การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Continuous Bladder Irrigation in Patient undergoing Transurethral Resection Prostatectomy using Evidenced Based Practice

บุญมี สันโดษ[1]
Boonmee Sandos[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตทางท่อปัสสาวะ

วิธีการศึกษา : เป็นการพัฒนาโดยใช้ Evidence based practice model ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานการศึกษา ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดจำนวน 17 เรื่อง ผลการสังเคราะห์ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการเตรียมอุปกรณ์ 2) ขั้นตอนการพยาบาลขณะสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง 3) ขั้นตอนการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) ขั้นตอนการหยุดสวนล้างและถอดสายสวนปัสสาวะ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนและนำแนวปฏิบัติฉบับยกร่างไปทดลองใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากจำนวน 10 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสม ประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ เดือนมกราคม ถึงมิถุนายน ประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากที่หน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะจำนวน 40 คน แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง ส่งผลให้การดูแลตนเองอยู่ระดับดีมาก การเหยียดขา ไม่งอเข่า/สะโพกได้ครบตามเวลาที่กำหนด การควบคุมความปวดเป็นไป

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

00 ..indd 72 21/8/2559 23:03:55

อย่างมีประสิทธิภาพคะแนนความปวด เฉลี่ยที่ 2 คะแนน ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยาแก้ปวดในระยะแรกหลังผ่าตัด ตำแหน่งของบอลลูนสายสวนปัสสาวะไม่เลื่อนหลุด การปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติมาใช้น้ำเกลือสวนล้างแบบ 2 ขวด กำหนดความสูงของเสาแขวนถุงน้ำเกลือ อัตราการไหลที่เหมาะสมควบคุมตามสีน้ำปัสสาวะ ส่งผลให้การไหลของน้ำเกลือที่สวนล้างเป็นไปอย่างคล่องตัวและต่อเนื่อง ไม่มีก้อนเลือดอุดตัน ไม่เกิดเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด จำนวนวันในการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องเฉลี่ย 2 วัน ใส่สายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 3 วัน จำนวนน้ำเกลือที่ใช้สวนล้างเฉลี่ย 30,000 ซีซีต่อคน (เดิม 140,000 ซีซีต่อคน) ราคาค่าใช้จ่ายน้ำเกลือสวนล้างเฉลี่ย 1,200 บาท (เดิมเฉลี่ย 5,600บาท) ซึ่งสามารถลดได้ถึง 3,400 บาทต่อคนหรือ 85 ถุงต่อคน ไม่พบอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.4 วัน (เดิม 8 วัน) ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ เท่ากับ 97.8% อัตราความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 96.6%

สรุป : ได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล การสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง การผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ

ABSTRACT

Objective : This study was to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) for continuous bladder irrigation in patient undergoing Transurethral Resection Prostatectomy (TURP)

Materials and method : This study was using evidence-based practice (EBP) model as a conceptual framework. An evidence-based practice model had four phases which consisted of : 1) Evidence triggered phase, 2) Evidence supported phase, 3) Evidence observed phase, and 4) Evidence based phase. Evaluation the credibility level and the feasibility of implementation were performed. From a total of 17 studies. Result of EBPs syntheses included 4 steps : 1) Prepare patient for operation and equipment, 2) Nursing Care of during Continuous Bladder Irrigation (CBI), 3) Exercise and Rehabilitees and, 4) stop CBI and off urinary catheter. The content of this CNPG was validated by 5 urology experts. The draft of CNPG were try out in 10 patients undergoing TURP and adjusted for appropriation before the

00 ..indd 73 21/8/2559 23:03:55

implementation. The implementation of completed CNPG into practice at urology ward were pilot during January 2014 and June 2014. Sample of 40 patients undergoing TURP, 2 urologist and, 12 nurses.

Results : There were used to evaluate nursing outcome.The findings were as follows : the patient received holistic preparing for CBI care and learned in virtual scenarios that resulted in a very good level self-care practice ; the patient can extend leg by didn't flex knee and hip at the time assigned; effective pain control was found, the mean of pain score was 2 ; 85 percent of patient didn't ask for opioid at the 1st period post op care; there is no urinary catheter balloon slide out of the position; using two bottle CBI that adjust to the high of stand for infusion bottle and adjust to the normal saline rate by urine color resulted in the normal saline flowing is very good and no blocked blood clot; the average date of CBI was 2 ; the average date of urinary catheter retaining was 3 ; there were found that the average normal saline used per patient were lower (30,000 cc. vs. 140,000 cc.), the CBI cost were lower (1200 baht vs. 5600 baht), patient lengths of stay were shorter (5.4 days vs. 8 days) than those before initiated the CNPG; It was also found that no patient with urinary tract infection, no unplanned rehospitalizations within 28 days, patient satisfaction with the CNPG were 97.8 percent ; staff satisfaction with the CNPG were 96.6 percent.

