

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย โรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

ธมลวรรณ ยอดกลกิจ¹ พยบ., วทม.(สุขศึกษา)

นิโรบล กนกสุนทรรัตน์² พย.ด, อพย (การพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์)

รังสิมา เทียงเกียรติธรรม³ พบ., วว (ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

บทคัดย่อ: การศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 32 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องจากโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักใน 2 ระยะ และบุคลากรรวมจำนวน 22 คน ได้แก่ แพทย์ประจำบ้านจำนวน 5 คน พยาบาลจำนวน 15 คน และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 2 คน ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากร แบบบันทึกความร่วมมือของบุคลากรต่อการใช้นโยบาย และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การใช้แนวปฏิบัติ ต่อ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า สามารถลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล 2 วันโดยไม่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน แต่อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดไม่ลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่า มากที่สุด คือ มารยาทและอภัยภัยของแพทย์ การตรวจร่างกายของแพทย์ และการดูแลช่วยเหลือของพยาบาล ผลลัพธ์ด้านบุคลากร มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในระดับมาก และทุกคนร่วมมือในการใช้นโยบาย พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วย การนำใช้นโยบายนี้ สามารถเพิ่มผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่ศึกษาได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2561; 5(1): 94-111

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย โรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดทางหน้าท้อง

¹ นักศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ แสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; Corresponding author, E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

³ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันแม้เทคโนโลยีในทางการแพทย์และสาธารณสุขจะเจริญก้าวหน้ามากขึ้นอย่างรวดเร็ว มีระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและเข้าถึงประชาชนทุกระดับ แต่ประชาชนมีวิถีชีวิตทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้พบสถิติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่วัยสูงอายุ¹ โดยเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก โดยร้อยละ 13-32 ต้องผ่าตัดจากภาวะลำไส้อุดตัน² การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องให้ได้ประสิทธิภาพดีที่สุเป็นบทบาทร่วมกันของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพตามหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผนการดูแลรักษาแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ภายใต้เงื่อนไขที่ตกลงร่วมกัน การผ่าตัดโรคลำไส้ใหญ่บริเวณ rectum และ sigmoid colon อาจจะต้องผ่าตัดเปิดทวารใหม่แบบถาวรหรือแบบชั่วคราว ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลและทวารใหม่ (enterostomal therapy nurse) ในการฝึกทักษะและติดตามดูแลเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว³ ในประเทศไทยจากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่มารับบริการมากถึง 3,910 รายต่อปี และเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 288 ราย (ร้อยละ 7.37)⁴

จากการประมวลข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง จำนวน 156 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย

ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่จำนวน 36 ราย และเกิดอุบัติเหตุการไม่พึงประสงค์สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ คือ มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 11.5 (เกณฑ์ ร้อยละ 5) ลำไส้อุดตัน ร้อยละ 2.5 (เกณฑ์ ร้อยละ 0) การรั่วซึมบริเวณรอยตัดต่อลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 1.6 (เกณฑ์ ร้อยละ 0) การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายร้อยละ 9.16 (เกณฑ์ ร้อยละ 0) และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงเฉลี่ย 88,500 บาท ต่อรายต่อครั้ง (เบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางได้เฉลี่ย 56,351 ต่อครั้ง)⁵ อีกทั้งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 19 วัน นานกว่าในต่างประเทศที่ใช้เวลาเฉลี่ย 7 วัน⁶ และนานกว่าโรงพยาบาลรามาธิบดีที่ใช้เวลาเฉลี่ย 5 วัน⁷ แม้ว่าจะมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจะต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (2.4 และ 4 ต่อ 1,000 วันใส่สายสวนคาท่อปัสสาวะ) และมีระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี⁷ แต่ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่ยังต้องการการพัฒนาเพิ่มขึ้น

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้หลักการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยด้านการแพทย์ของ Donabedian⁸ พบว่า หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B ให้บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอาการเฉียบพลันและเรื้อรังที่รับตรงจากแผนกผู้ป่วยนอกและเป็น elective case ทั้งหมด มีอัตราการครองเตียง ปี พ.ศ. 2555 – 2558 ร้อยละ 90-100 มีศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 5 คน และแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-3 รวมจำนวน 3 คน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนทุก 2 เดือน มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน (เป็นพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลบาดแผลและออสโตมี 3 คน) และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 2 คน อยู่เวรผลัดละ 8 ชม. (เวรเช้าพยาบาล

5-6 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน เวิร์กบอยและเวิร์กเกิร์ล พยาบาล 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน (เท่ากัน) คิดเป็น อัตราส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาล เวิร์กบอย 5:1 และเวิร์กเกิร์ล 12:1 สมรรถนะของพยาบาลเป็นระดับปฏิบัติการ 11 คน และระดับชำนาญการ 4 คน มีระบบการมอบหมาย งานแบบเป็นทีม แบ่งเป็น หัวหน้าเวิร์กบอย หัวหน้าทีม และสมาชิกทีม

ด้านกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีระบบ การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและญาติ การส่งเสริม ฟันฟู และให้ความรู้และฝึกทักษะในดูแลตนเอง และ การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยสามารถขอความ ช่วยเหลือได้ แพทย์มีแนวปฏิบัติการรักษาที่ทันสมัย และเป็นแนวทางเดียวกัน แต่พยาบาลมีวิธีในการดูแล ผู้ป่วยที่หลากหลาย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์น้อย ยังไม่มี แนวปฏิบัติที่เป็นต้นแบบ และไม่มีแนวทางทำให้ คำปรึกษาผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดแนวทาง ชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล แม้ว่าจะมีระบบนัดหมายให้มาติดตาม ประเมินผลการรักษาภายหลังจำหน่าย มีการส่งต่อ หน่วยเยี่ยมบ้านตามความจำเป็นและมีการส่งต่อหน่วย ออสโตมีและบาดแผลกรณีผู้ป่วยมีทวารใหม่เพื่อดูแล ต่อเนื่อง มีการจัดตั้งหน่วย “ออสโตเมท เพื่อนเยี่ยม เพื่อน” แต่ยังไม่ทำงานเป็นส่วน ๆ ขาดความต่อเนื่อง ส่วน ด้านการประเมินผลลัพธ์ ยังขาดการติดตามผลลัพธ์ ที่เป็น sensitive outcome อย่างเป็นรูปแบบชัดเจน ได้แก่ อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดซ้ำ ระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน ภาวะ แทรกซ้อนของทวารใหม่ รวมถึงจำนวนการมาตรวจ ตามนัดหลังจำหน่าย

