมไว้ในโซนวิกฤต แผนกผู้ป่วยนอก เตรียมไว้ในห้องตรวจ ในหอผู้ป่วยใน เตรียมไว้ในห้องทำงานพยาบาล - การจำกัดการออกแรงเพื่อลดความต้องการออกซิเจนโดยให้นอนพักบนเปลนอนหรือเตียงผู้ป่วย - การเพิ่มการแลกเปลี่ยนแก๊สโดยให้ออกซิเจน cannula 2-3 ลิตรต่อนาที เฉพาะรายที่มีค่า oxygen saturation ที่วัดได้จากปลายนิ้ว < 90 % - การบรรเทาอาการเจ็บอกโดยให้ยา Isordil (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด อดัมไต้ลิ้น ประเมินซ้ำภายใน 5 นาที ถ้าไม่ดีขึ้น ให้หม้ออีก 1 เม็ด ถ้าไม่ดีขึ้น ให้วัดความดันโลหิต ถ้าปกติให้ morphine 3-5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์ - การบริหารยาและสังเกตทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา

6. การผสมผสานให้การปฏิบัติคงอยู่อย่างยั่งยืน

1) ผลการนำเสนอร่างแนวปฏิบัติต่อคณะกรรมการบริหารการพยาบาล พบว่า คณะกรรมการมีความเห็นชอบเห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI อันเป็นความเสี่ยงสำคัญของกลุ่มการพยาบาลประกาศใช้แนวปฏิบัติ และอนุมัติให้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

เพื่อสื่อสารแนวปฏิบัติ 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยชี้แจงและทำความเข้าใจแนวปฏิบัติแก่พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม 6 แห่ง และศัลยกรรม 5 แห่ง กำหนดให้นำแนวปฏิบัติไปใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกสูง จำนวน 30 ราย และประเมินผล



ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ จากการรวบรวมผลการปฏิบัติ พบว่า บุคลากรพยาบาลยังขาดความเชี่ยวชาญในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยพบในห้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของแผนกผู้ป่วยนอก คือ หลังการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามีความผิดปกติแต่ไม่รายงานแพทย์ พบความไม่พร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต 2 ครั้ง (ในแผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) นอกจากนี้ยังพบการคัดกรองไม่ถูกต้องในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยถูกส่งไปรอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่ยังไม่เกิดอุบัติเหตุรุนแรง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล ผลจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า บุคลากรพยาบาลประจำจุดสำคัญยังละเลยการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนด ยังขาดความเชี่ยวชาญในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ยังไม่ทั่วถึงหรือครอบคลุมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

วงรอบที่ 2 การปรับปรุงระบบที่สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ โดย 1) การวางแผน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระดมสมอง ระหว่างผู้ร่วมวิจัยและคณะกรรมการบริหารการพยาบาล เพื่อนำเสนอผลลัพธ์และปัญหาอุปสรรค ได้แนวทางการแก้ปัญหา คือ การฝึกสมรรถนะพยาบาลในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การฝึกสอนหน่วยงานโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง และการประยุกต์ใช้ระบบการนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิก

เฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหา (เนื้อหาการนิเทศบรรจุใน one page) 2) การปฏิบัติตามแผน โดยชี้แจงวิธีการรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วย NSTEMI 30 ราย 3) การสังเกตการณ์ โดยรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ ผลลัพธ์ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ 4) การสะท้อนผล โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทุก 1 เดือน เพื่อนำเสนอผลลัพธ์การปฏิบัติ และปัญหาอุปสรรค เพื่อปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา (พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง มกราคม พ.ศ. 2564) นำเสนอ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง พบว่า กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีอายุเฉลี่ย 60.1 ปี และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีอายุเฉลี่ย 66.1 ปี ทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.4 เพศหญิง ร้อยละ 21.6 ส่วนในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.0 เพศหญิง ร้อยละ 27.0 กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีโรคประจำตัวร้อยละ 51.4 กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.0 โดยสรุป ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ และโรคประจำตัว 2) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ(n=30) หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=30)			
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1) การคัดกรองถูกต้อง	23	76.7	29	96.7
2) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 5 นาทีในรายที่สงสัย	20	66.7	30	100.0
3) การรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีหลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	18	60.0	30	100.0
5) การพยาบาลตามระดับความเสี่ยง	NA		30	100.0
6) การประเมินและจัดการอาการเจ็บอกอย่างเหมาะสม	15	50.0	30	100.0
7) การลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย	28	93.3	30	100.0
8) การเพิ่มการแลกเปลี่ยนออกซิเจนอย่างเหมาะสม	15	50.0	30	100.0
9) การเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤต	28	93.3	30	100.0

3) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่าอุบัติการณ์รุนแรง (ภาวะหัวใจล้มเหลว) ลดลงจาก 2 เป็น 0 อุบัติการณ์ ภาวะช็อกจากหัวใจ ลดลงจาก 1 เป็น 0 อุบัติการณ์ 4) ผลลัพธ์ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ

ระดับมากที่สุด 4.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติและระบบการพยาบาล ได้แก่ 1) ความมีประโยชน์ของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ความมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย



และครอบคลุมประเด็นสำคัญ จากคำกล่าว “แนวปฏิบัติมีประโยชน์เพราะใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย” “เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลให้ทำได้เท่าๆ กัน” (พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) 2) ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ความสามารถในการแยกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้เร็ว “กำหนดวิธีการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาชัดเจนขึ้น เห็นความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคน ชัดเจน และช่วยเหลือคนที่มีอาการรุนแรงได้เร็ว” (พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) 3) ความรู้ที่เกิดจากการพัฒนา ประกอบด้วย ความรู้ในการประเมินความเสี่ยง การดูแลเฉพาะโรค และการเฝ้าระวังตามความรุนแรง “การทบทวนงานวิจัย ทำให้ได้รับความรู้ที่คนอื่นเขาทำกัน การประชุมเชิงปฏิบัติการทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติม จำได้มากขึ้น” (พยาบาลหอผู้ป่วยใน) “การใช้งานวิจัยมาสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย ทำให้แนวทางทันสมัย คนทำมีความรู้” “ประสบการณ์ในการสร้างแนวปฏิบัติร่วมกันทำให้มีความรู้มากขึ้น” (พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลหอผู้ป่วยใน) 4) ความสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติของระบบการพยาบาล ประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและการนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิก มีหัวข้อการนิเทศ 1 หน้าที่กระดาม ในประเด็นที่เป็นปัญหาเท่านั้น “การนิเทศแบบนี้ดี ทำไม่ยาก และตรงประเด็นการดูแลคนไข้ของน้องๆ” (หัวหน้าหอผู้ป่วยใน)

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย NSTEMI การวิจัยนี้ได้เชื่อมโยงแผนการรักษาที่กำหนดโดยแพทย์กับการปฏิบัติการพยาบาลของทีมพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วยและพยาบาลผู้ปฏิบัติ ซึ่งแนวคิดสำคัญที่นำมาใช้คือวงจรการพัฒนาของ Kemmis & McTaggart⁸ และรูปแบบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติสู่หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Rosswurm & Larrabee⁹ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและระบบสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติ 3 หมวด คือ การคัดกรอง การดูแลเพื่อความปลอดภัย และการเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุการรุนแรง ซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่เป็นปัญหาในระยะเฉียบพลันก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาล อธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมในการศึกษาปรากฏการณ์ทางคลินิกของผู้ปฏิบัติ ทำให้เห็นความสำคัญของปัญหา และมีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าเพื่อขยายและปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้