Conclusion : The findings indicated that the CNPG for continuous bladder irrigation was practical and effective CNPG.

Keywords : Clinical nursing practice guideline, continuous bladder irrigation, transurethral prostatectomy

00 ..indd 74 21/8/2559 23:03:55

บทนำ

โรคต่อมลูกหมากโตถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชายวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงผู้สูงอายุซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตจะอยู่ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไปและพบในชายสูงอายุ 2 ใน 5 คน หรือประมาณร้อยละ 10 และมากขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะอายุ 80 ปีขึ้นพบได้ร้อยละ 80 ถึงแม้ว่าต่อมลูกหมากจะโตขึ้นพบว่าร้อยละ 40 – 50 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่จะมีอาการของโรคนี้[2,3,4,5] การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตโดยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ (Transurethral resection of Prostatectomy Gland : TUR-P) ถือเป็นวิธีการผ่าตัดมาตรฐาน (Gold Standard) เป็นที่นิยมมากที่สุดผู้ป่วยทุกรายหลังผ่าตัดจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะชนิด 3 ทางขนาดใหญ่ 22 – 24 Fr. ค้างไว้เพื่อสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบ ต่อเนื่อง (Continuous Bladder Irrigation : CBI) เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดอุดกั้นการไหลของปัสสาวะ ในต่างประเทศใช้อัตราการหยดสารละลายประมาณ 60 – 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง[6,7] ในประเทศไทยใช้การหยดประมาณ 40 – 60 หยดต่อนาทีก็เพียงพอที่จะทำให้ปัสสาวะใสได้หรือปรับจำนวนหยดตามแผนการรักษาของแพทย์จนแน่ใจว่าเลือดหยุดจึงหยุดการ CBI และถอดสายสวนปัสสาวะออก[8,9,10] ซึ่งการคาสายสวนปัสสาวะที่มีขนาดใหญ่ มีการระคายเคืองเพิ่มภัยอันตรายต่อเนื้อเยื่อบริเวณรูเปิดของท่อปัสสาวะ (meatus) มากขึ้นร่วมกับการใส่น้ำกลั่นปราศจากเชื้อในบอลลูนของสายสวนปัสสาวะ จำนวน 30 มิลลิลิตร เพื่อเพิ่มแรงดันที่กดตรงตำแหน่งแผลผ่าตัดพร้อมกับมีการดึงและยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ (traction) ตรงตำแหน่งหน้าขาก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน[11] ดังนั้นในขณะที่ทำการ CBI พยาบาลจะต้องคอยดูแลปรับอัตราการไหลของน้ำยาที่ใส่เข้าไปชะล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาให้พอเหมาะกับจำนวนปัสสาวะ และน้ำยาที่ไหลออกมาปริมาณและลักษณะของน้ำที่ออกมาจากกระเพาะปัสสาวะต้องไหลสะดวกและน้ำที่ออกมาต้องเป็นสีแดงจางลงเรื่อย ๆ จนใส[11,12] ถ้าปล่อยให้น้ำยาหยดไม่ต่อเนื่องจะทำให้มีลิ่มเลือดเล็ก ๆ มาอุดท่อของสายสวนปัสสาวะจนน้ำปัสสาวะไหลออกมาไม่ได้มีน้ำยาไหลเข้าทางเดียว ผู้ป่วยจะปวดเบ่ง มีเลือดออกมากขึ้นจนทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดกั้นการไหลของปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยปวดเบ่งถ่ายปัสสาวะกระเพาะปัสสาวะยืดขยายออก อาการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้น และต้องหมั่นบีบรูดคลึงสายยางบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการอุดตันของสายยางจากลิ่มเลือดที่ออกมาทางสายสวนปัสสาวะและประเมินภาวะเลือดออก ประเมินลักษณะปัสสาวะที่ระบายออกทุก 1 – 2 ชั่วโมง หากการพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้การคาสายสวนปัสสาวะและการทำ CBI นานขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปวด มีไข้ นอนโรงพยาบาลนานขึ้น[13,14]

โรงพยาบาลมหาสารคามมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัด TUR-P เพิ่มขึ้นทุกปี