ปัจจุบันความรู้และข้อมูลทางการแพทย์มีการ พัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ต้องมีการ ปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติทั้งการรักษาและการพยาบาล ให้ทันสมัยอยู่เสมอ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนา แนวปฏิบัติฯ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสหสาขาวิชาชีพ ที่มีมาตรฐานและมีทิศทางเดียวกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แพทย์มีแนวทางการรักษาโรคลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ทันสมัยโดยใช้ ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocol⁹ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาล ตติยภูมิซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลด ค่าใช้จ่าย¹⁰ และสามารถลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 2.5 วัน โดยไม่เพิ่มอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล ใน 28 วัน⁹ ERAS protocol เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ ความสำคัญในเรื่องการฟื้นตัวด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว โดยการกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่กลับมาทำงานได้ตามปกติ การเคลื่อนไหวร่างกาย การลดระยะเวลาคาสาายทาง จมูกถึงกระเพาะอาหารหลังผ่าตัด การเริ่มรับประทานอาหาร หลังผ่าตัดเร็วหรือการเคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อให้ เสริมสร้างร่างกายได้รับประทานอาหาร กระตุ้น vagal cholinergic ของทางเดินอาหารให้หลั่งสาร gastrin, pancreatic polypeptide และ neurotensin ซึ่งกระตุ้น การเคลื่อนไหวของลำไส้⁶

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ การผ่าตัดทางหน้าท้อง โดยใช้แนวปฏิบัติฯ ที่ปรับปรุง จาก ERAS protocol ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือเพิ่มเติม และศึกษาความ เป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยคาดหวังว่า จะสามารถนำไปเป็นมาตรฐานสำหรับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ต่อ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการผ่าตัดซ้ำ อัตราการเข้ารับการรักษารักษาใน 28 วัน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

2. เพื่อศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ต่อผลลัพธ์ด้านบุคลากร คือ ความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของบุคลากร แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล และการรับรู้ของพยาบาลถึงความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory) ของโรเจอร์¹¹ เป็นกรอบแนวคิดการศึกษา โดยโรเจอร์¹¹ ให้ความหมายของนวัตกรรม (innovation) ว่าหมายถึง ความคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งใหม่ๆ ส่วนการกระจาย (diffusion) หมายถึง กระบวนการนำนวัตกรรมไปใช้ผ่านการสื่อสารในช่องทางที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องขึ้น และใช้กระบวนการนำแนวปฏิบัติไปใช้

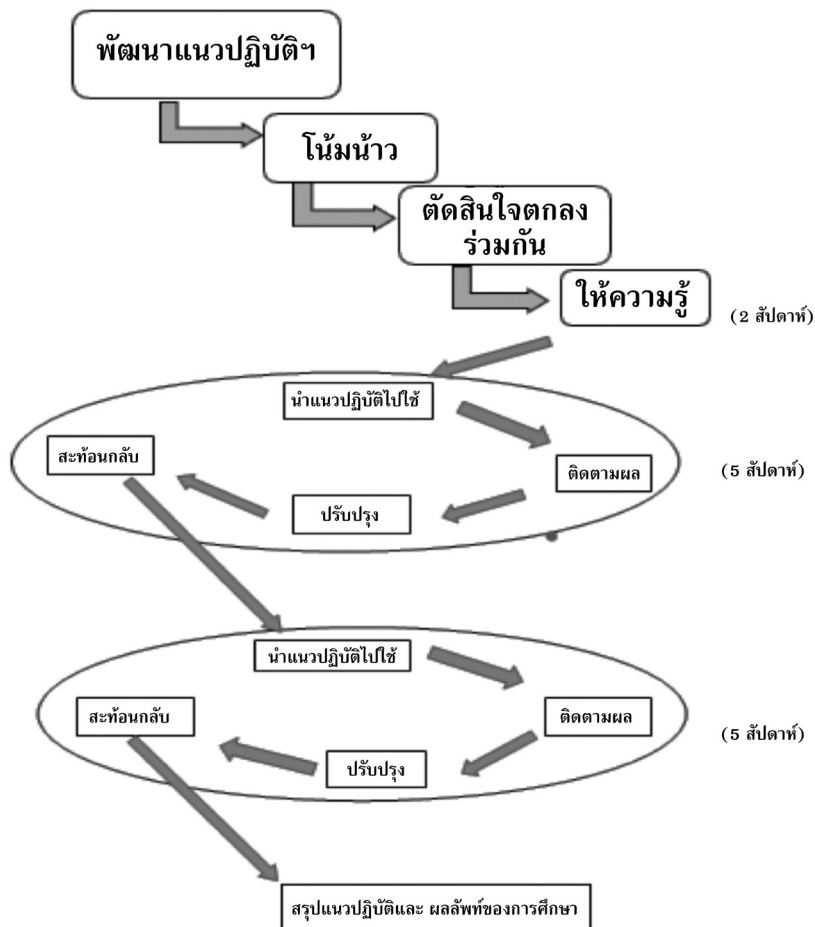
อย่างเป็นระบบ ด้วยการวิจัยปฏิบัติการโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างนวัตกรรม (knowledge) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ ๓ ต้นแบบ จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องภายใต้หลัก 5 ประการ คือ 1) มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และองค์กร 2) สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน 3) เข้าใจง่าย 4) เห็นผลลัพธ์ได้ชัดเจน และ 5) ทดลองใช้ได้

2. การโน้มน้าว (persuasion) เป็นการนำเสนอแนวปฏิบัติฯ แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล และการชักชวนผู้เกี่ยวข้องให้ตระหนักในคุณค่า และความสำคัญของการมีและใช้แนวปฏิบัติฯ

