

**ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อความสามารถ
ในการดูแลตนเอง จำนวนวันนอนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTEMI**

**Effectiveness of using the nursing practice guideline
on self-care ability, length of stay and quality of life
in patients with NSTEMI**

จิราภา ทองตระกูล พย.ม.* อัมพพร นามวงศ์พรหม Ph.D (Nursing)** สุวารี สารอารณ์ พย.ม.*

Chirapa Hongtrakul RN, MNS* Ampaporn Namvongprom RN, Ph.D** Suwaree Saraarporn RN, MNS*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2558

Volume 38 No.1 (January-March) 2015

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTEMI โดยใช้ CURN Model เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวม 35 ราย ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบติดตามการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบบันทึกจำนวนวันนอนและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Paired t-test ผลการศึกษา พบว่าร้อยละ 86.0 ของพยาบาล มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) และจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.1 วัน ซึ่งต่ำกว่าก่อนการพัฒนา (8.78 วัน) และคุณภาพชีวิตที่ประเมินหลังจำหน่าย 3 เดือนอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

Abstract:

This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of evidenced-based nursing practice guideline in caring patients with NSTEMI. CURN model was used as a conceptual framework of this study. A purposive sample of 35 patients with NSTEMI was recruited and received the evidence based care for 3 days. The instruments used to collect data consisted of: the self-care ability, quality of life interviews, and length of stay record form. Descriptive statistics and Paired t-test were used to analyze the data. The findings showed that 86% of nurses provided care in accordance with the guideline. Self-care ability scores after were higher than those of before using the guidelines significantly ($p=.000$). Average length of stay (5.1days) was less than that of the before group (8.78 days). The quality of life scores at 3 months after using the guidelines were at a good level.

keywords: nursing practice guideline, patient with NSTEMI, self-care ability, quality of life, evidence-based utilization

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของผู้ป่วย¹⁻³ โดยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI) เป็นสาเหตุของการตายมากที่สุดในกลุ่มของโรคหัวใจทั้งหมด⁴ องค์การอนามัยโลกประเมินว่า จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั่วโลก 20 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 30 ของสาเหตุการตายทั้งหมดทั่วโลก⁵ แต่ละปีมีผู้ป่วยมากกว่า 5.3 ล้านคนที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก และมากกว่า 1.4 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยเป็น unstable angina และ Non – ST segment elevation myocardial infarction⁶

สำหรับในประเทศไทย สถิติการตายด้วยโรคไม่ติดต่อพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 เป็นต้นมา โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้จำนวน 18,375 คนต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 28.96 ต่อประชากรแสนคน⁷ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแบ่งตามแนวทางการรักษาเป็น 2 กลุ่มคือ ST- elevated myocardial infarction (STEMI) และ Non-ST elevated myocardial infarction (NSTEMI)⁸⁻¹¹ แม้ว่าอัตราการตายขณะรับไว้ในโรงพยาบาลของกลุ่ม NSTEMI จะน้อยกว่ากลุ่ม STEMI¹² แต่หากให้การรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดไม่นานพอผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่ม STEMI และเสียชีวิตได้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ตั้งแต่แรก¹² ข้อมูลจาก TIMI III Registry ซึ่งติดตามผู้ป่วย Unstable Angina (UA)/ NSTEMI จำนวน 1,416 คน และศึกษาการเสียชีวิตหรือการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ Left bundle branch block (LBBB) และแบบ ST depression ตั้งแต่ 0.5 มิลลิเมตรขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือการ

เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 1 ปี สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยมี Risk Ratio 2.8 ($p < .001$) และ 2.4 ($p < .001$) ตามลำดับ¹³ และหากผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยาอย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับการได้รับการทำ Percutaneous intervention (PCI) อย่างรวดเร็วอาจมีผลเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 1 ปี อีกด้วย¹⁰ ดังนั้นจึงจำเป็นที่บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI ทั้งทางด้านการประเมินภาวะเสี่ยง การดูแลการใช้ยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เป็น NST ACS (Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome) พบรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Tierney และคณะ¹⁵ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะเฉียบพลันในการประเมินและค้นหากลุ่มเสี่ยง และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น จากงานวิจัยทั้งหมด 38 เรื่อง มี 10 เรื่องที่ตรงตามเกณฑ์ ประกอบด้วย RCT 1 เรื่อง วิจัยเชิงคุณภาพ 4 เรื่อง ที่เหลือเป็นแบบสอบถาม และกรณีศึกษา ผลการทบทวนสรุปได้ว่า พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย การสอน การดูแลความสุขสบาย การประเมินภาวะเสี่ยง การติดตามรวบรวมข้อมูล และการตัดสินใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีบทบาทในการที่จะปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีประชาชนเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาข้อมูลสถิติในปี 2554¹⁶ พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

(Acute coronary syndrome: ACS) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 278 คน หรือประมาณ ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรมทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่ม ST elevated myocardial infarction (STEMI) 77 ราย (ร้อยละ 27.7) ผู้ป่วยกลุ่ม Non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) 134 ราย (ร้อยละ 48.2) และผู้ป่วยที่มีอาการ Unstable Angina 67 ราย (ร้อยละ 24.1) และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.78 วันซึ่งนานกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจากปัญหาดังกล่าว กลุ่มภารกิจบริการวิชาการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จึงได้พัฒนาระบบในการนำแนวปฏิบัติไปใช้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTEMI ขึ้น โดยใช้โมเดลของ CURN¹³ เป็นกรอบแนวคิดโดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็น NSTEMI
2. เพื่อประเมินผลของการพัฒนาต่อคุณภาพของการดูแลด้านความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวนวันนอน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย NSTEMI

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่รับไว้ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชายและหญิง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) มีความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และ 4) ผู้ป่วยและญาติยินยอม/สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนด เก็บรวบรวมตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2556 – 31 มกราคม 2557 ได้จำนวน 35 ราย

กระบวนการพัฒนาระบบเพื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ใช้ CURN Model¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาการนำแนวปฏิบัติไปใช้ซึ่งขั้นตอนที่นำมาใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การแจกแจงปัญหาการดูแลผู้ป่วย NSTEMI 2) สร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งสรุปการดำเนินการวิจัยได้ 2 ขั้นตอนหลักคือขั้นตอนการพัฒนาระบบและพัฒนาแนวปฏิบัติ และขั้นตอนการของการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลดังนี้

1. การแจกแจงปัญหาการดูแลผู้ป่วย NSTEMI

จากการทบทวนการดูแลในปัจจุบันพบว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ต่อเนื่องเป็นระบบพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นผลให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นไปตามประสบการณ์ของพยาบาล ประกอบกับการที่พยาบาลมีภาระงานมากการมอบหมายงานที่ยังไม่ชัดเจน และการניתนงานยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการที่รุนแรงขึ้นร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จึงได้มีการประชุมระดมสมองเพื่อ

หาทางปรับปรุงระบบการดูแลให้ดีขึ้นโดยเห็นร่วมกันว่าต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. การสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย NSTEMI กลุ่มงานและทีมผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยดัดแปลงจาก care map การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTEMI และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (ACC/AHA)^{6,18,19} และได้มีการทดลองนำไปใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 รายเพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และแก้ไขปรับแก้แนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติของแผนกอายุรกรรม

3. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย การอบรมพยาบาลและการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นดังนี้

3.1 อบรมพยาบาลในแผนกอายุรกรรมเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติเป็นรายกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง รวมทั้งกำหนดให้มีการนิเทศพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติขึ้นโดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์เป็นผู้นิเทศร่วมกับหัวหน้าทีม (incharge nurse) ในหอผู้ป่วยระหว่างการใช้นวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ

3.2 เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 3 วัน ดังนี้ คือ 1)วันแรกพยาบาลประเมินอาการเจ็บหน้าอกด้วย pain numeric scale ประเมิน Timi risk score วัดและบันทึกสัญญาณชีพตามความเหมาะสมอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้พักบนเตียงอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดต่อเนื่อง และบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 leadsเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้ออกซิเจน บริหารยา

ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรงอธิบายแผนการรักษาขั้นต้น ระยะเวลานอนพักในโรงพยาบาล ประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 2) วันที่สองประเมินอาการเจ็บหน้าอก ให้มีกิจกรรมได้ตามความต้องการหากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเข้าห้องน้ำได้โดยนั่งรถเข็นจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ อบอุ่นการพักผ่อน ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในระหว่างที่เป็น NSTEMI ได้แก่การประเมินอาการเจ็บอกด้วยตนเอง และวิธีจัดการเมื่อเจ็บหน้าอก อาหาร การขับถ่าย การทำกิจวัตรประจำวัน การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การผ่อนคลาย และการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน มีการปรึกษามือสหสาขา เช่น นักจิตวิทยาคลินิก เมื่อต้องการหยุดบุหรี่ เกสเซอร์ในกรณีการรับประทานยาต่อเนื่อง นักกำหนดอาหารในกรณีควบคุมอาหารได้ไม่ดี 3)วันที่สามเป็นการทบทวนความรู้ที่ได้รับ เรื่องโรค การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ประสานงานกรณีมีแผนการส่งต่อเพื่อการตรวจรักษาพิเศษ แนะนำวิธีติดต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินที่บ้าน บันทึกข้อมูลที่สำคัญลงในสมุดคู่มือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด คือ 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย 2)แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย NSTEMI ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล²⁰ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ กิจกรรมการดูแลตนเอง 14 ข้อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง 20 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะมาตราวัดประเมินค่า (Likert scale) 3 ระดับและ 3) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต 31ข้อดัดแปลงจากนงลักษณ์

เมธากาญจนศักดิ์²¹ที่แปลจาก SF 36 version 2 ประกอบด้วยบทบาทหน้าที่ทางกาย บทบาทหน้าที่ที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย ความเจ็บปวดทางกาย ความคิดเห็นต่อสุขภาพทั่วไป ความกระฉับกระเฉง บทบาทหน้าที่ทางสังคม บทบาทหน้าที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์และสุขภาพจิตคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน โดยกำหนดคะแนนคุณภาพชีวิตที่มากกว่า ร้อยละ 55 ขึ้นไป (คะแนน 1705 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้ง 2 ชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.71 และ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับวิธีการขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้ป่วย/ญาติมีสิทธิปฏิเสธและ/หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการให้การรักษาพยาบาลก่อนเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เริ่มเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลก่อนใช้แนวปฏิบัติโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 คือ จำนวนวันนอนและความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 3 เดือน

ผลการวิจัย (Results)

การประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ

เมื่อเทียบกับก่อนการอบรมพยาบาลหลังเข้ารับการอบรม มีผลสอบผ่านการประเมินสูงขึ้น จากร้อยละ 48.5 เป็น 80.7 และมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

ร้อยละ 86.0 โดยมีช่วงคะแนนของการปฏิบัติอยู่ระหว่าง ร้อยละ 61.1 – 100

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

จำนวน 35 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.9) อายุระหว่าง 43 – 85 ปี เฉลี่ย 64.7 ปี (± 11.8) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85.7) ระดับการศึกษาชั้นประถม (ร้อยละ 48.6) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 45.7) ทำงานแบบเต็มเวลา (ร้อยละ 45.7) เศรษฐกิจของครอบครัวมีความพอเพียง (ร้อยละ 60.0) สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 60.0) และปฏิเสธประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 71.4)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ

17.1 ไม่มีโรคประจำตัวมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในหลอดเลือดสูง ร้อยละ 48.6, 77.1 และ 57.1 ตามลำดับลักษณะการเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาลเป็นชนิด Typical (ร้อยละ 65.7) คะแนนเจ็บหน้าอกกรรรับส่วนใหญ่ ≤ 5 คะแนน จาก 10 คะแนน (ร้อยละ 91.2) ส่วนความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิตที่ประเมินจาก Timi Risk Score ร้อยละ 53.1 อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางผู้ป่วยร้อยละ 85.7 ได้รับการครอบคลุมครบทุกกลุ่มสำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย anti – platelet (ASA + clopidogrel), low molecular weight heparin, nitrate, laxative drug และ anti – anxiety drug

ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองหลังการพัฒนาระบบอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=41.71$, $SD=7.24$) และสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบ ($\bar{X}=33.94$, $SD=7.89$) ในด้านความรู้พบว่า ร้อยละ 74.3–97.1 มีความรู้ด้านการประเมินอันตรายและการขอความช่วยเหลือรวมทั้งการจัดการเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และสังเกต

อาการข้างเคียงของยา ในด้านการปฏิบัติพบว่า ร้อยละ 82.9-94.3 รับประทานยาครบ ไม่หยุดยาเองเมื่อไม่สบาย และไม่ดื่มชา กาแฟ เป็นประจำอย่างใดก็ตาม พบว่ามีจำนวน ร้อยละ 57-75 ที่มีการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานและการออกกำลังกาย และมีเพียงร้อยละ 37.4 ที่ซักถามแพทย์และพยาบาลเมื่อมีข้อข้องใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เมื่อทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.234, p = .000$)

2. จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังการพัฒนาระบบเฉลี่ย 5.17 วัน ซึ่งมีระยะสั้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบ (8.78 วัน)

3. คุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้ารับการรักษาและได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติ ในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายพบว่า ร้อยละ 56.7 มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=1872.53, SD=669.96$) ร้อยละ 50.00 รับรู้ว่า ตนเองมีสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 43.4 รับรู้ว่าสุขภาพแย่ลงกว่าปีก่อน ร้อยละ 50-60 รับรู้ว่าสุขภาพส่งผลต่อการเดิน มากกว่า 1 กิโลเมตร และส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก และร้อยละ 50-60 รู้สึกว่ายังมีความสุขถึงแม้ว่าสุขภาพจะไม่ดีเหมือนคนอื่นและทำกิจกรรมที่ใช้แรงมากไม่ได้เหมือนเดิม

การอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTMI โดยการนำแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่ศึกษา สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยอภิปรายผลได้ 2 ประการ คือ 1) ระบบที่พัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลมีความรู้ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชนิด NSTEMI เพิ่มขึ้น โดยในแต่ละขั้นตอน พยาบาลประจำการมีส่วนร่วมในการพัฒนา มีระบบนิเทศติดตามปัญหาและ

แก้ไขได้อย่างต่อเนื่อง 2) ผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจากก่อนพัฒนาเนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการประเมินอาการและการจัดการเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก และมีความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้าน การใช้ยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ที่วัดจากการรับรู้ภาวะสุขภาพยังอยู่ในระดับที่ดีการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับข้อสรุปที่มีมาก่อนว่า การใช้แนวปฏิบัติที่มีพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย¹⁴

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

ควรมีการใช้แนวปฏิบัตินี้ต่อเนื่องไปเนื่องจากผลลัพธ์ในเบื้องต้นอยู่ในระดับที่ดีและควรติดตามผลลัพธ์ ทั้งทางด้านการกลับมารักษาซ้ำ ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิต เมื่อผู้ป่วยมาตรวจนัดช่วงระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี หลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการประเมินซ้ำเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตสุขภาพได้และอยู่ในระยะคงที่แล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Heron M, Hoyert DL, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD, Tejada-Vera B. Deaths: final data for 2006. Natl Vital Stat Rep. 2009;57(14):1-134.
2. Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, Minino AM, Kung HC. Deaths: final data for 2009. Natl Vital Stat Rep. 2011;60(3):1-116.
3. Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2010. Natl Vital Stat Rep. 2013; 61(4):1-117.