00 ..indd 75 21/8/2559 23:03:56

จากสถิติบริการย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2554-2556) มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด TUR-P จำนวน 56, 67 และ 74 ราย ตามลำดับ[15] จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 30 รายพบว่าผู้ป่วยมีความปวดขณะ CBI ระดับมาก 7- 10 คะแนน ในช่วง 8-12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดได้รับยาแก้ปวดทุก 4 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 86.67 ผู้ป่วยไม่สามารถเหยียดขาได้ครบตามเวลาเกิดการเลื่อนของบอลลูนทำให้เกิดเลือดออกซ้ำร้อยละ 65 เกิดการอุดตันของสายสวนปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 26.67 จำนวนน้ำที่ใช้ CBI เฉลี่ย 140,000 ซีซีต่อราย หรือ 5,460 บาทต่อรายจำนวนวัน CBI เฉลี่ย 5 วันจำนวนวันใส่สายสวนปัสสาวะเฉลี่ย 6 วัน ระยะวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10-12 วัน

เพื่อใช้แก้ปัญหาในหน่วยงานเป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วยบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในขณะนั้น[16,17,18,19]

จากการปฏิบัติงาน ยังพบปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องไม่มีหลักฐานยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ความไม่ชัดเจนนี้เอง ทำให้ผู้ศึกษาสนใจและกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบนำมาประเมินและวิเคราะห์ในด้านความตรง ความเที่ยง ความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ทางคลินิก มีการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำลงสู่การปฏิบัติเพื่อหาวิธีการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องที่เหมาะสมโดยนำมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความน่าเชื่อถือตั้งอยู่บนฐานของความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์สามารถตรวจสอบได้มีมาตรฐาน ใช้เป็นไปในแนวทางเดียวกันมีการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลอย่างชัดเจนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้เปรียบเหมือนแผนที่ของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งจะส่งผลต่อการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะที่ได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตทางท่อปัสสาวะ

วิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ผู้ศึกษาใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidenced-Based Practice Model) ในการพยาบาลของซูคัพ ปี ค.ศ. 2000[1] เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา โดยมีกระบวนการพัฒนาเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) เป็นกระบวนการของการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาทางคลินิกที่สนใจและต้องการแก้ไขปัญหา

ซึ่งได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.Practice triggered จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนที่เป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง

2.Knowledge triggered จากการทบทวนงานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะทุกรายจะได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง โดยใส่สายสวนปัสสาวะ (Foley's catheter) ชนิด 3 ทางที่มีขนาดใหญ่ 18 – 24Fr. ค้างไว้ร่วมกับการใส่น้ำกลั่นปราศจากเชื้อในบอลลูนสายสวนปัสสาวะ จำนวน 30 มิลลิลิตร พร้อมกับมีการดึงและยึดตรึงสายสวนปัสสาวะ (traction) ตรงตำแหน่งหน้าขาและสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (CBI) เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดอุดกั้นการไหลของปัสสาวะโดยปกติใช้การหยดสารละลายในต่างประเทศใช้การหยดสารละลายประมาณ 60 – 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง[7,8,9,10,11,12] ในประเทศไทยใช้การหยดประมาณ 40 – 60 หยดต่อนาที ก็เพียงพอที่จะทำให้ปัสสาวะใสได้หรือปรับจำนวนหยดตามแผนการรักษาของแพทย์[8,9,10] เพราะถ้าหากมีการอุดตันของสายสวนปัสสาวะมีน้ำปัสสาวะและน้ำเกลือคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ เป็นผลให้กระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง และมีน้ำปัสสาวะและน้ำเกลือบางส่วนไหลซึมออกรอบ ๆ สายเกิดการเปียกชื้นซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดเมื่อมีการอุดตันจะมีการแก้ปัญหาโดยการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบครั้งคราวสลับจนกระทั่งน้ำยาที่สวนล้างใสแล้วสวนล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่องต่อไปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดการอุดตันของลิ่มเลือด ความปวด ความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ความสูงของระดับเสาที่แขวนถุงน้ำยาสวนล้าง ความแรงของการไหลของน้ำยา การไหลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การบีบนวดสวยยาง การไม่งอสะโพกและเข่าที่จะทำให้บอลลูนเลื่อนจากตำแหน่งที่กดทับรอยผ่าตัดไว้ การตรึงสายสวนปัสสาวะให้ครบ 12 ชั่วโมง[9,10] เป็นต้น

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) เป็นการกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสืบค้นข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศระหว่าง ค.ศ.1998-2013 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบ PICO ของเคริกและสมิทธ์[19] คือ 1) Population : ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่ผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ 2) Intervention : continuous bladder irrigation, prevention or management complication 3) Comparison : ไม่มีการเปรียบเทียบ 4) Out come : คุณภาพการพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ obstruction, pain, bleeding, UTI, จำนวนวันCBI, จำนวนวันใส่สายสวนปัสสาวะ, จำนวนน้ำที่ใช้ในการสวนล้าง, ค่าใช้จ่าย

ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ และความพึงพอใจต่อการบริการ

การวิเคราะห์และประเมินหลักฐานความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้ การประเมินระดับของงานวิจัย (Level of Evidence) ตามเกณฑ์ของมิวนิกและไฟน์เอ้าท์[20] ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับ 1 หมายถึงหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (Meta analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดหรือแนวปฏิบัติการทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ 2 หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial : RCT) หรืองานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Experimental study) ที่มีการออกแบบการทดลองอย่างดีอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมมีการออกแบบการทดลองอย่างดี (Quasi-experimental studies : Non-randomize controlled, single group pre-test, time series, matchedcase controlled studies) แต่ไม่มีการสุ่ม

ระดับ 4 หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี (Retrospective studies, Prospective studies)

ระดับ 5 หมายถึงหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 6 หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวเชิงคุณภาพหรืองานวิจัยเชิงบรรยาย

ระดับ 7 หมายถึงหลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะและ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of respected authorities based on their clinical experience or the opinion of an expert committee) ในการพิจารณาความเป็นไปได้เพื่อการนำไปใช้ทางคลินิกใช้ของโพลิทและเบค (Polit& Beck, 2008)[21] ตรงกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) 2)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง สรุปวิธีปฏิบัติที่แนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 32 เรื่องนำมาใช้ได้จริง 17 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ Level 1 จำนวน 2 เรื่อง Level 2 จำนวน 3 เรื่อง Level 3 จำนวน 5 เรื่อง Level 4 จำนวน 2 เรื่อง Level 5 จำนวน 3 เรื่อง Level 6 จำนวน 2 เรื่อง

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence

observed phase) เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลแล้วนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่ได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ รวม 5 คนคือ แพทย์เชี่ยวชาญสาขาศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 2 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยต่อมลูกหมาก 2 คน แล้วผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติฉบับยกร่างไปทดลองใช้ศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ป่วยผ่าตัด TURP ในหน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะช่วงเดือนตุลาคม-เดือนพฤศจิกายน 2556 จำนวน 10 รายเพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ปรับปรุงตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ป่วยจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดและการเตรียมอุปกรณ์[7,9,10,13,22]

- การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันก่อนผ่าตัด ในขั้นตอนนี้จะปฏิบัติคู่กับแนวทางการพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากและเน้นในประเด็นการทำวิธีการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องพบหลังผ่าตัดและขณะรับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ

- ประเมินความพร้อมผ่าตัดและ CBI ทั้งด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้แบบประเมิน IPSS[13,23] ประเมินระดับความวิตกกังวลโดยใช้มาตรวัดเป็นตัวเลข (numeric scale anxiety)[13]

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำ CBI โดยการสอนรายบุคคล การใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือการสอนที่เป็นรูปภาพเห็นชัดเจน[13]

- ฝึกทักษะผู้ป่วยในการเหยียดขาข้างขวา การล็อคขาไม่ให้งอขา การออกกำลังกายเหยียด เกร็งและคลายกล้ามเนื้อขา การบีบนวดสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ ดูรูปแบบการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง การเปลี่ยนน้ำเกลือสวนล้าง ซึ่งใกล้เคียงสถานการณ์จริง[13]

- ฝึกทักษะการควบคุมความปวดโดยการทำสมาธิ จินตภาพ การฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย การนวดคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดการเกร็งของขาและกระเพาะปัสสาวะ[13,14]

- ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล

2.ขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยขณะรับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง[7,9,10,22]

- การตั้งเสาแขวนขวดสารน้ำ CBI โดยให้ถุงน้ำเกลือสูงห่างจากกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วย 90-120 เซนติเมตร แขวนขวดน้ำเกลือ 2 ขวด (เดิมใช้ 1 ขวด) โดยอุณหภูมิปกติ ที่ 36.5-37 องศาเซลเซียส ความเร็วของ

หยดน้ำเกลือในขวดที่ 1 ที่ใช้ในการควบคุม ใน 8 ชม.แรก rate 40-50 หยดต่อนาที ขวดที่ 2 ใช้ปรับตามสีของน้ำปัสสาวะที่แสดงของภาวะเลือดออก เท่านั้นใน16 ชม.ต่อมาลด rate ลงเป็น 30 หยดต่อนาที ในวันที่ 2 ของผ่าตัด ลดเป็น 15-20 หยดต่อนาที

- การต่อ การเปลี่ยนขวดน้ำเกลือและการเทน้ำปัสสาวะใช้หลัก aseptic technique ทุกครั้ง

- การเทน้ำปัสสาวะต้องเททุกครั้งที่น้ำเกลือแต่ละขวดหมด (1cycle) เพื่อลดการเต็มและล้นถุงที่จะทำให้เพิ่มแรงดันย้อนกลับส่งผลต่อการไหลของน้ำเกลือ พร้อมบันทึกจำนวน สี ลักษณะน้ำ เข้า-ออก ทันที

- Milking สายสวนปัสสาวะทุก 2 ชม.