3. การตัดสินใจ (decision making) เป็นการตกลงใจร่วมกันของทีมศัลยแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และทีมพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยมีการร่วมพิจารณาและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กรและระบบงานของแต่ละฝ่าย ประชุมเตรียมความพร้อมการใช้แนวปฏิบัติฯ และทบทวนความเข้าใจในการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม ฝึกสาธิตเป็นรายบุคคล

4. การนำนวัตกรรมไปใช้และศึกษาผลลัพธ์ (implementation and confirmation) เป็นการนำแนวปฏิบัติฯ ที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปใช้ และประเมินผลด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ 2 วงรอบ (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
ในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยปฏิบัติการ เพื่อศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากร ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง และบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล ณ

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เก็บข้อมูล ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มี 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ป่วย มีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วย 1) เพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B 2) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ ในกรณีที่อายุมากกว่า 60 ปี ต้องผ่านการคัดกรอง

ด้วยแบบประเมินภาวะการรู้คิด (Short Portable Mental Status Questionnaire) ได้คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป¹² ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย คำนวณโดยใช้โปรแกรม G-power กำหนดความเชื่อมั่น (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 และค่าอิทธิพล (effect size) .70 จากงานวิจัย ของเชิดศักดิ์ ดวงจันทร์ ที่ศึกษาผลของการเคียวหมากฝรั่งต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด¹³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย การศึกษานี้ แบ่งเป็นสองระยะ มีผู้ป่วย รวมจำนวน 32 ราย คือ ระยะที่ 1 จำนวน 17 ราย และ ระยะที่ 2 จำนวน 15 ราย

บุคลากร ประกอบด้วย 1) แพทย์ เป็นแพทย์ ประจำบ้านชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เพชรรัตน์ 9B ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 5 คน และ 2) พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล เป็นพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 9B ในช่วงระยะเวลาดำเนินการ เก็บข้อมูล จำนวน 17 คน (พยาบาล 15 คน และ ผู้ช่วย พยาบาล 2 คน) รวมจำนวน 22 คน

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยปฏิบัติการ ใช้แนวคิดทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (knowledge stage) เป็นขั้นตอนแรกของกรอบแนวคิด โดยการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยเต็มฉบับที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปีค.ศ.2010 – 2015 จากฐานข้อมูล CINAHL, Pubmed, Science Direct, ProQuest ใช้คำสำคัญในการค้นหา “clinical practice guideline”, “colonic surgery”, “enhanced recovery”, “fast track”, “length of stay”, “complication”, “ostomy” มีงานวิจัยที่ถูกเลือกรวม

20 เรื่อง แบ่งตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย³² เป็นระดับ A จำนวน 5 เรื่อง ระดับ B จำนวน 7 เรื่อง และระดับ C จำนวน 8 เรื่อง (ดังในภาคผนวก) วิเคราะห์เนื้อหา และสังเคราะห์แนวปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย กิจกรรมใน 4 ระยะ คือ 1) **ระยะก่อนผ่าตัด** ได้แก่ การให้ข้อมูล คำปรึกษา การขอคำยินยอมรับการรักษา การประเมินความพร้อมของร่างกาย การเตรียมลำไส้ การงดอาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การประเมินภาวะโภชนาการ การปรึกษาหน่วยอื่น ๆ ตามความจำเป็น และการกำหนดตำแหน่งเปิดทวารใหม่ (ถ้ามี) 2) **ระยะหลังผ่าตัด** ได้แก่ การจัดการความปวด การกระตุ้นการฟื้นตัวของร่างกาย การถอดสายสวนปัสสาวะและสายระบายจากกระเพาะทางจมูกโดยเร็ว การเคียวหมากฝรั่ง การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การป้องกันและดูแลความปกติของทวารใหม่และผิวหนังโดยรอบ (ถ้ามี) 3) **ระยะก่อนกลับบ้าน** ได้แก่ การดูแลความพร้อมด้านร่างกาย การดูแลแผล และการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทวารใหม่ (ถ้ามี) และ 4) **ระยะหลังจำหน่าย** ได้แก่ การส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้าน และการส่งเข้ากลุ่มออสโตเมทเพื่อนเยี่ยมเพื่อน (ตามความจำเป็น) และการติดตามผลลัพธ์การดูแล เป็นต้น

2. ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้และศึกษาผลลัพธ์ (implementation and confirmation) ใช้ระยะเวลารวม 10 สัปดาห์ กิจกรรม ประกอบด้วย การนำเสนอแนวปฏิบัติฯ แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศัลยแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล และการชักชวนผู้เกี่ยวข้องให้ตระหนักในคุณค่า และความสำคัญของการใช้แนวปฏิบัติฯ (persuasion) ทำให้เกิดการตัดสินใจตกลงใจร่วมกันของทีมศัลยแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และทีมพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้

(decision making) โดยร่วมกันพิจารณาและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร และลักษณะระบบงานของแต่ละฝ่าย ประชุมเตรียมความพร้อมการใช้แนวปฏิบัติฯ และทบทวนความเข้าใจในการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม ฝึกสาธิตเป็นรายบุคคล ในระยะการนำนวัตกรรมไปใช้ มีการนำแนวปฏิบัติฯ ที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปใช้ ด้วยวงจรวัดปฏิบัติการ 2 วงรอบ และประเมินผล (confirmation) โดยการศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย เป็นแบบประเมินภาวะการรู้คิด (Short Portable Mental Status Questionnaire)¹² มีคะแนนรวม 10 คะแนน คะแนน 8-10 หมายถึง มีภาวะการรู้คิดปกติ เครื่องมือนี้ใช้อย่างแพร่หลาย¹² จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพซ้ำ

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 4 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 1 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ แขนงโรคเรื้อรังจำนวน 2 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ .9

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมดจำนวน 3 ชุด ดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติสุขภาพ และข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ ระยะเวลาเริ่มรับประทานอาหาร และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และปัญหาสุขภาพขณะอยู่

โรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การผ่าตัดซ้ำ การติดเชื้อแผลผ่าตัด และระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนของทวารใหม่ และการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน

3.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล) ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายฯ ดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาลในการจัดการกับภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ของดวงเพ็ญ แววันจิตร³³ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 (numeric rating scale) คะแนน 0 หมายถึง ไม่พึงพอใจ คะแนน 0.10-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย คะแนน 3.51-7.00 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง และคะแนน 7.01-10.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)³⁴ ได้เท่ากับ .83

3.4 แบบประเมินการรับรู้ของพยาบาลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ คำตอบประกอบด้วยใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน กรณีตอบใช่ และให้ 0 คะแนน กรณีตอบไม่แน่ใจหรือไม่ใช่ คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าตั้งแต่ 0-14 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงมีการรับรู้ความสามารถในระดับมาก ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับแนวปฏิบัติฯ ได้ค่า CVI 0.9 แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .88

3.5 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นาฬิกา ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ คำตอบประกอบด้วย ใช่และไม่ใช่ ตอบใช่ให้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน และมีคำถามปลายเปิดสอบถามปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขนาฬิกา ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับนาฬิกา ได้ค่า CVI 0.87 แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .82

3.6 แบบประเมินความร่วมมือของแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลต่อการใช้นาฬิกา ประกอบด้วยแบบสอบถามความร่วมมือของแพทย์ 2 ข้อ ของพยาบาล 11 ข้อ และของผู้ช่วยพยาบาล 6 ข้อ แต่ละข้อบันทึกการปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ พร้อมระบุหมายเหตุ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับนาฬิกา ได้ค่า CVI 0.92 แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .79

3.7 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วย ใช้แบบบันทึกความพึงพอใจของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลต่อการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ (แพทย์ 5 ข้อ และพยาบาล 6 ข้อ) แต่ละข้อให้เลือกตอบแบบลิเกิต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อย จนถึง 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คำนวณความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ 074/59 ผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจร่วมวิจัยด้วยการลงนาม

หลังได้รับการบอกกล่าวจนเข้าใจ สามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา และรายงานผลเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาล และฝ่ายแพทย์ ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และขอความยินยอมจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม (วงรอบ) ได้รับการดูแลรักษาตามนาฬิกา รวม 5 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้วิจัยอ่านให้เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามทุกครั้ง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและตรวจสอบข้อมูล

กลุ่มบุคลากร เมื่อปฏิบัติตามนาฬิกา ครบ 5 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมาย แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงนาฬิกา จากนั้นดำเนินการวงรอบที่ 2 ต่ออีก 5 สัปดาห์ ตามนาฬิกา ที่ปรับปรุงจากรอบที่ 1 แล้วประเมินความร่วมมือในการใช้นาฬิกาของบุคลากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Spapiro-Wilk ใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยใช้สถิติ t-test, Chi-square และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วย ระยะที่ 1 มีจำนวน 15 ราย ระยะที่ 2 มีจำนวน 17 ราย กลุ่มตัวอย่างระหว่างระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านรายได้ และภูมิลำเนา ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 1

กลุ่มบุคลากร ข้อมูลทั่วไป พบว่า ประสบการณ์
การปฏิบัติงานในผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ของแพทย์ เฉลี่ย 27 เดือน พยาบาล เฉลี่ย 113.6
เดือน และของผู้ช่วยพยาบาล เฉลี่ย 78 เดือน

ส่วนข้อมูลทั่วไปของบุคลากร พบว่า ประสบการณ์
การปฏิบัติงานในผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ของแพทย์ เฉลี่ย 27 เดือน พยาบาล เฉลี่ย 113.6 เดือน
ส่วนของผู้ช่วยพยาบาล เฉลี่ย 78 เดือน

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2

ผู้ป่วย	ระยะที่ 1 (n=15)		ระยะที่ 2 (n=17)		X ²	t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ (ชาย)	11	73.3	9	52.9	1.17		0.24 ^a
อายุเฉลี่ย (ปี)	61 ± 10.75	พิสัย 39-72	55 ± 16.54	พิสัย 35-78		1.16	0.20
สถานภาพสมรส					1.35		0.18
โสด	6	40.0	9	52.9			
คู่	7	46.7	5	29.4			
หม้าย / หย่า / แยก	2	13.3	3	17.6			
วุฒิการศึกษา					2.75		0.18
ประถมศึกษา	10	66.7	5	29.4			
มัธยมศึกษา	2	13.3	7	41.2			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3	20.0	5	29.4			
อาชีพ					0.00		1.00
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	1	6.7	2	11.8			
รับจ้าง / ค่าขาย	10	66.7	9	52.9			
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	4	26.7	6	35.3			
รายได้เฉลี่ย (บาท)	10,067 ± 9,765		77,106 ± 6,911			1.32	0.04 b
	(พิสัย 800-30,000)		(พิสัย 800-25,000)				
ภูมิลำเนา					3.03		0.02
กรุงเทพฯ / ปริมณฑล	12	(80.0)	12	70.6			
อื่นๆ	3	(20.1)	5	29.4			
สิทธิการรักษา					1.77		0.74
เงินสด	1	(6.7)	-	-			
ต้นสังกัด / ประกันสังคม	3	(20.0)	9	53.0			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11	(73.3)	8	47.1			
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย					0.71		0.48
diverticulitis	2	(13.3)	1	5.9			
colorectal carcinoma	11	(73.3)	14	82.4			
closure colostomy	2	(13.3)	2	11.8			
มีโรคประจำตัว	10	(66.7)	5	29.4	2.19		0.65

หมายเหตุ a = Fisher's exact probability test, b = Mann-Whitney U test

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

การใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจต่อการบริการจากแพทย์และพยาบาล ดังนี้

2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการใส่สายระบายทางจุกสู่กระเพาะอาหาร ทุกราย ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 235.4 นาที (SD=110.01) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับผ่าตัดเปิดทวารใหม่ มีระยะเวลาเฉลี่ยเริ่มรับประทานอาหารได้หลังการผ่าตัดวันที่ 5 มีระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล 8-29 วัน เฉลี่ย 15 วัน เกิดรอยต่อลำไส้รั่ว ร้อยละ 6.7 ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 20 ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย พบมีจำนวนผู้ที่