4. WHO. The Top 10 causes of death. 2014 [updated May 2014]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
5. WHO. Preventing chronic diseases: A vital investment. 2005. 2005; Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf.
6. Gibler WB, Cannon CP, Blomkalns AL, Char DM, Drew BJ, Hollander JE, et al. Practical implementation of the guidelines for unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction in the emergency department: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Acute Cardiac Care), Council on Cardiovascular Nursing, and Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group, in Collaboration With the Society of Chest Pain Centers. *Circulation*. 2005;111(20):2699-710.
7. Bureau of Policy and Strategy. Health Profile Report, 2009. Office of the Permanent Secretary; 2009[200screens]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/III/1.%E0%B8%95%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A2552.pdf>.
8. Cox DA, Stone GW, Grines CL, Stuckey T, Zimetbaum PJ, Tchong JE, et al. Comparative early and late outcomes after primary percutaneous coronary intervention in ST-segment elevation and non-ST-segment elevation acute myocardial infarction (from the CADILLAC trial). *Am J Cardiol*. 2006;98(3):331-7. Epub 2006 Jun 9.
9. Lefebvre C, Hoekstra J. Early detection and diagnosis of acute myocardial infarction: the potential for improved care with next-generation, user-friendly electrocardiographic body surface mapping. *Am J Emerg Med*. 2007;25(9):1063-72.
10. McManus DD, Gore J, Yarzebski J, Spencer F, Lessard D, Goldberg RJ. Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI. *Am J Med*. 2011;124(1):40-7. doi: 10.1016/j.amjmed.2010.07.023.
11. Knot J, Kala P, Rokytá R, Stasek J, Kuzmanov B, Hlinomaz O, et al. Comparison of outcomes in ST-segment depression and ST-segment elevation myocardial infarction patients treated with emergency PCI: data from a multicentre registry. *Cardiovasc J Afr*. 2012;23(9):495-500. doi: 10.5830/CVJA-2012-053.
12. Srimahachota S, Boonyaratavej S, Kanjanavanit R, Sritara P, Kittayaphong R, Kunjara-Na-ayudhya R, et al. Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS)--an extension of Thai Acute Coronary Syndrome registry (TACS) group: lower in-hospital but still high mortality at one-year. *J Med Assoc Thai*. 2012;95(4):508-18.
13. Cannon CP, McCabe CH, Stone PH, Rogers WJ, Schactman M, Thompson BW, et al. The electrocardiogram predicts one-year outcome of patients with unstable angina and non-Q wave myocardial infarction: results of the TIMI III Registry ECG Ancillary Study. *Thrombolysis in Myocardial Ischemia*. *J Am Coll Cardiol*. 1997;30(1):133-40.

14. Householder-Hughes SD. NonST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome. AACN Advanced Critical Care. 2011;22(2): 113-114.
15. Tierney S. Nurses role in the acute management of patients with non-ST segment elevatiion acute coronary syndromes: An integrative review. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2012; 12(3):293-301.
16. Department of Medical Statistics. Statistics of CVS Patients Nopparat Rachathanee Hospital. Bangkok. 2011.
17. Tomkins ES. The CURN project: uniting research and practice. N J Nurse. 1985;15(8) :20.
18. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Circulation. 2007;116(7);e148-304. Epub 2007 Aug 6.
19. Braunwald E. Application of current gudelines to the management of unstable angina and non-ST-elevation myocardial infarction. Circulation. 2003;108(16 Suppl 1):III28-37.
20. Prommoon P. Selected factors related to caregivers' capabilities in caring for patients with acute coronary syndrome in the pre-hospitalized phase. (Master thesis). Songkla: Prince of Songkla University, 2008.
21. Methakanjanasak N. Self-management of end stage renal disease patients receiving hemodialysis: [Master thesis]. Chiangmai: University; 2005.