- การล๊อคขาผู้ป่วยด้วยนวัตกรรมหมอนสบาย[13] การเหยียดขานาน 12 ชม. ตรึงสายสวนปัสสาวะ 24 ชม. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยไม่งอขาและสายสวนไม่เลื่อนจากตำแหน่งทุก 2 ชั่วโมง

- การทำจินตภาพ เทคนิคการหายใจผ่อนคลาย การนวด สมาธิ[13]

- บริหารยาแก้ปวดในระยะ 16 ชม. แรก และประเมินอาการข้างเคียง

- ประเมินอาการแสดงทางหน้าท้อง กระเพาะปัสสาวะ การรั่วของปัสสาวะทุก 2 ชม.

- แนวทางดื่มน้ำ 24 ชม. แรก งดอาหารและน้ำ Day1 ดื่มน้ำอย่างน้อย 3000 ซีซี หลังจากนั้นต้องดื่มอย่างน้อย 4000 ซีซี ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด

3.ขั้นตอนการออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถนะ ขณะทำ CBI การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรายและฝึกหูรูด 4 ท่า[24,25,26,27]เพื่อวางแผนในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหลังถอดสายสวน มีดังนี้

ท่าที่ 1 นอนหงายงอเข่า ขมิบกล้ามเนื้อหูรูดให้แรง ขณะเดียวกันหายใจเข้าเต็มที่ หยุดกลั้นไว้และแขม่วท้องน้อยไว้ด้วย นับในใจ 1-2-3-4-5 (5 วินาที) แล้วคลายแรงขมิบออก

ท่าที่ 2 นอนหงายงอเข่าตั้งตรง แขนวางเหยียดตรง ขณะหายใจเข้าเต็มที่ ขมิบกล้ามเนื้อหูรูด หยุดกลั้นไว้และแขม่วหน้าท้อง พร้อมทั้งยกสะโพกและหลังให้สูงขึ้นเต็มที่ ไหล่ติดพื้น นับในใจ 1-2-3-4-5 (5 วินาที) แล้วคลายแรงขมิบออก

ท่าที่ 3 ยืนเท้าชิดกัน มือจับขอบโต๊ะเขย่งเท้าขึ้นสุดตัวพร้อมกับฝึกขมิบกล้ามเนื้อหูรูดให้แรง ขณะเดียวกันหายใจเข้าเต็มที่ หยุดกลั้นไว้แล้วแขม่วท้องน้อยไว้ด้วย นับในใจ 1-2-3-4-5 (5 วินาที) แล้วคลายแรงขมิบออก

ท่าที่ 4 ยืนแยกขาให้เท้าห่างกัน ยืดหน้าอก และเชิดหน้าตรง ขณะที่ฝ่ามือทั้งสองวางบนโต๊ะ ทิ้งน้ำหนักตัวลงที่ฝ่ามือฝึกขมิบกล้ามเนื้อหูรูดให้แรง ขณะเดียวกันหายใจเข้าเต็มที่ หยุดกลั้นไว้แล้วแขม่วท้องน้อยไว้ด้วย นับในใจ 1-2-3-4-5 (5 วินาที) แล้วคลายออก

โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะขณะสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ

จะต้องออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและหูรูดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ระยะยาวหลังถอดสายสวนปัสสาวะ ดังนี้

- วันที่ 1-2 ทำท่าที่ 1-2 จำนวน 60 ครั้ง เช้า เที่ยง และเย็น
- วันที่ 3 ทำท่าที่ 1-2 จำนวน 100 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็น ก่อนนอนและเริ่มทำท่าที่ 3-4 จำนวน 50 ครั้ง
- วันที่ 4 ทำครบทั้ง 4 ท่า จำนวน 100 ครั้ง เช้า เที่ยง เย็นและก่อนนอน
- วันที่ 5 ทำ 4 ท่าต่อเนื่องจนถอดสายสวนปัสสาวะและทำต่อเนื่องที่บ้านอย่างน้อย 3 เดือน

4.ขั้นตอนการ off CBI และการถอดสายสวนปัสสาวะ[28,29,30]

- ก่อนหยุด CBI ให้ clamp สาย 2 ชั่วโมงเพื่อดูความผิดปกติ จึง off CBI แล้วใช้ตัว clamp ไว้ ปิดรูสายสวนหางที่ 3 ไว้ด้วยก๊อซปลอดเชื้อ เช็ดทำความสะอาดด้วย 70% แอลกอฮอล์ทุกวัน จนกว่าจะถอดสายสวนปัสสาวะ
- สอนการดูแลสายสวนปัสสาวะ การเทน้ำปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์
- Flushing ก่อนถอดสายสวนปัสสาวะและดื่มน้ำทันที 2 แก้วหลังถอดสายสวนปัสสาวะ
- ประเมินความสามารถการขับถ่ายปัสสาวะตามแบบฟอร์ม IPSS