ได้รับการใส่สายระบายทางจุกสู่กระเพาะอาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะลดลง มีระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 167.94 นาที (SD=87.96) ทั้งหมดไม่ได้รับผ่าตัดเปิดทวารใหม่ มีระยะเวลาเฉลี่ยเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัดวันที่ 5 มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 7-27 วัน เฉลี่ย 13 วัน ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 11.8 ไม่พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และระยะที่ 2 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 2 มีการใส่สายสวนปัสสาวะน้อยกว่า และมีระยะเวลาเฉลี่ยในการใส่สายระบายทางจุกสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เปรียบเทียบ ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2

ผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย	ระยะที่ 1 (n=15)		ระยะที่ 2 (n=17)		X ²	t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. การใส่สายระบายทางจุก	11	73.3	9	52.9	1.18		0.49 ^a
2. การใส่สายสวนปัสสาวะ	15	100.0	8	47.1	3.27		0.00
3. anastomosis leakage	1	6.7	1	5.9	1.07		0.85
4. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	3	20.0	2	11.8	0.63		0.53
5. ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย (นาที)	235.4 ± 110.01		167.94 ± 87.96			1.89	0.52 b
	(พิสัย 70 - 405)		(พิสัย 65 - 310)				
6. ระยะเวลาเฉลี่ยเริ่มรับประทานอาหาร (วัน)	5.33 ± 1.88		5.06 ± 4.53			0.23	0.21
	(พิสัย 1 - 9)		(พิสัย 2 - 21)				
7. ระยะเวลาเฉลี่ยใส่สายสวนปัสสาวะ (วัน)	4.77 ± 3.56		2.88 ± 5.47			0.98	0.34
	(พิสัย 1 - 22)		(พิสัย 1 - 15)				
8. ระยะเวลาเฉลี่ยใส่สายระบายทางจุก (วัน)	3.55 ± 1.86		1.06 ± 1.29			3.86	0.00
	(พิสัย 0 - 6)		(พิสัย 0 - 4)				

หมายเหตุ a = Fisher's exact probability test, b = Mann-Whitney U test

2.2 ความพึงพอใจต่อการบริการจากแพทย์และพยาบาล พบว่า

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีความพึงพอใจต่อการบริการจากแพทย์โดยรวมระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจระดับมาก-มากที่สุด ในหัวข้อ การตรวจร่างกายของแพทย์ ความเอาใจใส่ และกิริยามารยาทอภัยยาศัยมิตร

ส่วนความพึงพอใจต่อการบริการจากพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ระยะพบ มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจระดับมาก-มากที่สุด ในหัวข้อ การใส่ใจช่วยเหลือ คอยสังเกตติดตามอาการผู้ป่วย ความสามารถของพยาบาลในการให้การพยาบาล และมารยาทอภัยยาศัย

เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ต่อการบริการจากแพทย์ และของพยาบาล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่ 3)

3. ผลลัพธ์ด้านบุคลากร

3.1 ความพึงพอใจของบุคลากรแพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล พบว่า บุคลากรทุกกลุ่มมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีแพทย์ 1 รายให้ข้อเสนอแนะการเตรียมลำไส้ว่า ควรมีทางเลือกในการใช้ยาเตรียมความสะอาดลำไส้ที่หลากหลายมากขึ้น

3.2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบาย พบว่า พยาบาลเกือบทั้งหมด มีความเห็นว่าผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการใช้นโยบายนี้ และการปฏิบัติตามนโยบายนี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อ

องค์กร แต่มี ร้อยละ 6.7 ที่ไม่แน่ใจว่านโยบายนี้ช่วยให้ทำงานได้ง่ายและรวดเร็ว

3.3 การรับรู้ของพยาบาลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องภายหลังการใช้นโยบาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องในแต่ละหัวข้อ ตั้งแต่ร้อยละ 001 - 3.35 หัวข้อที่รับรู้ว่ามีความสามารถร้อยละ 100 มี 4 หัวข้อได้แก่ 1) ดูแลสายระบายทางจมูกได้อย่างถูกต้อง 2) ดูแลสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง 3) ประเมินความปวดและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการได้ และ 4) ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านได้ถูกต้อง ส่วนหัวข้อที่รับรู้ว่ามีสมารถน้อยที่สุด คือ การประเมินภาวะโภชนาการ (ตารางที่ 4)

3.4 ความร่วมมือของแพทย์ และพยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องภายหลังการใช้นโยบาย พบว่า แพทย์ให้ความร่วมมือมาตรวจเยี่ยมอาการทันทีที่ได้รับการขอคำปรึกษา มากที่สุด ร้อยละ 100 พยาบาลให้ความร่วมมือในหัวข้อการเตรียมลำไส้ การกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมากที่สุดร้อยละ 100 ผู้ช่วยพยาบาลให้ความร่วมมือในเรื่องการกระตุ้นการทำงานของลำไส้มากที่สุด ร้อยละ 94.1

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการจากแพทย์และพยาบาล เปรียบเทียบ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

ความพึงพอใจต่อการบริการ	n	SD	t	Sig.
จากแพทย์				
ระยะที่ 1	15	4.19	0.44	0.27
ระยะที่ 2	17	4.22	0.42	
จากพยาบาล				
ระยะที่ 1	15	4.07	0.33	0.21
ระยะที่ 2	17	4.19	0.44	

ความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติ ของทีม พยาบาล ระยะที่ 2 ดีกว่า ระยะที่ 1 ส่วนความร่วมมือของ ทีมแพทย์และผู้ช่วยพยาบาลระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 การรับรู้ของพยาบาลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการ ผ่าตัดทางหน้าท้องภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($n=15$)