เกิดความรู้ และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนด ร่วมกับการออกแบบระบบการพยาบาลที่สนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ และเหมาะสมกับบริบท สามารถทำให้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้มากกว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติทุกกิจกรรม ได้แก่ การคัดกรองอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 5 นาทีหลังพบผู้ป่วย การรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีหลังตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุการรุนแรง การลดความต้องการออกซิเจนและเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊สอย่างเหมาะสม และการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ อรุณศรี รัตนพรหม และ ปิยธิดา บวรสุชาสิน⁶ ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสในเครื่องช่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ร้อยละ 100 พยาบาลวิชาชีพมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถลดการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการได้รับยาและการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันทิมา พรเชนศรพวงษ์ จันทร์นภา คำจันัง และ กวินทร์นาฏ บุญชู⁷ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วย STEMI แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก พบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภายใน 5 นาที ร้อยละ 88.6 ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที ร้อยละ 84.6 ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 73.0 ระดับความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 6.5$, $p < .01$) 2) การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ จากการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีการใช้เครื่องมือจำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุการรุนแรง มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงอย่างชัดเจน และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย อธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้พยาบาลประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุการรุนแรง และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา และเฝ้าระวังผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของกอบชัย จิรชาญชัย¹¹ ที่พัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย NSTEMI ของจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้ GRACE risk score ในการประเมินและจำแนกความเสี่ยงเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ควรได้รับการส่งต่ออย่างเร่งด่วน และกำกับการรักษาด้วย



standing order ผลการวิจัยพบว่า GRACE risk score เป็นเครื่องมือในการประเมินและจำแนกค่าเสี่ยงของผู้ป่วย NSTEMI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนจากการประเมินมากกว่า 130 คะแนน จะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มี GRACE risk score น้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติและระบบที่ปรับปรุงในด้านความมีประโยชน์ ความชัดเจน และความรู้ที่ได้จากการพัฒนาอธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับต่างๆ ได้ในเวลาอันรวดเร็ว สามารถคัดเลือผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม จนส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเห็นความชัดเจนของแนวปฏิบัติที่ถอดกิจกรรมการพยาบาลจากแนวทางการรักษาของแพทย์ออกมาในรูปของกระบวนการพยาบาล ส่วนความรู้ที่ได้จากการพัฒนา อธิบายว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทุกขั้นตอนเป็นการเสริมสร้างความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง และควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที่ไม่ยกสูง ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น และประเมินผลการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1) การปฏิบัติการพยาบาล ควรนำเสนอผลการวิจัยต่อคณะกรรมการบริการองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลเลย เพื่อประกาศใช้ทุกหอผู้ป่วย และ 2) การวิจัยทางการพยาบาล ควรทำวิจัยทั้งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที่ไม่ยกสูงต่อประสิทธิผลของการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลย ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

References

1. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable disease in Thailand during 2010-2014. Disease Control Journal 2017; 43(4): 379-390.
2. Division of Public Health Statistics. Public Health Statistics Division 2011-2014. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014.
3. Chantimaporn C, Channapha K, Kavintarnat. Results of the development of guidelines for the care of sick acute myocardial ischemia, elevated STS, accident and emergency department Nakhon Nayok Hospital. Journal Faculty of Medicine Burapha University 2015; 23(3): 97-111.
4. Suphot S. CARDIOLOGY 2008. Bangkok: Chaiya Film; 2008.
5. Hospital information. Loei Hospital Patient Medical Records: Binding Documents; 2020.
6. Pornchensuanpong C, Kamwatchanang C, Boonchoo K. Effects of Clinical Practice Guidelines for ST Elevation Myocardial Infarction Patients in Emergency Department, Nakhornayok Hospital. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2015; 25(3): 97-111.
7. Soyprasert J, Rattanaporn A, Borvornsudhasin P. Development of Caring System for ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients undergoing Thrombolytic agents in Cardiac Network Suratthani Province. Region 11 Medical Journal 2017; 31(3): 495- 506.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. Rosswurm MA, Larrabee JH. A Model for change to Evidence- Based Practice. Journal of Nursing Scholarship 1999; 13(4): 317-322.
10. Suwanno J, Chauchu B, Phalphet C. Association of risk level and major adverse cardiovascular events in patients with non- ST elevation myocardial infarction: a clinical assessment using GRACE risk score. Thai Journal of cardio-Thoracic Nursing 2018; 29(1): 17- 28.
11. Chirachanchai K. Development of NSTEMI-ACS Care Network in Phetchabun. Region 11 Medical Journal 2019; 33(2): 353-366.