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานและการประเมินผลลัพธ์ (Evidence based phase) โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์เข้าประชุม PCT ประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกปฏิบัติแก่บุคลากรครบทุกคน เป็นเวลา 6 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 2 คน พยาบาล 12 คน ผู้ป่วยผ่าตัด TURP แบบ elective case จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด TURP/CBI 2) แบบบันทึกการประเมินความปวดและการได้รับยาแก้ปวด 3) แบบบันทึกการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ 4) แบบประเมินความสามารถการขับถ่ายปัสสาวะ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.97, 0.92, 0.91, 0.94 และ0.98 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค = 0.89 ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความปวด, การได้รับยาแก้ปวด, การเกิดภาวะอุดกั้น, การเกิดเลือดออกซ้ำ, การผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, จำนวนวัน CBI, จำนวนวันใส่สายสวนปัสสาวะ, จำนวนน้ำที่ใช้ในการสวนล้าง, ค่าใช้จ่าย, ความสามารถใน

00 ..indd 81 21/8/2559 23:03:57

การขับถ่ายปัสสาวะ, การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรต่อการพยาบาลสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการศึกษา

1.ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย : ผู้ป่วยควบคุมความปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนความปวดขณะ CBI เฉลี่ยที่ 2 คะแนน ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัด ไม่พบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของบอลลูนจากตำแหน่ง ไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ไม่เกิดเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดซ้ำ ระยะเวลาในการทำ CBI เฉลี่ย 2 วัน จำนวนวันใส่สายสวนเฉลี่ย 3 วัน ไม่พบอัตราการติดเชื้อ UTI จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงเหลือ 5 วัน (เดิม 8 วัน) ไม่พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและอัตราความพึงพอใจ ร้อยละ 97.8

2.ผลลัพธ์ด้านครอบครัว : อัตราความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการบริการร้อยละ 96.7 และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะ CBI เช่น การนวด การจัดท่า การบีบนวดและดูแลสายสวนปัสสาวะ การช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ไม่รู้สึกกีดกันจากตัวผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ทำให้รู้สึกอบอุ่นทั้งตัวผู้ป่วยและญาติรวมทั้งรับทราบและเข้าใจถึงการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในการออกกำลังกายฟื้นฟูกล้ามเนื้อหูรูดต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

3.ผลลัพธ์ด้านหน่วยงาน

3.1 มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (continuous bladder irrigation) ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือสำหรับพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

3.2 พยาบาลวิชาชีพหน่วยงานศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ หน่วยงานพิเศษและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่รับดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมลูกหมากโตทางท่อปัสสาวะทุกคนมีความรู้ความสามารถ ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3.3 มีการขยายผลการใช้แนวปฏิบัตินี้ในทุกกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ เช่น กลุ่ม hematuria กลุ่มมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีภาวะเลือดออก กลุ่มที่มีภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดนิ่วไต

4.ผลลัพธ์ด้านบุคลากร : อัตราความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 96.6 บุคลากรทั้งแพทย์พยาบาล ปฏิบัติได้สะดวก เกิดการ ยอมรับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนานี้ เนื่องจากการปฏิบัติไม่ได้ยุ่งยากซับซ้อน และยังช่วยลดภาระงานในบางขั้นตอน เช่น ขั้นตอนที่ต้องทำสวนล้างครั้งคราวกรณีก้อนเลือดอุดตัน และทำให้ผลการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ

5.ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ : จำนวน

น้ำเกลือที่ใช้สวนล้างเฉลี่ย 30,000 ซีซีต่อคน (เดิม 140,000 ซีซีต่อคน) ค่าใช้จ่ายน้ำเกลือสวนล้างเฉลี่ยลดลงเป็น 1,200 บาท (เดิมเฉลี่ย 5,600 บาทหรือ 140 ถุง) ต่อราย ซึ่งสามารถลดได้ถึง 3,400 บาทต่อรายหรือ 85 ถุงต่อราย ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันจากการไม่ได้วางแผน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลงเหลือ 5 วัน (เดิม 8 วัน)