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
ท่านสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ enhanced recovery	14 (93.3)	1 (6.7)
ท่านรู้เกี่ยวกับสรรพคุณยาระบาย และสามารถให้เตรียมลำไส้ได้ถูกต้อง	14 (93.3)	1 (6.7)
ท่านสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อได้รับยา anxiolytic ได้ถูกต้อง	13 (86.7)	2 (13.3)
ท่านสามารถประเมินอาการผิดปกติได้ เช่น bleeding, SIRS, bowel obstruction, anastomosis leakage เป็นต้น	14 (93.3)	1 (6.7)
ท่านสามารถประเมินอาการ อาการแสดงของการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้	14 (93.3)	1 (6.7)
ท่านสามารถอธิบายข้อดี-ข้อเสีย ของการผ่าตัดด้วยวิธีต่าง ๆ กับผู้ป่วยได้ถูกต้อง	13 (86.7)	2 (13.4)
ท่านสามารถดูแลสายระบายทางจมูกได้อย่างถูกต้อง	15 (100)	-
ท่านสามารถดูแลสายสวนปัสสาวะได้ถูกต้อง	15 (100)	-
ท่านสามารถประเมินภาวะโภชนาการได้	8 (53.3)	7 (46.7)
ท่านสามารถประเมินความปวดและให้การบรรเทาอาการได้	15 (100)	-
ท่านสามารถประเมินและจัดการอาการผู้ป่วยที่มีลำไส้ไม่ทำงานได้ถูกต้อง	12 (80)	3 (20)
ท่านสามารถกระตุ้น early ambulation ในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสม	14 (93.3)	1 (6.7)
ท่านสามารถให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านได้ถูกต้อง	15 (100)	-
ท่านสามารถให้คำปรึกษาการแก้ไขอาการผิดปกติเกี่ยวกับทวารใหม่ได้	14 (93.3)	(6.7)

ตารางที่ 5 ความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพในการใช้แนวปฏิบัติ เปรียบเทียบ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

ความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติ	n	$\bar{X}$	SD	t	Sig.
แพทย์					
ระยะที่ 1	5	1.15	0.23	0.61	0.55
ระยะที่ 2	5	1.20	0.25		
พยาบาล					
ระยะที่ 1	15	1.14	0.11	3.34	0.00
ระยะที่ 2	15	1.26	0.90		
ผู้ช่วยพยาบาล				1.22	0.23
ระยะที่ 1	2	1.12	0.16		
ระยะที่ 2	2	1.20	0.21		

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ระยะ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชาย และเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สอดคล้องกับสถิติขององค์การอนามัยโลก และของสหรัฐอเมริกา¹ และของประเทศไทย⁴ ที่พบว่า มีสถานภาพโสดและหม้าย/หย่า/แยก มากกว่าสถานภาพคู่

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ต่อผู้ป่วย
ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 1 ต่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ที่พบมีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 15 วัน แม้จะลดลงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ (19 วัน) แต่ยังสูงกว่ามาตรฐานสากล (7 วัน)⁶ แม้บุคลากรจะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ตามที่ได้ตกลงร่วมกัน และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานอย่างดี แต่ผู้ป่วยบางรายยังมีข้อจำกัดด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการใส่สายยางทางจมูก และใส่สายสวนปัสสาวะ ทำให้การเริ่มรับประทานอาหารล่าช้า อีกทั้งระหว่างดำเนินการ มีพยาบาลลาออกโดยไม่ได้วางแผน ส่งผลให้ขาดอัตรากำลังและภาระงานที่หนักขึ้น บุคลากรไม่สามารถตรวจสอบผลการกระตุ้นการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยแล้ว รวมถึงมีผู้ป่วยบางรายละเลยหรือหลงลืม ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดไม่ดีเท่าที่ควร ผู้วิจัยได้ปรับปรุงการปฏิบัติโดยเพิ่มแบบบันทึกกิจกรรมให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเองเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย และการเคี้ยวหมากฝรั่ง อีกทั้งมีบุคลากรบางคนละเลยการดูแลทวารใหม่ ผู้วิจัยจึงสะท้อนกลับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติในระยะต่อไป

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ต่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่พบมี ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ลดลงจาก 15 วันเหลือ 13 วัน แม้จะยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล แต่ไม่เกิดอุบัติเหตุกลับเข้ารับ

การรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการใช้แนวปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การใช้แบบบันทึกกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้นและปฏิบัติตามคำแนะนำ การใส่สายยางทางจมูกและการใส่สายสวนปัสสาวะยังมีการปฏิบัติเท่าที่จำเป็น แต่มีระยะเวลาการใส่ลดลง แสดงว่าทีมพยาบาลละผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อกระตุ้นการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี **ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย** ของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่า ระยะที่ 2 สั้นกว่า ระยะที่ 1 แม้ว่าทั้ง 2 ระยะจะเกิดภาวะแทรกซ้อนรอยต่อลำไส้รั่ว และ **การติดเชื้อแผลผ่าตัด** ไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่เกิดรอยต่อลำไส้รั่ว ระยะละ 1 ราย ทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย มีลักษณะอุ้งเชิงกรานแคบและลึกส่งผลให้ทำผ่าตัดยาก¹⁸ โดยเฉพาะในรายที่ผ่าตัดเนื้องอกออกยาก มีพังผืดมาก ทำให้เกิดรอยต่อลำไส้รั่ว¹⁷ ระยะที่ 1 มีการ **เปิดทวารใหม่** เพียง 1 ราย แต่ในระยะที่ 2 ไม่มีผู้ป่วยเปิดทวารใหม่ จึงไม่สามารถประเมินการปฏิบัติการละเลยการดูแลทวารใหม่ได้ ส่วน **การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด** ในทั้ง 2 ระยะ ยังพบมากเกินเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ (< ร้อยละ 5) เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย พบว่า ทุกรายเป็นโรคมะเร็งลำไส้ตรง ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหน้าท้องมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ส่วนอื่น¹⁸ แม้จะได้รับยาปฏิชีวนะ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล ทั้ง 2 ระยะ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติของทีมแพทย์และทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 2 ระยะ เป็นไปตามแนวปฏิบัติเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือในการปฏิบัติของ

บุคลากรโดยรวมทั้ง 2 ระยะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อบุคลากร ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายฯ ผลการวิจัยพบว่า แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล มีความพึงพอใจในระดับมาก จากการสังเกตพบว่า มีการแสดงความคิดเห็นผ่านที่ประชุมโดยนำเสนอปัญหาและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ในระยะปรับปรุง เสนอแนวทางแก้ไข คิดวิเคราะห์ และร่วมอาสาเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎี 2 ปัจจัยของเฮิร์ทเบิร์ก (Herzberg)²⁰ ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีโอกาสแสดงออกโดยนำความรู้มาพัฒนางานที่ได้รับมอบหมายและสามารถกระทำจนประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้นั้นยอมรับ บุคคลจะให้ความร่วมมือมากขึ้น สอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ที่พบว่าพยาบาลร้อยละ 100 คิดว่าได้ประโยชน์ มีความรู้เพิ่มมากขึ้นและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ นี้ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.7 ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักนานกว่า 10 ปี ไม่เห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติฯ ช่วยให้ทำงานง่ายขึ้นและรวดเร็ว อาจเนื่องจากเคยชินกับการปฏิบัติแบบเดิมและคิดว่าขั้นตอนการปฏิบัติบางกิจกรรมเป็นการเพิ่มภาระงาน

พยาบาล ร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในระดับมากต่อการใช้นโยบายปฏิบัติและรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถในบางกิจกรรมการดูแลอาจเนื่องจากการพัฒนาทักษะการปฏิบัตินั้นต้องอาศัยการตระหนักรู้มากกว่าการกระทำตามแบบเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การที่ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนการนำนโยบายปฏิบัติฯ ไปใช้ ส่งผลให้เกิดความตระหนัก และเกิดการพัฒนาศักยภาพ มีความมั่นใจ ภูมิใจในความสามารถของตนเอง จึงส่งผลทำให้การใช้นโยบายปฏิบัติฯ ดีขึ้นด้วยโดยในประเด็นการ

เตรียมลำไส้ การกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เนื่องจากการเตรียมลำไส้มีการนำเกณฑ์การประเมินลักษณะและสีของอุจจาระมาใช้²¹ โดยเป็นผลจากการให้ความรู้แก่บุคลากรในระยะเตรียมความพร้อมในการใช้นโยบายปฏิบัติฯ

อย่างไรก็ตาม มีพยาบาลร้อยละ 46.7 ไม่แน่ใจในการประเมินภาวะโภชนาการ ร้อยละ 20 ไม่แน่ใจการประเมินและจัดการอาการผู้ป่วยที่ลำไส้ไม่ทำงาน ร้อยละ 13.3 ไม่แน่ใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา anxiolytic และร้อยละ 6.7 ไม่สามารถอธิบายข้อดี-ข้อเสียของการผ่าตัดด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ถูกต้อง โดยพบว่า เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยเพียง 12-24 เดือน จึงควรติดตามให้ความรู้เพิ่มขึ้นและติดตามผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป การใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องนี้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากร แต่ยังมีประเด็นการปฏิบัติที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ด้านการวิจัยการวัดผลลัพธ์ในการวิจัยนี้ อาจเกิดความคลาดเคลื่อน (bias) ได้เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้บุคลากรพยาบาล ด้านการประเมินภาวะโภชนาการ การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา anxiolytic การผ่าตัดวิธีต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้หยุดทำงาน

2. ควรมีการวิจัยประเมินการใช้นโยบายปฏิบัติฯ และติดตามผลลัพธ์การใช้นโยบายปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่อง การใช้การทดลองแบบ randomized controlled trial (RCT) และกำหนดรูปแบบการเก็บข้อมูลเพื่อลด bias จากการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society: Colorectal Cancer Facts and Figures. [http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/f861708finalforwebpdf.pdf].
2. Tuca A, Guell E, Martinez-Losada E, Codorniu N. Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Manag Res* 2012;4:159-69.
3. Beyer-Berjot L, Patel V, Ziprin P, Taylor D, Berdah S, Darzi A, et al. Enhanced recovery simulation in colorectal surgery: Design of virtual online patients. *Surg Endosc* 2014.
4. National Cancer Institute Registration Office. **Annual Report 2012**. Available from: www.nci.go.th/th/File_download/D_index/annual_report_2012.pdf. (In Thai)
5. Faculty of Medicine, **Vajira hospital performance statistics 2557 - 2558**. Available from: http://www2.vajira.ac.th/vjrlib/?page_id=113. (In Thai)
6. Cakir H, van Stijn MF, Lopes Cardozo AM, Langenhorst BL, Schreurs WH, van der Ploeg TJ, et al. Adherence to Enhanced Recovery After Surgery and length of stay after colonic resection. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2013;15(8):1019-25.
7. Performance statistics of the fiscal year 2015; 2015. Available from: http://intra.vajira.ac.th (In Thai)
8. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
9. Abraham N, Albayati S. Enhanced recovery after surgery programs hasten recovery after colorectal resections. *World J Gastrointest Surg* 2011;3(1):1-6.
10. Rogers EM. Diffusion of innovations. 4th ed. New York; 2003.
11. Intarasombat P. Assessment of health status in the elderly. *Ramathibodi Nursing Journal* 1996; 2(3): 44-56. (In Thai)
12. Duangchan C. Effect of gum chewing on bowel motility in colorectal cancer patients after open colorectal resection [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (In Thai)
13. The Royal College of Physicians of Thailand (RCPT). Instruction on clinical practice guideline development. **Royal College Physician of Thailand Newsletter** 2001;18(6): 36-47. (In Thai)
14. Waewwanjit D. The development and evaluation of clinical nursing practice guideline for fever management in patients with traumatic brain injury, SongklaNagarind hospital. SongkhlaNagarind Hospital, Prince of Songkla University; 2011. (In Thai)
15. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; (16):297-334.
16. Ministry of Labor. New minimum wage according to the wage board's announcement on minimum wage (No.8) 2017 [updated 22 November 2016. Available from: http://www.mol.go.th/employee/interesting_information/ 4131. (In Thai)
17. Qu H, Liu Y, Bi DS. Clinical risk factors for anastomotic leakage after laparoscopic anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Surgical endoscopy*. 2015;29(12):3608-17.
18. Steven D, Wexner JW. *Fleshman colon and rectal surgery abdominal operations*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
19. Lohsiriwat V, Lohsiriwat D. Antibiotic prophylaxis and incisional surgical site infection following colorectal cancer surgery: an analysis of 330 cases. **Journal of the Medical Association of Thailand** 2009; 92(1):12-6.
20. Herzberg F. *Work and the nature of man*. ed, editor. London: Crosby Lockwood Staples; 1968.
21. Chomsai T. Nursing record competency of professional nurses in in-patient department of Somdejprapinklao Hospital. Somdejprapinklao Hospital: Mahidol University. (In Thai)