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือตั้งอยู่บนฐานของความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์สามารถตรวจสอบได้ นำสู่การปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันทุกขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการทำ CBI ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ได้เรียนรู้การดูแลตนเองในสถานการณ์เสมือนจริง ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในขณะ CBI ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน โดยเฉพาะการใช้นวัตกรรมหมอนล็อคขาช่วยให้ผู้ป่วยเหยียดขาไม่งอเข่า/สะโพกตามเวลาที่กำหนดส่งผลให้ตำแหน่งของบอลลูนสายสวนปัสสาวะไม่เลื่อนหลุด[13] รวมทั้งวิธีปฏิบัติที่ปรับเปลี่ยนโดยใช้น้ำเกลือ 2 ขวด กำหนดความสูงของถุงสารน้ำ CBI อยู่ในช่วง 90-120 เซ็นติเมตรทำให้เกิดแรงดันที่เพียงพอต่อการป้องกันการแข็งตัวของเลือด การควบคุมอัตราการไหลที่เหมาะสมปรับตามสีน้ำปัสสาวะที่ออกแต่ละรอบ การไหลของสารน้ำ CBI เป็นไปอย่างคล่องตัวและต่อเนื่อง ทำให้ไม่มีก้อนเลือดอุดตัน ไม่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด จึงลดการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบครั้งคราวลง ส่งผลให้ ลดระยะเวลาในการทำ CBI ลงได้เฉลี่ย 2 วัน จำนวนวันใส่สายสวนเฉลี่ย 3 วัน[9,10,11] และสามารถควบคุมปริมาณสารน้ำ CBI ได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายลดลงจากเดิมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมความปวดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนความปวดขณะ CBI เฉลี่ยที่ 2 คะแนน และร้อยละ 85 ของผู้ป่วยไม่ได้ฉีดยาแก้ปวดในระยะหลังผ่าตัด ลดอาการเกร็งตัวของกระเพาะปัสสาวะและบริเวณบาดแผล และการปฏิบัติตามขั้นเพื่อป้องกันการเกิด UTI อย่างเคร่งครัดขณะคาสายสวนปัสสาวะ ขณะถอดสายสวนปัสสาวะส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อลดลงจนไม่พบอุบัติการณ์การเกิด UTI ในหน่วยงานจนผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้นจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลง 5.4 วัน (เดิม 8 วัน) [28,30]อีกทั้งมีแนวทางปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและหูรูดทั้งขณะทำ CBI และหลังถอดสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งระบบการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องแม้กลับบ้าน ทำให้ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยเมื่อถอดสายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัด และระยะ3เดือนเมื่อจำหน่ายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง[24,25,26,27]จากการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัตินี้อย่างครบถ้วนส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีช่วยให้ลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและองค์กรได้เป็นอย่างดี

oo ..indd 83 21/8/2559 23:03:57

ซึ่งสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นี้สามารถใช้ได้จริงและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล แพทย์ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะพยาบาลผู้ปฏิบัติโรงพยาบาลมหาสารคาม อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยศรีมหาสารคามและมหาวิทยาลัยมหาสารคามรวมทั้งผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตทุกท่านที่สนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.Soukup M. **The center of advance nursing practice evidence based practice model promoting the scholarship of practice.** NursClin North Am 2000 ; 35(2) : 301-9.

2.กิตติณัฐ กิจวิลัย และเจริญลีนานุพันธุ์. **ต่อมลูกหมากโต Benign prostatic hyperplasia (BPH).** ใน : วชิรคชการ, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย. กรุงเทพมหานคร : บียอนเอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2547 : 382-97.

3.ดนัยพันธ์ อัครสกุล. **ต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hyperplasia).** ใน : วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ.บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2548 : 170-84.

4.บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์. **The management of prostate obstruction : How to determine the best options (การรักษาภาวะอุดตันเนื่องจากต่อมลูกหมาก : ทางเลือกที่ดีที่สุดในการเลือกวิธีการรักษา).** เอกสารเสนอ บันทึกการประชุมวิชาการเรื่อง New perspective on the management of men with LUTS and BPH ; 22 มีนาคม 2552 ; โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, จังหวัดเชียงใหม่ : 2552 : 6-10

5.Berry, S. J., Coffey, D. S., Walsh, P. C. & Ewing, L. L. **The development of human benign prostatic hyperplasia with age.** Journal of Urology 1984 ; 132(3) : 474-79.

00 ..indd 84 21/8/2559 23:03:58

6.American Urological Association. **Guidelines on management of benign prostatic hyperplasia, chapter 1 : Diagnosis and treatment recommendation.** Commonwealth FundNew York, 2008. (cited 10 August 2012). Available from : URL : http:// www.reports/management/chapt _1_appendix.pdf

7.Nojiri Y, Okamura K, Kinukawa T, Ozawa H, Saito S, Terai A, et al. **Continuous bladder irrigation following transurethral resection of the prostate(TURP).** British Journal of Urology 2007 ; 49(7) : 689-93.

8.สุพจน์ วุฒิการณ์. **Benign prostate hyperplasia Common problems in urology.** เชียงใหม่ : ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2543.