ภาคผนวก: เอกสารในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง

Level A

1. Chan MK, Law WL. Use of chewing gum in reducing postoperative ileus after elective colorectal resection: a systematic review. **Diseases of the Colon and Rectum** 2007;50(12):2149-57.
2. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Effect of a nurse team coordinator on outcomes for hospitalized medicine patients. **The American Journal of Medicine** 118(10): 1148-53.
3. Smith I, Kranke P, Murat I, Smith A, O'Sullivan G, Soreide E, et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. **Eur J Anaesthesiol** 2011;28(8): 556-69.
4. Steinberg JP, Braun BI, Hellinger WC, Kusek L, Bozikis MR, Bush AJ, et al. Timing of antimicrobial prophylaxis and the risk of surgical site infections: results from the Trial to Reduce Antimicrobial Prophylaxis Errors. **Annals of Surgery** 2009;250(1): 10-6.
5. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. **Clinical Nutrition** 2013;31(6):783-800.

Level B

6. Houborg KB, Jensen MB, Hessov I, Laurberg S. Little effect of physical training on body composition and nutritional intake following colorectal surgery-- a randomised placebo-controlled trial. **Eur J Clin Nutr** 2005;59(8):969-77.

7. Jung B, Lannerstad O, Pahlman L, Arodel M, Unosson M, Nilsson E. Preoperative mechanical preparation of the colon: the patient's experience. **BMC Surg** 2007;7:5.
8. Liu X, Luo H, Zhang L, Leung FW, Liu Z, Wang X, et al. Telephone-based re- education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. **Gut** 2014;63(1):125-30.
9. Stintzing S colorectal. Management of cancer. **F1000 Prime Rep** 2014;6:108.
10. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. **Surgery** 2011;149(6):830-40.
11. Sheetz KH, Waits SA, Krell RW, Morris AM, Englesbe MJ, Mullard A, et al. Complication rates of ostomy surgery are high and vary significantly between hospitals. **Diseases of the Colon and Rectum** 2014;57(5):632-7.
12. Zhang J-e, Wong FKY, You L-m, Zheng M-c, Li Q, Zhang B-y, et al. Effects of Enterostomal Nurse Telephone Follow-up on Postoperative Adjustment of Discharged Colostomy Patients. **Cancer Nursing** 2013;36(6):419-28.

Level C

13. Fiore JF, Jr., Bialocerkowski A, Browning L, Faragher IG, Denehy L. Criteria to determine readiness for hospital discharge following colorectal surgery: an international consensus using the Delphi technique. **Diseases of the Colon and Rectum** 2012;55(4):416-23.
14. Karliczek A, Jesus EC, Matos D, Castro AA, Atallah AN, Wiggers T. Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis: a systematic review and meta-analysis. **Colorectal Disease: the Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland** 2006;8(4):259-65.

15. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, et al. WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing** 2015;42(3):249-52.
16. Zaouter C, Kaneva P, Carli F. Less urinary tract infection by earlier removal of bladder catheter in surgical patients receiving thoracic epidural analgesia. **Reg Anesth Pain Med** 2009;34(6): 542-8.
17. Zapka J, Sterba KR, LaPelle N, Armeson K, Burshell DR, Ford ME. Physician Perspectives on Colorectal Cancer Surveillance Care in a Changing Environment. **Qual Health Res** 2015.
18. Gustafsson UO, Nygren J, Thorell A, Soop M, Hellstrom PM, Ljungqvist O, et al. Pre-operative carbohydrate loading may be used in type 2 diabetes patients. **Acta Anaesthesiol Scand** 2008;52(7): 946-51.
19. Asari SA, Cho MS, Kim NK. Safe anastomosis in laparoscopic and robotic low anterior resection for rectal cancer: a narrative review and outcomes study from an expert tertiary center. **Eur J Surg Oncol** 2015;41(2):175-85.
20. Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Mosconi S, Mandala M, Cervantes A, et al. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Ann Oncol** 2013;24 Suppl 6:vi64-72.

Clinical Practice Guideline Implementation in Colorectal Disease Patients undergoing Abdominal Surgery

Thamonwan Yodkolkij¹ B.N.S, M.S (Health Education)

Nirobol Kanogsunthornrat² Ph.D, AP.MSN

Rangsim Thienghiantham³ M.D. (Colorectal Surgery)

Abstract: The study on the implementation of clinical practice guideline (CPG) in patients with colorectal disease undergone abdominal surgery was done by using the CNPG developed based on the literature reviews. The samples were: 32 patients with colorectal diseases who undergone abdominal surgery; and 22 personnel including 5 surgeons, 15 nurses, and 2 practical nurses at a tertiary university hospital in Bangkok. Data were collected during November 2016 – March 2017. Research instruments developed by the researchers included: personal data interviewing form; clinical outcome record forms, patients' satisfaction questionnaire, personnel satisfaction questionnaire, personnel adherence to CPG records, and perception of nurses' ability to implement the CPG in caring for the patients. Data were analyzed using descriptive statistics and statistical testing.

Results revealed that most of the patients had colorectal cancer. Patients' outcomes: the implementation of the CPG resulting in length of hospital stay shortening for 2 days, having no incidence of urinary tract infection, and having no reoperation and no readmission within 28 days after discharge. However, infection rates at the surgical sites were not decreased. The patients were most satisfied with: surgeon's courteous, surgeon's performing physical examination, and nurse's caring and helping manners. Personnel's outcomes: They were satisfied with the CPG at high level and were 100 % adhered to the CPG. Most of nurses perceived their ability to care for the patients. Implementation of the CPG could improve outcomes of patients as well as personnel.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2018; 5(1): 94-111

Keywords: clinical practice guidelines, patient care, colorectal disease, abdominal surgery

¹ Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Medical-Surgical Nursing (Dip.APMSN), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

² Assistance Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author, E-mail: nirobol.kan@mahidol.ac.th

³ Medical Doctor, Professional Level, Surgical Department, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Thailand.