9.ภาณุ อดกลั้น, วัจนา สุคนธวัฒน์, ยุคลธร ทองตระกูล, กรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ. **การปฏิบัติที่ดีที่สุดในการล้างกระเพาะปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง (CBI) ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตผ่านทางท่อปัสสาวะ (TUR-P) ในโรงพยาบาลอุดรธานี.** (รายงานวิจัย). อุดรธานี : วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี ; 2553.

10.I.R.G.Bastable,RN.Peel,D.M.Birch and B,Richards. **Continuous irrigation of bladder after prostatectomy ; its effect on post–prostatectomy infection British Journal of Urology, 2001.** (cited 5 September 2011). Available from : URL : http:// www.Blackwell Synergy.

11.สหชาติ ลีลามโนธรรม และวรพจน์ ชุณหคล้าย. **ผลการดึงรั้งสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลาสั้นหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีส่องกล้อง.** วารสารยูโร 2553 ; 31(1) : 21-6.

12.กีรติพล เวียงพล, เจริญ ลีนานุพันธ์, วิสูตร คงเจริญสมบัติ, สุพรรณี นิลสกุลวัฒน์. **การดึงสายสวนปัสสาวะหลังจากการตัดต่อมลูกหมากผ่านทางการส่องกล้องมีความจำเป็นหรือไม่.** วารสารยูโร 2554 ; 32(1) : 40-6.

13.นางบุญมี สันโดษ. **ผลการพยาบาลโดยการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองโอเร็มต่อความสามารถในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ.** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2550.

oo ..indd 85 21/8/2559 23:03:58

14.Ruth F. Craven and Constance J. Hirnle. **Fundamentals of Nursing : Human Health and Function.** 5thEdition. Philadelphia USA : Lippincott Williams & Wilkins ; 2007.

15.หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลมหาสารคาม. **ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ.** มหาสารคาม : โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2556

16.ฉวีวรรณ ธงชัย. **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines development).** วารสารสภาการพยาบาล 2548 ; 20(2) : 63-74.

17.ฟองคำ ติลกสกุลชัย. **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธีปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : หจก.พรี-วัน. ; 2549 : 25-48.

18.Audrey Berman & Barbara kozier&Shirlee J. **Fundamental of Nursing : Concept, Process and Practice.** New Jersey : Pearson Education Inc ; 2008.

19.Craig JV, Smyth RL. **The evidence-based practice manual for nurses.** Edinburgh, UK : Churchill Livingstone ; 2002.

20.MelnykBM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare : a guide to best practice.** Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2005.

21.PolitDF, Beck CT. **Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice.** 8th Edition. Philadelphia USA : Lippincott Williams & Wilkins ; 2008.

22.**Nursing Policy G-13 Continuous Bladder Irrigation, 2001.** (cited 5 June 2004). Available from : URL : http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/165589/Bladder-Irrigation-Toolkit.pdf

23.JariyaLertakyamance and others. **The Risks and Effectiveness of Transurethral Resection of Prostate.** Journal of the Medical Association of Thailand 2002 ; 23(2) : 110-9

24.พิษณุ มหาวงศ์. **การฝึกกายภาพบำบัดเพื่อควบคุมการปัสสาวะ.** การประชุมวิชาการเรื่อง ปัสสาวะบ่อยปัสสาวะเล็ดปัญหาที่แก้ไขได้ ; ณ ห้องประชุม 2 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2553.

25.วชิร คชการ, และอุบลรัตน์ รุ่งเรือง. **การฝึกกล้ามเนื้อพื้นเชิงกรานเพื่อการรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.** ในวชิร คชการ. บรรณาธิการ, โรคระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพฯ : บียอนเอ็นเทอร์ไพรซ์. 2546 : 60-70.

26.วชิร คชการ, อุบลรัตน์ รุ่งเรืองและกฤษดา รัตนโอฬาร. **การฝึกกระเพาะปัสสาวะ.** ในวชิรคชการ. บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่. กรุงเทพมหานคร : บียอนเอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2546 : 51-6.

27.Dorey G., Speakman M., Feneley R., Swinkels A., Dunn C., & Ewings P. **Pelvic floor exercises for treating post-micturition dribble in men with erectile dysfunction : A randomized controlled trial.** Urologic Nursing 2004 ; 24(6) : 490-512.

28.ศศิรวดี สมบัติศรี. **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ.** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.

29.Brown C. T., Yap T., Cromwell D. A., Rixson L., Steed L., Mulligan K., et al. **Self management for men with lower urinary tract symptoms : randomized controlled trial.** British Medical Journal 2006 ; 334 : 25-8.

30.Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A., Patrick, B., et al. **Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infection, 2010.** (cited 1 December 2010) Available from : URL :http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 116.

00 ..indd 87 21/8/2559 23:03:58